

Construire une prise en charge de proximité auprès des
usagers éloignés des CSAPA sur un territoire rural

La mise en place de consultations avancées au sein des Maisons
de Santé Pluriprofessionnelles

Joséphine MICALI

2016

Remerciements

Aux usagers qui m'ont donné l'envie d'aller toujours plus loin dans la compréhension des dispositifs et des pratiques professionnelles et surtout qui m'ont donné à vivre de belles rencontres humaines,

A mes collègues du CSAPA, qui ont reconnu mes compétences et qui m'ont soutenu dans mes périodes de doutes et d'interrogations durant dix années d'expériences partagées. Je salue leur engagement et leur dynamisme à toute épreuve dans un secteur semé d'embûches,

A ma directrice pour son encouragement et sa confiance sans faille.

A mon directeur de mémoire Xavier Allexant, qui m'a permis de relativiser et de me recentrer toujours sur le plus important, à savoir le bien-être des usagers et ce quel que soit le poste occupé.

A Catherine pour son expertise technique et clinique pointue, toujours en quête de perfection.

A mes collègues de formation avec qui j'ai eu plaisir à partager de beaux moments ponctués de stress, de pression mais aussi de rigolades et de plaisir,

Aux formateurs pour leurs conseils avisés et leur accompagnement de qualité.

Affectueuses pensées pour Thierry Desvignes avec qui j'ai commencé cette aventure « cafdesienne » et qui nous a quittés trop tôt.

Et enfin à Emmanuel, Inès et Salomé qui ont dû supporter mes états d'âme et mes sautes d'humeur.

Sommaire

Introduction	1
1 Le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et son évolution.....	5
1.1 Un dispositif historiquement organisé autour des produits consommés.....	5
1.1.1 Le poids des représentations sociales et sociétales en addictologie.....	5
1.1.2 Evolution du dispositif spécialisé en alcoologie	7
1.1.3 Evolution du dispositif spécialisé en toxicomanie.....	8
1.2 La traduction de cette évolution par les politiques publiques : la création des CSAPA	9
1.2.1 Sous quelle impulsion ?.....	9
1.2.2 Les missions des CSAPA.....	11
1.3 Les pratiques thérapeutiques au sein des CSAPA	13
1.3.1 Les spécificités thérapeutiques des Traitements de Substitution aux Opiacés ...	13
1.3.2 L'émergence de nouvelles approches thérapeutiques.....	15
1.4 La planification, outil de déclinaison territoriale du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie	16
1.4.1 Les lois liées à la planification et à la programmation en addictologie	16
1.4.2 Les orientations nationales basées sur la coopération	17
1.4.3 La planification par la mise en place de schémas régionaux	19
1.4.4 Le protocole territorial départemental	20
1.5 L'association gestionnaire ANPAA et son inscription sur le territoire.....	21
1.5.1 Au niveau national.....	21
1.5.2 L'instance régionale : l'ANPAA Bourgogne Franche - Comté	23
1.5.3 L'ANPAA 71	25
2 Les enjeux territoriaux, cliniques et professionnels : investigation et méthodologie	29
2.1 Le territoire : un système complexe à appréhender : théorie et méthodologie.....	29
2.2 Un territoire rural confronté aux conduites addictives dans un environnement sociodémographique fragile	30

2.2.1	Un déséquilibre démographique et économique entre l'Est et l'Ouest du département	30
2.2.2	Des difficultés d'accès aux équipements.....	32
2.2.3	Focus sur le pays Charolais-Brionnais : un territoire rural structuré autour d'un réseau de petites et moyennes villes	33
2.2.4	Focus sur le pays de l'Autunois-Morvan : un territoire rural polarisé par Autun ...	34
2.2.5	La réalité régionale chiffrée des addictions	36
2.3	La réponse médicosociale en addictologie à l'ANPAA 71 sur le territoire ...	38
2.3.1	L'analyse des besoins des usagers.....	39
2.3.2	Le choix d'une analyse stratégique par les salariés : méthodologie SOAR	41
2.3.3	La pluridisciplinarité, gage de qualité de l'offre de soin pour les équipes.....	42
2.3.4	Le rôle central du travailleur social.....	43
2.3.5	La pénurie médicale en addictologie associée au renforcement des responsabilités des infirmiers.....	44
2.3.6	La fonction du médecin coordinateur : son rôle et ses limites	44
2.3.7	L'éloignement des publics constaté par les équipes.....	45
2.3.8	L'enfermement des professionnels sur les centres de soin	45
2.4	Tableau récapitulatif des ressources, aspirations, opportunités et résultats (SOAR)	47
2.5	Le renforcement du maillage territorial comme préconisation :	49
2.6	La place et les attentes des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles	50
3	La mise en œuvre de permanences de proximité au sein des MSP et son évaluation	55
3.1	Accompagner le changement des pratiques professionnelles	56
3.1.1	Le changement comme stratégie et comme progrès.....	56
3.1.2	Les aspects financiers	57
3.1.3	L'adaptation des emplois aux nouvelles modalités de travail	58
3.2	Développer une intervention de proximité selon trois dispositifs	59
3.2.1	Le dispositif des consultations avancées	59
3.2.2	Le dispositif des microstructures.....	60
3.2.3	L'inscription au réseau départemental « ReMed Addictions »	62
3.2.4	La constitution d'un comité de pilotage de coordination	63
3.2.5	Les rencontres partenariales avec les référents des MSP.....	65
3.2.6	La formation des professionnels collaborateurs	66
3.3	Une nouvelle organisation humaine à définir	67
3.3.1	La mise en œuvre de la pluridisciplinarité au sein des MSP.....	67

3.3.2	La diversification des missions du travailleur social :	68
3.3.3	Les outils de management mobilisés	68
3.3.4	Les redéploiements de personnel à envisager	69
3.3.5	La formation interne comme levier managérial	72
3.4	Plan de communication à mettre en œuvre.....	74
3.4.1	La fonction communicante du projet :	74
3.4.2	La communication interne comme outil de management.....	75
3.4.3	La communication externe comme promotrice de l'organisation.....	76
3.5	La démarche d'évaluation.....	77
	Conclusion.....	81
	Bibliographie	83
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP :	A gence N ationale d' A ppui à la P erformance
ANESM :	A gence N ationale d' E valuation et de la qualité des établissements et services S ociaux et M édicosociaux
ANPAA :	A ssociation N ationale de P révention en A lcoologie et A ddictologie
ARS :	A gence R égionale de S anté
CAARUD :	C entre d' A ccueil et d' A ccompagnement à la R éduction des risques pour les U sagers de D rogues
CASF :	C ode de l' A ction S ociale et des F amilles
CCAA :	C entre de C ure A mbulatoire en A lcoologie
CHA :	C entre d' H giène A limentaire
CHRS :	C entre d' H ébergement et de R éinsertion S ociale
CLS :	C ontrat L ocal de S anté
CMUC :	C ouverture M aladie U niverselle C omplémentaire.
CNEUA :	C ollège N ational des E nseignants U niversitaire d' A ddictologie
CROSMS :	C omité R égional de l' O rganisation S anitaire et M édico- S ocial.
CSAPA :	C entre de S oin d' A ccompagnement et de P révention en A ddictologie.
CSST :	C entre S pécialisé de S oins aux T oxicomanes.
DESC :	D iplômes d' E tudes S pécialisées C omplémentaires
DIPEC :	D ocument I ndividuel de P rise E n C harge.
FFA :	F édération F rançaise d' A ddictologie
GCSMS :	G roupements de C oopération S ociale et M édico- S ociale
GI2A :	G estion I nformatisée des A ctivités en A ddictologie
GPEC :	G estion P révisionnelle des E mplois et des C ompétences.
HPST :	H ôpital P atient S anté T erritoire
MILDECA :	M ission I nterministérielle de L utte contre les D rogues E t les C onduites A ddictives.
MILDT :	M ission I nterministérielle de L utte contre les D rogues et les T oxicomanies
MSP :	M aison de S anté P luriprofessionnelle (ou P luridisciplinaire)
ONDAM :	O bjectif N ational de D épenses d' A ssurance M aladie
ORS :	O bservatoire R égional pour la S anté
PES :	P rogramme d' E changes de S eringues
PRS :	P rojet R égional de S anté
RDR :	R éduction D es R isques
RSA :	R evenu de S olidarité A ctive
SDIT :	S ervice D épartemental d' I ntervenants en T oxicomanie

SAF :	S ociété d' A ddictologie F rancophone
SOAR :	S trengths (forces), O pportunities (opportunités), A spirations, R esults (résultats).
SROMS :	S chéma R égional d' O rganisation M édico- S ociale
SROS :	S chéma R égional d' O rganisation des S oins
SRP :	S chéma R égional de P révention
SSR :	S oin de S uite et de R éadaptation
URPS :	U nion R égionale des P rofessionnels de S anté
TIC :	T echnologies de l' I nformation et de la C ommunication
TSO :	T raitement de S ubstitution aux O piacés
VIH :	V irus de l' I mmunodéficience H umain

Préambule

Demande de prise en charge reçue par Mail le 6 Décembre 2015 au CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) d'Autun par une patiente que nous appellerons Aline.

- *« Bonsoir, je vous contacte par mail car j'aimerais prendre un rendez-vous avec votre centre si possible rapidement. J'aimerais voir un médecin, je ne me sens pas bien.*

Consommatrice d'héroïne, je voudrais enfin me substituer, je ne sais plus vers qui me tourner.

J'ai également consommé une héroïne qui m'a envoyée aux urgences, et j'aimerais comprendre. J'ai donc dû l'arrêter et me substituer à n'importe quoi, comme des médicaments à la codéine, mais ça ne peut plus durer comme ça. J'habite à 45 kms de votre centre. Je n'ai plus de permis de conduire et ai de grosses difficultés pour me déplacer.

Je ne peux plus voir mon médecin traitant car je n'ai plus de mutuelle.

Quelle réponse pouvez-vous m'apporter ? »

Introduction

Après dix années d'expériences professionnelles en addictologie, je me positionne dans ce travail en tant que directrice d'établissement médico-social de l'ANPAA 71 (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) où il m'a été confiée par le conseil d'administration et la direction régionale la mission de renforcer le maillage territorial de la structure départementale.

Cinq années en tant que chargée de mission en prévention/formation m'ont permis d'acquérir des compétences dans le développement et la méthodologie de projet ; ont suivi cinq années au sein des équipes pluridisciplinaires des CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) en tant qu'assistante sociale. Ces deux fonctions complémentaires m'ont amené à appréhender le domaine de l'addictologie avec une vision globale des activités proposées par l'association. Aujourd'hui, je prends toute la mesure d'adapter notre offre de soin aux évolutions des besoins des usagers.

Ces diverses fonctions en addictologie m'ont permis de suivre l'évolution de la société, des comportements sociaux des individus avec les addictions. Face à une évolution des publics dans une société addictogène¹, ces pratiques deviennent de plus en plus préoccupantes sur un plan clinique mais aussi politique. Comme le disent Alain Morel et Jean-Pierre Couteron, « notre société a un problème sans précédent avec les addictions.² »

Confrontés au poids des représentations sociales, les dispositifs en alcoologie et en toxicomanie se sont construits de manière cloisonnée, pour évoluer ces dernières années vers un dispositif commun en addictologie.

Les évolutions des pratiques addictives avec l'augmentation des poly consommations, l'apparition des addictions sans substances, la diversité des traitements médicamenteux nous ont amenés à considérer davantage l'importance des comportements au-delà de la simple question du produit consommé. Ce changement de paradigme a mobilisé les politiques publiques dans ce secteur et s'est traduit par la transformation des dispositifs spécialisés, les CCAA³ et les CSST⁴ en CSAPA, dispositif généraliste intégrant

¹ Société Addictogène : société qui pousse aux recours aux addictions par des valeurs d'instantanéité, de performance et d'individualisme.

² MOREL A. et COUTERON J.P., mai 2008, *Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner*, Ed. Dunod, p.1.

³ CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et Addictologie.

⁴ CSST : Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes.

l'addictologie dans sa dimension globale. Je vous propose dans mon écrit de nous attarder sur ces changements.

En 2013, l'ANPAA 71 a connu ce virage institutionnel, politique et clinique avec la création des CSAPA. Inscrite historiquement dans une culture professionnelle en alcoologie, l'ANPAA71 a dû adapter en quelques mois sa prise en charge et élargir ses compétences à l'addictologie et ainsi répondre à une commande publique.

Aujourd'hui, l'ANPAA 71 exerce ses deux missions de prévention / formation et de prise en charge des addictions sur l'Ouest du département et a conservé cinq centres de soin, déjà existants et répartis sur différentes agglomérations : Autun, Le Creusot, Montceau les Mines, Paray le Monial et Mâcon. Des équipes pluridisciplinaires répondent aux besoins des publics présentant des problématiques d'addictions avec ou sans produits et aux personnes de l'entourage.

Parallèlement à ces remaniements, la question du territoire est devenue centrale tant au niveau des politiques publiques avec la signature d'un protocole territoriale départemental, associatif dans un contexte de régionalisation (CPOM) et clinique avec de nouvelles prises en charge, de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux professionnels soignants.

Qu'en est-il de ces transformations, de ces évolutions à la fois sociales, conceptuelles et politiques ? Qu'est-ce qu'un CSAPA aujourd'hui ? Que recouvre le territoire d'exercice de la structure ?

Après trois années de fonctionnement en CSAPA, je me rends compte que les demandes dans notre secteur augmentent d'année en année et sont de plus en plus diversifiées, traduisant la singularité des situations rencontrées par les professionnels.

Malgré une forte inscription territoriale de la structure de l'ANPAA 71, je constate que certains usagers restent encore trop éloignés des centres de soin et ne peuvent avoir recours aux dispositifs spécialisés, pourtant incontournables dans la démarche de soin pour certaines problématiques rencontrées.

En effet, un des freins majeurs reste la question de la mobilité et de l'accès au soin.

Comme le dit M.A. Bloch et L. Hénaut⁵ « *l'accès aux soins fait partie des déterminants des inégalités sociales de santé.* »

⁵ BLOCH M.A. et HERAUT L., *Coordination et parcours*, 2014, Ed. Dunod, p.270.

Je m'interroge aujourd'hui sur cette absence de réponse auprès d'une partie de la population sur un territoire dont j'ai la responsabilité.

Mes fonctions de direction me conduisent à considérer la particularité du territoire d'intervention pour offrir une prestation de proximité adaptée aux besoins des usagers.

La problématique que je souhaite éclairer est la suivante :

Comment prendre en compte les particularités d'un territoire d'intervention afin de répondre à l'ensemble des besoins des usagers en CSAPA ?

Plusieurs hypothèses étayent ma problématique :

L'offre de soin proposée par le CSAPA est insuffisante pour répondre aux besoins des usagers de l'ensemble du territoire.

Deuxième hypothèse : il est opportun et judicieux de construire un projet de soin en lien avec d'autres structures sanitaires apportant ainsi une réponse complémentaire.

Enfin, la dernière hypothèse consiste dans un rapprochement partenarial entre les structures locales des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et le CSAPA, pour ainsi permettre une coordination sanitaire dans le parcours de soin de l'utilisateur.

En effet, l'existence et le développement de structures sanitaires de proximité ambulatoires, telles que les MSP, se présentent comme des leviers et de réelles opportunités de partenariat.

La première partie de mon mémoire retrace le contexte de ma recherche action en m'appuyant sur l'évolution des dispositifs de prise en charge, sur les politiques publiques en vigueur, sur les pratiques thérapeutiques déclinées sur les CSAPA et sur l'inscription associative dans ses dimensions territoriales aux travers de ses missions et du public accueilli.

La deuxième partie expose ma démarche d'investigation et sa méthodologie, qui se traduit par des enjeux territoriaux, cliniques et professionnels.

Cette analyse diagnostic va me permettre de mesurer l'impact du territoire sur l'offre de soin en CSAPA, en interrogeant usagers et salariés. Ceci offre l'opportunité de procéder à un état des lieux objectivé par des données chiffrées associées à des approches théoriques.

Après un retour sur ma problématique et validation de mes hypothèses de travail, ma troisième partie est consacrée à la mise en œuvre du plan d'action, en déterminant des objectifs généraux, spécifiques, puis opérationnels. Elle intègre également le plan de communication et l'évaluation du projet.

Nous verrons ainsi que ce projet d'action soulève d'importants enjeux de direction, tant sur le plan éthique (dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge proposée) que sur les plans stratégique et politique (orientation associative et lien avec la gouvernance) comme sur le plan opérationnel (en termes de conduite de changement).

1 Le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et son évolution

1.1 Un dispositif historiquement organisé autour des produits consommés

La constitution de champs spécifiques à l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie s'est faite en parallèle pendant des années. Cette organisation institutionnelle distincte montrait à la fois des similitudes fortes et des différences plus ou moins prononcées suivant les époques.

L'évolution historique pour les deux champs se déroule de la même façon :

- d'abord la naissance des représentations sociales et des concepts médicaux définissant l'existence du problème de l'alcoolisme et un intérêt croissant pour les toxiques dans la seconde moitié du 19^{ème} siècle ;
- puis à partir des années 1960 pour l'alcoologie et 1970 pour la toxicomanie, la constitution des champs cliniques et institutionnels spécialisés.

Une politique de santé publique commune à l'ensemble des addictions est donc très récente en France.

1.1.1 Le poids des représentations sociales et sociétales en addictologie

Ce secteur en addictologie souffre beaucoup des représentations individuelles et collectives sur les consommations. Comme le souligne Jean-Pierre COUTERON « *un premier élément qui pèse et pèsera jusqu'à aujourd'hui sur chacun de ces deux champs : la réprobation sociale, l'opprobre, l'exclusion et les préjugés moraux dont sont victimes les alcooliques et les toxicomanes* ⁶ ». Les synonymes dévalorisants d'ivrogne n'ont jamais disparu du langage familier, nous entendons encore : soulon, pochtron, sacoché, des synonymes qui changent en fonction des générations.

Témoignage de Monsieur C., usager du centre de soin d'Autun :

« Ma décision de me faire aider a été difficile à prendre, car j'ai pensé que cela allait se traduire comme un jugement sévère des professionnels de santé, ce qui n'a pas été le cas. J'ai été surpris d'être considéré comme « malade » et non pas « ivrogne ».

⁶ MOREL A., COUTERON J.P. et FOUILLAND P., mars 2015, *Aide-mémoire en addictologie en 49 notions*, Ed. Dunod, p.6

Les représentations concernant les consommateurs de produits illicites sont issues de la culture « junkie » des années 70. Ces évènements culturels restaient associés au manque et à la délinquance avec la méconnaissance réelle des produits et de leurs effets.

Contrairement aux personnes alcoolo dépendantes, les représentations sociétales ne peuvent concevoir qu'un toxicomane puisse consommer des produits illicites de manière occasionnelle tout en travaillant et/ou avec une vie de famille. Nos construits collectifs se confrontent à quelque chose d'impossible. Le virus du VIH⁷ est venu renforcer cette image du toxicomane liée à la déchéance. Fébrile, tricheur et manipulateur sont les images force de ces consommateurs dépendants.

Qu'il s'agisse de malade alcoolique ou du toxicomane, il existe toujours un a priori négatif sur la personne que l'on considère comme étant la seule responsable de son mal-être, comme si elle pouvait s'arrêter du jour au lendemain avec « un peu de volonté ».

Ces préjugés provoquent chez le malade le sentiment de honte et de culpabilité fort, freinant la démarche de soin et entraînant la consommation.

C'est d'ailleurs de ces représentations qu'est né le mécanisme de défense, appelé le déni, que l'on retrouve souvent dans l'alcoolisme dépendance. En psychanalyse, la notion de déni se caractérise par une défense qui consiste à refuser ou à reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Concernant les pratiques addictives, le déni est un mécanisme de défense inconscient, il vise à gérer l'angoisse générée par la prise de conscience d'un problème difficilement acceptable, la perspective d'un sevrage et le changement radical de mode de vie qu'implique toute démarche de soin. Il vise à protéger la personne d'une image de soi de plus en plus négative et de son sentiment de honte, remords et culpabilité. Les professionnels dans tous secteurs médico-sociaux sont confrontés aux phénomènes de déni chez les personnes présentant des troubles addictifs et cela nécessite de se pencher sur cette question dans l'accompagnement et la prise en charge.

C'est pourquoi, il est primordial de travailler sur les représentations dans le cadre des actions de prévention, de formation et également lors des entretiens individuels en CSAPA afin de définir un langage commun et de permettre « l'alliance thérapeutique⁸ ».

⁷ VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

⁸ « *L'alliance thérapeutique désigne le processus interactionnel qui lie patient et thérapeute autour de la finalité et du déroulement de la thérapie. Souvent synonyme de relation thérapeutique, il croise aussi les concepts d'empathie, de relation d'aide et de transfert.* » COLLOT E., 2011, *L'alliance thérapeutique -Fondements et mise en œuvre*, Paris, Dunod, 256 p.

L'usager se sent alors compris, il trouve un espace de parole basé sur le non-jugement et la reconnaissance du mésusage.

Mais qu'en est-il de l'évolution de ces deux champs ?

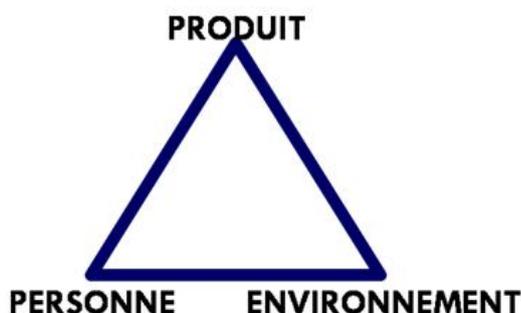
1.1.2 Evolution du dispositif spécialisé en alcoologie

Jusqu'à la fin des années 50, les initiatives d'entraide sont pour la plupart privées : Eglises, associations laïques, mouvements d'anciens buveurs, etc.

D'abord adoptée par la psychiatrie, l'alcoologie s'affirme ensuite, dès le début des années 60 comme une discipline autonome, requérant dispositif et compétences spécialisés.

D'une part, un certain nombre de psychiatres de la psychiatrie traditionnelle (dont Pierre Fouquet⁹) vont commencer à critiquer le modèle asilaire français : trop répressif, trop porté sur des objectifs de contrôle social par l'internement, trop proche d'un modèle biologique et des médicaments, pas assez proche des structures sociales ; pour Pierre Fouquet en effet, la psychiatrie traditionnelle relève d'un modèle médical trop restrictif qui sous-estime la dimension sociale des alcoolopathies.

Celui-ci revient donc sur l'importance du milieu dans la genèse de l'alcoolisme avec une définition proche de celle que Claude Olievenstein¹⁰ formulera un peu plus tard pour la toxicomanie : « un homme qui rencontre un produit dans un milieu donné ». Ce qui se traduira plus tard par la théorie du triangle que voici :



P. Fouquet a l'ambition de constituer une discipline scientifique qui dépasse la seule psychiatrie ou la seule médecine générale : c'est l'alcoologie.

Au même moment, on assiste à une diversification des acteurs professionnels qui veulent intervenir dans le champ : certains médecins généralistes, éducateurs spécialisés,

⁹ Pierre Fouquet est un médecin français, fondateur de l'alcoologie, a laissé une définition de l'alcoolisme encore largement utilisée : « est alcoolique celui ou celle qui a perdu la liberté de s'abstenir de l'alcool ».

¹⁰ Claude Olievenstein est un psychiatre français qui s'est spécialisé dans le traitement de la toxicomanie. On le surnommait le « psy des toxicos ».

personnels infirmiers, assistantes sociales, et quelques psychologues s'engagent en alcoologie. Le monopole des psychiatres traditionnels commence donc à être discuté et il faut souligner le rôle actif de ce qui deviendra plus tard, en 1990, l'ANPA (alors Comité National de Défense contre l'Alcoolisme) dans cette volonté d'élargissement et de diversification des personnels et des compétences. Il faut tout autant souligner le rôle des mouvements des anciens buveurs qui ont contribué également à cette évolution.

Les structures spécialisées sont alors créées sous l'intitulé Centre d'Hygiène Alimentaire (CHA) par la circulaire du 30 novembre 1970 ; dénomination traduisant encore du poids des représentations sociales liées à la personne alcoolo dépendante. Les CHA seront intégrées au secteur médico-social en 1975.

La circulaire de 1983 officialise finalement ce que les pratiques de terrain avaient déjà consacré : l'activité des CHA est élargie « à toute personne confrontée à des problèmes d'alcoolisation, quel que soit le stade de celle-ci »¹¹. C'est une étape essentielle de la stratégie de spécialisation pour des structures qui prennent à cette occasion la bien symbolique appellation de Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA), pour devenir ensuite des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA).

1.1.3 Evolution du dispositif spécialisé en toxicomanie

Pour la toxicomanie, marquée par le caractère illégal des drogues, ce fut plus difficile. C'est l'émergence dans les années 1960 de techniques substitutives (essentiellement la Méthadone¹²) qui a permis de mettre en place une prise en charge ambulatoire plus respectueuse des libertés individuelles évitant l'enfermement.

Dans les années 1970, la constitution d'espaces cliniques spécifiques pour les personnes toxicomanes s'est d'ailleurs accompagnée d'une rupture avec l'institution psychiatrique, d'où la naissance de lieux « expérimentaux » dénommés « free clinics », puis centres d'accueil ou centres de postcure.

Le cadre législatif de la politique française de lutte contre les toxicomanies est posé par la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, de la répression du trafic et de l'usage illicite des substances toxiques. Elle s'articule

¹¹ Circulaire DGS/137/2D du 15 mars 1983, relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool.

¹² La Méthadone est un opioïde analgésique utilisé comme substitut des opiacés chez les consommateurs d'héroïne. Son utilisation est légale en France depuis 1995, bien que toujours considérée comme un stupéfiant dans certains cas.

autour de trois volets : la répression du trafic et l'interdiction de l'usage, la possibilité d'une alternative thérapeutique à la sanction pénale ainsi que la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers. Elle a été complétée par plusieurs circulaires demandant aux juges de privilégier l'orientation sanitaire et sociale afin d'éviter l'incarcération pour usage.

En 1980, on a constaté une augmentation du nombre d'infections par le VIH et de décès par overdose chez la population toxicomane, ce qui va mobiliser fortement les pouvoirs publics. Cette affection transmise par le sang, accentuée chez les héroïnomanes avec l'échange de seringues va se traduire par de nettes évolutions en santé publique avec l'autorisation de la vente de seringues dans les pharmacies sans ordonnance. C'est les débuts de la Réduction Des Risques (RDR) et des Programmes d'Echanges de Seringues (PES).

Les structures spécialisées de soins aux usagers de drogues sont nommées Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST).

Le décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif au CSST définit leurs missions de prévention, d'accueil, d'orientation, d'information et de prise en charge de personnes ayant une consommation à risque ou un usage nocif de produits stupéfiants ou présentant des addictions associées, ainsi qu'un soutien à leur entourage familial.

Des structures de réductions des risques se sont développées à partir des années 1990 en complément des CSST, afin de prendre en charge les usagers non encore engagés dans une démarche de soins. Elles sont appelées aujourd'hui Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD).

Que sont devenus les CSST et les CCAA ?

1.2 La traduction de cette évolution par les politiques publiques : la création des CSAPA

1.2.1 Sous quelle impulsion ?

Le concept même de l'addiction¹³ est à l'origine d'un profond changement des conceptions cliniques et d'une importante réorganisation du dispositif de soin en addictologie.

Plusieurs rapports scientifiques ont souligné le lien existant entre l'usage de substances toxiques et les effets en termes de processus neuro-biologiques sous-jacents aux différentes addictions :

¹³ Concept défini par Aviel Goodman (psychiatre américain) en 1990 comme « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de conséquences négatives.* »

- en 1998, le rapport PARQUET sur la prévention ;
- en 1998, le rapport ROQUES sur la dangerosité des drogues ;
- en 2000, le rapport REYNAUD, PARQUET et LAGRUE sur les pratiques addictives.

Au cours de cette période d'expertise scientifique, d'importants constats ont émergés : une augmentation des polyaddictions, incluant de plus en plus les médicaments psychotropes, l'usage toxicomaniaque de l'alcool à des fins de « défonce » se répand chez certains usagers. Les comportements addictifs sans substances : jeux pathologiques, boulimie, cyber-addictions et autres, sont maintenant pris en compte.

Ces constats nous montrent que les frontières entre les usages de tous les produits psychoactifs, licites ou non se confondent. Finalement, le constat selon lequel il convient désormais de raisonner en termes d'usage, de pratique ou de comportement, plutôt que selon les produits, est sociologiquement bien établi.

Il l'était également pour nombre de professionnels du champ de la toxicomanie et de l'alcoolisme depuis quelque temps déjà, mais ce qu'il y a aujourd'hui de nouveau est sa prise en compte par les pouvoirs publics : depuis ces différents rapport qui marquent certainement l'aboutissement d'un long travail visant à établir la légitimité politique de ce constat scientifique : drogues illicites, médicaments psychotropes, alcool et tabac, au moins dans le champ sanitaire, se pensent désormais de la même façon, c'est-à-dire comme tous susceptibles de conduire à des usages risqués, voire à la dépendance.

Nous voyons peu à peu apparaître dans le vocabulaire de nouvelles notions, telles que addictologie¹⁴, addiction et pratiques addictives dans les publications, les journées de réflexion, les colloques spécialisés, et dans les documents attestant des directions prises par la nouvelle politique française ; contenu du plan triennal de la MILDT¹⁵ du 16 juin 1999, création d'un Courrier des addictions, changement d'appellation de la Revue Alcoologie qui devient Alcoologie et Addictologie , requalification du bureau de la DGS en bureau des «Pratiques addictives » , création d'une Société d'addictologie francophone (SAF), mise en place d'un Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) d'Addictologie et de son Collège national des enseignants universitaire d'addictologie (CNEUA), etc., sont autant de traductions concrètes par les politiques publiques.

¹⁴ Dans le Rapport Reynaud, en 2000, l'addictologie est définie comme la discipline chargée « d'étudier les pratiques de consommation et les conduites addictives, en s'intéressant aux mécanismes d'acquisition de la dépendance notamment à leurs déterminants biologiques, psychologiques et sociaux. Elle a pour finalité d'affiner le traitement et la prévention de ces pratiques et d'analyser leurs conséquences économiques et sociales. »

¹⁵ MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et des Toxicomanies.

On assiste bien à un changement de paradigme, à savoir que le comportement d'usage est plus important que la substance consommée. Afin de décloisonner les dispositifs et les pratiques jusque-là organisés autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre, les politiques publiques en addictologie ont dû évoluer. Ceci s'est traduit par l'adoption d'une nouvelle loi sur l'action sociale et médico-sociale, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale transformant les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) en CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

1.2.2 Les missions des CSAPA

Les CSAPA, inscrits au 9° de l'article L.312-1 du CASF, ont été créés par la loi du 2 janvier 2002. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, il est désormais prévu que les CSAPA sont financés par l'assurance-maladie. Ce sont le décret du 14 mai 2007 et la circulaire du 28 février 2008 qui fixent les missions obligatoires et facultatives des CSAPA.

Les missions obligatoires et facultatives des CSAPA doivent pouvoir être réalisées dans le respect de l'anonymat, s'agissant de l'usage de stupéfiants, si la personne le demande conformément à l'article L.3414-1 alinéa 2 du CSP.

Le décret du 14 mai 2007 complété récemment par la loi santé de 2016, prévoient cinq missions obligatoires que doivent proposer tous les CSAPA à tous les publics qui se présentent et indépendamment de leur éventuelle spécialisation.

Ces missions obligatoires sont les suivantes :

- L'accueil de toute personne se présentant au CSAPA qui recouvre les conditions suivantes :

« - un accès facile de par leur implantation géographique et de par des horaires adaptés aux contraintes des différents publics accueillis (jeunes, personnes en activité), en tenant compte des obligations et des contraintes du public accueilli telles celles de la vie professionnelle,

- des locaux permettant l'accueil des personnes handicapées,

- l'obligation d'assurer l'anonymat pour les consommateurs de stupéfiants qui le demandent,

- la simplification des formalités d'accueil,

- un espace adapté pour permettre la confidentialité. »¹⁶

- L'information : il peut s'agir d'information sur les droits des usagers ou sur les modalités de prise en charge.

- L'évaluation médicale, psychologique et sociale : il s'agit de déterminer le niveau de consommation de l'usager, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins.

Concernant les personnes de l'entourage, il s'agit d'évaluer les conséquences notamment sociales et psychologiques des pratiques addictives de la personne au sujet de laquelle elles consultent ainsi que leur besoin d'aide et d'accompagnement.

- L'orientation : toute personne accueillie dans le CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation de prise en charge par le CSAPA ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins.

Cela suppose donc que le CSAPA s'inscrive dans un fonctionnement partenarial avec les autres structures de prise en charge en addictologie (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social...).

- La prévention : selon l'art. 8 bis de la loi santé de 2016¹⁷, la prévention, jusqu'alors mission facultative est devenue une mission obligatoire.

Les missions facultatives des CSAPA concernent les consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs, la prise en charge des addictions sans substances et l'intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

Après avoir décliné les missions des CSAPA, j'ai choisi d'aborder et d'explicitier les pratiques thérapeutiques dispensées par les professionnels au sein des centres de soin.

En effet, cette partie nous permettra de comprendre que certaines modalités peuvent rendre difficile l'accès aux soins pour un usager.

Je me limiterai aux données sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO), qui présentent un cadre thérapeutique contraignant pour un usager toxicomane et qui vous montrent les éventuels obstacles auxquels sont confrontés les usagers pour un premier recours au soin ainsi que les risques encourus par les usagers en cas de rupture dans la démarche de soin.

¹⁶ Décret du 14 mai 2007

¹⁷ LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'Article I relève de la prise en charge des addictions.

D'autre part, d'autres modalités d'intervention ont vu le jour ces dernières années et nécessitent une collaboration étroite avec les professionnels de santé, d'autant plus en ambulatoire.

1.3 Les pratiques thérapeutiques au sein des CSAPA

1.3.1 Les spécificités thérapeutiques des Traitements de Substitution aux Opiacés

Les médicaments de substitution, dans la dépendance aux opiacés, sont la méthadone et la Buprénorphine Haut Dosage (BHD), ils disposent d'effets pharmacodynamiques similaires à ceux de l'héroïne. Ces deux médicaments de substitution disponibles en France, ont des particularités pharmacologiques distinctes incluant des modes de prescription et de prise en charge différenciés. Ces cadres thérapeutiques permettent d'assurer la sécurité de leur initialisation et donc de protéger l'utilisateur.

A) Le cadre réglementaire d'utilisation particulier de la méthadone :

La molécule de méthadone peut se présenter sous la forme d'un sirop ou d'une gélule. Elle est susceptible d'entraîner le décès du patient par overdose si celui-ci est intolérant aux opiacés ou s'il a absorbé un dosage supérieur à ses capacités de tolérance, ce qui explique la sécurisation du traitement.

L'initialisation du traitement ne peut s'effectuer qu'au sein des CSAPA ou en hospitalier dans un cadre réglementaire spécifique. Un projet ouvrant la possibilité à des médecins généralistes, formés et conventionnés avec des CSAPA, de primo-prescrire la méthadone est en préparation en France, un des rares pays européens à ne pas encore disposer de cet accès à la méthadone directement « en médecine de ville ».

Au préalable, la consommation d'opiacés doit être attestée par une analyse urinaire. La posologie est adaptée quotidiennement en fonction de l'état clinique et du confort du patient que lui seul est à même d'apprécier, dans une relation de confiance avec les soignants. L'évaluation des co-consommations est importante, qu'il s'agisse de substances comme l'alcool, les benzodiazépines, la cocaïne ou de médicaments qui peuvent interagir avec le traitement.

C'est pendant les quinze premiers jours de traitement que le risque de surdosage est le plus important, justifiant une surveillance thérapeutique quotidienne. La délivrance de la méthadone peut s'effectuer en centre spécialisé ou en pharmacie de ville.

L'initialisation du traitement de la méthadone impose une fréquence courte des consultations en CSAPA et peut se présenter comme une contrainte pour le patient.

Ensuite, les prescriptions méthadone (notamment en sirop) s'effectuent tous les quatorze jours.

Son renouvellement après stabilisation peut se poursuivre en médecine de ville, ce qui favorise l'accès et la fluidité du parcours de soin pour l'utilisateur. Ce qui justifie bien l'importance de la collaboration entre les dispositifs spécialisés et ceux de la médecine de ville.

B) La buprénorphine haut dosage et ses mésusages :

Cette molécule, surtout connue sous le nom de Subutex, dispose de propriétés d'agoniste¹⁸ partiel des récepteurs opiacés. Elle prévient le symptôme de manque, est active pendant 24 heures, diminue le désir de consommer, mais sans apporter le confort physique et psychique d'un agoniste pur, comme la morphine ou la méthadone.

Ce traitement présente un cadre plus simple que la méthadone du fait de la sécurité supérieure qu'il apporte, notamment quant au risque de surdosage. La posologie se détermine en quelques jours, tout médecin peut initialiser ce traitement. La prescription est généralement de 28 jours.

Cependant, il peut présenter de nombreux risques dans certaines conditions. Certains usagers cherchent à retrouver des effets d'apaisement ou d'euphorie et peuvent faire un usage détourné soit en sniffant ou en injectant, soit en y associant des tranquillisants ou d'autres psychotropes. Ces mésusages et détournements (injections, sniff, revente) ne touchent qu'une minorité des patients.

Une forte dose de BHD en injection intraveineuse associée à des benzodiazépines et de l'alcool peut provoquer une overdose mortelle.

J'ai souhaité évoquer cette substitution afin de croiser les enjeux liés aux TSO et ceux liés à l'accès aux soins. La démarche thérapeutique parfois lourde nécessite une proximité des soins, afin de favoriser le premier recours au soin et la continuité de la démarche de soin.

Ces évolutions conceptuelles, juridiques (politiques publiques) et médicamenteuses ont fait émerger d'autres modalités d'intervention. En effet, de nouvelles approches sont venues enrichir l'accompagnement thérapeutique proposé aux usagers, traduisant un assouplissement du cadre clinique dans la prise en charge des addictions.

¹⁸ Agoniste : substance qui se fixe sur les mêmes récepteurs cellulaires qu'une substance de référence et qui produit, au moins en partie, les mêmes effets.

1.3.2 L'émergence de nouvelles approches thérapeutiques

J'ai souhaité souligner l'évolution des pratiques professionnelles dans notre secteur, car elle permet de comprendre à la fois la progression et l'assouplissement des modalités d'intervention en addictologie et l'évolution de la place des usagers. Ce qui contribue au niveau institutionnel à faire évoluer les approches.

Comme l'explique A. MOREL et J.P. COUTERON, « *les évolutions que connaissent depuis peu les approches thérapeutiques de l'addiction traduisent des mouvements de fond qui touchent à la fois le domaine de la santé et l'implication des malades dans les soins, mais aussi à la conception même de l'addiction et au statut des usagers.* »

En effet, les évolutions vécues par le secteur de l'addictologie traduisent bien du choix laissé à l'utilisateur dans sa démarche de soin, faisant de lui l'acteur principal de sa santé.

L'important étant d'obtenir une rémission du comportement addictif la plus stable possible, il est nécessaire de prévoir l'accompagnement d'un changement progressif qui intègre l'ensemble des champs de la vie quotidienne et de la personnalité.

Par exemple, la meilleure prise en compte de la notion de motivation et la technique de l'entretien motivationnel, les stratégies de prévention de la rechute, les théories du changement de Prochaska et Di Clemente¹⁹, la diffusion des thérapies multidimensionnelles, la réduction des risques ont peu à peu gagné le secteur de l'addictologie autrefois centré sur des modèles basés sur l'abstinence ou la psychothérapie.

En mettant en exergue la question de son comportement et non plus celle du produit qu'il consomme, l'addictologie met l'utilisateur « au centre », non seulement de sa problématique, mais aussi de la collaboration avec les soignants.

Ces approches développées, « *traduisent toutes le besoin de sortir des dogmes et rigidités des conceptions classiques sur les dépendances et leurs traitements centrées exclusivement sur l'abstinence, pour ouvrir d'autres voies et mieux répondre à la diversité des besoins des usagers.*

Toutes ces approches ont d'ailleurs promu conjointement un changement de regard et de relation entre usagers et intervenants, patients et soignants, pour aboutir à une

¹⁹ C'est une théorie de changement comportemental qui comporte plusieurs étapes de motivation chez l'utilisateur : la pré-intention, l'intention, la décision, la préparation (prise de décision), l'action et le maintien. Elle est principalement utilisée pour la démarche du sevrage tabagique mais peut être transposée pour toute addiction.

*conception collaborative de cette relation et des objectifs du traitement afin de les aider à mieux gérer leur addiction et les changements qu'ils veulent apporter pour cela.*²⁰ »

Je vous propose donc d'en citer quelques-unes afin de pouvoir prendre la mesure de cette progression et de cette ouverture professionnelle qu'a connue notre secteur.

- L'approche motivationnelle
- La Réduction Des Risques (RDR)
- L'approche expérientielle
- La gestion des émotions

Cette prise en compte de l'usager dans ce secteur se traduit sur la thérapeutique, sur la qualité de l'accompagnement proposé et sur la nécessité de développer les collaborations sanitaires. Dans l'exposé de ce contexte, j'ai choisi d'aborder les priorités de planification et de programmation des dispositifs. En effet, il me semble primordial aujourd'hui de considérer la nécessité de la coordination sanitaire et du croisement des politiques sociales qui est traduite par la législation et par les différentes instances en addictologie.

1.4 La planification, outil de déclinaison territoriale du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

1.4.1 Les lois liées à la planification et à la programmation en addictologie

➤ A l'origine, la loi 2002-2 créant les CSAPA et les décrets du 14 mai 2007 et du 24 janvier 2008 relatifs aux missions des CSAPA et fixant les modalités d'application, qui organisent la planification du dispositif.

La loi de 2002 a posé le principe de la coopération entre les établissements sociaux et médico-sociaux et le décret du 6 avril 2006²¹ a défini le cadre juridique des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Elle a même permis aux établissements de santé de s'intégrer aux diverses formules de coopérations sociales et médico-sociales.

➤ La Loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) du 21 juillet 2009 a pour ambition de moderniser le système de santé français en portant des modifications d'organisation majeures sur l'ensemble de l'offre de soins (hospitalière, ambulatoire,

²⁰ MOREL A., COUTERON J.P. et FOUILLAND P., mars 2015, *Aide-mémoire en addictologie en 49 notions*, Ed. Dunod, p.473/ 477, 478.

²¹ Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire)

préventive et médico-sociale). L'un des objectifs de la loi est de privilégier une approche transversale des politiques de santé publique en vue d'opérer une meilleure complémentarité des offres, des ressources et des compétences mobilisées pour la santé des citoyens, dans une logique d'approche territoriale. Et plus récemment :

➤ La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elle s'articule autour de trois axes : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste, le développement des droits des patients.

La loi recentre le système de santé sur les soins de proximité et engage le "virage ambulatoire" que les professionnels demandent depuis longtemps. Dans cette perspective, elle encourage le développement d'une médecine de proximité, facilite l'accès aux soins avec la mise en place du tiers payant chez le médecin, améliore l'information des usagers sur l'offre de soins de proximité, donne aux professionnels de santé les outils pour assurer un suivi efficace de leurs patients et renforce le service public hospitalier.

1.4.2 Les orientations nationales basées sur la coopération

➤ **Le rôle et l'appui de la MILDECA²²**

En lien avec ces évolutions législatives, la mission permanente de lutte contre la toxicomanie (MILT) créée en 1982, devenue la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) en 2014²³, répond à la nécessité de coordonner une politique publique par nature interministérielle.

Cette politique publique de lutte contre les drogues et les conduites addictives couvre les domaines suivants : recherche et observation ; prévention ; santé et insertion ; application de la loi ; lutte contre les trafics ; coopération internationale.

Placée auprès du Premier ministre, la MILDECA anime et coordonne l'action du gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Elle élabore à ce titre le plan gouvernemental et veille à sa mise en œuvre.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, adopté le 19 septembre 2013 repose sur trois grandes priorités :

²² MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Projet de loi de santé. <http://www.social-sante.gouv.fr>

²³ Décret n°2014-322 du 11 mars 2014

- « *Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation.*
- *Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux : en empêchant, retardant et limitant les consommations des jeunes ; en améliorant le soin et l'accompagnement des femmes usagères de drogue ; en rapprochant les dispositifs des populations les plus éloignées (que ce soit pour des raisons géographiques ou sociales) ; par la prévention des addictions dans le monde du travail.*
- *Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives. »²⁴*

➤ **La place des réseaux de santé addictions « Fédération addictions »**

La fédération Addictions a pour but de constituer un réseau au service des professionnels accompagnants les usagers dans une approche médico psychosociale et transdisciplinaire des addictions. Pour former un réseau national représentatif de l'addiction, l'association fédère des dispositifs et des professionnels du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la RDR.

Elle mène une action de proximité basée sur une démarche participative. La fédération est organisée en unions régionales. « *Elle vise à décloisonner les approches, les pratiques et les structures ; à prendre en compte les dimensions plurielles de l'expérience addictive ; à privilégier la promotion de l'usager, l'amélioration de sa qualité de vie en lui proposant une offre globale de soins et d'accompagnement. »²⁵*

La fédération addiction pilote depuis 2012 une réflexion nationale sur l'articulation des acteurs des soins en addictologie. Le site « interagir autour des addictions » partage les résultats de cette démarche et de ses réflexions. Ces résultats proposés par thématiques mettent en lumière la pertinence du travail de coordination entre les différents acteurs de l'addictologie (médecine de ville, microstructures, CSAPA, Hospitalier, ...)

²⁴ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

²⁵ www.federationaddictions.fr

1.4.3 La planification par la mise en place de schémas régionaux

L'ARS²⁶ de Bourgogne dans le cadre du PRS²⁷ 2012-2016 fixe des objectifs en matière de prévention, d'amélioration de l'accès aux établissements aux professionnels et aux services de santé, de qualité et d'efficience des prises en charge et de respect des droits des usagers.

Il comporte également des mesures de coordination avec d'autres aspects de la politique de santé. Le SRP²⁸, le SROS²⁹ et le SROMS³⁰ sont des instruments de mise en œuvre de ce plan.

Ce plan composé de six cahiers est un document stratégique qui définit pour les cinq années à venir les orientations et les objectifs en matière de santé sur le territoire Bourguignon :

- le cahier 3 du SRP traite, dans son paragraphe 3, des objectifs de la prévention. Je citerai l'objectif général 6 qui consiste à concourir à la diminution de la prévalence de l'usage nocif et de la dépendance à l'alcool, au tabac et aux substances illicites.
- le cahier 5 quant à lui, fixe les orientations du SROMS et traite dans sa quatrième partie de l'organisation de la prise en charge des personnes confrontées aux addictions.

Ce schéma met en avant, différents objectifs généraux en lien direct avec ma problématique, à savoir :

- *« organiser un parcours de soins cohérent par une bonne articulation avec la médecine de ville et le milieu hospitalier,*
- *réduire les inégalités territoriales,*
- *Coopérer,*
- *Mettre en œuvre des projets innovants et expérimentaux. »*

Ce programme régional se traduit au niveau local par la signature d'un protocole territorial départemental.

²⁶ ARS : Agence Régionale de Santé.

²⁷ PRS : Programme Régional de Santé

²⁸ SRP : Schéma Régional de Prévention

²⁹ SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

³⁰ SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale

1.4.4 Le protocole territorial départemental

A) Contexte du protocole

Le PRS Bourgogne-Franche Comté 2012-2016 a introduit la notion de parcours de santé et de vie et en a comptabilisé 12 dont un parcours de soin en addictologie.

Au niveau départemental, les acteurs en addictologie ont été réunis et un groupe de travail s'est constitué permettant ainsi de confronter ce parcours de soin et d'identifier les points de rupture au niveau local.

Je m'attarderai sur les problèmes identifiés par les médecins traitants, professionnels de santé, et dispositifs de première ligne, « *qui ne savent pas toujours repérer, orienter et évoquent des difficultés, des craintes face au déni ou face aux cas lourds*³¹ ». Ils parlent de difficultés dans la coordination du parcours de soin et de la nécessité d'améliorer les liaisons et les transmissions. Les écarts confirment le besoin d'une meilleure prise en compte de la problématique addiction par les professionnels de santé.

B) Objectif du protocole

Ce protocole a pour objet d'organiser, dans une dimension territoriale, les participations et les collaborations des différents acteurs des secteurs sanitaire, médico-social, social et des professionnels de santé libéraux, visant à l'amélioration du parcours de soins de la personne ayant une conduite addictive. Le protocole a été initié et piloté par la Délégation Territoriale de l'ARS de Bourgogne-Franche Comté et les fiches actions le composant ont été construites par les acteurs locaux.

L'objectif est de pouvoir favoriser une prise en charge le plus en amont possible et de fluidifier le parcours de l'utilisateur.

Le protocole couvre le département de la Saône et Loire, découpé en six territoires de proximité³².

Il prend effet le 18 février 2014, date de signature, pour une durée de trois ans.

Il a été signé par Madame la Déléguée Territoriale de Saône et Loire (ARS Bourgogne), Messieurs les Directeurs des Centres Hospitaliers d'Autun, de Mâcon, de Paray le Monial, de Montceau les Mines, Monsieur le Secrétaire Général du centre hospitalier de Chalon sur Saône, Monsieur le directeur de la Fondation Hôtel Dieu au Creusot, Monsieur le directeur du Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey, Madame le directrice du CSAPA principal de l'ANPAA 71, Madame la directrice générale de la Sauvegarde 71, Messieurs

³¹ Diagnostic préalable au protocole territorial départemental de l'ARS.

³² Cf. annexe 1.

les présidents de l'URPS Médecin et URPS Pharmacien, Monsieur le Président de Tab'Agir.

Les écarts dénoncés dans le diagnostic préalable à l'écriture du protocole territorial, ont permis de construire des fiches actions en termes d'actions de coordination territoriale entre les différents acteurs.

Une fiche action³³, dont j'ai la responsabilité, concerne plus particulièrement mon travail de coordination avec les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) à mettre en œuvre.

Après avoir défini les contours en addictologie, je vais vous présenter la structure associative et ses missions que je mets en œuvre depuis plus de dix ans.

1.5 L'association gestionnaire ANPAA et son inscription sur le territoire

1.5.1 Au niveau national

➤ Buts et valeurs de l'association :

- Ses valeurs humanistes qui visent au respect et la dignité de toutes les personnes, à leur capacité à l'autonomie et à la responsabilité, à la liberté d'expression et de choix quant à leur projet de vie,
- La promotion d'un progrès social, économique et environnemental protecteur des pressions addictogènes,
- le continuum de la prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement dans une perspective globale, psychologique, biomédicale et sociale,
- l'amélioration et l'application de la législation,
- l'évolution des opinions et les politiques publiques en France et en Europe en faveur de la promotion à la santé,
- le rôle promoteur et novateur en alcoologie et addictologie.

Les axes stratégiques³⁴ au niveau national sont les suivants : mobiliser, impulser, réfléchir pour agir, intervenir sur le terrain, renforcer sa légitimité et développer des partenariats.

L'ANPAA inscrit sa réflexion et son action sur l'ensemble du continuum ; elle se propose de développer l'innovation, de valoriser le service rendu, de renforcer le maillage territorial

³³ Cf. annexe 6 : fiche action du protocole territorial départemental spécifique.

³⁴ Axes stratégiques 2015/2019 ANPAA National

et de mettre en œuvre les nouvelles modalités de gouvernance politiques et opérationnelles régionales.

➤ **Sa gouvernance :**

L'association est administrée par un conseil d'administration de 24 membres composé de deux collèges de 12 membres, chacun élu pour un mandat de six ans :

- Un collège national constitué d'adhérents se présentant à titre individuel, élus par l'assemblée générale ;
- Un collège des régions et inter régions de l'association : administrateurs élus en assemblée plénière régionale ou inter régionale, composé des membres des commissions exécutives des comités départementaux de la région ou inter région.

Le siège national de l'ANPAA assure la direction générale de l'association sous l'impulsion et les directives du Conseil d'Administration. Il assure la gestion des ressources humaines et la formation (interne et en liaison avec UNIFAF).

➤ **Son implantation sur le territoire français :**

Une présence de l'ANPAA dans 21 régions sur 22 du territoire français composée de 1 501 salariés (1 123 ETP³⁵) pour un budget annuel d'environ 80 millions d'euros provenant à 95% de subventions publiques.

➤ **Ses missions générales :**

L'association a pour missions de promouvoir et contribuer à une politique globale de la prévention des risques et des conséquences des usages, usages détournés et mésusages d'alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychotropes, pratiques de jeu excessif et autre addiction sans produit. Pour cela elle gère plusieurs structures médico-sociales dont des CSAPA³⁶, des CAARUD³⁷, des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), des Maisons Des Adolescents (MDA), des Points d'Accueil Ecoutes Jeunes (PAEJ) et plusieurs services de prévention réunissant des actions de prévention générale et une activité de formation professionnelle en tant qu'organisme agréé au titre de la formation continue.

³⁵ ETP : Equivalent Temps Plein.

³⁶ CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement de Prévention en Addictologie.

³⁷ CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues

Elle apporte également son expertise en tant qu'interlocutrice auprès des pouvoirs publics en étant force de propositions et participe aux projets de plan gouvernementaux de lutte contre la drogue et les conduites addictives, notamment auprès de la Mission Interministérielle de la Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA) et de l'Agence Nationale de Santé Publique France (anciennement l'INPES).

Elle s'inscrit dans un réseau de partenariat étendu. Elle est membre fondateur de la Fédération Française d'Addictologie (FFA), de l'Alliance Prévention Alcool (APA), de l'European Alcohol Policy (EUROCARE). Elle est membre actif de l'European Public Health Alliance (EPHA), de l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS), de la Société Française de Santé Publique (SFSP), de SAF³⁸ France et de la FNH-VIH et autres pathologies (Fédération Nationale Hébergement).

Elle participe, à ce titre, à divers travaux tels que ceux relatifs au manifeste pour une reconnaissance et un financement fiable de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de la prévention collective et de la santé communautaire piloté par la Fédération Nationale d'Education et de promotion à la Santé (FNES) aux côtés d'autres associations. Ses missions générales se déploient dans chaque département selon les réalités territoriales du contexte régional et local.

1.5.2 L'instance régionale : l'ANPAA Bourgogne Franche - Comté

Ces dernières années, l'accent a été mis sur un environnement en mutation, notamment marqué par un renforcement de la régionalisation de la gouvernance des politiques publiques en matière de santé.

Après trois années de réflexion, l'ANPAA a elle aussi renforcé son organisation régionale, tant en matière de vie associative que fonctionnelle.

Les comités régionaux ont un rôle central dans la nouvelle gouvernance. Ils sont composés des présidents des comités territoriaux (départementaux), des administrateurs du Conseil d'Administration et des représentants élus par l'Assemblée régionale parmi les membres actifs. Ils ont tout particulièrement pour missions :

- De préparer et fixer les orientations et stratégies régionales en lien avec le Directeur Régional et en cohérence avec celles définies au niveau national ;
- D'adopter le budget régional au regard du rapport d'activité et des orientations stratégiques ;

³⁸ SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foétale.

- D'agir auprès des partenaires locaux en concertation avec le Directeur Régional ;
- De favoriser l'harmonisation et la complémentarité des pratiques des territoires.

L'année 2013 restera l'année de l'avènement d'une politique régionale réelle et effective à l'ANPAA Bourgogne, notamment à travers l'élaboration, la signature et le début de mise en place du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) mixte 2013-2017 entre l'ARS et l'ANPAA Bourgogne.

Il s'agit d'un des premiers CPOM mixte englobant prévention et secteur médico-social signé par l'ARS en juillet 2013. Ce travail a fortement mobilisé l'ensemble des structures et se traduit :

Dans le secteur de la prévention :

- Par le renforcement du travail de terrain du secteur prévention, visant le maintien des moyens grâce à un appui sur le médico-social.
- Par une mise en cohérence forte avec les axes prioritaires du schéma régional en rééquilibrant les différentes missions.

Dans le secteur médico-social :

- Par le renforcement et la généralisation de la pluridisciplinarité des équipes par l'augmentation des personnels paramédicaux et la qualification de certains personnels.
- Par une couverture territoriale dont les pistes de travail sont : la mise en place de permanences CSAPA en favorisant chaque fois que c'est possible le rapprochement avec les structures locales, le développement des consultations jeunes consommateurs (CJC), etc.

La structure régionale est financée par l'ARS sous la forme d'une dotation globale de fonctionnement bien définie dans le cadre du CPOM.

Ce CPOM dispose d'une fiche action caractérisant le renforcement du maillage territorial³⁹ à mettre en œuvre, elle se présente à moi comme un levier institutionnel et opérationnel.

Concernant l'instance régionale, je dois également évoquer un mouvement impulsé par la réforme territoriale de 2014 effective depuis le 1^{er} janvier 2016, celui de la fusion administrative des deux régions Bourgogne et Franche-Comté. A l'ANPAA 71, la

³⁹ Cf. Fiche action présentée en annexe 5.

réorganisation régionale est en cours. Après avoir évoqué l'échelon régional, que peut-on dire de l'organisation départementale ?

1.5.3 L'ANPAA 71

Le CSAPA généraliste⁴⁰ de l'ANPAA 71 se compose d'un service prévention/formation et d'un service médicosocial, il se situe à Mâcon et regroupe cinq centres de soin. Les centres ne font pas la délivrance de méthadone mais travaillent en collaboration avec les officines de ville. Des Consultations Jeunes Consommateurs⁴¹ (CJC) sont en place sur chacun de ces sites.

En Saône et Loire, la transformation en CSAPA a engendré la répartition départementale des compétences en addictologie par l'ARS entre deux associations : la Sauvegarde 71 et l'ANPAA 71⁴². Cette division territoriale de l'offre en addictologie sur le département a été effective au 1^{er} mars 2013.

Le territoire d'intervention du service de la Sauvegarde 71 comprend le pays du Chalonnais et celui de la Bresse Bourguignonne.

Le territoire d'intervention de l'ANPAA 71 comprend le pays Mâconnais, le pays Charollais Brionnais, le pays du Grand Autunois/ Morvan et la communauté de communes Montceau Le Creusot. Ce qui se traduit par l'implantation de cinq centres de soin, répartis équitablement sur le territoire attribué dont j'ai la responsabilité.

C'est sur ce territoire que porteront mon travail d'investigation et mon projet d'action.

Suite à cette répartition, l'ANPAA 71 a élargi ses compétences, jusqu'alors axées uniquement sur les prises en charge en alcoologie et tabacologie, à l'addictologie, ce qui a nécessité une forte mobilisation en formation des personnels et l'intégration de professionnels infirmiers sur les différents sites.

Cette compétence élargie a entraîné une très forte augmentation de la file active dont je vous fais part ci-dessous à l'aide de ce tableau :

⁴⁰ A la différence des CSAPA spécialistes, les CSAPA généralistes proposent une prise en charge de toutes les addictions.

⁴¹ Ce sont des consultations spécifiques auprès du public jeunes (11/25ans) intégrées au sein des antennes et animées par les travailleurs sociaux ou infirmiers des sites.

⁴² Cartographie de l'offre en addictologie en Bourgogne en annexe 2.

File active	2012 Avant la transformation en CSAPA	2014 Après la transformation en CSAPA	2015	Variation en % entre 2012 et 2015
Autun	96	175	188	+ 95,8%
Le Creusot	115	213	226	+ 96,5%
Montceau	128	228	258	+ 101,5%
Paray le Monial	206	219	362	+ 75,73%
Mâcon	350	537	799	+ 128,29%

Le renforcement du maillage territorial comme axe de progrès du projet d'établissement :

Ces nouveaux enjeux territoriaux définis au niveau régional par la gouvernance associative et au niveau local par l'élaboration du protocole territorial départemental en lien avec l'ARS ont entraîné la réactualisation du projet d'établissement en septembre 2015, dont les axes de progrès à 5 ans, concernent l'amélioration du parcours de soin de l'utilisateur et le renforcement de l'inscription territoriale de l'établissement.

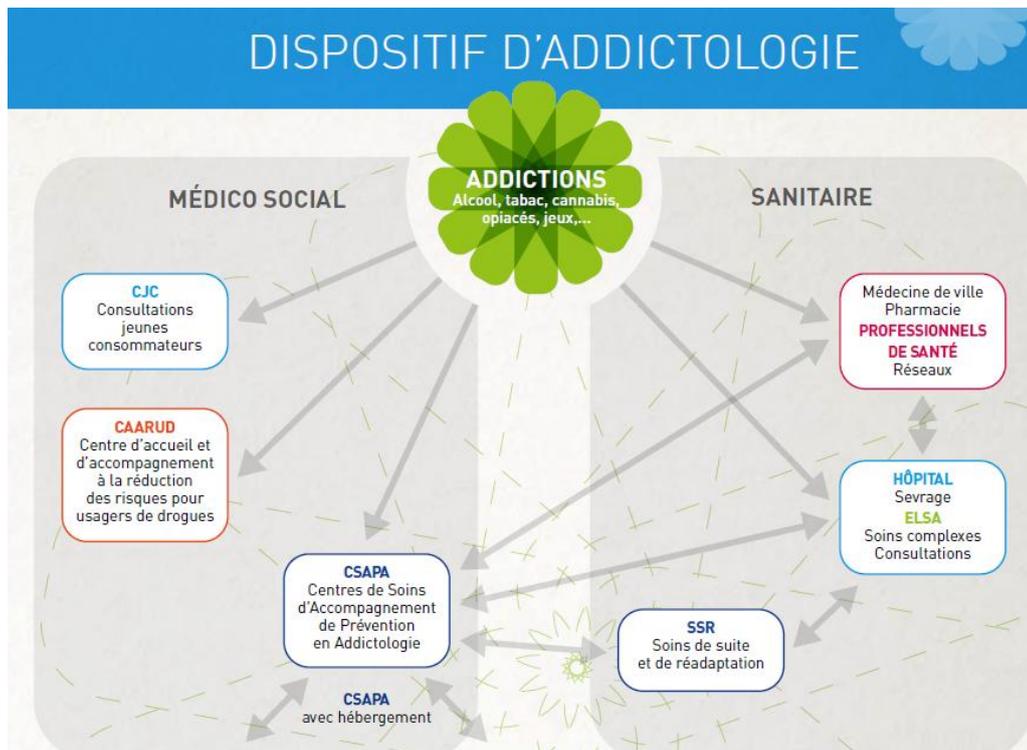
Les partenariats en addictologie :

Afin d'illustrer les partenariats, j'ai choisi ce schéma⁴³ qui reprend, à travers le dispositif de l'addictologie, les grandes familles de partenaires indispensables.

En effet, j'ai pensé qu'il était plus lisible d'aborder les enjeux partenariaux sous cette forme que d'établir une liste non exhaustive des différentes institutions partenaires.

Je souhaite insister sur l'existence d'un fort partenariat avec le milieu hospitalier du fait de l'ancrage historique de la structure en alcoologie. Cette famille comprend bien évidemment les centres de cure, de post cure, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), etc.

⁴³ Brochure d'information sur les centres d'addictologie de l'ARS Bourgogne Franche-Comté.



Il convient, d'après moi, de développer ces « proches » partenariats, avant même de pouvoir en déterminer d'autres. C'est pourquoi, mon objectif dans ce projet est de pouvoir travailler sur une collaboration sanitaire en ambulatoire et sur les liens à privilégier entre le CSAPA de l'association et la médecine de ville.

Pour conclure cette première partie, je dirais qu'après un important virage institutionnel traversé par la structure et trois années de fonctionnement en CSAPA incluant une prise en charge généraliste des usagers, un mouvement de fond voit le jour.

Ce mouvement dont je fais référence concerne le secteur médico-social dans sa globalité, et l'addictologie doit s'adapter à cette évolution. Evolution qui se traduit par des logiques de coordination, de rapprochement partenarial, de mutualisation des moyens, et ce afin d'apporter une meilleure réponse auprès des usagers, une réponse de proximité.

Les politiques publiques relatent bien ce phénomène par une traduction législative et structurelle.

Cette contextualisation invite, à ce stade d'avancement de la démarche projet, à investiguer autour du territoire, des parties prenantes concernées, à savoir les usagers déjà accueillis et les usagers « potentiels » ainsi que les équipes des centres de soin. Cette enquête permettra de définir les enjeux identifiés afin de me positionner ensuite comme pilote d'un projet de coordination en proposant une réponse de proximité.

2 Les enjeux territoriaux, cliniques et professionnels : investigation et méthodologie

Cette partie a l'ambition de répondre à la problématique suivante : Comment prendre en compte les particularités d'un territoire afin de répondre à l'ensemble des besoins des usagers du CSAPA ?

Elle nécessite un travail d'investigation, permettant de vérifier mes hypothèses dont je vous rappelle les grandes lignes : l'insuffisance de l'offre de soin actuelle proposée par le CSAPA, la nécessité d'un travail en coordination et enfin la pertinence et les freins éventuels du choix des structures locales des MSP pour répondre à cette question de proximité.

2.1 Le territoire : un système complexe à appréhender : théorie et méthodologie

Je m'appuie dans cette analyse sur les apports théoriques du géographe Alexandre MOINE et de la formatrice-chercheuse à l'IRTESS de Bourgogne Nathalie SORITA⁴⁴, ils nous livrent la définition suivante : « *le territoire est un système complexe dont la dynamique résulte de boucles de rétroaction qui lient un ensemble d'acteurs et l'espace géographique qu'ils utilisent, aménagent et gèrent en fonction de leur représentations, passées, présentes et projetées.* »

Selon Edgar MORIN, il convient alors de considérer le territoire comme un système complexe et « *la complexité est le tissu d'évènements, actions, interactions, rétroactions, déterminations, aléas qui constituent notre monde phénoménal.* »⁴⁵

A partir de ces éléments, j'ai choisi de considérer dans ce projet l'espace géographique, qu'Alexandre MOINE nomme « *la partie visible du système* » à l'aide de données épidémiologiques, géographiques, démographiques et économiques.

Puis, je propose d'apporter une analyse sur les jeux d'acteurs et leurs représentations.

« *L'analyse des systèmes d'acteurs permet de comprendre leur système de régulation, les coopérations entre acteurs, les alliances possibles, les oppositions à un projet. Elle nourrit une analyse lucide du positionnement que chacun peut adopter et des marges de manœuvre dont il peut disposer en fonction de sa position dans le système* ».

Je procède enfin à l'analyse de l'offre de soin du CSAPA de l'ANPAA 71 en travaillant sur les représentations de divers acteurs concernés par mon projet, que je limite volontairement aux professionnels des CSAPA (en soin et en prévention) et aux usagers.

⁴⁴ MOINE A. et SORITA N., mai 2015, *Travail social et territoire : concept, méthode et outils*, presses de l'EHESP, p.58

⁴⁵ MORIN E., 2005, *Introduction à la pensée complexe*, Ed. Le seuil, p.21.

A partir des données démographiques (population et précarité), culturelles et économiques (région viticole), géographiques (ruralité) recueillies auprès de diverses instances ARS, INSEE, Contrat Local de Santé (CLS), je vous propose ci-dessous une analyse du territoire.

2.2 Un territoire rural confronté aux conduites addictives dans un environnement sociodémographique fragile

2.2.1 Un déséquilibre démographique et économique entre l'Est et l'Ouest du département

Le périmètre d'étude correspond globalement à la moitié Ouest du département de Saône et Loire. Il est composé de quatre grandes unités :

- Le pays du Mâconnais : centralisé par Mâcon, préfecture du département de Saône et Loire, parmi les 78 communes qui composent ce territoire, 71 relèvent de l'espace à dominante urbaine : elles appartiennent à l'aire urbaine de Mâcon mais aussi partagée entre Mâcon et Lyon, Mâcon et Bourg en Bresse ou Mâcon et Chalon sur Saône.

Au total, le Mâconnais abrite une population estimée à 117 960 habitants, d'après le dernier recensement INSEE (décembre 2015).

- Le pays Autunois-Morvan : il se situe au Nord-Ouest du département de Saône et Loire. D'une superficie d'environ 1 462 km², le Pays de l'Autunois-Morvan est un territoire rural diversifié et forestier, organisé autour d'Autun et de sa couronne qui regroupe 2/3 de ses 45 000 habitants. Le pays de l'Autunois-Morvan est composé de 61 communes.

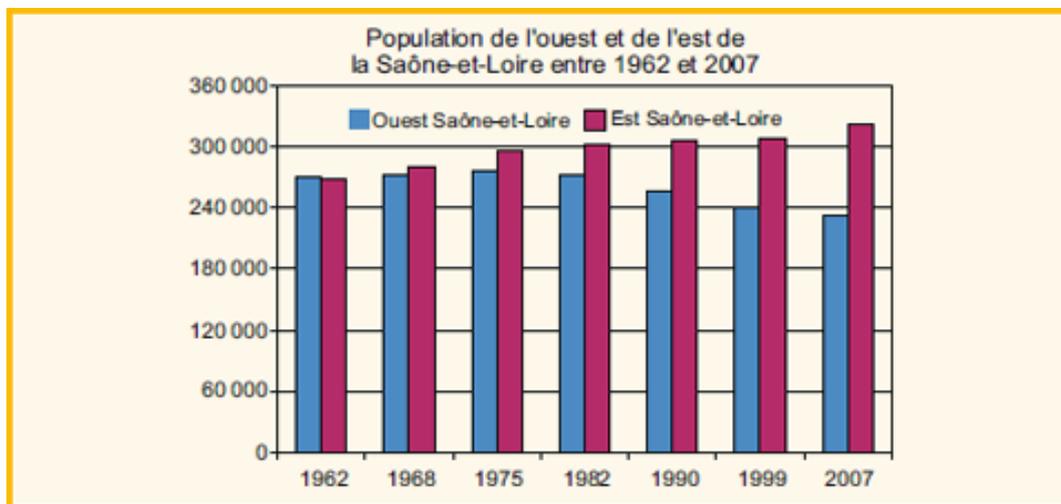
- Le pays du Charolais-Brionnais : il se situe au Sud-Ouest du département de Saône et Loire. Il est composé de 129 communes, comptant environ 90 000 habitants pour une superficie de 2 454 km², soit une densité faible s'établissant à 39 habitants au km². Le pays du Charolais-Brionnais est structuré autour de 6 petites villes de plus de 2 000 habitants.

- Le centre de Saône et Loire : il est composé de la communauté Urbaine du Creusot-Montceau ainsi que des communautés de communes de la Guiche et Autour du Mont Saint Vincent (soit 36 communes). Il compte plus de 95 000 habitants et s'étend sur un territoire de 740 km².

L'Ouest de la Saône-et-Loire rassemble 232 000 habitants, sa population est marquée par sa diminution liée à l'attractivité et par son vieillissement. L'Ouest de la Saône-et-Loire offre 85 600 emplois en 2007, l'emploi a diminué dans cet espace caractérisé par une forte prégnance de l'agriculture et de l'industrie.

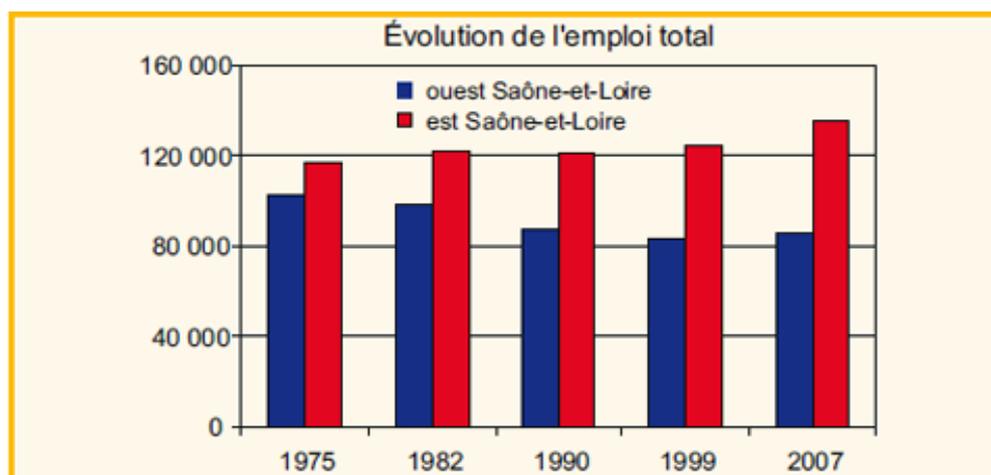
À l'inverse, l'Est de la Saône-et-Loire bénéficie d'une dynamique démographique portée par une plus forte attractivité économique. Contrairement à l'Ouest, la population est jeune.

À partir des années 80, les évolutions de population entre l'ouest et l'est divergent⁴⁶



La dynamique démographique et l'activité économique sont étroitement liées : l'Est a bénéficié d'une hausse quasi constante de son emploi. L'Est et l'Ouest entretiennent d'étroites relations tant sur le plan des migrations résidentielles que des navettes domicile-travail.

Contraction de l'emploi à l'ouest entre 1975 et 2007, progression à l'est



⁴⁶ Source : Insee, Recensement de la population de 1962 à 2007.

2.2.2 Des difficultés d'accès aux équipements

Vous trouvez ci-dessous le tableau intégrant les différents temps d'accès aux équipements sur le territoire de Saône et Loire, il permet de comparer l'Est et l'Ouest ainsi que les différents pays concernés par mon étude. Je choisis de mettre en avant cet indicateur qui reflète mon objet de travail.

Tableau comparatif des temps d'accès aux équipements.⁴⁷

Temps d'accès aux heures pleines (en minutes)	Autunois- Morvan	Charolais- Brionnais	Centre Saône- et-Loire	Pays du Mâconnais	Ouest Saône- et- Loire	Est Saône- et-Loire	Bourgogne
La Poste	6,7	5,7	1,4	1	3,3	3,4	3,5
Médecin omnipraticien	8,4	11,9	1,1	1,1	3,6	3,2	3,5
Pharmacie	7,4	8,8	1,1	1	4,0	4,4	4,5
Ecole élémentaire	3,7	3,3	0,2	0,1	1,5	2,7	2,9
Gendarmerie	12,4	14,2	7,9	5,4	8,1	12,6	9,6
Collège	13,1	11,6	5,6	5	8,2	9,7	9,2
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées	14,4	12,3	3,9	2,5	6,9	6,7	6,6

Ce tableau révèle de réelles disparités sur l'Ouest du département concernant la question de l'accès aux équipements. En effet, nous remarquons clairement que les pays Autunois-Morvan et Charolais-Brionnais rencontrent davantage de difficultés pour se déplacer que le reste du territoire.

Comme le souligne Alexandre Moine, « nous constatons de grandes disparités à l'échelle communale, selon les quartiers, comme au niveau infra-départementale ou infra-régional. Cela oblige certains habitants à effectuer des déplacements aux distances conséquentes. Cette réalité grève l'accès aux ressources dédiées pour ceux dont les capacités de mobilité sont restreintes (pour des raisons financières, par défaut de moyen de transport autonome ou de transport en commun, pour raisons de santé, etc). »⁴⁸

⁴⁷ Sources : Insee, BPE 2008 - Recensements de la population.

⁴⁸ MOINE A. et SORITA N., mai 2015, *Travail social et territoire : concept, méthode, outils*, presses de l'EHESP, p.101.

Cette rapide analyse me conduit à m'attarder davantage sur les spécificités des deux pays en question afin de mieux comprendre les enjeux de ces territoires pour ses habitants et ses professionnels de santé.

2.2.3 Focus sur le pays Charolais-Brionnais : un territoire rural structuré autour d'un réseau de petites et moyennes villes

Ce pays est un territoire vaste (plus du quart du département), composé de 128 communes, sur une superficie de 2 325 km². Il comprend environ 91 000 habitants avec une importance marquée de la population âgée. Le territoire s'organise autour de 8 principaux bassins de vie centrés sur les pôles d'emploi de l'espace rural.

Huit petites et moyennes villes exercent une attractivité quotidienne pour l'accès aux emplois et aux équipements. Paray-le-Monial, avec 9 100 habitants propose des équipements de la gamme supérieure⁴⁹ tels que les hypermarchés, les lycées, les établissements de santé. Digoin avec 8 500 habitants, Gueugnon, Bourbon-Lancy, Chauffailles, Charolles, La Clayette, Marcigny avec 1 900 habitants sont des pôles d'équipements de la gamme intermédiaire⁴⁷ avec des équipements d'usage relativement fréquents comme les collèges, les supermarchés, les laboratoires d'analyses médicales.

Or le réseau routier assure une accessibilité modérée. De même, l'exploitation des trois lignes ferroviaires non électrifiées pour le Transport Express Régional (TER) ne répond que partiellement aux besoins et la gare TGV du Creusot reste éloignée. La qualité de certaines dessertes apparaît donc comme un enjeu pour le bon fonctionnement du réseau de pôles.

La grande majorité des emplois du territoire se situe dans le secteur tertiaire, avec une place qui reste forte pour les emplois industriels et agricoles. Les revenus moyens des habitants du territoire sont modestes, et on dénombrait fin 2009 plus de 3 000 bénéficiaires de CMUC⁵⁰.

⁴⁹La base permanente des équipements (BPE) a distingué trois gammes d'équipements et services rendus sur un territoire à la population : gamme d'équipement de proximité, gamme intermédiaire et gamme supérieure. Elles traduisent une hiérarchie dans les services rendus à la population. La gamme de proximité rassemble les services les plus présents sur le territoire comme les écoles, les médecins généralistes ou les boulangeries. La gamme supérieure regroupe des équipements plus rares comme les lycées, les établissements hospitaliers ou les hypermarchés. On retrouve dans cette gamme de nombreux équipements de santé ou sociaux. Enfin, à mi-chemin, la gamme intermédiaire rassemble des services comme les collèges, les opticiens ou les supermarchés.

⁵⁰ Couverture Maladie Universelle Complémentaire

Les principaux problèmes de Santé du territoire sont liés au vieillissement de la population du pays : maladies cardio-vasculaires, cancers, traumatismes et empoisonnements présentent un poids notable dans le recours aux soins hospitaliers de courte durée. Les pathologies liées à l'alcool et au tabac restent marquées. Le territoire a vu sa démographie médicale se stabiliser en ce qui concerne les généralistes notamment dans les secteurs où des maisons de santé ont été créées, mais les besoins restent importants en termes de médecins généralistes et surtout spécialistes.

Le Portrait sanitaire du pays Charolais-Brionnais réalisé par l'Observatoire Régional pour la Santé (ORS) en 2010 et décliné dans le Contrat Local de Santé (CLS) permet de mettre en évidence les indicateurs suivants :

➤ la présence d'acteurs locaux qui structure l'offre médico-sociale du pays, qu'il est nécessaire de maintenir et de renforcer.

« Ces acteurs sont volontaires pour réfléchir à des actions coordonnées et à un travail en réseau renforcé, ils ont émis pour cela le souhait de mieux se connaître et de faire vivre ce réseau. »⁵¹

➤ les problématiques identifiées sont : des difficultés de mobilité et d'accès aux soins pour la population et un manque d'attractivité associé au besoin de renforcer les coordinations entre les acteurs médico-sociaux pour les professionnels.

Le ressenti des habitants et des professionnels du Charolais-Brionnais *« fait ressortir une vraie problématique d'éloignement des services de santé, notamment pour l'accès aux consultations spécialisées. »*

Les objectifs définis sont *« le maintien à domicile pour les personnes âgées, la question particulière de la santé mentale, la connaissance des forces vives locales et la recherche de solutions coordonnées. »⁵¹*

2.2.4 Focus sur le pays de l'Autunois-Morvan : un territoire rural polarisé par Autun

L'Autunois-Morvan rassemble 45 000 habitants en 2007. Un tiers de la population de ce pays réside en milieu rural. Le territoire compte peu de grandes communes : la deuxième, Epinac, compte 2 400 habitants, la troisième, Etang-sur-Arroux avec 1 900 habitants.

Autun est la seule commune à disposer d'un niveau d'équipements de la gamme supérieure⁴⁹, Étang-sur-Arroux est le seul pôle d'équipements intermédiaires⁴⁹.

⁵¹ Contrat Local de Santé (CLS) du Pays Charolais Brionnais

Sept autres communes proposent des commerces et des services de proximité. Elles sont réparties de façon inégale sur le territoire et absentes sur une large partie nord de l'Autunois-Morvan et au sud d'Étang-sur-Aroux. Le relief tourmenté du Morvan et de l'Autunois complique l'accès aux équipements en allongeant les temps de parcours. Le territoire possède deux lignes ferroviaires non électrifiées passant par Autun. Malgré des dessertes complémentaires par cars, les transports en commun n'assurent que partiellement les besoins en déplacements et la gare TGV du Creusot reste relativement éloignée.

« Eléments d'inclusion et d'insertion, le transport peut tout aussi bien être vecteur d'exclusion lorsque le réseau de transport en commun se limite à quelques lignes entre les plus grandes villes, lorsque la fréquence d'une ligne est faible ou encore lorsque l'accessibilité physique n'est pas garantie pour tous les usagers. Aujourd'hui les moyens de transport se combinent au gré des réseaux qui se multiplient, offrant toujours plus d'opportunités en certains lieux alors que d'autres se trouvent de plus en plus isolés. »⁵²

Compte tenu du nombre de pôles et de leur localisation, des caractéristiques du relief et des infrastructures de transport, les temps d'accès sont parfois longs. Une implantation plus équilibrée et le développement des petits pôles favoriseraient une meilleure accessibilité de la population aux commerces et services.

Le CLS du pays Autunois Morvan est en cours de renouvellement. Il s'agira donc, pour moi, de m'inscrire dans cette démarche de renouvellement.

Au vu des données géographiques, démographiques, économiques et d'accessibilité présentées ci-dessus, il apparaît clairement que les pays Charolais-Brionnais et Autunois-Morvan présentent de réelles difficultés de mobilité avec une population vieillissante, une conjoncture économique fragile.

Face à ces éléments, je vous propose de nous attarder sur des données épidémiologiques en addictologie sur la région Bourgogne afin de vous suggérer un bref tableau clinique régional autour des addictions.

⁵² MOINE A. et SORITA N., mai 2015, *Travail social et territoire : concept, méthode et outils*, presses de l'EHESP, p.70.

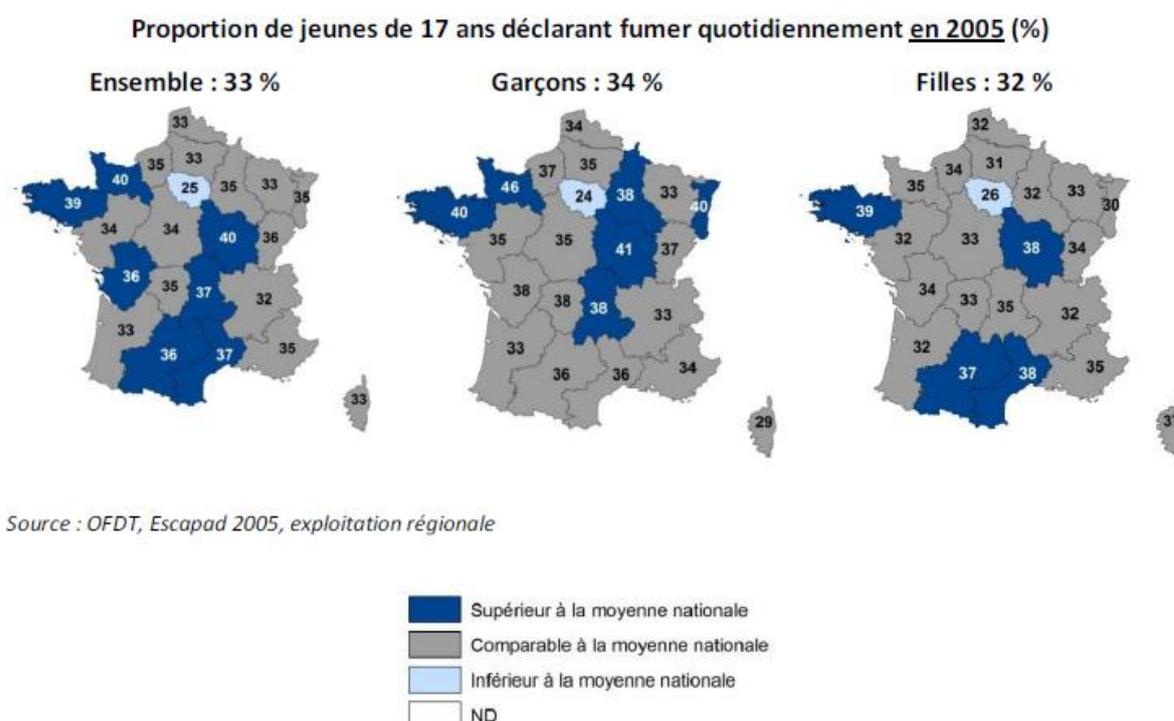
2.2.5 La réalité régionale chiffrée des addictions

La consommation de tabac en Bourgogne

La prévalence du tabagisme en Bourgogne ne diffère pas de celle de la France (31 % en Bourgogne versus 32 % en France).

On compte 28 % de fumeurs réguliers et 3 % de fumeurs occasionnels. Une personne sur cinq (20 %) peut être considérée comme fumeur intensif, avec une consommation quotidienne d'au moins 10 cigarettes par jour.

Cependant, la consommation de tabac chez les jeunes de 17 ans pour la région Bourgogne interpelle, quel que soit leur sexe. En effet, leur consommation reste supérieure à la moyenne nationale.

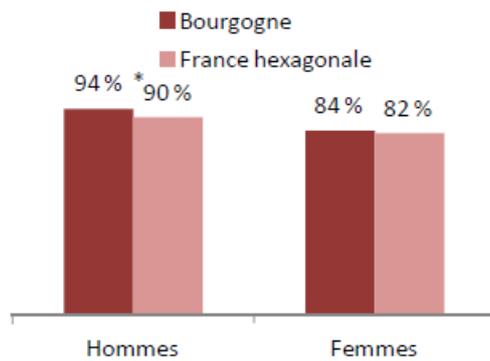


La consommation d'alcool en Bourgogne

La consommation des Bourguignons s'avère proche de la moyenne nationale chez les 15-85 ans.

D'après l'exploitation régionale du Baromètre santé 2010, 86 % des 15-85 ans ont consommé de l'alcool au cours de l'année, les hommes davantage que les femmes (94 % versus 84 %). L'usage d'alcool au cours de l'année chez les hommes de la région est supérieur à la moyenne nationale, tandis que, chez les femmes, il est comparable à la moyenne française.

Usage d'alcool au cours de l'année selon le genre (%)



*différence statistiquement significative au seuil de 5 %

Source : Baromètre santé 2010, Inpes – exploitation ORS Bourgogne

La situation chez les jeunes est davantage inquiétante en Bourgogne, puisque la proportion de jeunes de 17 ans déclarant des ivresses répétées est supérieure à la moyenne nationale, notamment chez les garçons avec près de 39% des jeunes face à 33% au niveau national.

Les consommations de produits illicites

Les usages de stupéfiants sont mal connus sur le plan épidémiologique en raison, entre autres, du caractère illicite de la consommation de produits et de la difficulté de fixer la limite entre les différents usages, ainsi qu'entre l'abus et la dépendance.

Parmi les 15-64 ans en 2010, 42 % se sont vus proposer du cannabis en Bourgogne.

Cette même année, près de trois Bourguignons âgés de 15 à 64 ans sur dix (29 %) ont déclaré avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie. Cependant, la consommation de cannabis en Bourgogne révèle une proportion supérieure à la moyenne nationale chez les jeunes de 17 ans. Parmi les jeunes interrogés, 41 % des garçons et 35 % des filles déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie.

Parmi les produits illicites autres que le cannabis, les poppers⁵³ et les champignons hallucinogènes sont les plus fréquemment expérimentés par les jeunes (respectivement 13% et 5%).

Les niveaux d'expérimentation des produits illicites hors cannabis se révèlent relativement proches de ceux mesurés sur le reste de la métropole, à l'exception des poppers dont l'expérimentation a été plus fréquente dans la région.

⁵³ Les poppers sont des vasodilatateurs (permettant de dilater les vaisseaux sanguins), ils se présentent en général sous la forme d'un mélange de liquides très volatils contenus dans une fiole de 8 à 30 ml, très inflammable. Compte tenu de leurs qualités vasodilatatrices, les poppers ont la réputation d'aider à détendre l'individu, de donner des bouffées vertigineuses brèves, des sensations de chaleur interne et une sensualité exacerbée. Il s'utilise en sniff par les consommateurs.

Pour conclure sur cette sous-partie, je peux dire que ces données épidémiologiques nous permettent de visualiser l'exposition aux addictions de la région Bourgogne. Il semblerait globalement que les chiffres nationaux sont pour la plupart comparable au niveau national malgré quelques exceptions liées aux produits comme l'alcool, le cannabis ou les poppers et notamment chez les jeunes.

Après avoir analysé « la partie visible du territoire », ma démarche, inspirée de l'approche de A. Moine et de N. Sorita, consiste maintenant à s'attacher à l'objet d'étude, à savoir dans ce travail la prise en charge en addictologie et à prendre en considération les parties prenantes du projet, « les systèmes d'acteurs ». Comme l'évoque E. Morin, il n'existe pas en travail social d'unité simple, il n'y a que des interactions, un « *tout qui ne se réduit pas à la somme de ses parties constitutives.* »⁵⁴

2.3 La réponse médicosociale en addictologie à l'ANPAA 71 sur le territoire

Les auteurs de l'ouvrage *Travail social et territoire* expliquent qu' « à ces acteurs ensuite nous pouvons appliquer des grilles d'analyse qui vont permettre de comprendre la gouvernance autour d'un projet ou d'une problématique donnée et le positionnement des « individus-groupes-famille » en relation avec ce projet ou cette problématique. »

Je vous propose trois grilles d'analyse :

- « *La première afin de cerner les caractéristiques et les besoins des individus, groupes, familles qui sont concernés par le projet ;*⁵⁵ »

Je choisis donc d'exploiter la file active des centres de soin et ses caractéristiques géographiques, dans un premier temps, que je mettrai en lien ensuite avec les problématiques d'addictions rencontrées et les parcours de vie.

- « *La deuxième destinée à comprendre les positionnements des différents acteurs autour d'un projet. Il s'agit simplement de comprendre qui gère, aménage et utilise ; et partant de là, de quelle manière l'entrecroisement des relations produit de la stabilité mais également des conflits ;*⁵⁵ »

Pour cette deuxième approche, je souhaite retranscrire les propos des salariés de l'ANPAA71 afin d'évaluer l'offre de soin proposée et de comprendre les motivations des professionnels, leurs attentes et leurs aspirations. Pour cela, j'ai élaboré une grille

⁵⁴ MORIN E., 2005, *Introduction à la pensée complexe*, Le seuil, Paris, p.19 et 21

⁵⁵ MOINE A. et SORITA N., mai 2015, *Travail social et territoire : concept, méthode, outils*, presses de l'EHESP, p.77.

d'entretien qui m'a permis de mettre en évidence des ressources, des opportunités, des aspirations et d'anticiper sur des résultats.

- « *La troisième afin de mesurer les caractéristiques des organisations ou institutions en jeu. Il s'agit en effet de comprendre de quelle manière un projet peut prendre appui sur certaines organisations.* ⁵⁵»

Je vous propose en fin de diagnostic une présentation institutionnelle des MSP sur lesquelles le projet pourra prendre appui.

Je vous propose de partir des besoins des personnes accueillies pour faire évoluer cette problématique et comprendre les enjeux cliniques qui se dessinent au sein des centres de soin.

2.3.1 L'analyse des besoins des usagers

*« C'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée que doit d'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements. »*⁵⁶

A) Analyse statistique de la file active⁵⁷ :

Aujourd'hui, les centres de soin accueillent près de 1900 patients/usagers par an. Dans le cadre de mon enquête, je me suis interrogée sur les éléments statistiques dont je dispose, j'ai donc utilisé le logiciel GI2A⁵⁸, outil informatique et statistique utilisé par l'ensemble du personnel.

J'ai fait une étude de la file active sur les cinq centres. J'ai découvert que pour les deux sites concernés (Autun et Paray le Monial), les patients habitant à plus de 25 kms du centre de soin concernaient 45% pour le centre d'Autun et plus de 65% pour le centre de Paray le Monial, contre 10% en moyenne pour les trois autres centres implantés sur des zones urbaines. Une fois ces données en main, j'ai souhaité vérifier si cette distance géographique présentait un frein dans l'accompagnement proposé ou non.

Toujours grâce au logiciel, j'ai installé des filtres sur le nombre d'entretiens professionnels sur la période d'un an, cette manipulation informatique a révélé que les usagers habitant à plus de 25 kilomètres bénéficiaient de 4 à 5 entretiens par an en moyenne, contre 10 à 12 pour les usagers plus proches, avec un taux d'absentéisme deux fois plus élevé que les

⁵⁶ Communication relative à la stratégie nationale de santé annoncée par le ministre dans sa déclaration de politique générale, 16 janvier 2013.

⁵⁷ File active : ensemble des patients vus au moins une fois pendant l'année par un ou plusieurs membres des équipes soignantes.

⁵⁸ GI2A : Gestion Informatisée des Activités en Addictologie.

autres. D'après ces données statistiques, il semblerait que certains usagers ne peuvent pas prétendre à une prise en charge globale de leur dépendance, en partie dû à leur éloignement géographique.

J'ai élaboré des questionnaires⁵⁹ à destination des usagers qui ont été distribués et/ou mis à disposition des usagers dans la salle d'attente afin d'appréhender les difficultés rencontrées par les usagers dans leur démarche de soin en termes d'accès. Une fois les questionnaires collectés, j'ai pu procéder à l'exploitation des résultats en prenant en compte de nombreux facteurs individuels demandés : sexe, âge, addiction concernée, situation financière, situation familiale et lieu d'habitation. J'ai pu exploiter au total 1533 questionnaires retournés sur près de 1900 usagers reçus par nos équipes.

B) Retour des usagers sur leurs besoins, leurs demandes et leurs difficultés d'accès aux soins spécialisés :

Les résultats de ces questionnaires se sont construits sur trois axes : le premier qui concerne l'usager dans ses dimensions individuels (âge, sexe et addiction à l'origine de la prise en charge), un deuxième axe d'enquête portait sur la question de l'éloignement du centre de soin, les moyens de locomotion déployés pour venir au centre de soin) et enfin le troisième axe d'enquête s'est porté sur les difficultés exprimées, les solutions éventuelles pour y remédier.

Les résultats⁶⁰ de cette étude révèle une majorité d'hommes accompagnée par les équipes des centres de soin (80% contre 20%) avec une forte représentation des 30-39 ans ; les addictions à l'origine d'une demande de prise en charge sont l'alcool, les opiacés et le cannabis majoritairement. Concernant la question de la mobilité, nous remarquons facilement les multiples freins auxquels sont confrontés les usagers dans leur démarche de soin, puisque 84,2% des usagers n'ont pas ou plus leur permis de conduire. Pour 77% ils habitent à proximité du centre de soin, pour 22% entre 11 et 30 kilomètres du centre de soin et seulement 2% habitent au-delà de 30 kilomètres ; nous constatons effectivement qu'il est plus difficile de se rendre au centre de soin de manière régulière en habitant loin du site. Les moyens de locomotions les plus utilisés sont les transports en commun, la motocyclette, beaucoup viennent à pied ou sont véhiculés par des proches. Ce qui montre bien encore le caractère précaire des moyens utilisés.

Les usagers, à hauteur de 65%, déclarent rencontrer des difficultés pour venir au centre de soin. Ces éléments m'amènent à supposer que d'autres personnes en souffrance avec

⁵⁹ Cf. annexe 8

⁶⁰ Cf. annexe 9 : résultats détaillés de l'enquête auprès des usagers.

les addictions dans la population ne peuvent accéder aux soins de premier recours aussi à cause de cet éloignement géographique.

Les difficultés qui reviennent le plus souvent dans les réponses sont l'éloignement, la fréquence des entretiens, des soucis d'ordre financier (carburant dans la voiture), des horaires parfois inadaptés aux horaires de travail, des problèmes de santé qui diminuent les capacités physiques pour se déplacer.

Concernant les solutions évoquées par les usagers, j'ai traité de multiples réponses sur lesquelles il semble intéressant de s'attarder : les usagers sont sources de proposition. Ils suggèrent des visites à domicile, des permanences au sein des pharmacies locales (lieu de délivrance des traitements), ils évoquent aussi un assouplissement du cadre thérapeutique pour certains traitements.

C) Au-delà des chiffres... des histoires de vie difficiles :

Pour approfondir cette enquête, plusieurs usagers rencontrés de manière informelle ont exprimé le souhait de me rapporter leur récit de vie et leur parcours dans l'addiction. J'ai pu les retranscrire dans ce dossier⁶¹ afin de vous les présenter de manière anonyme.

Ces témoignages permettent de nourrir mon travail en illustrant par des situations concrètes toute la complexité dans le traitement des addictions, la faiblesse de notre inscription territoriale et les multiples difficultés rencontrées par le public.

Parallèlement à cette enquête, je souhaite travailler avec les acteurs de terrain de l'ANPAA 71 mettant en œuvre la prise en charge en addictologie sur le territoire.

2.3.2 Le choix d'une analyse stratégique par les salariés : méthodologie SOAR

J'ai mené des entretiens semi-directifs auprès des professionnels des centres de soin et des animateurs de prévention en utilisant la méthodologie SOAR⁶².

C'est en m'appuyant sur les ressources, les opportunités qu'offrent le territoire, les aspirations de la structure exprimées par les professionnels et les résultats de nos actions que j'ai fait émerger au sein des équipes des leviers de motivation pour conduire des projets d'actions.

Cet outil rend dynamique l'analyse stratégique et permet déjà de se projeter dans le plan d'action en y impliquant les salariés. Elle fait partie intégrante de la conduite du changement auprès des équipes de soin.

⁶¹ Cf. annexe 10 : récits de vie d'usagers.

⁶² SOAR : strengths/ressources, opportunités, aspirations, results, méthode développée dans les années 80 par le sociologue des organisations David COOPERIDER⁶². Cette démarche me permettra de co construire un diagnostic dynamique et de commencer à conduire le changement avec les équipes.

J'ai choisi d'interroger des représentants de chaque métier, de chaque service (prévention/formation et médicosocial) et de chaque site, à savoir des psychologues, secrétaires, travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, animateurs de prévention, psychologue formatrice et le médecin coordinateur afin d'être le plus exhaustif possible et d'avoir la vision la plus large possible.

Mes questions⁶³ sont principalement axées sur l'offre de soin dans sa globalité, la considération du territoire, le travail en réseau et la coordination du parcours de soin des usagers. Les entretiens ont duré en moyenne une heure par salarié.

Mon objectif est de recueillir et d'analyser les représentations professionnelles des salariés, leurs attentes et leurs visions sur ces questions-là et d'en établir une grille. Un retour de cette enquête s'est organisé auprès de l'ensemble des professionnels lors d'une réunion départementale et a servi de base de travail pour initier cette démarche-projet.

2.3.3 La pluridisciplinarité, gage de qualité de l'offre de soin pour les équipes

Tous les salariés interrogés m'ont fait part de cette richesse quant au travail pluridisciplinaire ponctué par des réunions de synthèse très régulières, qui permettent le triptyque de l'intervention psychomédicosocial. Cette approche en addictologie est indissociable de la définition de la conduite addictive, voire de la dépendance. Elle contribue vraiment à faire progresser l'utilisateur dans ses habitudes de consommation et comportements. Elle est le maillon fort de notre accompagnement en CSAPA.

C'est pourquoi les professionnels attachent une grande importance à ce principe de base, qui doit en permanence être travaillé, discuté et revisité dès l'arrivée d'un autre membre au sein d'une équipe.

Pour Michel Foudriat, la pluridisciplinarité se définit comme une pratique et comme une norme.

Selon lui, « dans le secteur professionnel du travail social existe un discours incantatoire et prescriptif sur le bien-fondé et la pertinence de la pluridisciplinarité d'autant plus que celle-ci est maintenant inscrite dans les textes législatifs (loi 2002-2 entre autres). Les professionnels, dans leur grande majorité, affirment l'enjeu du travail pluridisciplinaire. Ce discours est d'ailleurs à rapprocher de leur représentation de l'organisation : celle-ci doit être au service des finalités partagées, le bien-être de l'utilisateur, la qualité du service rendu.

⁶³ Cf. Annexe 7 : grille d'entretien auprès des salariés.

La pluridisciplinarité vise la coopération entre plusieurs catégories professionnelles autour de l'analyse des situations des usagers accueillis et autour de l'élaboration de projets individualisés. »⁶⁴

2.3.4 Le rôle central du travailleur social

Je souhaite aborder la fonction du travailleur social en CSAPA car il détient un rôle central au sein de l'équipe. Le plus souvent, il dispose de l'ETP⁶⁵ le plus important de l'équipe et de ce fait est le plus disposé à développer des collaborations extérieures. C'est pourquoi, je m'appuierai sur cette catégorie professionnelle dans le cadre de ce projet.

Aujourd'hui, le profil de poste du travailleur social en CSAPA affiche des missions internes qui sont les suivantes :

- *« Assurer le 1^{er} accueil – Information, évaluation, orientation interne, externe.*
- *Participe aux réunions de synthèses, réunions d'équipes, régionale.*
- *Elabore le DIPEC⁶⁶ en lien avec l'utilisateur, participe à son suivi ainsi qu'au renouvellement dans le cadre des réunions de synthèse.*
- *Apporte une aide aux usagers dans leurs démarches d'ordre social, administratif, socio-économique en lien avec les travailleurs sociaux du terrain.*
- *Informe, conseille et oriente sur les dispositifs d'aide les mieux adaptés.*
- *Analyse la situation, engage les interventions nécessaires, réagit aux situations d'urgence sociale.*
- *Conduit une action socio-éducative auprès des différents publics, dans le but de développer leurs capacités personnelles et de favoriser leur intégration ou réintégration dans la vie sociale, sous la forme d'un accompagnement bilatéral élargie à l'entourage.*
- *Anime des ateliers ou groupe de parole.*
- *Prévient les risques et réduit les dommages causés par le comportement à risque. »⁶⁷*

Les interventions extérieures sont très brièvement placées au second plan dans la fiche de poste considérant ses missions comme facultatives, ce qui n'est pas satisfaisant aujourd'hui avec la transformation en CSAPA.

⁶⁴ FOUURIAT M., 2011, *La sociologie des organisations : la pratique du raisonnement*, Ed. Pearson, p.269.

⁶⁵ ETP : Equivalent Temps Plein

⁶⁶ DIPEC : Document Individuel de Prise En Charge

⁶⁷ Fiche de poste du travailleur social

Le travailleur social en CSAPA a effectivement un rôle d'évaluation des situations dans sa globalité, il est en charge de garantir le parcours de soin en interne de l'utilisateur accueilli.

Cependant, ses missions d'interface entre l'équipe et les partenaires médico-sociaux locaux doivent être davantage lisibles et visibles et doivent être formalisées et développées dans les fiches de poste individualisées des salariés.

Concernant les ressources humaines, je ne peux pas faire l'économie dans cette analyse d'un constat majeur, à savoir celui du manque de médecin exerçant en addictologie en interne.

2.3.5 La pénurie médicale en addictologie associée au renforcement des responsabilités des infirmiers

La région Bourgogne n'est pas épargnée par la désertification médicale, qui se traduit pour le secteur de l'addictologie par un recrutement difficile des médecins. En effet, les professionnels font également état de cette difficulté très préoccupante, d'autant que certains sites d'implantations du CSAPA ne disposent pas de temps médical suffisant pour répondre à la demande des usagers.

Le travail avec les médecins libéraux est donc favorisé par les professionnels des équipes, notamment par les infirmiers. Mais malheureusement face à ces problèmes de personnel, la question de l'initialisation des traitements de substitution aux opiacés reste centrale et préoccupante. Je vous rappelle que l'initialisation à la méthadone ne peut pas s'effectuer en médecine de ville.

La question se pose d'ailleurs sur le centre de soin d'Autun où le temps du médecin ne permet pas de procéder aux initialisations de TSO. Aujourd'hui, cette réponse thérapeutique est opérée sur le site du Creusot, à 30 kms d'Autun. Cette alternative n'est que temporaire et devra se résoudre par d'autres modalités de travail.

2.3.6 La fonction du médecin coordinateur : son rôle et ses limites

En lien régulier avec le directeur départemental, le médecin coordinateur est responsable du projet thérapeutique pour tout ce qui concerne son élaboration, sa mise en œuvre, son évaluation et son actualisation.

Ses missions concernent à la fois l'organisation interne et la collaboration externe :

➤ Il anime l'équipe médico-psycho-sociale et coordonne l'activité clinique et thérapeutique sur les différents sites de consultations, par la tenue des dossiers des usagers, par l'animation régulière de réunions de synthèse avec les équipes, par la prise

en compte des différentes recommandations pour la pratique clinique et/ou conférences de consensus désormais appelées audiences publiques;

➤ Il participe à la représentation du centre auprès des autorités sanitaires et des partenaires extérieurs, en termes de présentation, de suivi des projets et de partenariat, notamment au sein des réseaux locaux de santé en addictologie.

Face à ses missions diversifiées et l'ampleur des tâches professionnelles associée, le médecin coordinateur, arrivé en avril 2015 au sein de l'association, ne dispose que de 0,25 ETP, soit une journée par semaine, ce qui limite très largement son champ d'action. Cette limite a été appréhendée et le choix de la direction régionale mais aussi départementale a été de privilégier la coordination interne dans un premier temps, c'est-à-dire le lien avec les équipes, plutôt que le développement d'actions en externe. Après une année de travail au sein des différents sites, d'autres axes de travail vont pouvoir être envisagés, notamment celui du développement de partenariat de proximité.

2.3.7 L'éloignement des publics constaté par les équipes

Lors de mon travail d'enquête, j'ai constaté que les soignants des centres de soin évoquent leur frustration quant aux manques de réponses apportées à certains usagers, éloignés des centres de soin.

En effet, les salariés des centres d'Autun et de Paray le Monial dénoncent le manque d'accès à nos structures locales par une partie des usagers.

Cet éloignement se traduit pour certains usagers par une impossibilité d'initier une démarche de soin malgré leur volonté et pour d'autres par un arrêt brutal de l'accompagnement proposé. Les équipes font état de cette rupture thérapeutique dans les projets de soin personnalisés.

2.3.8 L'enfermement des professionnels sur les centres de soin

Les professionnels des CSAPA me font part également de leur enfermement sur les centres de soin. Un éducateur spécialisé dit « *se faire complètement happé par les besoins et demandes des usagers* » et exprime le souhait de « *pouvoir sortir du centre de soin pour développer le partenariat* ».

Une psychologue déplore également le manque de travail en réseau et de coordination, notamment avec le secteur de la psychiatrie : « *nous avons parfois des suivis qui ne relèvent pas de nos compétences et qui nécessiterait une meilleure coordination avec les structures adaptées aux situations* ». Il apparaît très clairement que les professionnels

consacrent beaucoup de temps aux entretiens individuels au détriment d'un temps tout aussi efficace que constitue le temps de la coordination entre acteurs.

Malgré l'existence de partenariats forts et instaurés depuis de nombreuses années notamment avec le champ du sanitaire, l'ouverture sur l'extérieur reste fragile et rare pour les professionnels soignants. Un infirmier s'exprime : « *il faut absolument formaliser et développer les liens avec la médecine de ville afin de pouvoir mieux orienter les usagers stabilisés* ».

Alexandre Moine et Nathalie Sorita expliquent l'uniformisation du travail social ainsi : « *un cadre spatial fonctionnel et normé ; un cadre temporel rationalisé ; un cadre relationnel contraint.* »

D'après ces auteurs, la combinaison de ces nouvelles logiques « *internes et externes au champ d'exercice du travail social amènent les fonctionnements institutionnels à « s'autocentrer », ce qui a pour incidence le creusement d'une forme de distance avec la réalité sociale située qui les englobe et donc avec la réalité vécue quotidiennement des personnes rencontrées par les politiques sociales.* »⁶⁸

JM. Miramon⁶⁹ utilise les termes suivants : « risque d'institutionnalisation » qu'il caractérise de la manière suivante :

« *L'institutionnalisation est ce mouvement qui pose l'existence d'une organisation dans une vision statique et circonscrite dans un champ clos qui se justifie de l'intérieur par une position souvent dogmatique et auto centrée. Cette attitude entretient l'institution et ceux qui la composent dans une position simultanée de toute-puissance, mais également d'ignorance ou de mépris pour ce qui l'entoure ou ce qui peut l'interpeller. Elle est un risque permanent pour toute organisation dans la mesure où le poids des traditions, des mythes fondateurs, ne porte pas à interroger des équilibres anciens, mais à reproduire dans le temps et l'espace des structures figées et des comportements stéréotypés.*»

For de tous ces témoignages, ressentis, propos issus des professionnels mais aussi des usagers, j'ai pu construire ce tableau d'analyse permettant par la suite la définition d'objectifs explicites.

⁶⁸ MOINE A. et SORITA N., mai 2015, *Travail social et territoire : concept, méthode et outils*, presses de l'EHESP, p.130.

⁶⁹ JM. MIRAMON J.M., 2001, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, Presses de l'EHESP, p.137.

2.4 Tableau récapitulatif des ressources, aspirations, opportunités et résultats (SOAR)

	INTERNE	EXTERNE
RESSOURCES	<p>Inscription de l'association au niveau national.</p> <p>Inscription régionale avec la mise en œuvre du CPOM et les réponses aux appels à projets (formation)</p> <p>Le travail en équipe.</p> <p>Pluridisciplinarité : prise en charge médico psycho sociale : notion de complémentarité abordée.</p> <p>Rôle de coordination du Médecin coordinateur.</p> <p>5 sites répartis sur le territoire.</p> <p>Compétences généralistes en addictologie.</p> <p>Service prévention/formation et des actions valorisant la structure (« vitrine »).</p> <p>Consultations Jeunes Consommateurs en place au sein des centres de soin.</p> <p>Fonctionnement en binôme.</p> <p>Compétences individuelles.</p>	<p>Partenariats denses.</p> <p>CLS existant (Charollais Brionnais) et CLS en cours (Autunois Morvan) qui « ouvrent des portes pour des actions ».</p> <p>Bonne identification par les services sanitaires.</p> <p>Participation aux ASV (Ateliers Santé Ville).</p> <p>Animation des « groupes ressources » à destination des partenaires.</p>
OPPORTUNITES	<p>Mettre en œuvre le continuum prévention/ soin.</p> <p>Développer des activités de groupe dites thérapeutiques au sein des centres de soin.</p> <p>Apporter de la souplesse dans les conditions d'accueil et d'accompagnement.</p>	<p>Mettre en œuvre le protocole départemental territorial initié par l'ARS.</p> <p>Développer des partenariats conventionnés.</p> <p>Externaliser nos prestations.</p> <p>Animer des CJC dans les structures accueillant des jeunes (« aller vers » : Mission Locale, PIJ, Maison Des Ados, Prévention Spécialisée, Etc.)</p> <p>Existence du réseau départemental ReMed Addictions</p>

ASPIRATIONS	<p>Proposer l'initialisation aux TSO sur chacun des sites</p> <p>Développer le temps médical sur le site d'Autun, notamment.</p> <p>Travail de communication à envisager pour une meilleure lisibilité des services de la structure.</p> <p>Se rendre plus accessible aux personnes en situation de précarité.</p> <p>Renforcer le maillage territorial.</p>	<p>Travailler davantage avec les médecins de ville pour faire face à la pénurie médicale en addictologie.</p> <p>Construire un partenariat avec les MSP présentes sur le territoire.</p> <p>Coordonner davantage d'actions avec des structures sociales et médicosociales.</p>
RESULTATS	<p>Mieux évaluer nos actions de manière qualitative.</p> <p>Faire évoluer le logiciel GI2A⁷⁰ en vue d'une meilleure évaluation quantitative de nos actions.</p> <p>Formation des personnels sur des thématiques spécifiques (tabacologie, interventions auprès des jeunes, réduction des risques, etc.</p>	<p>Mieux rendre compte de nos actions et prestations de service auprès des diverses instances.</p> <p>Participer davantage aux instances pour valoriser la structure et la qualité de l'offre de soin.</p>

Cette grille explicite les ressources dont dispose l'association, notamment à travers la pluridisciplinarité des équipes soignantes effectives sur les cinq sites de la structure et aux travers des compétences individuelles et collectives spécifiques à l'addictologie permettant des accompagnements de qualité.

Les salariés notent également la richesse des compétences apportée par les services prévention/formation, qui contribue au développement de partenariats locaux et à la valorisation de l'image de la structure.

Cette analyse auprès des professionnels de terrain me permet de conforter mon intention d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur et de travailler sur le renforcement de notre inscription territoriale pour pouvoir accompagner un public éloigné des centres de soin. Nous pouvons clairement percevoir que le travail en réseau est à développer et que les prestations proposées doivent évoluer vers leur externalisation.

⁷⁰GI2A : Gestion Informatisée des Activités en Addictologie

2.5 Le renforcement du maillage territorial comme préconisation :

Pour faire face à la diversité des besoins sur un territoire rural, le CSAPA est amené à renouveler sa palette de service.

Je dois répondre à une orientation nationale et régionale de l'association gestionnaire, à savoir le renforcement du maillage territorial. Mes préconisations se définissent de la manière suivante :

➤ Construire l'ancrage territorial de l'établissement par une stratégie d'ouverture

L'attention est portée sur les divers projets du territoire qui pourraient s'articuler avec le projet d'établissement et aboutir à la création de nouvelles activités.

Il s'agit également de sensibiliser l'environnement au projet de l'établissement. Avant toute démarche de projet, il est nécessaire de mener un travail d'explication et de dialogue pour entretenir des relations et susciter des actions partenariales.

Dans le cas d'établissements présents sur un même territoire, des rapprochements pourront être opérés, permettant de mutualiser des ressources et de partager des activités.

L'établissement possède des ressources internes qui peuvent être utiles aux acteurs du territoire. En effet, notre expertise en addictologie est un atout et peut servir d'autres structures sanitaires confrontées aux addictions.

➤ Le choix stratégique des MSP pour une coordination sanitaire :

En considérant les différents éléments de mon analyse, je peux facilement faire état d'une pénurie médicale, qui nécessite un rapprochement avec la médecine de ville ; un enfermement des professionnels, qui pourra être relativisé par une ouverture sur d'autres structures et d'autres partenariats. Et élément primordial et central : un éloignement des usagers entraînant un accès aux soins difficile, voire impossible, nécessitant d'imaginer d'autres modalités d'intervention.

Tous ces éléments réunis m'ont amenés à considérer l'existence de structures locales généralistes sanitaires répondant à la fois en termes de proximité, de présence de temps médical : les maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces nouvelles structures médicalisées émergentes illustrent complètement l'évolution de la pratique de la médecine générale libérale, en accord avec les enjeux sur le territoire. Elle se présente, pour moi, directrice d'établissement médico-social comme une véritable opportunité d'action et de collaboration éventuelle. Mais sous quelle forme va-t-elle pouvoir se présenter ?

« La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. La notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. Une vision rénovée de la prise en charge des maladies chroniques centrée sur leur organisation autour de parcours de soins permet le plus possible un accompagnement du malade à la fois personnalisé et coordonné. »⁷¹

La coordination dans le domaine social et médico-social a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements. Elle doit permettre de faciliter le parcours de soin de l'usager et ainsi le rendre plus fluide.

La coordination est un processus par lequel les éléments et relations impliqués dans chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale.

« Elle se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs lorsqu'il faut atteindre de hauts niveaux de performance. Elle consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs, connaître et comprendre les contraintes de chacun et agir en conséquence. »⁷²

Elle nécessite un décloisonnement des frontières administratives et des cultures entre les professionnels (rencontres, interconnaissances, etc.), que ce soit au sein ou entre les services, structures et secteurs du champ sanitaire, médico-social et social. Elle dépend de l'accessibilité et de la répartition territoriale de l'offre.

2.6 La place et les attentes des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Une première reconnaissance légale des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) est apportée par la loi 2007-1786 du 19/12/2007 (art. 44), avec la création de l'article L.6323-3 du code de la santé publique. Des modifications ont ensuite été apportées par la loi n°2009-879 du 21/07/2009 (article 39) et par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 (dite "Loi Fourcade").

⁷¹ www.has-sante.fr (Haute autorité de santé)

⁷² BLOCH M.A., HENAUT L., SARDAS J.C., GANT S., février 2011, Etude sur la coordination dans le champ sanitaire et médico-social, Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, p.13.

L'article L. 6323-3 du code de la santé publique apporte ainsi la définition suivante : « Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Elle assure des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

En effet, les professionnels des MSP ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte. Le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles.

Regroupant des activités médicales et paramédicales, les MSP favorisent les prises en charge coordonnées et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels.

Elles apparaissent comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans les secteurs définis comme déficitaires. Leur fonctionnement repose sur un mode d'exercice multidisciplinaire et coordonné.

La médecine générale n'accueille pas seulement de nombreuses personnes présentant un alcoolisme, un tabagisme ou une dépendance aux opiacés (80% des traitements TSO prescrits le sont en ville). Elle reste un élément de première ligne pour l'accès aux soins incluant par ailleurs des conduites addictives potentielles, ou des abus.

Validation de la problématique définie :

Ces éléments de diagnostic territorial permettent de comprendre les nouveaux enjeux et opportunités de la structure d'une manière complexe et ainsi d'éclairer ma problématique que je vous rappelle :

« Comment prendre en compte les particularités d'un territoire d'intervention afin de répondre à l'ensemble des besoins des usagers en CSAPA ? »

Mon investigation territoriale associée à l'analyse de l'offre de soin me conduit à affirmer et à valider mes deux premières hypothèses. En effet, il apparaît clairement que les prestations du CSAPA ne permettent pas à elles seules de répondre à tous les usagers du territoire géographique.

Ce territoire vaste et rural demande une adaptation de l'offre de soin qui passe par un travail de collaboration entre différentes structures favorisant ainsi le parcours de soin de l'utilisateur.

L'analyse de l'offre de soin, aux travers de ses ressources et aspirations, met en lumière la nécessité d'adapter l'offre de service aux évolutions politiques et stratégiques d'une inscription territoriale appuyée.

Il s'agira d'améliorer la qualité de l'offre de soin en créant de nouvelles modalités d'intervention. Et ce, en développant des pratiques professionnelles de proximité, basées sur « l'aller vers » pour ainsi répondre aux usagers isolés géographiquement.

Aujourd'hui, dans le secteur de l'addictologie, d'importants changements se sont opérés et mes fonctions de direction m'invitent à anticiper les changements à venir. L'évolution des politiques publiques en la matière et plus généralement le croisement des politiques sociales permettent à la structure de mener une réflexion et de construire une vision stratégique d'ouverture sur l'extérieur. Ce travail avec les MSP représente l'amorce de cette amélioration de la qualité au profit des usagers.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les raisons de cette coopération, sont celles liées à :

- la couverture du territoire de santé en addictologie ;
- l'organisation des soins ;
- l'amélioration de la qualité des soins par la proximité ;
- la raréfaction des moyens humains, notamment des médecins ;
- la permanence des soins ;
- la mise en œuvre de textes réglementaires, le protocole départemental territorial.

Dans le paysage territorial en addictologie, j'ai procédé à un choix stratégique en identifiant les structures locales des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles comme répondant à ces questions. Dans mon plan d'action, il s'agit de proposer des accompagnements de proximité en mettant en place des permanences avancées des professionnels des CSAPA au sein des maisons de santé.

M.A. BLOCH et L. HENAUT nous explique que « *le développement des dispositifs de coordination permet à la fois d'adapter les organisations publiques aux besoins des usagers, conformément aux principes de la nouvelle gestion publique, et de développer de nouvelles pratiques professionnelles au niveau local.* »

Je retiendrai la notion d'innovation intégrative présentée par ces deux auteures.

Elles la définissent comme « *une innovation qui prend pleinement en compte le contexte, capitalise au mieux sur l'existant et le valorise pour développer les nouveaux dispositifs, avec le souci de la valeur ajoutée dans la conduite des actions. Dans le cadre de la mise en place de dispositifs de coordination, une telle démarche pourrait se traduire de la façon suivante : avant de créer un nouveau dispositif, un diagnostic territorial est réalisé afin de bien identifier les forces en présence et les manques à combler, puis le nouveau dispositif est créé dans un esprit de partenariat et non de compétition avec ceux déjà disponibles sur le territoire.* »⁷³

L'objectif de ce renforcement territorial est d'améliorer le parcours de soin de l'utilisateur en addictologie et de pouvoir diversifier nos prestations d'accompagnement.

Plusieurs questions se présentent à moi à ce stade de ma réflexion :

- Comment accompagner les équipes vers ces changements ? Comment faire évoluer les pratiques professionnelles ?
- Comment mobiliser les référents des MSP ?
- Quels moyens humains, matériels et financiers seront nécessaires pour mener à bien ce projet ?
- Comment mettre en œuvre la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité dans ce nouveau contexte ?

Ce projet amène la structure à revisiter son projet d'établissement, un travail de réflexion avec les équipes est mené autour des projets personnalisés des usagers.

⁷³ BLOCH M.A. et HENAUT L., 2014, Coordination et parcours, Ed. Dunod, p. 277.

L'enjeu managérial est pour moi de conduire ces changements auprès des équipes de terrain. Il convient alors de valoriser et renforcer les compétences individuelles et collectives des salariés à l'aide d'outils de management réfléchis et élaborés en concertation avec les équipes. Afin d'apporter un accompagnement de qualité et de proximité.

3 La mise en œuvre de permanences de proximité au sein des MSP et son évaluation

Mon rôle de direction implique d'animer le territoire, et ce à travers la fenêtre du CSAPA, il se pose alors une question éthique concernant cette animation du territoire, à savoir : comment disposer de prestations de qualité et ne pas pouvoir en faire bénéficier tous les usagers qui en auraient besoin sur le territoire d'intervention ? D'après moi, le sens et l'éthique nous guident, ils nous permettent de créer et de penser autrement l'action sociale.

Comme le souligne assez justement Brigitte BOUQUET⁷⁴, « *un des traits constitutifs du travail social est qu'il ne peut esquiver la question du sens qui constitue la matière même des pratiques, leur substantifique moelle.* »

« *La construction d'un projet va de pair avec une réflexion éthique. Ce projet est à concevoir à la fois comme but mais comme chemin, de même que l'innovation est tant une visée qu'une manière de progresser.* »⁷⁵

Dans ces propos, je souhaite simplement mettre en avant que ces questions impliquent toujours de s'interroger sur la qualité de l'offre de soin, son amélioration et sur la performance. L'évolution de la société, des besoins, des dispositifs, des outils sont toujours à prendre en compte pour le cadre responsable. « *Les jeux ne sont pas faits d'avance, ils se négocient au jour le jour, au détour de chaque nouvelle situation* »⁷⁶.

Il s'agit dans cette construction de projet de pouvoir apporter une réponse complémentaire aux prestations déjà dispensées en CSAPA afin d'intervenir au plus près des usagers, tout en mobilisant et formant les médecins de ville à la question des conduites addictives favorisant ainsi une dé stigmatisation des publics.

Le plan d'action porte donc à la fois sur des fonctionnements internes que sur l'environnement, l'externe.

L'objectif général de mon action est de favoriser l'accès aux soins pour répondre aux besoins des usagers du territoire d'intervention de la structure attribué par l'ARS.

Je me permets de reprendre l'objectif utilisé par J.F Bauduret⁷⁷ pour évoquer les différentes formes de coopérations, à savoir : « *l'objectif poursuivi est d'inciter le secteur*

⁷⁴ BOUQUET B., *Ethique et Travail social. Une recherche de sens*, Dunod, Paris, 2003, p.6.

⁷⁵ GACOIN D., *Conduire des projets en action sociale*, Dunod, paris, 2010, p.5.

⁷⁶ JANVIER R., *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, esf éditeurs 2011, p.56

⁷⁷ Enseignant à Sciences Po, il fut l'un des rédacteurs de la loi 2002-2

associatif à fonctionner de façon mieux coordonnée, en meilleure complémentarité, selon une organisation de mise en commun des moyens limitant les dés-économies d'échelle en matière de gestion et de manière mieux articulée avec le secteur sanitaire : mieux gérer mais aussi et surtout abattre bon nombre de barrières et, fluidifier les parcours des usagers en situation de fragilité, en garantissant la continuité des accompagnements. »

Cet objectif général se décline en plusieurs objectifs spécifiques, à savoir :

- Réduire le nombre de kilomètres parcourus pour accéder aux soins spécialisés en addictologie
- Se mettre en lien avec les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles sur les zones rurales : communication et identification des structures et de leurs missions
- Répondre aux objectifs du protocole territorial départemental.

Pour commencer, il est important de conduire le changement à l'interne, avant de considérer l'environnement et ses acteurs.

3.1 Accompagner le changement des pratiques professionnelles

3.1.1 Le changement comme stratégie et comme progrès

« Le changement comme stratégie de management est une attitude volontariste qui brise l'immobilisme et la justification idéologique ou comportementale, et qui pose l'institution comme système dans un univers complexe, où l'articulation entre l'institution et son environnement devient un point d'équilibre entre le dedans et le dehors.

Le changement est avant tout une position éthique qui entend rompre avec l'idée de permanence et de reproduction. »⁷⁸

Dans ce projet, j'associe le changement à l'innovation, il s'agit de rompre avec l'immuabilité de l'offre de soin, l'absence de remise en cause des pratiques professionnelles pour s'ouvrir à l'extérieur, permettant ainsi d'apporter de la souplesse au dispositif et de tenter de vaincre l'enfermement ressenti par les salariés.

« Le changement mobilise chacun dans une position sociale d'anticipation et d'observation, où l'institution ne décrète pas son existence et sa légitimité mais compose avec un mouvement social, les mutations politiques économiques et culturelles, et l'évolution des comportements humains.

⁷⁸ MIRAMON J.-M., juillet 2009, *Manager le changement*, Presses de l'EHESP, p.29-30.

Le changement ne se fonde pas sur le néant, il est indissolublement lié au fait de l'institution et du projet. »⁷⁸

Face à une institution autocentrée sur ses compétences et ses pratiques, à une pluralité de demandes des publics, il devient nécessaire, voire indispensable pour l'établissement de développer des partenariats locaux afin d'être mieux identifié et de faciliter les orientations.

« Le changement n'est pas un luxe que peuvent s'offrir les nantis, mais il est souvent une nécessité vitale pour l'institution afin d'échapper au déterminisme, inventer de nouveaux paradigmes, ou s'adapter à des contraintes externes. »⁷⁸

Ce projet a pour vocation de compléter l'offre de soin déjà proposée et de pouvoir toucher des populations jusqu'alors isolées dans leur addiction. Les permanences avancées au sein des MSP complètent le dispositif du CSAPA, au-delà de répondre à des besoins de personnes éloignées des centres de soin, elles représentent une coordination efficiente entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social favorisant ainsi le parcours de soin des usagers.

Notons l'importance de la considération financière du projet qui lui est accordée.

3.1.2 Les aspects financiers

Dans un contexte économique de plus en plus contraint où les politiques publiques nous recommandent davantage de coopération et de mutualisation, le CSAPA ne peut actuellement pas prétendre à des moyens supplémentaires.

C'est pourquoi, j'ai choisi de développer des interventions du CSAPA basées sur une stratégie de proximité au plus près des besoins à coût constant dans un premier temps. Cette expérimentation de consultations spécialisées auprès des médecins libéraux pourra être réalisée sans demande de crédits supplémentaires dans un premier temps.

Toutefois, la volonté politique de réduire les inégalités sociales de santé, de renforcer le maillage territorial et de formaliser des coopérations entre acteurs du territoire doit nous permettre, par la suite, de négocier des moyens supplémentaires pour l'accroissement de notre activité.

Ces contraintes budgétaires et financières impliquent de travailler sur les redéploiements de personnel de la manière la plus cohérente et lisible pour tous. La réorganisation des ressources humaines insufflée par le dispositif des permanences doit faire l'objet, pour moi, d'une prospective.

En effet, le changement traduit par de nouvelles modalités d'exercice professionnel a une influence sur les pratiques professionnelles au sein même des centres de soin.

Je m'engage à prévoir les conséquences du nouveau dispositif de prise en charge sur la qualité de l'offre de soin en CSAPA. Il s'agit de faire face dans mon rôle de direction à un paradoxe entre l'immuabilité de l'offre de soin et l'innovation.

3.1.3 L'adaptation des emplois aux nouvelles modalités de travail

Roland JANVIER, avance l'idée selon laquelle « *le directeur, au quotidien de ses pratiques, développe, à la fois une logique d'ordre et une dynamique de mouvement. Il a la charge de conserver l'organisation, c'est-à-dire de lui éviter de sombrer dans l'anarchie ou le chaos. Mais il doit aussi conduire le changement en son sein, c'est-à-dire œuvrer à sa transformation pour l'adapter aux évolutions du contexte. Au quotidien, tout dirigeant d'établissement ou service social ou médico-social fait l'expérience de ces tensions/contradictions.* »⁷⁹

L'ouverture peut offrir des opportunités pour les professionnels aux niveaux individuel (possibilité d'évolution vers des fonctions différentes, accession à des responsabilités renforcées, acquisition de nouvelles compétences...) et collectif (plus grande maturité de l'équipe).

L'enjeu est ici de permettre aux professionnels d'accompagner au mieux les personnes dans les différents lieux de vie. Cela implique de s'adapter à des cadres institutionnels variés et d'adapter son intervention à celles d'équipes diverses.

Il convient donc de soutenir et guider les professionnels dans l'appropriation des nouvelles modalités d'intervention sociales et éducatives.

Il s'agit bien de développer le panel des prestations proposées aux usagers afin d'apporter une réponse de proximité tout en garantissant la permanence du service rendu en CSAPA. Il s'agit pour moi de relever le défi d'une ouverture sur l'extérieur sans affaiblir le dispositif déjà en place au sein des centres de soin.

Je dois envisager les redéploiements en interrogeant l'offre de soin existante. Le risque majeur est d'appauvrir les ressources humaines dont bénéficient les centres de soin, au profit de permanences avancées au sein des MSP. Toute mon attention doit être portée à

⁷⁹ JANVIER R., 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, ESF Editeurs, p.45-46.

cette gestion des ressources humaines, de manière à continuer à apporter une réponse satisfaisante en CSAPA et en même temps, construire une réponse complémentaire. Je m'appuie principalement sur les travailleurs sociaux et les psychologues des CSAPA, afin d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire.

Dans cette logique, l'adhésion des professionnels est indispensable. Il est facilité par leur sentiment d'enfermement évoqué lors des entretiens semi-directifs. Cependant, le projet nécessite de ma part, une démarche stratégique de communication interne, ainsi qu'une politique de formation à mettre en œuvre.

Après avoir évoqué les principes en interne de la conduite du changement et les préalables au projet, je développe mon plan d'action sur la question de la mobilisation des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Voici les objectifs opérationnels en externe définis :

- Mobiliser les MSP locales
- Mobiliser les professionnels des CSAPA et leur transmettre les enjeux cliniques, institutionnels et territoriaux
- Constituer un comité de pilotage
- Développer des réunions de coordination entre MSP et CSAPA // représentation et lancement par la direction, interconnaissance et échanges équipes soignantes
- Mettre en place des permanences avancées au sein des MSP
- Former les intervenants par un soutien technique, une expertise en addictologie
- Etablir des conventions de partenariat pour formaliser le travail de coordination entre les deux structures, en incluant l'ARS
- Orienter les usagers éloignés sur les structures locales

3.2 Développer une intervention de proximité selon trois dispositifs

3.2.1 Le dispositif des consultations avancées

Comme le stipule la circulaire du 28 février 2008, les CSAPA se caractérisent par leur proximité : le maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées.

Les consultations avancées, dans les textes réglementaires, s'inscrivent dans une démarche appelée « intervention précoce ». Cette notion est développée par A.Morel, J.P. Couteron et P. Fouilland dans l'aide-mémoire en addictologie et la définit comme « *une démarche et une méthodologie d'action, qui, à l'interface de la prévention primaire*

et du soin, a pour objectifs de réduire les conséquences néfastes des usages à risques et nocifs, d'éviter une évolution vers l'addiction, de faciliter l'accès aux soins pour les usagers qui en ont besoin et qui le souhaitent. Pour cela, elle vise à améliorer les compétences de la collectivité où elle intervient et à créer des espaces de parole favorisant la rencontre avec les usagers. Ces intervention sont dites précoces, car en amont d'une démarche de soins.⁸⁰ »

Une consultation avancée de CSAPA vise à entrer en contact avec des populations ne recourant pas spontanément au CSAPA. Elle se déroule dans une structure préexistante (CHRS, mission locale, services sociaux...). L'équipe du CSAPA délègue une ou des personnes pour tenir une consultation. Celle-ci est réalisée en lien avec l'équipe de cette structure ; elle est destinée à son public. Cette démarche peut donc tout à fait répondre aux objectifs territoriaux fixés dans le cadre de ce projet. Un autre dispositif serait aussi approprié dans ce contexte d'action, celui des microstructures.

3.2.2 Le dispositif des microstructures

« La microstructure est une équipe de soin pluriprofessionnelle constituée par un psychologue et un travailleur social autour du médecin généraliste au sein de son cabinet. Elle assure un accueil de proximité de qualité pour les personnes présentant des troubles addictifs. »⁸¹

Pour assurer le suivi des patients, le psychologue et le travailleur social reçoivent ces derniers au cabinet du médecin généraliste à des plages horaires hebdomadaires fixes. Le pharmacien d'officine peut, au cas par cas, être sollicité en raison de son travail de délivrance des produits prescrits. Régulièrement, l'équipe de la microstructure se réunit en synthèse, moment fort du fonctionnement de la microstructure : c'est là que sont analysées les situations des patients suivis, et qu'est élaborée la stratégie thérapeutique adaptée à chacun d'eux.

L'originalité de cette pratique tient à la réunion dans un seul lieu, le cabinet du médecin généraliste, d'intervenants qui, jusque-là, étaient dispersés dans diverses institutions. En trouvant chez leur médecin les compétences nécessaires, la démarche des patients s'en trouve grandement facilitée.

⁸⁰ MOREL A., COUTERON J.P. et FOUILLAND P., mars 2015, *Aide-mémoire en addictologie en 49 notions*, Ed. Dunod, p.518.

⁸¹ Entrelacs, Juin 2016, bulletin trimestriel de la CNRMS (Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures médicales)- N°13-14- N° spécial.

Les microstructures médicales se présentent comme un dispositif souple qui invite à sortir du cadre strict des addictions pour s'ouvrir à des différentes prises en compte des pathologies complexes rencontrées en médecine générale.

Les microstructures viennent interpellier un système de soins qui a les plus grandes difficultés à établir des ouvertures et à transformer une conception de la santé qui isole le médical du social.

Si l'intérêt des microstructures est d'abord de répondre aux situations complexes des patients, il relève également du souci de permettre aux intervenants une approche d'échanges et de partage cliniques. Elles facilitent d'une part l'analyse et les choix de priorités, d'autre part un accompagnement dans la durée.

Le caractère non discriminant d'une médecine de premier recours et de proximité permet un accès aux soins amélioré, en phase avec la nouvelle stratégie de santé mise en œuvre dans le plan gouvernemental présenté par la Ministre de la santé, Madame Marisol Touraine.

« Il fallait trouver les moyens d'ouvrir l'accès aux soins au plus grand nombre et pour cela, donner aux soignants de première ligne qu'étaient les médecins généralistes, les moyens d'accueillir, dépister et soigner les membres d'une population à risques qui n'étaient pas toujours les bienvenus dans les salles d'attentes. Les microstructures sont nées de la nécessité d'une ouverture à la médecine générale, d'une responsabilité sanitaire nouvelle qui supposait, pour réussir, une révolution culturelle et un renforcement pratique de l'exercice. »⁸²

Un dispositif expérimental des microstructures a été mis en place de 1999 à 2003 en Alsace et une étude a montré l'impact positif du dispositif concernant la consommation de produits psychoactifs et l'amélioration des situations sociales et de l'état de santé physique et psychique des usagers.

Au niveau européen, l'expérience des microstructures a vu le jour en Allemagne en 2013 et un projet de création est en cours en Belgique.

⁸² BADER-LEDIT D., Dr. BRUN F., Dr. MELENOTTE G.H., 2013, " Une équipe pluriprofessionnelle au cabinet du médecin généraliste regroupée en pôles de santé : les microstructures médicales », Actal-Parcours de soin : l'utilisateur au cœur de l'articulation des pratiques et des acteurs, vol. 1, n° 12, pp. 43-46

Il est intéressant de noter qu'il existe aujourd'hui en France plusieurs types de microstructures : urbaines, périurbaines, rurales, de province et que les CSAPA sont très souvent porteurs d'un projet de microstructures.

Ce deuxième dispositif répondrait donc également aux orientations du projet d'action. Cependant, il demande davantage de négociations et de réflexions avec les structures locales concernées : les MSP et l'ARS.

Quel que soit le dispositif retenu, il apparaît primordial dans l'organisation institutionnelle de l'ANPAA 71 de s'inscrire dans un réseau addictions départemental visant à rassembler les médecins et pharmacies de ville.

Ma première intention dans ce projet sera déjà de rassembler les médecins généralistes et pharmaciens adhérents au réseau. Cette étape est importante et se présente comme un véritable levier. Comme nous l'avons vu, le réseau départemental permet de mutualiser les moyens, de partager les expériences professionnelles, de travailler en meilleure coordination autour des addictions avec les différents acteurs et de répondre à des besoins de formation.

3.2.3 L'inscription au réseau départemental « ReMed Addictions »

Les réseaux addictions exercent :

- Une mission de coordination des parcours de soin : avec l'ensemble des acteurs médico-psycho-sociaux d'un territoire donné autour de la situation des patients avec selon les cas leur présence.
- Une mission d'appui et de formation aux professionnels et notamment professionnels libéraux (prise en charge d'actes dérogatoires, plateformes téléphoniques, documentation, expertise, microstructures, etc.)
- Une mission transversale sur la mise en place d'actions innovantes (mise en place de protocoles, ateliers RDR⁸³, perspective appui méthaville, etc.)

Aujourd'hui, le réseau départemental addictions est porté et animé par l'association Sauvegarde 71, détenant la compétence en addictologie sur l'Est du département. Suite à la nouvelle répartition géographique, le réseau ayant une visée départementale, il devient primordial pour l'ANPAA 71 tout comme pour la Sauvegarde 71 de rendre effectif ce réseau départemental par l'intégration et la co-animation du réseau avec l'ANPAA 71.

⁸³ RDR : Réduction Des Risques

Une rencontre avec le directeur du pôle Prévention et Soins des Addictions de la Sauvegarde 71 a eu lieu afin de lancer cette démarche et plusieurs réunions de travail se sont planifiées afin de définir ensemble les modalités de partenariat et d'animation du réseau.

Il s'agira ensemble de co-animer le réseau en déterminant de nouvelles orientations et en mobilisant les médecins généralistes et pharmaciens de l'ensemble du département.

Il sera nécessaire de mobiliser un temps de travailleur social et d'infirmier attribué à l'animation du réseau. La mobilisation de ce binôme fait l'objet d'un redéploiement de personnel, elle s'explique de deux manières :

- D'un point de vue de la gestion des ressources humaines, l'infirmier pourra être mobilisé en cas d'absence du travailleur social dédié à l'animation du réseau.
- D'un point de vue des compétences techniques, le travailleur social détient un rôle important d'articulation partenariale et dispose d'une vision globale de l'addictologie, cependant l'infirmier pourra répondre aux compétences plus techniques des problématiques de dépendance en lien avec les TSO.

Lors des entretiens professionnels effectués, deux professionnels ont exprimé leur intérêt pour cette activité et dispose déjà des qualités et compétences professionnelles pour y répondre. Cet axe pourra être travaillé et réfléchi dans le cadre des besoins de formation en vue du plan de formation à construire.

Ces trois dispositifs doivent faire l'objet de réflexion et d'investigation, c'est pourquoi la constitution d'un comité de pilotage semble indispensable.

3.2.4 La constitution d'un comité de pilotage de coordination

Pour conduire ce projet de collaboration, il conviendra de constituer un comité de pilotage afin de réfléchir aux modalités opérationnelles de coordination avec les MSP.

L'objectif général de ce groupe est d'améliorer le parcours de soin de l'utilisateur en addictologie sur le territoire d'intervention de l'ANPAA 71, en s'appuyant sur ces structures compétentes déjà existantes.

Ce comité que je pilote, se compose du médecin coordinateur du CSAPA, des référents des MSP concernés par le projet, des représentants de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, des représentants du personnel.

Ce comité de pilotage se réunit au départ une fois par mois, puis une fois par trimestre afin de :

- Déterminer les modalités de mise en œuvre du projet sur les différentes MSP concernées
- Définir des objectifs de travail communs à formaliser (convention de partenariat à envisager).
- Définir des axes de formation
- Réfléchir aux modalités d'évaluation du projet à l'aide d'indicateurs prédéfinis.

Issus du comité de pilotage, trois groupes projet permettent de travailler et d'investiguer les trois dispositifs énoncés précédemment ; à savoir l'animation de consultations avancées, la prise en charge au sein des microstructures, et l'animation du réseau de santé « ReMed Addictions ».

Il met en place divers groupes thématiques comprenant des membres volontaires représentatifs du personnel. Une attention est portée sur la représentativité des divers sites d'implantation du CSAPA et sur les professions représentées.

Plusieurs groupes thématiques sont animés par un membre du COPIL et travaillent sur : le cadre juridique des microstructures, l'actualisation du projet d'établissement, le cadre du secret professionnel, le dossier-patient, le processus évaluatif, le plan de communication, etc. Ils permettent de formaliser et d'encadrer les diverses activités définies en amont avec les MSP et d'en faire une évaluation.

Je me suis inspirée du guide proposé par l'ANAP : tableau récapitulatif⁸⁴ des instances constituées et leurs rôles dans le cadre du projet :

⁸⁴ Guide méthodologique des coopérations territoriales de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance), 2011, p. 80.



Outil : synthèse des rôles des instances du projet

3.2.5 Les rencontres partenariales avec les référents des MSP

En janvier 2016, j'ai envoyé un courrier à destination de toutes les maisons de santé pluriprofessionnelles du territoire d'intervention de l'ANPAA 71, proposant une rencontre interservices.

Cinq ont répondu positivement, j'ai donc pris contact avec celles-ci dans un premier temps afin de fixer des dates de rencontres.

Entre février et mai 2016, des premières rencontres se sont organisées entre l'équipe de direction de l'ANPAA 71 et les référents des MSP afin de se présenter, d'évaluer leurs besoins, de définir avec eux une éventuelle collaboration à mettre en œuvre. Pour certains, la collaboration était très attendue avec des besoins et demandes bien déterminés, tandis que pour d'autres, il s'agissait avant tout d'une prise de contact et d'une présentation des missions associatives.

Nous avons donc dû nous adapter aux diverses demandes et nous saisir des attentes très rapidement pour apporter un début de réponse. Principalement, pour la plupart des maisons de santé, les besoins concernaient davantage le public jeune présentant des conduites à risque, la problématique des TSO et des publics présentant des troubles psychiatriques aux addictions.

Pour la MSP d'Épinac, implantée sur un secteur particulièrement rural, la demande était axée davantage sur l'organisation de temps de coordination, de synthèse autour des usagers/patients présentant une addiction. Des interventions des professionnels du CSAPA sont possibles et peuvent s'envisager ponctuellement, sans définir de fréquence préalable.

Des réunions de concertation avec les MSP de Tournus, Gueugnon, Bourbon Lancy, Charolles et La Clayette ont eu lieu entre mars et juin 2016.

Lors de ces réunions, nous avons opté pour la mise en place de consultations avancées, qui répondaient davantage aux exigences administratives et financières du projet, laissant tout de même la possibilité de faire évoluer ces permanences de proximité vers le dispositif des microstructures. Ces choix ont été défendus auprès de l'ARS lors d'une présentation début juillet 2016.

Ont été définis avec les MSP des points d'accord de la coopération⁸⁵, à savoir :

- maintenir les identités des deux établissements ;
- mettre en place un projet thérapeutique commun ;
- mettre en commun des activités communes ;
- pallier aux contraintes financières ;
- pallier aux difficultés de démographie médicale ;

Pour chacune des maisons de santé, il était alors important de formaliser ce nouveau partenariat en stipulant parfaitement les modalités de travail coordonné fixées. Des conventions de partenariat ont donc fait l'objet d'une rédaction et d'une signature.

3.2.6 La formation des professionnels collaborateurs

Dans ce projet, la « formation action », c'est-à-dire au contact des professionnels du CSAPA est le premier biais de formation proposé. Elle implique de constituer des binômes d'intervention entre les différents professionnels MSP et CSAPA. Elle vise à renforcer les compétences des professionnels des MSP par l'animation de permanences en addictologie des salariés du CSAPA ; elle a pour but de conforter les compétences des professionnels de santé et le positionnement des médecins généralistes.

⁸⁵ Inspirés des préconisations du guide méthodologique des coopérations territoriales de l'ANAP, 2011. www.anap.fr

Il s'agit davantage d'échanges de pratiques, d'analyses de situations, de travail sur les représentations sociales liées aux addictions, de la définition d'un langage commun en addictologie, de la maîtrise des concepts de base en addictologie, de l'appropriation des diverses méthodologies d'intervention, des modalités d'évaluation des dispositifs de prise en charge.

D'autres recours à la formation peuvent être mobilisés, en s'appuyant sur le réseau de santé addictions, ou en initiant une formation spécifique dispensée par le service formation de l'ANPAA 71, ou encore en intégrant une formation régionale déjà planifiée. Cela dépendra des attentes et besoins des professionnels des MSP et des formations en cours sur les années à venir.

Après avoir signifié les choix opérationnels définis entre les MSP et le CSAPA, que recouvre le dispositif des consultations avancées en termes de gestion des ressources humaines ?

3.3 Une nouvelle organisation humaine à définir

Puisqu'un changement va souvent de pair avec l'innovation et l'organisation, attardons-nous maintenant sur les aspects organisationnels du changement. Il est évident que le développement d'un dispositif de proximité au sein des MSP va insuffler des modifications dans les missions et pratiques des salariés.

« L'organisation et le changement sont appelés à cohabiter car ils se nourrissent l'un de l'autre. Ils sont les ingrédients majeurs du dynamisme de toute entreprise ou institution. L'organisation est à la fois culture et structure, elle vient rendre tangible et visible le point d'impact du changement, et sa traduction dans la réalité sociale et humaine. »

3.3.1 La mise en œuvre de la pluridisciplinarité au sein des MSP

La vision participative que je défends dans ce projet, dès l'analyse de l'offre de soins (SOAR), met l'accent sur les notions de liberté et d'implication. Comme l'exprime Roland Janvier, *« elle fait le pari de l'intelligence des acteurs et de la capacité de chacun à être un contributeur positif au développement de l'organisation. Cette stratégie se fonde sur la confiance et le respect selon le principe que plus on fait confiance et plus on respecte les acteurs, plus ils sont en disposition d'apporter le meilleur d'eux-mêmes au projet collectif dont ils se sentent partie-prenante. »*⁸⁶

⁸⁶ Roland JANVIER, La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale, Ed. L'Harmattan, 2013, p .69.

Toute l'attention de mon projet est portée sur l'effectivité de la pluridisciplinarité, gage de performance en addictologie. En effet, les MSP dispose de temps médical adapté et suffisant pour répondre aux besoins de la population locale, il convient donc d'y associer travailleur social et psychologue afin de rendre possible la prise en charge psycho-médicosocial indispensable et surtout efficace en addictologie. Certaines MSP disposent déjà de psychologue, ce qui limite l'intervention de psychologues de l'ANPAA 71, comme c'est le cas pour la MSP d'Epinaac par exemple. Je me focalise donc davantage sur le rôle et les missions du travailleur social en CSAPA.

3.3.2 La diversification des missions du travailleur social :

Un groupe de travail avec les travailleurs sociaux est constitué au sein de l'ANPAA 71 pour réfléchir sur l'évolution des missions du travailleur social eu sein d'un CSAPA.

Il s'agit d'étayer ses missions en lien avec l'extérieur, les partenaires sociaux locaux, sa participation aux différentes instances locales, son rôle d'animation du réseau départemental « ReMed Addictions », les activités des permanences avancées au sein de structures partenaires.

Lors des entretiens professionnels, les fiches de poste sont retravaillées et réévaluées avec les salariés travailleurs sociaux, prenant en compte ces missions externes.

3.3.3 Les outils de management mobilisés

Les entretiens professionnels sont un outil privilégié de management à intégrer dans cette démarche afin d'évaluer les motivations, compétences et besoins potentiels de formation afin d'envisager les mouvements de personnels. Ils se sont organisés en avril 2016 pour l'ensemble des salariés.

La motivation est littéralement ce qui pousse à agir, les motifs à faire. Les compétences, selon Guy LE BOTERF, se définissent comme « *une capacité à agir en contexte* »⁸⁷.

Il va même plus loin en démontrant que la performance est la résultante de la compétence associée à la motivation et au contexte. Même si la compétence repose sur les individus, toute compétence comporte deux dimensions - individuelle et collective-indissociables.

Comme le dit Guy LE BOTERF, « *la réponse compétente devra être chaque jour davantage une réponse de réseau et pas seulement une réponse individuelle, même si*

⁸⁷ LE BOTERF G., 2013, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 6è édition, Eyrolles.

l'interface avec un client, un usager ou un patient est assuré par une seule personne. Agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui.⁸⁸»

Lors des entretiens professionnels menés avec chaque salarié, j'ai pu de nouveau présenter à chaque professionnel le dispositif des consultations avancées et percevoir les freins éventuels à la mise en place de ces actions.

Je me suis appuyée sur les fiches de poste individualisées afin d'évaluer les compétences des salariés et leurs attentes professionnelles.

Ces retours m'ont permis de faire émerger un référentiel de compétences collectif, outil facilitant l'évaluation des besoins humains et de formation. En lien avec les orientations de formation, ces entretiens m'ont permis de construire la répartition du personnel ainsi que d'élaborer le plan de formation.

3.3.4 Les redéploiements de personnel à envisager

Comme je l'ai évoqué précédemment, les contraintes financières m'invitent à penser ces consultations externes sous la forme de redéploiements de personnels.

En effet, il s'agit de réorganiser pour moi l'organisation humaine en interne pour mettre à disposition des professionnels experts en addictologie qui « complètent » l'offre médicale au sein des MSP.

Pour le directeur de l'établissement, il s'agit de réorganiser les interventions en intra et d'intégrer les interventions extérieures en valorisant et optimisant les compétences disponibles et envisager des redéploiements (au sein d'un même service ou inter-service prévention/soin).

Les redéploiements sont réfléchis avec les salariés, sur la base des souhaits qu'ils avaient formulés lors des entretiens professionnels. Ils deviennent opérationnels en septembre 2016.

⁸⁸ LE BOTERF G., février 2002, *De quel concept de compétence avons-nous besoin ?*, Soins cadres n°41.

Tableau des besoins humains en ETP pour les permanences avancées au sein des

MSP

PERMANENCES	CENTRES CONCERNES	TEMPS DE DEPLACEMENT	PROFESSIONNELS MOBILISES	BESOINS ETP
MSP TOURNUS	CSAPA MACON	30 minutes	Travailleur social Psychologue Infirmier	5h/ mois 5h/ mois Une CJC ⁸⁹ de 10h à 16h chaque mercredi (incluant la participation aux réunions de coordination)
MSP EPINAC	CSAPA AUTUN	24 minutes	Equipe	Participation de toute l'équipe aux réunions de coordination une fois par trimestre
MSP COUCHES	CSAPA AUTUN	28 minutes	Pas encore défini	En cours de négociation
MSP GUEUGNON	CSAPA PARAY LE MONIAL	29 minutes	Travailleur social	4h/mois
MSP CHAROLLES	CSAPA PARAY LE MONIAL	15 minutes	Travailleur social	4h/ mois
MSP BOURBON LANCY	CSAPA PARAY LE MONIAL	49 minutes	Travailleur social Psychologue	4h/ mois 4h/ mois
MSP LA CLAYETTE	CSAPA PARAY LE MONIAL	28 minutes	Travailleur social	4h/mois

Explications et commentaires :

➤ Pour le centre de Paray le Monial :

Le centre de Paray le Monial dispose aujourd'hui d'1 ETP de travailleur social, de 0,80 ETP de psychologue, de 0,50 ETP d'infirmier et de deux médecins pour 0,60 ETP au total.

Les permanences envisagées au sein des MSP par l'équipe et la direction imputeraient 4h/semaine, soit 0,10 ETP de travailleur social sur les permanences et 4h/ mois de temps

⁸⁹ Consultation Jeune Consommateur

psychologique sur la permanence de Bourbon Lancy. Ces répartitions ont été bien sûr adaptées aux besoins des MSP et aux attentes des salariés.

Ces temps de permanences permettent à la fois une présence suffisante, dans un premier temps sur les MSP : présence sur la MSP de Bourbon Lancy tous les 15 jours, une présence mensuelle aux MSP de Gueugnon, Charolles et La Clayette. Elles permettent également de garantir les prises en charge en CSAPA avec une faible imputation des temps de consultation au sein des centres de soin.

➤ Pour le centre de Mâcon :

Ce site dispose d'une équipe très étoffée, du fait du nombre d'usagers suivis chaque année. En effet, le centre de Mâcon présente une forte activité (600 usagers suivis annuellement) avec deux travailleurs sociaux pour 1,20 ETP, un psychologue pour 0,60 ETP, trois médecins dont un temps de psychiatre pour 1,50 ETP, deux infirmiers pour 1,20 ETP et une secrétaire à temps plein.

La MSP de Tournus, en demande d'expertise sur la question des addictions, a nettement formulé la demande d'inscrire notre présence plus particulièrement auprès de la population jeune. Les nombreux échanges avec l'ARS, avec les référents de la MSP, a conduit à des échanges de pratiques entre les équipes infirmières des deux structures (MSP et CSAPA) et a conclu, pour un démarrage en septembre 2016 sur la mise en place de plusieurs permanences :

- psychologique, à hauteur de 5H/mois
- sociale, à hauteur de 5H/ mois sur la MSP de Tournus, ce qui implique une présence en addictologie tous les 15 jours sur place pour commencer, et
- infirmière dans le cadre d'une CJC hebdomadaire les mercredis de 10h à 16h

➤ Pour le centre d'Autun :

Le centre d'Autun est le centre le moins doté de l'ANPAA 71 avec une équipe présente uniquement deux jours par semaine avec 0,50 ETP de travailleur social, 0,20 ETP de temps infirmier, 0,10 ETP de médecin, 0,40 ETP de temps de psychologue et un temps de 0,50 ETP de secrétaire.

Compte-tenu de cette faible inscription sur le territoire autunois, de l'impossibilité de procéder aux initialisations de méthadone, je dois concentrer toute mon attention sur la question des redéploiements, d'autant plus que ce territoire présente davantage de difficultés d'accès aux soins que les autres, avec une caractéristique rurale marquée.

J'ai donc travaillé sur la répartition des différentes équipes entre Montceau Le Creusot et Autun.

Les centres de Montceau et du Creusot étant situés à une vingtaine de kilomètres, sur des zones bien desservies en termes de transport, avec une prédominance semi-urbaine, la possibilité de procéder à d'éventuels redéploiements pouvait s'envisager.

Le départ d'un travailleur social à temps plein en juillet 2016 sur les sites Autun (0,50 ETP)/ Le Creusot (0,50 ETP) m'a permis de revisiter la répartition des salariés, en concertation avec les équipes concernées et le médecin coordinateur.

Le centre de soin de Montceau disposant d'1 ETP de travailleur social, demandeur de développer son champ d'intervention, j'ai pu proposer au salarié d'exercer également sur le centre du Creusot (0,5 ETP de travailleur social) en vue du remplacement.

Ce qui m'a permis d'envisager un temps de 0,80 ETP de travailleur social sur le site d'Autun, soit 0,30 ETP supplémentaire, permettant ainsi de pouvoir répondre aux demandes du territoire en termes de coordination et de présence auprès des partenaires locaux.

Dans le même temps, j'ai pu disposer et répartir l'équivalent de 0,10 ETP de travailleur social et de 0,10 ETP d'infirmier pour l'animation du réseau ReMed Addictions.

Pour l'animation du réseau ReMed Addiction :

RESEAU REMED ADDICTIONS	ANPAA 71	0,10 ETP de travailleur social 0,10 ETP d'infirmier
----------------------------	----------	---

Notons que le pôle Prévention et Soins des Addictions de la Sauvegarde 71 envisage de nous reverser une partie des financements liée à l'animation du réseau. Ces modalités financières devront faire l'objet de négociation. Cette collaboration du réseau addictions entre les deux associations pourra prendre la forme d'une convention, voire d'un groupement de coopération médico-sociale.

Ce travail est en cours de réflexion et de négociation avec la direction générale de la Sauvegarde 71 et la direction régionale de l'ANPAA Bourgogne Franche – Comté en lien avec les conseils d'administration respectifs.

3.3.5 La formation interne comme levier managérial

Des formations individuelles à prendre en compte...

Après trois années de fonctionnement en CSAPA, stipulant des prises en charge variées de situations complexes autour des addictions, les axes de formation concernent encore cette année le développement des compétences sur des thématiques spécifiques, à

savoir le sevrage tabagique, les troubles liés aux TIC⁹⁰, les troubles des comportements alimentaires, les addictions sans substances, la prise en charge de l'entourage, etc...

Le recueil des besoins s'effectue durant l'été 2016 afin de construire le plan de formation.

...A la construction d'une formation collective

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet et du développement des modalités de coordination, une formation spécifique sera dispensée auprès de tous les salariés de la structure. Les orientations stratégiques de formation sont définies de la manière suivante : l'accompagnement dans le cadre de permanence, les principes d'une collaboration et d'une coordination réussie, le cadre spécifique de la convention, l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur, le partage des expériences, le travail sur les représentations, le lien entre secteur sanitaire et secteur médico-social.

Cette politique de formation a pour but d'inscrire les salariés dans les orientations stratégiques de l'établissement et de faire lien. Elle vient confirmer une culture commune qui donne du sens aux missions attribuées aux différents membres des équipes.

Il s'agit alors de construire un cahier des charges adapté aux attentes de cette formation afin de pouvoir ensuite solliciter un organisme de formation agréé. Je confie donc cette mission à la psychologue formatrice de la structure, elle m'a présenté son travail puis à l'ensemble de l'équipe lors de la réunion départementale de juin 2016.

Après validation de ma part, j'ai donc inscrit cette formation au plan de formation, qui a été présenté au Comité d'Entreprise (CE) puis au Conseil d'Administration (CA) en novembre 2016.

La formation intitulée « *Pour une coopération réussie en addictologie : les enjeux des permanences de proximité* » composée de trois modules de deux journées débutera en janvier 2017. La formation est toujours en cours de construction.

⁹⁰ TIC : Technologies de l'Information et de la Communication. Ce terme désigne tous les outils modernes qui facilitent la communication et l'échange d'informations, comme l'informatique ou Internet.

3.4 Plan de communication à mettre en œuvre

Il convient de réfléchir également sur la mise en place d'un plan de communication interne et externe, en définissant des objectifs stratégiques en lien avec l'organisation régionale. *« Dans un projet de coopération, la communication interne et externe sur le projet est souvent négligée, alors qu'elle participe directement à la réussite de l'entreprise. Il est donc indispensable de communiquer sur le projet dès sa conception et jusqu'à sa mise en œuvre et son évaluation. »*⁹¹

Plusieurs formes de communication sont à mobiliser en fonction des temporalités du projet et des destinataires.

Je distingue donc deux formes de communication dans le projet :

- La communication interne, véritable outil de management des équipes favorisant la conduite du changement, et
- La communication externe visant à promouvoir l'association dans ses missions et ses prestations rendues au public. Dans ce cas, il s'agit de défendre la pertinence et la cohérence d'un projet au regard de l'amélioration de la qualité de l'offre de soin.

3.4.1 La fonction communicante du projet :

Comme l'annonce Roland Janvier, *« le projet n'est pas simplement investi de la fonction fondatrice de l'organisation et de la visée du changement, il est aussi une instance de communication. Il a pour rôle de rendre visible, lisible et compréhensible l'établissement ou le service social et médico-social. Le projet fait repère. Il montre, démontre et facilite ainsi une compréhension de l'organisation en lui donnant sens. »*⁹²

Dans ce travail, je dirai même que ce projet de collaboration initie les équipes et l'organisation à une ouverture sur l'extérieur ; le travail avec les MSP n'est qu'une amorce d'une réflexion plus globale et induit de ma part une orientation stratégique d'ouverture sur l'extérieur. Il détient même un rôle symbolique, il prône une autre manière de travailler, une reconnaissance de l'addictologie par les autres secteurs.

Il vient bousculer les valeurs de nos pratiques en impulsant un travail de proximité et de collaboration effective avec les MSP, favorisant ainsi l'intégration de la discipline de

⁹¹ Guide méthodologique des coopérations territoriales de l'ANAP, 2011, p.77

⁹² JANVIER R., 2013, *La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale*, Ed. L'Harmattan, p. 157.

l'addictologie dans le droit commun. Il contribue ainsi à l'inclusion sociale des usagers en prise avec les addictions.

« Le projet, parce qu'il communique a une fonction mobilisatrice.⁹² »

Dans ma démarche, la communication autour de ce projet vient mobiliser toutes les parties prenantes du plan d'action, à savoir les salariés des CSAPA dans leurs pratiques professionnelles mais aussi les acteurs des MSP, les référents de l'ARS sans oublier les usagers, principaux intéressés par l'évolution des modalités d'intervention.

3.4.2 La communication interne comme outil de management

Le projet que je pilote, se construit cependant avec les équipes, demandeuses de sens, de cohérence et de réponses adaptées aux problématiques des usagers. Le projet se charge de développer l'esprit d'équipe en permettant de s'approprier le travail accompli.

Communiquer ne se résume pas à un monologue de ma part qui aurait un pouvoir idéologique mais se construit méthodologiquement en développant une stratégie de communication.

Ce qui consiste à faciliter et favoriser les interactions autour du projet entre les différentes personnes concernées pour obtenir une compréhension mutuelle, collective de l'association et ses orientations.

Comme le stipule le guide de l'ANAP, *« lorsque la création d'un projet influe sur les conditions de travail pour les personnels, il est important d'utiliser la communication interne, dans ses deux dimensions individuelles et collectives car elle permet d'entretenir le niveau d'implication des équipes.⁹³ »*

Il s'agit pour moi :

- d'être attentif à informer régulièrement les instances,
- de rassurer, si besoin, les personnels des conséquences de la coopération sur leur exercice professionnel, sur les conséquences en matière de conditions de travail,
- de réaliser des interventions régulières au sein des équipes,
- de programmer des réunions avec les instances représentatives du personnel.

Dans le cadre d'un nouveau dispositif à promouvoir, la communication interne doit s'accompagner d'une communication externe.

Cette communication s'opère au cours des réunions départementales (tous les deux mois auprès de l'ensemble des équipes), au cours des réunions d'équipe (mensuellement auprès de chaque équipe) où sont abordés des projets plus locaux, et au cours des entretiens individuels.

3.4.3 La communication externe comme promotrice de l'organisation

L'enjeu d'une communication de qualité avec l'environnement répond à un triple objectif :

- modifier les représentations de la population sur les personnes souffrant d'addictions, le regard porté sur les personnes accueillies ;
- améliorer la visibilité des services rendus aux personnes et à l'environnement ;
- mettre en valeur la qualité du travail effectué.

L'ANAP préconise de développer une communication spécifiquement destinée aux professionnels de santé, concernant :

- « - la mise en évidence des modalités permettant de recourir au nouveau dispositif,
- la diffusion de supports dédiés,
- l'organisation de réunions d'information des professionnels,
- l'utilisation de l'ensemble des formes de communication, selon les possibilités locales : la presse régionale et les revues des collectivités locales.
- la mise à jour des sites Internet des établissements. »⁹³

Il s'agit donc de construire une communication continue sur l'ensemble du projet de l'établissement et de faire comprendre ses objectifs et principes d'interventions. L'utilisation des TIC⁹⁴, la participation aux actions de communication locales, l'organisation d'événements propres à faire connaître la structure constituent autant de supports permettant de promouvoir l'établissement et de multiplier les interactions.

Les supports règlementaires et documents institutionnels ont cette fonction de communication à l'externe ; ainsi le projet d'établissement tout comme l'évaluation interne sont des moyens de communication importants, permettant de formaliser, de valoriser et d'évaluer les dispositifs, les partenariats et les modalités de travail.

La création de ce nouveau dispositif et les permanences de proximité doivent impulser la réactualisation du projet d'établissement. Un groupe thématique est chargé de revisiter le projet d'établissement, il s'agit de valoriser le travail entrepris avec les MSP selon les

⁹³ Guide méthodologique des coopérations territoriales de l'ANAP, 2011, p. 77.

⁹⁴ TIC : Technologies d'Information et de Communication.

nouveaux dispositifs de prise en charge : l'animation des consultations avancées, et l'inscription au réseau addictions local.

Des plaquettes d'information sont également en cours de réflexion avec les MSP et l'ARS : cartes de visite à destination des usagers, affiches pour les structures locales et flyers pour les professionnels médico-sociaux.

Les groupes ressources, animés au sein des cinq sites, auprès des professionnels partenaires sont également un moyen de relayer l'information localement et de favoriser des orientations.

Il en est de même pour les actions de prévention animées par les animateurs de prévention au sein de diverses structures et notamment les établissements scolaires.

Après avoir évoqué les différents moyens de communication à déployer, je vais aborder la question de l'évaluation, processus indispensable à la conduite de projet, puisqu'elle permet de faire évoluer les dispositifs et les pratiques.

3.5 La démarche d'évaluation

L'amélioration du parcours de soin en interne comme en externe doit faire l'objet d'une évaluation dans le cadre de la démarche qualité. Il est donc important de valoriser la question du parcours de soin coordonné au sein des CSAPA afin de mesurer la qualité des prestations. Le dispositif des consultations extérieures implique d'inclure un nouvel axe d'évaluation.

L'évaluation intégrant la démarche continue de l'amélioration de la qualité de l'offre de service proposé aux usagers nécessite la détermination d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs. Ces critères d'évaluation sont définis en fonction des objectifs généraux et spécifiques établis en amont de la réalisation du projet.

Ce projet s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité en apportant une réponse complémentaire à l'offre de soin déjà existante.

Ce travail d'évaluation est une démarche partagée entre usagers, professionnels des CSAPA et professionnels des MSP.

Il doit se faire à plusieurs étapes dans l'avancement du projet : à 2 mois pour évaluer la mise en route du projet, à six mois pour analyser les premières consultations en vue de procéder à des mesures correctives (fréquences des permanences pas assez ou trop importantes par exemple), à un an afin d'avoir une lisibilité de la progression des permanences de proximité.

Plusieurs outils peuvent être exploités pour procéder à l'évaluation de ce projet de coordination.

Les projets personnalisés des usagers, le protocole départemental, les bilans des CLS des différents pays, les retours des « formations actions » des MSP, l'évaluation du réseau, le bilan des permanences par les professionnels et par le public accueilli en MSP, les conventions partenariales signées sont autant d'outils permettant d'établir une évaluation la plus objective possible.

Ces évaluations régulières et échelonnées dans le temps offrent des axes de développement et d'amélioration de nos actions et permettent de mettre en place des mesures correctives en fonction des écarts constatés.

Les permanences de proximité pouvant évoluer vers des microstructures permettront, je l'espère, l'obtention des crédits supplémentaires afin de développer d'autres modalités d'intervention, tels que des CJC (consultations jeunes consommateurs), ou la mise en route d'ateliers thérapeutiques, ou encore l'animation de groupe de parole ; nécessitant alors des temps supplémentaires de professionnels.

Les permanences de proximité ainsi constituées, doivent être intégrées dans la démarche d'évaluation interne, qui régulièrement fait l'objet de réunions de travail de la cellule d'évaluation qui évalue à l'aide d'une grille déterminée.

En lien avec le groupe thématique chargé du processus évaluatif du projet, nous avons défini cinq items interdépendants et correspondants aux phases du projet :

- L'accompagnement des professionnels du CSAPA
- La mobilisation des MSP
- Les permanences déployées sur les MSP
- L'impact sur les usagers
- Le projet d'établissement.

Les critères d'évaluation retenus à ce stade d'avancement du projet :

ITEMS	INDICATEURS QUALITATIFS	INDICATEURS QUANTITATIFS
<p>L'accompagnement des professionnels du CSAPA/Ressources humaines</p>	<p>Retours des entretiens professionnels auprès des salariés ; adhésion au projet de coordination. Plan de formation GPEC Tutorat, accueil de stagiaires,</p>	<p>Redéploiements effectués ; formations suivies par les professionnels ; soirées conférences animées auprès des médecins des MSP. Binômes constitués, nombre et contenus des réunions du comité de pilotage, et des groupes de travail en interne</p>
<p>MSP/Environnement et partenariat</p>	<p>Grille des attentes et besoins en addictologie.</p>	<p>Courriers envoyés et rencontres partenariales organisées Nombre de MSP adhérentes au réseau. Conventions de partenariat signées.</p>
<p>Mise en œuvre des permanences déployées sur les MSP</p>	<p>Satisfaction des professionnels MSP/CSAPA Climat social Installation de permanences avancées</p>	<p>Nombre de permanences assurées. Composition de la file active : nombre de personnes et types d'addictions. Mise à disposition de bureaux pour les professionnels.</p>
<p>L'impact sur les usagers</p>	<p>Effectivité de la pluridisciplinarité au sein des MSP et les modalités thérapeutiques déployées</p>	<p>Usagers suivis sous TSO, nombre d'orientations du CSAPA sur les permanences des MSP. Fréquences des entretiens. Nombre de réunions de coordination et de synthèse au sein des MSP.</p>
<p>Les projets associatifs, d'établissement/ de soin</p>	<p>Ces projets seront actualisés.</p>	<p>Nombre de réunions du groupe de travail.</p>

Conclusion

Il y a trois ans, la réforme de l'addictologie a été mise en œuvre dans le département de la Saône et Loire et a entraîné une importante réorganisation territoriale de l'activité.

La mobilisation du personnel a été forte tant sur le plan des ressources humaines que sur le plan de la mobilité géographique.

Aujourd'hui, après trois années de fonctionnement en CSAPA, les priorités des politiques publiques tendent vers un renforcement de l'inscription territoriale et vers la collaboration des secteurs sanitaire, social et médico-social. Sur un plan local, ces nouvelles politiques se sont traduites dans un protocole départemental initié par l'ARS à mettre en œuvre. C'est dans ce contexte que s'inscrit le projet de collaboration avec les maisons de santé pluriprofessionnelles, opérateurs incontournables en addictologie.

Face à la pluralité des demandes, la complexité des situations rencontrées par les professionnels des CSAPA, la pénurie médicale dont souffre le secteur et les caractéristiques rurales du territoire d'intervention, il devient primordial de prendre en compte ces éléments et de proposer d'autres modalités d'intervention, en vue d'apporter une réponse complémentaire à l'offre de soin déjà existante.

De plus, la prise en charge des addictions est basée sur un modèle médico-psycho-social, en ambulatoire et/ou en hospitalier et doit se réfléchir en inter-service. En addictologie, la complexité des situations implique qu'il n'y ait pas qu'une solution unique mais tout un panel de réponses thérapeutiques que nous devons favoriser.

La question de l'accès aux soins est devenue centrale tant sur le plan clinique, que politique et stratégique.

C'est pourquoi, ma mission de direction m'a conduite à construire un partenariat privilégié avec les médecins des maisons de santé, structures de proximité pour la population. J'ai donc la responsabilité d'engager une évolution essentielle pour notre structure à travers cette nécessaire ouverture sur l'extérieur, qui comporte un objectif éthique et technique : améliorer le recours au soin et la qualité du parcours de soin des usagers.

Un diagnostic approfondi m'a permis d'évaluer la situation en fonction des spécificités du territoire, des enjeux institutionnels et des options de management à retenir.

Dans une visée de performance et d'amélioration de la qualité de service, dans un contexte économique contraint, la collaboration entre le CSAPA et les MSP s'est révélée pour moi pertinente et cohérente. L'approche médico-sociale du CSAPA doit permettre d'apporter toute sa compétence et son expertise au médecin généraliste.

Mettre en place un nouveau dispositif en s'appuyant sur un territoire en mouvance et ses acteurs implique une conduite du changement auprès des salariés par une politique de communication interne et externe cohérente et structurée. Je me suis inspirée des expériences des consultations avancées déjà existantes au sein des CSAPA et des dispositifs des microstructures en instaurant des permanences avancées au sein des MSP par les professionnels soignants, garantissant ainsi une pluridisciplinarité effective sur chaque site.

Ce rapprochement institutionnel et technique entre le CSAPA et les MSP semble offrir une entière satisfaction auprès des médecins des MSP qui trouvent un appui technique, auprès des usagers par une offre de proximité facilitant les soins en addictologie, auprès des professionnels des CSAPA qui trouvent des ressources médicales et s'ouvrent à d'autres modalités de travail dynamisantes et valorisantes.

En septembre 2016, six permanences de travailleurs sociaux et de psychologues de l'ANPAA 71 sont effectives sur trois MSP du territoire et d'autres maisons de santé nous ont sollicité directement ou par le biais de l'ARS ou des coordinateurs des CLS pour développer des partenariats.

Ce projet n'est pour moi, qu'une étape de l'ouverture de la structure sur l'extérieur et amorce un véritable tournant pour la structure locale dans la mobilisation et l'animation du réseau « Remed Addictions ». Cet axe de travail est déjà engagé et devra faire l'objet de réflexions complémentaires. D'autre part, le groupe de travail « CJC » constitué, a impulsé une démarche de réflexion afin de pouvoir travailler davantage avec les structures locales accueillant le public jeune.

Dans l'accomplissement de ce projet, le CAFDES a été pour moi un important levier et m'a permis d'adopter une bonne distanciation dans les étapes à conduire. Ma direction régionale et ma gouvernance ont d'ailleurs pu se saisir des éléments énoncés et ont utilisé ces travaux auprès des autres départements de la région Bourgogne Franche Comté.

Tout ceci me permet de conclure par une citation qui porte trace de mon engagement :
« Le directeur d'une institution projet est un passeur. Il permet les échanges entre le dedans et le dehors, il fait transiter les échanges, il facilite les mutations et les évolutions. Il entraîne toujours plus loin son équipe. Il la fait passer de la rive des certitudes à celle des convictions, de la berge de l'immobilisme aux rapides du changement, de la sécurité du port à l'aventure du grand large. »⁹⁵

⁹⁵ JANVIER R., 2013, *La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale*, Ed. L'Harmattan, p.157.

Bibliographie

OUVRAGES :

- BAUDURET J.F., août 2013, *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Dunod, 275 p.
- BLOCH M.A. et HERAUT L., 2014, *Coordination et parcours*, Dunod, 315 p.
- BLOCH M.A., HENAUT L., SARDAS J.C., GANT S., février 2011, *Etude sur la coordination dans le champ sanitaire et médico-social, Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, 241 p.
- BOUQUET B., 2003, *Ethique et Travail social. Une recherche de sens*, Dunod, 256 p.
- COLLOT E., 2011, *L'alliance thérapeutique : Fondements et mise en œuvre*, Dunod, 256 p.
- FOUURIAT M., 2011, *La sociologie des organisations : la pratique du raisonnement*, Ed. Pearson, 372 p.
- GACOIN D., janvier 2006, *Conduire des projets en action sociale*, Dunod, 264 p.
- JANVIER R., 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, ESF Editeurs, 127 p.
- JANVIER R., 2013, *La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale*, Ed. L'Harmattan, 201 p.
- LE BOTERF G., 2013, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 6^e édition, Eyrolles, 300 p.
- LOUBAT J.R., 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, 224 p.
- MIRAMON J.M., juillet 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, Presses de l'EHESP, 149 p.
- MOINE A. et SORITA N., mai 2015, *Travail social et territoire : concept, méthode, outils*, presses de l'EHESP, 247 p.
- MOREL A., COUTERON J.P. et FOUILLAND P., mars 2015, *Aide-mémoire en addictologie en 49 notions*, Dunod, 583 p.
- MOREL A. et COUTERON J.P., mai 2008, *Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner*, Dunod, 323 p.
- MORIN E., 2005, *Introduction à la pensée complexe*, Ed. Le seuil, 160 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES :

- JAEGER M., mai-juin 2003, *Travail en réseau et territoires d'action*, Les cahiers de l'Actif N°324/325, pp 49 à 57.
- Entrelacs, Juin 2016, bulletin trimestriel de la CNRMS (Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures médicales)- N°13-14- N° spécial.
- LE BOTERF G., février 2002, *De quel concept de compétence avons-nous besoin ?*, Soins cadres n°41.

TEXTES REGLEMENTAIRES ET INSTITUTIONNELS :

- Axes stratégiques 2015/2019 ANPAA National
- Brochure éditée par la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale), relative aux orientations pour les formations sociales 2011-2013, document approuvé par le Conseil Supérieur du travail social en mars 2011.
- Circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie et la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
- Circulaire DGS/137/2D du 15 mars 1983, relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool.
- Communication relative à la stratégie nationale de santé annoncée par le ministre dans sa déclaration de politique générale, 16 janvier 2013.
- Contrats Locaux de Santé du pays Charolais Brionnais et du pays Autunois Morvan
- CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) signé entre l'ARS Bourgogne et l'ANPAA Bourgogne 2013-2017
- Diagnostic préalable au protocole territorial départemental de l'ARS.
- Fiche de poste du travailleur social à l'ANPAA 71
- Guide méthodologique des coopérations territoriales de l'ANAP, 2011
- Projet d'établissement ANPAA 71 mis à jour le 15 septembre 2015,
- Protocole territorial 2014/2016 organisant la continuité du parcours de soin en addictologie et ses annexes du département de la Saône et Loire, février 2014.
- Rapport d'évaluation interne ANPAA71, 22 avril 2015.
- Rapports INSEE : Recensement de la population de 1962 à 2007

SITES INTERNET

www.anap.fr

www.anesm.gouv.fr

www.has-sante.fr

www.federationaddictions.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Cartographie des Pays et Territoires de proximité en Bourgogne (ARS)

Annexe 2 : Cartographie de l'offre de soin en Addictologie en Bourgogne

Annexe 3 : Cartographie de l'exercice coordonné en Bourgogne (MSP)

Annexe 4 : Organigramme de la structure

Annexe 5 Fiche action N°3 sur le maillage territorial du CPOM Bourgogne

Annexe 6 Fiche action N° FASL 01 du protocole territorial Addictologie

Annexe 7 Guide d'entretien auprès des salariés

Annexe 8 Questionnaire pour les usagers

Annexe 9 Résultats de l'enquête menée auprès des usagers

Annexe 10 Récits de vie d'usagers

Annexe 11 Chronogramme de l'élaboration du projet des permanences de proximité

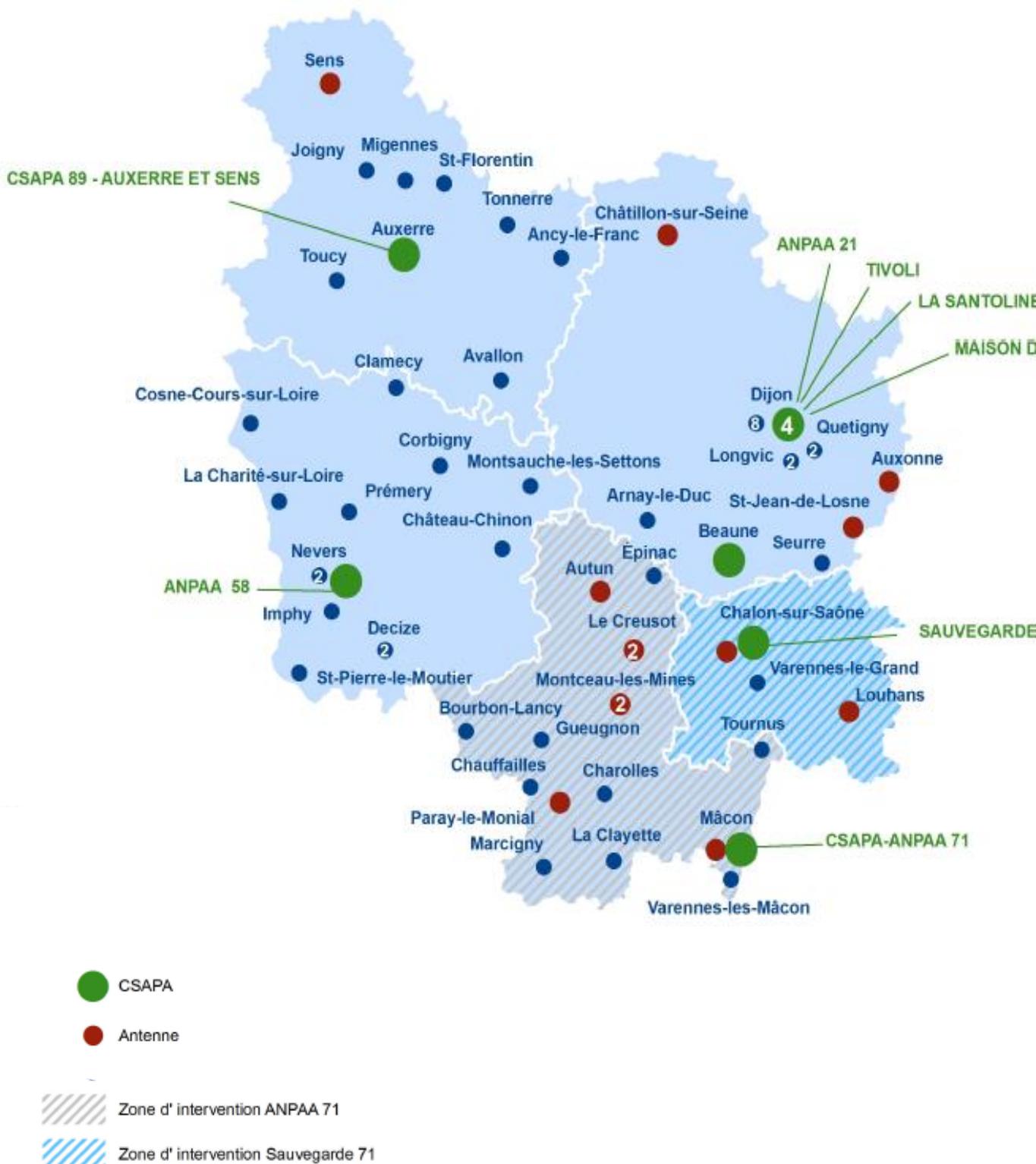
Annexe 1

20 Pays et Territoires de Proximité en Bourgogne



Annexe 2

CSAPA, siège, antennes en Bourgogne en 2011.

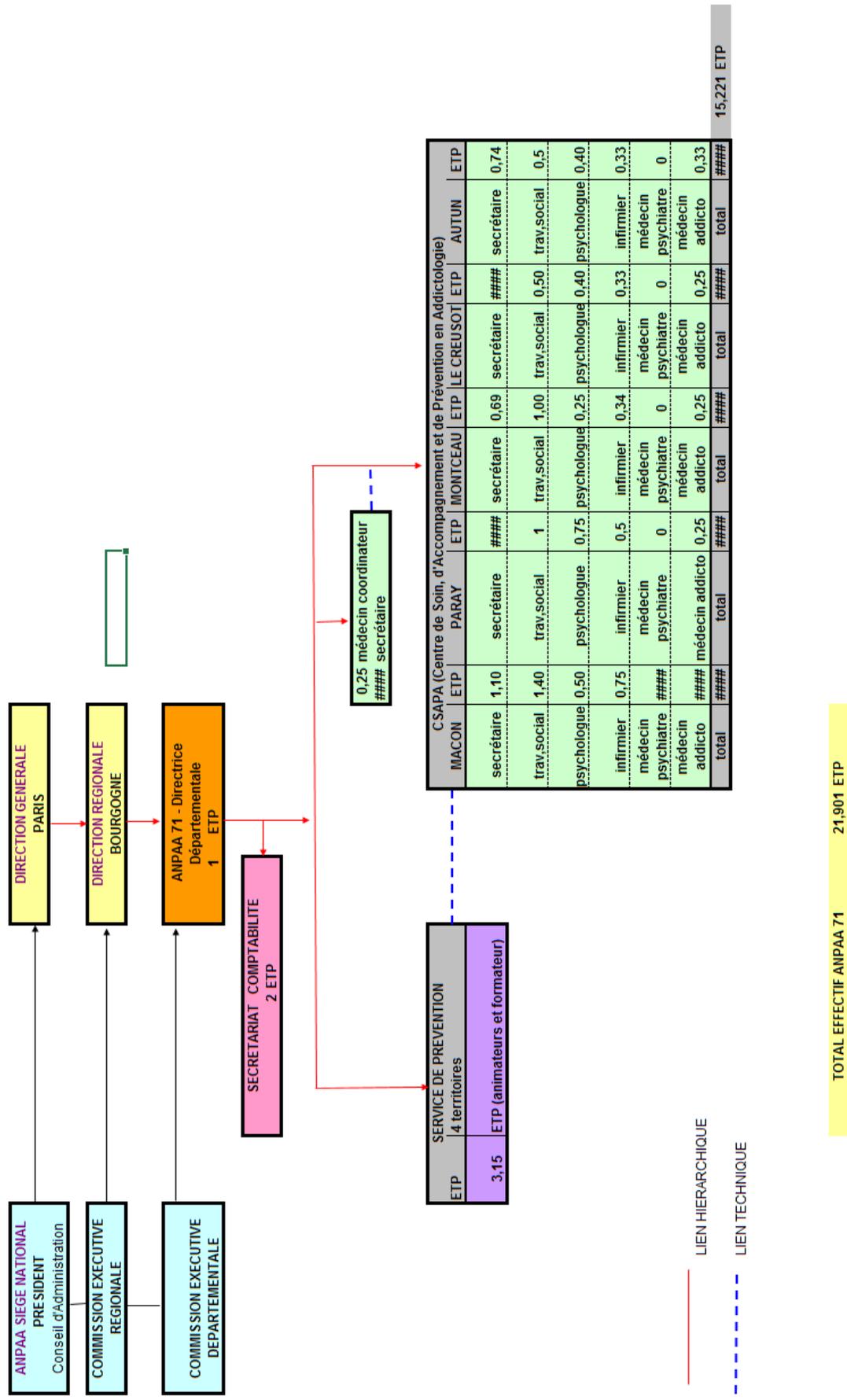


Sources : ARS, Rapport annuel ANPAA 2011, exploitation ORS.

L'EXERCICE COORDONNE EN BOURGOGNE



Annexe 4 Organigramme de la structure



Annexe 5

Fiche action 3 : Maillage territorial			
<u>Etat des lieux / constats</u>	Zones rurales et/ou déserts médicaux (voire zones blanches) non desservies par les transports en commun. Les structures de l'A.N.P.A.A. s'efforcent dans la limite des crédits dont elles disposent, d'assurer une activité dans les zones rurales ne disposant pas de réponses en matière d'addictologie.		
<u>Objectifs</u>	<p>Aboutir à une réflexion formalisée visant à maintenir et/ou renforcer cette couverture territoriale en assurant un accompagnement réellement pluridisciplinaire. Cette réflexion pourra intégrer des modalités de rapprochement avec les maisons médicales de santé pluridisciplinaires. L'ARS apportera son soutien et son appui méthodologique pour la mise en œuvre de cet objectif.</p> <p>Les pistes envisagées sont : mise en place d'une GPEC régulièrement évaluée visant à faire évoluer les visiteurs sociaux vers une qualification adaptée et la proportion IDE/travailleurs sociaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêt de l'activité sur certaines permanences (définir critères pour l'évaluation) - Pour maintenir un lien avec ces permanences, formation des partenaires en place au repérage précoce (point développé dans le volet formation / prévention / promotion de la santé (partie X du contrat si rattachée) - Redéploiement des professionnels assurant ces permanences vers des antennes afin de renforcer les effectifs et la pluridisciplinarité de ces dernières, et éventuellement développer des antennes sur des zones non desservies ou redéploiement vers d'autres activités comme les CJC. 		
<u>Actions/Echéancier (et indicateurs de suivi)</u>	Actions	Programmation	Indicateurs
	Evaluation des besoins	2015	File active
	Redéfinition d'une cartographie	2015	Nb de personnes vues dans ces zones (définir les lieux)
Mise en place permanence pluridisciplinaire	2015 - 2017	Equipe pluridisciplinarité ; Nb de dossiers ouverts Nb de professionnels ayant contribué au dossier	
<u>Indicateurs de résultat</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Nombre d'utilisateurs vus dans les zones rurales. 2 Cartographie des utilisateurs en fonction de leur provenance géographique. 		
<u>Référent(s) action</u>	Directeur d'établissement		
<u>Financement</u> MN 2014 : 2400€ MN 2015 : 2400€ MN 2016 : 2400€ MN 2017 : 2400€	<p>Surcoût moyen d'une permanence pluridisciplinaire 200 €/mois pour une journée par semaine. (Location de bureaux)</p> <p>Le coût du personnel est en fiche action « pluridisciplinarité »</p>		

Annexe 6

PROTOCOLE TERRITORIAL ADDICTOLOGIE			
Département SAONE ET LOIRE		FICHE ACTION N° : FASL 01	
RESPONSABLES ACTION	ANPAA 71	DATE DE FIN PREVUE	
		2014 - 2016	
ACTION	Améliorer la lisibilité sur l'offre de prise en charge existante		
PROBLEMATIQUE A RESOUDRE	Identification des missions des CSAPA et de leurs territoires d'intervention Développer le partenariat et la communication Identifier les professionnels et les structures ressources		
OBJECTIF / RESULTAT ATTENDU	Apporter une information aux professionnels des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) sur le fonctionnement des CSAPA et identifier un interlocuteur dans les CSAPA (réfèrent) pour les professionnels des MSP. Cette action permettrait : <ul style="list-style-type: none"> - de faciliter l'orientation du patient - d'identifier des personnes ressources - d'apporter un soutien et un éclairage sur les problématiques addictives - d'apporter une complémentarité des prises en charge addictives 		
Etapes à suivre	Personnes concernées (en dehors du groupe de travail)	Livrables	Date de réalisation
1. Répertorier les maisons de santé pluridisciplinaire sur le département	Les professionnels des MSP (éventuellement y associer les pharmaciens sur les territoires où sont implantées les MSP)	Réunions à mettre en place à partir de septembre selon un planning défini et selon le nombre de MSP à rencontrer	2014
2. Prendre contact avec les coordinateurs des MSP			à
3. Rencontres à programmer pour présentation des missions des CSAPA			2015
Moyens à mettre en œuvre	Moyens humains et matériel	Moyens financiers	
Temps à dégager pour les équipes des CSAPA avec la présence d'un cadre dirigeant	Les équipes des CSAPA	A moyens constants pris sur la dotation inscrite dans le CPOM	

QUESTIONNAIRE SALARIES ANPAA71

Nom/prénom :

Site géographique et typologie :

Age :

Ancienneté dans la structure :

Fonction et activités :

RESSOURCES

Racontez-moi votre meilleure anecdote où notre institution s'est trouvée au meilleur de son fonctionnement ?

Que faisons- nous vraiment bien en termes de collaborations internes et externes ?

Quels ont les grands atouts de la structure dans l'offre de soin proposé à notre public ?

Qu'êtes-vous le plus fier de réaliser ?

Que pouvez-vous en déduire concernant nos compétences collectives ?

OPPORTUNITES

Comment vous représentez-vous l'environnement territorial ?

En quoi le territoire peut-il constituer des opportunités ?

Que vous demande de faire l'association ?

Comment pouvez-vous créer des partenariats avec d'autres organisations ? Par quelles actions concrètes ?

ASPIRATIONS

Compte-tenu des forces et opportunités, que souhaitons nous devenir ? Quelle vision avez-vous de la structure dans quelques années ?

Quelles peuvent être les aspirations de l'organisation, d'après vous ?

En quoi pouvons- nous nous différencier en vue d'une meilleure organisation ?

RESULTATS

Comment mesurez- vous vos résultats ?

Que donnons –nous à voir de nos actions ?

Pourquoi voulons-nous être reconnus ? Et par quels moyens ?

Comment donnez-vous corps à nos forces, nos opportunités, nos aspirations ? Par quelles actions concrètes ?

Annexe 8

QUESTIONNAIRE ANONYME POUR LES USAGERS

Homme

Femme

Age : ans

Addiction à l'origine de votre demande :

Combien de kilomètres y'a-t-il entre votre domicile et le centre de soin ?

- Entre 5 et 10 kms
- Entre 10 et 30 kms
- Plus de 30 kms

Avez-vous votre permis de conduire ?

- OUI
- NON

Avez-vous un moyen pour vous déplacer ?

- OUI
- NON

Quelles modalités de transport utilisez-vous pour venir au centre de soin ?

- Voiture
- Vélo
- A pied
- Véhiculé par un tiers
- Taxi
- Transport en commun

Quelles sont les contraintes du mode de transport utilisé ?

Rencontrez-vous des difficultés pour venir au centre de soin ?

- OUI
- NON

Si oui, lesquelles ?

D'après vous, quelles seraient les solutions éventuelles pour faciliter l'accès au centre de soin ?

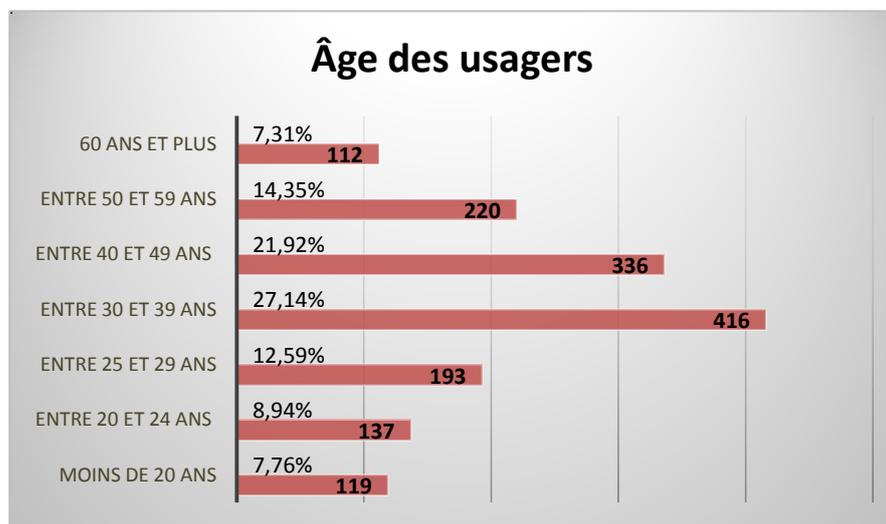
RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES USAGERS

Cette enquête a porté sur l'ensemble de la file active sur l'année 2015, soit près de 1900 usagers. Les questionnaires ont été distribués à l'ensemble des usagers accueillis sur les différents sites et mis à disposition en salle d'attente. Les secrétaires médico-sociales des centres de soin ont collectés 1533 questionnaires remplis. Les résultats ont été centralisés par site et exploités sur l'ensemble du territoire. Il est apparu très clairement que les usagers reçus à Paray le Monial et à Autun ont exprimé plus de difficultés de mobilité que sur les autres sites. Voici les résultats interprétés sous la forme de graphiques et d'histogrammes de l'ensemble de la file active de la structure.

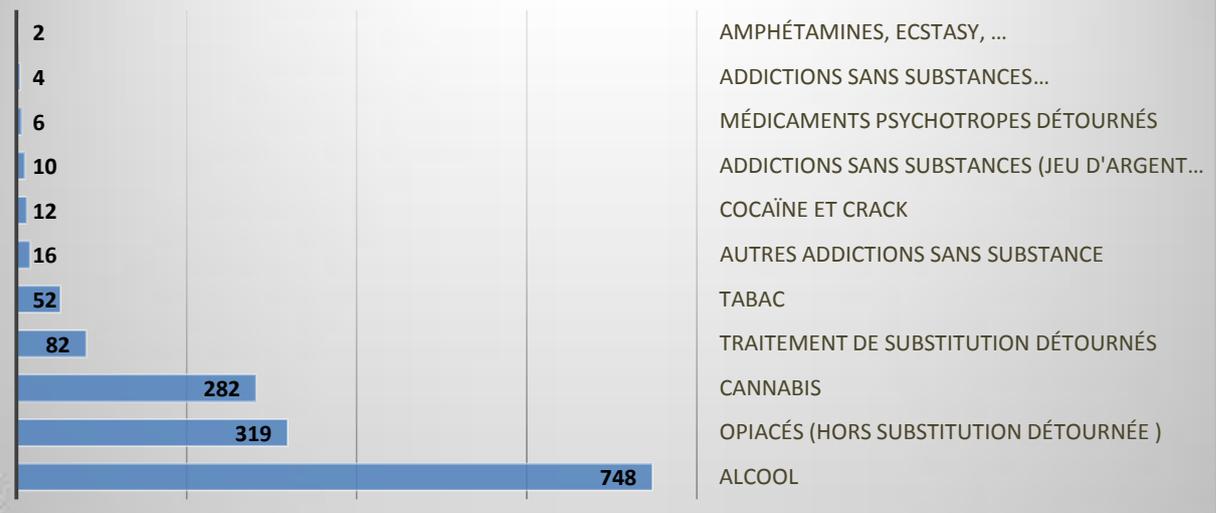
Voici le premier triptyque schématique :

Questions posées :

- Sexe
- Age
- Addiction concernée



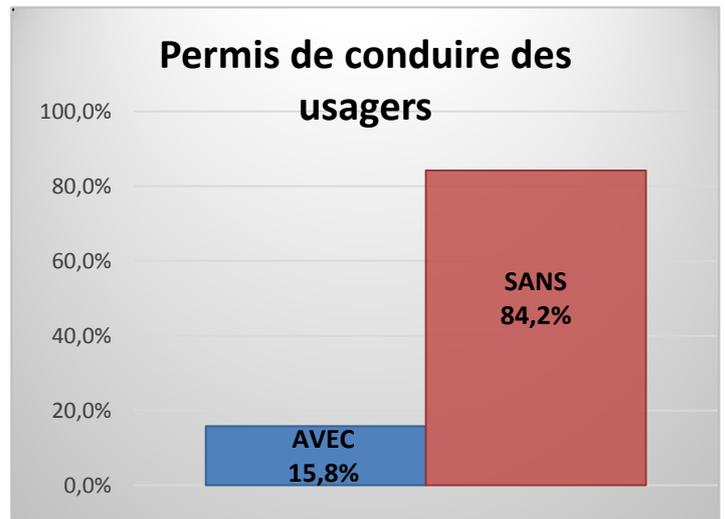
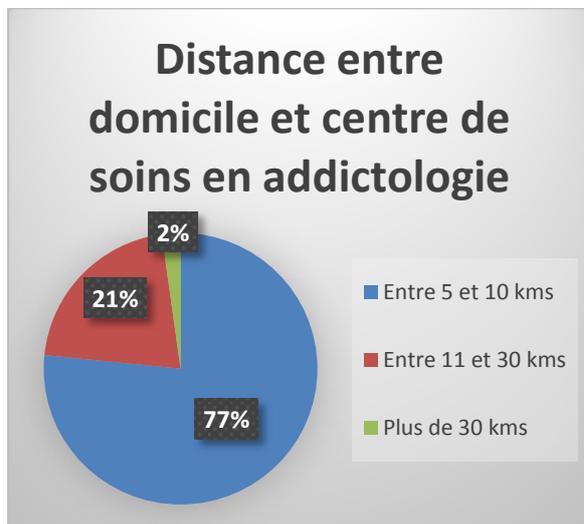
Addiction à l'origine de la demande des usagers

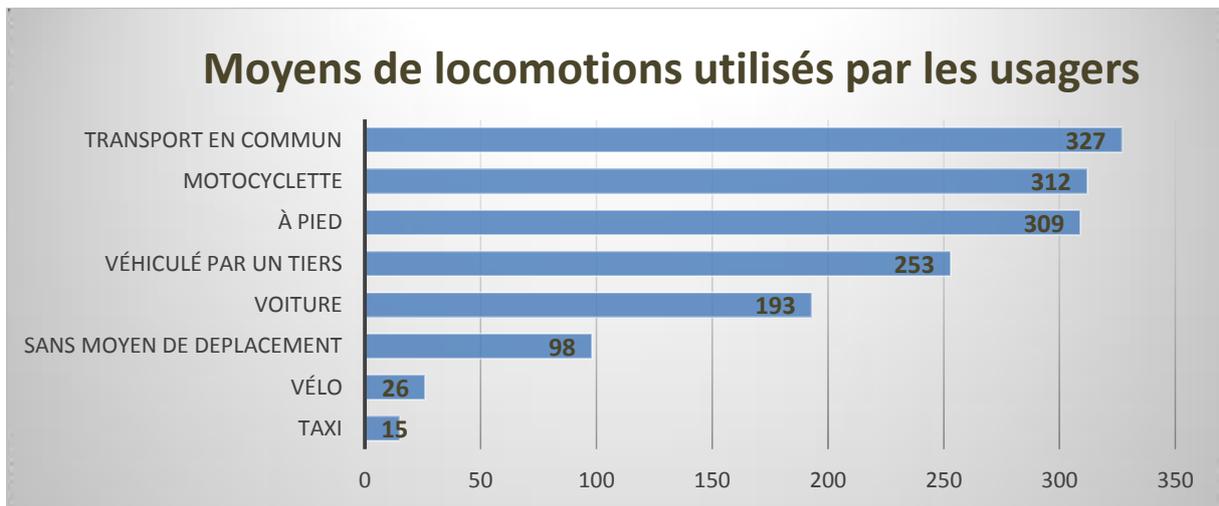


Voici le deuxième triptyque qui traite la question de la mobilité des usagers :

Questions traitées :

- Combien de kilomètres y'a-t-il entre votre domicile et le centre de soin ?
- Avez-vous votre permis de conduire ?
- Quelles modalités de transport utilisez-vous pour venir au centre de soin ?

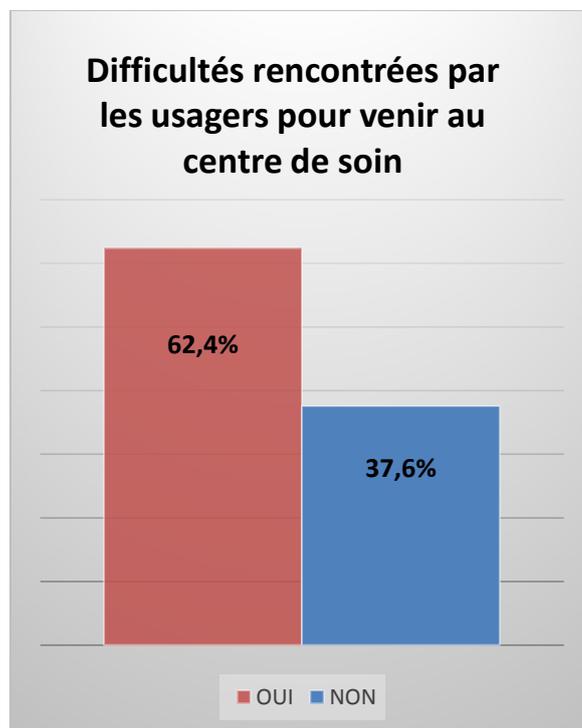




Enfin, les difficultés exprimées par les usagers interrogés:

Questions traitées :

- Rencontrez-vous des difficultés pour venir au centre de soin ?
- Si oui, lesquelles ?
- D'après vous, quelles seraient les solutions éventuelles pour faciliter l'accès au centre de soin ?



Annexe 10

Témoignage de M.C suivi au Centre d'Autun depuis le 13/04/2015

« Je suis né à Paris 15^{ème} le 18/02/48, de parents originaires de la commune de S 71. (tous deux nés en 1913).

J'ai traversé mes 51 premières années à Paris en Seine et Marne. Entré à l'école d'apprentissage de la RATP en 1962 ; j'en suis sorti comme ouvrier ajusteur-électricien en 1965, puis y faire ma carrière jusqu'à 1999. A force de travail (par cours du soir), je suis parvenu à finir ma carrière comme « responsable d'un centre de maintenance d'environ 85 personnes.

De plus, je me suis toujours investi dans le bénévolat (dans l'entreprise comme élu, et dans le sport).

J'avais une bonne hygiène de vie, nécessaire pour la pratique du sport et mon travail. Néanmoins j'ai toujours été amoureux de « bons petits plats » accompagnés de bons vins. Ce respect m'a permis de réaliser ma carrière (37,5 années) sans arrêt de travail pour maladie.

Puis vint une vie en célibataire jusqu'en 1989, envahi « gentiment par une voisine », jusqu'au mariage en 1992 avec mise en commun des biens. En 96, construction d'une maison à Saisy pour la retraite. J'ai peu à peu découvert les problèmes psychologiques de mon épouse, allant en s'aggravant.

J'ai été pris dans un « harcèlement moral », j'ai perdu pied, pas soutenu, j'ai sombré dans la « dépression permanente », sous traitements antidépresseurs et anxiolytiques. Croyant m'aider, « j'ai sombré dans l'alcool de 2003 à 2007 (date d'obtention d'un divorce long et pénible). Puis seul, j'ai peu à peu repris mes activités, sans consommation immodérée d'alcool.

En 2009 (toujours sous antidépresseurs plus modérés) j'ai abrité une voisine (déjà connue, en fin de divorce difficile, mais de plus mise à la porte de son domicile suite à mise en vente de sa maison pour rembourser la faillite de son commerce).

Il s'est avéré que bien qu'ayant des points communs, nous n'étions pas fait pour vivre ensemble. Elle m'a quitté en 2011, pour s'installer dans un logement locatif à 10 kms de ma maison (je précise qu'elle avait des problèmes de type psy, avec des TOC)

Ce départ (précipité par sa décision) m'a fait reprendre une dépression mais pour la deuxième fois j'ai replongé avec abus d'alcool, plus grave que pendant mon divorce. Mon médecin traitant qui me connaît très bien, avec ce recours à l'alcool en cas de « soucis de la vie » a tenté des changements de traitements antidépresseurs plus forts, en m'indiquant qu'il me fallait arrêter l'alcool. J'ai tenu le coup deux mois puis arriva un gros

souci familial en juillet 2014. Ce fut la dérive (pour la troisième fois) qui a provoqué une dépression aggravée :

- Arrêt du vélo
- Arrêt du jardinage
- Arrêt de la lecture
- Nourriture et hygiène délaissés

Cette chute dans la dépendance alcool s'est terminée par un très grave accident : contrôle de mon taux d'alcoolémie supérieur à 3g, d'où rapport de la gendarmerie transmis à la justice.

Face à moi-même, j'ai fini par comprendre que je courrais vers le fond du trou, et qu'il me fallait être aidé. Je me suis confié à mon médecin, à ma psy, en demandant une hospitalisation dans un service adapté (traitement des addictions à l'hôpital du M...). Au préalable j'avais été en février à l'hôpital de B... pour une crise d'épilepsie, qui suite à une échographie et un scanner me déclarait avoir un petit problème au foie mais aussi au pancréas. J'ai été « remué » très profondément et j'ai arrêté toute consommation alcoolique le 2 mars 2015.

Ma décision de me faire aider est difficile à prendre, car j'ai pensé que cela allait se traduire comme un jugement sévère des professionnels de la santé, ce qui n'a pas été le cas. J'ai été surpris d'être considéré comme « malade » et non pas « ivrogne ». Je suis resté hospitalisé au M... durant deux semaines. A la sortie, j'ai demandé au docteur L. d'avoir un suivi médical afin de me sentir soutenu :

- Par Mme B., psychologue clinicienne à l'espace santé.
- Par Mme M. au CSAPA d'AUTUN
- Par mon médecin référent, le docteur N. à l'espace santé.

Grâce à ce suivi, je me suis investi « à fond » pour peu à peu arriver à retrouver ma vie et mes activités physiques normales. Je tiens à souligner le fait que l'ensemble des aides et conseils de ces praticiens vont dans la même direction, donc l'aide est convaincante au niveau moral. De plus, ces spécialistes santé m'ont suggéré de m'inclure dans un groupe de type « alcool assistance » où l'on y trouve d'anciens malades qui apportent une aide pour la vie quotidienne, « un autre son » avec un principe identique à l'aide médicale.

Arrive à ma convocation au tribunal de C le 14/09/2015 :

Tombe la sentence :

- Un an de prison avec sursis
- 36 mois de suivi judiciaire

- 3 mois d'interdiction de conduire tout véhicule terrestre à moteur
- Pas d'amende financière

Concernant le « suivi médical » appliqué par le juge d'application des peines, je n'ai qu'à poursuivre mon suivi actuel.

Je voudrais à ce moment évoquer une difficulté concernant l'interdiction de conduire, surtout dans le milieu rural. Il me semble que cette sanction induit « la double peine ».

En effet, dans un milieu rural (donc sans transport possible, mais également sans commerçants ambulants) il faut vraiment être « très fortement motivés » pour respecter les convocations obligatoires (suivi médical et judiciaire).

Je vis seul, mais j'ose imaginer si j'étais marié avec des enfants, avec en plus un travail, même une petite mission dans le temps.

De plus, comme suite à la sentence de privation de 3 mois de conduite (signifiée au tribunal le 14/09/2015) j'ai eu la visite de la gendarmerie le 20/12/2015 (soit plus de trois mois après !!)

Demandant, après signature du document, je demande la date de mise en place de cette sanction : réponse : application immédiate.

Je considère que cette mise en pratique pousse le contrevenant à conduire sans permis, sans assurance !

Sachez que ce n'est pas mon cas, mais il faut considérer qu'une sanction qui paraît faible devient en réalité très lourde.

Il ne faut aussi souligner la nécessité de poursuivre un suivi médical durant une période (définie au fur et à mesure des séances) par les spécialistes médicaux. Même si je pense, aujourd'hui être bien entré dans une sortie du tunnel, il m'arrive des baisses de moral.

A ce sujet, je voudrais indiquer deux exemples :

Mme la psy me demandant de m'exprimer par écrit sur divers sujets (mes points positifs, mes points négatifs, mon investissement sur tel ou tel sujet)

Mme du CSAPA un jour de chute de moral, me demande de lui indiquer mon emploi du temps pour la période de fin d'année, voyant mon peu d'envie de faire, plie la feuille de papier vierge de tout investissement de ma part, plie cette feuille en deux, la repose sur le bureau.

Ces deux exemples, ont fait l'effet d'un électrochoc. Je me suis mis dans l'obligation de réagir. Après récupération mentale, j'ai relancé ma démarche à savoir « il faut te bouger ! »

En conclusion, à ce jour, grâce à toutes les aides que j'ai reçues, je veux absolument tout faire pour me sortir de cette impasse : justement je suis en mesure d'apprécier ma vie, qui maintenant m'apparaît mériter d'être vécue !

J'ai, de plus, évolué dans mes principes de « voir le positif de tout évènement » et d'analyser plus en profondeur mes raisonnements.

Néanmoins, je dois reconnaître qu'il y a des moments difficiles à évacuer d'où rester vigilant pendant ces périodes !

Afin de sortir d'une addiction, il est nécessaire d'être aidé et donc d'avoir un suivi continu par un centre spécialisé. Bien souvent, l'addiction se solde par une infraction routière avec retrait temporaire ou définitive de l'autorisation de conduire tout véhicule terrestre à moteur, à savoir même un cyclomoteur ! D'où des difficultés à se déplacer pour les soins, mais aussi pour le suivi judiciaire. Cela peut inciter une désaffection aux convocations, surtout si le lieu est éloigné. Dans le milieu rural, cet effet est aggravé par la rareté des transports collectifs. Cela peut entraîner l'abandon des aides médicales donc une probable rechute. »

Journal de bord d'Hortense âgée de 29 ans, accompagnée au Centre du Creusot depuis le 31/01/2013

« Dimanche :

Réveil à 5h30 du matin, hier je me suis pris une cuite, j'ai quelques souvenirs mais il me manque pas mal de moments. J'ai pris un demi de gramme de came que j'ai même pas tapé apparemment vu que je l'ai retrouvé dans mon tabac, c'est plus une bonne surprise du coup. Au lieu de garder mes 10 euros pour acheter à manger, nan, il a fallu que j'achète mon demi, le tout pour galérer à me shooter pendant 1h30.

Mardi :

Encore rien dormi, cause : trop envie de taper !!! Solution : demander à ma mère de me faire un virement en prenant sur l'argent du permis....oui je sais, je sais, c'est plus que nul mais si j'attends sur les gens qui me doivent du blé j'aurai le temps de crever ou de ptéer un plomb. Je pige pas pourquoi je suis comme ça en ce moment, peut-être les prises de tête avec mon ex, ou encore la dépression. Allez savoir....

Mercredi :

J'ai bien eu le virement de 100 euros que ma mère m'a fait hier et sérieux j'ai absolument rien fait avec, j'ai acheté 100grammes de tabac et un paquet de feuilles, 10 euros de bières, mon science et vie, un paquet de pâtes et un demi et encore, petit le demi...tout à l'heure j'ai pris un gramme après avoir pas mal cherché durant l'après-midi et ne rien

avoir trouvé, j'ai appelé mon plan de secours plutôt que d'attendre et au final j'ai trop trop les boules parce que c'est vraiment de la merde...de la merde telle, que même en mettant 0,6 voire même 0,7 et ben...ben blasée !!! putain j'ai la rage, je consomme pas plus que ça et en mettant autant dans mon taquet c'était vraiment pour prendre une bonne claque, mais non, sérieux, j'aurais mis le gramme complet, si ça se trouve j'aurai pas mieux senti mon shoot.

Bref, il me reste 10 euros donc je prendrai un demi demain histoire de « rattraper » le coup...la bonne excuse, hein ? Le gramme aurait été de bonne qualité, j'aurai quand même trouvé un prétexte pour en reprendre...Pffff

Jeudi :

Bon... comment dire... je sais même pas, ni quoi, ni dire du coup...Pardon pour l'écriture, ça dépend des jours avec ma main toute pourrie...Bref...j'attends un collègue qui « devrait » me donner un billet, peut-être... J'ai pris un demi tout à l'heure, mais bon, c'est un demi donc c'est vraiment pas ça qui va me couper l'envie de taper, malheureusement. Comment sortir de cette impasse ? Je pense tout le temps à taper, à shooter et je n'ai aucune solution pour m'en échapper. Y'a-t-il une solution déjà pour moi ? Je pense que oui, enfin peut-être mais je ne sais pas si je veux ralentir voire même arrêter, c'est une habitude pourrie, tenace mais je suis une pauvre flippée, trop peur d'arrêter et donc de me couper d'absolument de 100% des personnes que je côtoie...Je suis déjà pas tellement entourée donc si je vois plus personne c'est le suicide assuré.

Vendredi :

Actuellement mon père est à Besançon pour un scanner des poumons, là il doit attendre, ils ont fait l'injection à 13h15, il est 14h15 donc il doit encore attendre une heure pour passer son examen mais on n'aura pas les résultats tout de suite, il faudra attendre qu'il ai rendez-vous avec la pneumologue à Bourg mais on ne sait pas encore quand ça sera...ça m'angoisse +++ Je n'ai que mes parents moi, personne d'autre donc si je perds un des deux c'est fini... et je suis d'un naturel pessimiste, tout le monde me dit qu'il ne faut pas penser comme ça, perso, je préfère m'attendre au pire et avoir une bonne nouvelle plutôt que le contraire...Je ne sais plus quoi dire pour le moment, je suis dans le petit parc à côté de chez moi, j'ai de la bière, j'écris mais à la base je venais lire mon science et vie, c'est bien la seule chose que je m'achète tous les mois et qui me flingue ni la santé ni le morale...

Lundi :

15h, j'attends impatiemment 18h18h30 qu'un pote me rembourse ce qu'il me doit depuis deux mois, comme ça je peux rembourser le gramme que j'ai pris hier soir, je pourrais en

reprendre un, faire quelques courses (promis je vais essayer de ne pas prendre uniquement de la bière, essayer hein). N'empêche hier soir j'ai quand même eu de la chance que quelqu'un veuille bien m'avancer mais résultat, étant donné que c'était pas la porte à côté, j'ai râté mon heure de dodo et j'ai toujours pas dormi donc vaut mieux pas me prendre la tête, j'ai la légère tendance à être irritable, mais la bonne humeur reviendra avec un bon shoot dans la tronche... comme quoi c'est vraiment un médicament « miracle »... bref, je réécrirai un petit coup après le taquet, quoi...

Vendredi :

Désolée de ne pas avoir écrit depuis un moment mais j'avais prêté le cahier à Béa, elle vient juste de me le rendre...en plus, j'avais un max de trucs à écrire du style que j'ai tapé un bon début d'OD vendredi dernier chez moi, enfermée dans ma salle de bain, mes potes étaient chez moi (enfin si ils étaient pas venus, jamais j'aurai eu de la coke) donc bon, défonçage de porte, pompiers, mais ils sont venus pour rien vu que j'étais « revenue », même pas ils m'ont pris la tension...Bref, même pas peur, ça m'a pas empêché de reprendre 30 minutes après...chance ou miracle ? J'en sais rien, mais il y a un jour où ça passera plus, à force de passer entre les gouttes...ce qui fait peur c'est que ça me fasse pas peur...Ironique, hein ? Sinon, je vais faire les vendanges avec des potes, ça changera et ça fera un billet, parce que c'est pas que je n'ai rien à manger mais en fait si : pas de beurre, de pâtes, de riz enfin plus rien quoi, ça commence à être bien la merde en gros, j'espère que tout à l'heure on me rendra un petit billet...

Je suis toujours chez ma pote, elle m'a dépanné deux shoots, c'est vraiment gentil de sa part, elle était pas obligée et ça m'a vraiment fait plaisir...bon après j'ai vraiment de gros problèmes de veines, j'en suis à me piquer dans l'aine, au début que j'ai commencé à me piquer à cet endroit ça me plaisait pas du tout, je me disais que j'atteignais vraiment le fond du gouffre et que je continuais malgré tout à continuer de creuser. Mais pour moi c'était vraiment provisoire, juste le temps que quelques veines puissent se remettre un peu sauf que mon capital veine est épuisé, c'est de pire en pire, il faudra bien que j'arrête de me piquer un jour mais je ne sais pas si j'en ai vraiment l'envie, et puis perso, sérieusement les traces c'est vraiment dégueu, ça fait que dalle donc c'est vraiment du gâchis...

Mercredi :

Bon...comment expliquer...je vais faire direct, je me suis cassée une aiguille entière dans l'aine gauche vendredi dernier...Donc j'ai appelé le SAMU en rentrant chez moi, le médecin m'a conseillé d'aller aux urgences chose que j'ai faite, évidemment...Donc ce fameux vendredi soir, je me suis pointée, radio pour être bien sûr que j'avais pas déliré et oulaaa nan je délirais pas (pas si bête non plus, hein) Bref, le médecin était pas chaud pour le coup de scalpel histoire de vérifier si on pouvait la « récupérer », mais il l'a fait

quand même...1cm d'ouverture pour trifouiller la dedans, le tout pour me dire « je laisse une compresse dedans pour pas que tout se referme pour que, demain matin, je vois un chirurgien pour la virer cette aiguille de merde...

Donc le lendemain à 10h, re-urgences, sauf que personne n'a rien fait parce que pas de chirurgien ortho sur le Creusot...Bon ok, je veux bien, mais un chirurgien n'importe lequel aurait pu à mon avis, hein...Moralité et ortho oblige, direction Montceau, à 10h40 demain matin et encore c'est une consultation donc rien ne me dit que j'aurai pas à y retourner...Vague impression de ne pas être traitée comme si j'étais pas tox...J'espère et même je prie pour que je me trompe... Bref, je file des news demain en me disant que ça ira mieux et que surtout je n'ai plus cette aiguille dans mon corps...Je suis absolument pas croyante mais je peux pas m'empêcher de me dire que ça commence à se rapprocher impitoyablement de moi. Le souci et le gros souci c'est que ça me fait pas peur, ni les 3 OD que j'ai pu faire, ni les aiguilles cassées à des endroits pareils...A vrai dire, je n'ai absolument aucune solution pour me sortir de ces sables mouvants lentement mortels, mais mortels quand même.

Jeudi :

Bon j'ai mon rendez-vous à Montceau ce matin à 10h45 ...Heureusement que c'était pas « si grave, malgré que j'ai malgré tout une aiguille et une compresse à cet endroit-là du coup »

Donc du coup le chirurgien à Montceau n'a même pas voulu me virer la compresse, « vous reviendrez si vous avez un abcès » !!!!

Je sais pas si c'est courant ou pas mais de toutes manières j'ai pas bien le choix. Tout ça pour ça comme on dit.

Lundi :

Jour de « paye », déjà pétié 90€ pour un gramme de coke et un gramme de came, le mois va être encore long... Bon j'ai fait quelques courses mais vite fait quoi, quand j'aurai payé ce que je dois, il restera plus rien mais les vendanges commencent le 20, ça va quand même pas mal aider. »

Annexe 11 : Chronogramme d'élaboration du projet des permanences de proximité

Années	2016						
Mois	Janvier-Décembre	Janvier-mai	Avril-Mai	Mars-juin	Juillet	Septembre	Novembre
Axes d'intervention	Diagnostic et investigation territoriale, auprès des usagers et des salariés Lancement régional et départemental du projet // territorialité	Mobilisation des médecins des MSP et rencontres partenariales	Entretiens professionnels avec l'ensemble des salariés	Démarche de GPEC face aux nouveaux besoins et nouvelles attentes	Première réunion de coordination équipe CSAPA Autun et MSP Epinac / Recueil des besoins de formation	Mise en place des permanences de proximité de l'équipe de Mâcon (MSP de Tournus) et de l'équipe de Paray le Monial aux MSP de Gueugnon et Bourbon Lancy	Permanences de l'équipe de Paray le Monial aux MSP de Charolles et La Clayette/ Plan de formation

Années	2017			
Mois	Janvier	Janvier-décembre	Septembre	octobre
Axes d'intervention	Mise en place du programme de formation	Rencontres mensuelles de régulation / fonctionnement des permanences	Évaluation / pertinence de l'action	Retour d'expérience à l'ARS

MICALI	Joséphine	Septembre 2016
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTESS de Bourgogne-IRTS de Franche Comté</p>		
<p align="center">Construire une prise en charge de proximité auprès des usagers éloignés des CSAPA sur un territoire rural. La mise en place de consultations avancées au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Après une transformation en CSAPA et une redéfinition du territoire d'intervention de l'ANPAA 71, un diagnostic territorial devenait primordial pour répondre aux besoins des usagers en addictologie sur la totalité du territoire.</p> <p>En effet, la territorialité est devenue un enjeu central pour les politiques publiques : dans le département de Saône et Loire, elle s'est traduite par l'élaboration d'un protocole territorial départemental initié par l'ARS (Agence Régional de Santé).</p> <p>L'émergence de nouveaux pôles de santé appelés Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) se présente comme une opportunité de collaboration en vue d'un meilleur accès aux soins des publics sur certaines zones rurales.</p> <p>La mise en œuvre d'un projet de coordination avec les MSP s'inscrit dans un changement de paradigme de l'action sociale et médico-sociale : le passage d'une institution centrée sur son fonctionnement à une ouverture sur l'extérieur et au croisement des politiques sanitaire et médico-sociale.</p> <p>C'est ma mission de directrice de conduire ce changement dans les aspects managériaux, financiers et organisationnels pour impliquer les équipes de terrain et faire émerger des modalités d'intervention innovantes et ainsi déployer les compétences de l'addictologie pour un plus grand nombre d'usagers en prise avec les addictions.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>ADDICTIONS, ADDICTOLOGIE, COLLABORATION, COORDINATION, CSAPA, EVALUATION, EVOLUTION, MSP, PARCOURS DE SOIN, PARTENARIAT, POLITIQUES PUBLIQUES, PROXIMITE, TERRITORIALITE, USAGERS.</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		