



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion 2002 - 2003

**LE RAPPROCHEMENT
DES STRUCTURES DE SOINS AMBULATOIRES
EN ALCOOLOGIE ET EN TOXICOMANIE
DANS LE DEPARTEMENT DU MORBIHAN**

Marie-Claire PHAM

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont à toutes les personnes rencontrées lors de ce travail,
chacune ayant contribué pour une part à sa réalisation.

**« Ce n'est pas parce que les choses sont
difficiles que nous n'osons pas,
c'est parce que nous n'osons pas que les
choses sont difficiles ».**

Sénèque.¹

¹ Cité par le Professeur Philippe-Jean Parquet dans « les actes du colloque de la Sorbonne ». 1^{ère} rencontre interministérielle. 10 décembre 1999.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE : MIEUX CONNAÎTRE POUR COMPRENDRE ET AGIR	5
1.1 Observer et suivre le phénomène des drogues et des dépendances	5
1.1.1 Au niveau national : l'OFDT.....	5
1.1.2 Au niveau régional et départemental : l'ORSB et les CIRDD	6
1.2 Des études pour cerner un phénomène aux multiples facettes : épidémiologie des addictions et coût social des drogues	7
1.2.1 Perception de la population sur les drogues et sur l'action publique.....	8
1.2.2 Comportements de consommation : de la toxicomanie à l'addictologie, concept d'addiction et nouvelle définition des drogues.....	9
1.2.3 Des consommations de substances psychoactives en progression	11
1.2.4 Conséquences sanitaires, sociales et pénales de l'usage des drogues	13
1.2.5 Le coût social des drogues : vers des réductions des dépenses ?	18
1.3 Un cadre juridique à plusieurs vitesses d'évolution	19
1.3.1 Les drogues illicites : de la répression des trafics à la répression des comportements à risques liés à l'usage des stupéfiants	20
1.3.2 L'alcool : un dispositif législatif sous influence	21
1.3.3 Le tabac : une volonté politique réaffirmée ?.....	22
2 LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE : INÉGALITÉS ET INSUFFISANCES	24
2.1 Des offres de prise en charge très diversifiées au niveau national	24
2.1.1 Le dispositif spécialisé de soins aux usagers de drogues illicites : CSST.....	24
2.1.2 Le dispositif de réduction des risques	26
2.1.3 Le dispositif spécialisé de prise en charge en alcoologie : CCAA.....	28
2.1.4 Le dispositif de droit commun.....	29
2.2 Le renforcement planifié des offres de prise en charge en Bretagne	31
2.2.1 Synthèse de l'état des lieux des dispositifs en Bretagne.....	32
2.2.2 Disparités entre les départements bretons.....	32

2.3	Les offres de prise en charge dans le Morbihan : une nouvelle dynamique en déploiement	35
2.3.1	Présentation de l'offre générale de prise en charge et sa cartographie	35
2.3.2	Evolution historique des structures de soins ambulatoires, CCAA et SPID	37
2.3.3	Organisation des structures de soins ambulatoires, CCAA et SPID	40
2.3.4	Analyse du dispositif de prise en charge : forces et faiblesses	45
3	LE RAPPROCHEMENT : UNE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA MILDT AU SERVICE DE LA SANTÉ DES POPULATIONS SUIVIES	51
3.1	Une démarche attendue par les professionnels de terrain	51
3.1.1	Existence d'une prédisposition au travail partenarial au sein des structures	52
3.1.2	Des difficultés repérées et reconnues	53
3.1.3	Réflexion sur une réorganisation des deux structures	54
3.2	Une plus value pour une meilleure prise en charge des populations concernées par les conduites addictives	57
3.2.1	Amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes et de l'accès aux soins des populations les plus précarisées	57
3.2.2	Développement du partenariat avec les établissements de santé et des réseaux dans les trois secteurs sanitaires (3,4,8).....	60
3.2.3	Renforcement de la prévention dans le département, en ciblant plus particulièrement la population des jeunes.....	62
3.2.4	Mise en place d'une évaluation continue des actions entreprises pour une promotion dynamique de la santé des populations suivies	63
3.3	Une perspective de pérennisation et de développement des actions dans le cadre du schéma régional d'addictologie	66
3.3.1	Les réseaux d'addictologie interdépartementaux ou régional	66
3.3.2	Une organisation concertée de la prévention avec les autres départements	66
3.3.3	Une mutualisation régionale des moyens en formation.....	67
3.4	Le rôle du binôme IASS – MISP dans l'économie du rapprochement des structures spécialisées en addictologie	67
	CONCLUSION	68
	BIBLIOGRAPHIE	1
	LISTE DES ANNEXES	5

Liste des sigles utilisés

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDPA : Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme

CEA : Conduite en Etat Alcoolique

CEIP : Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

CESC : Comité d'Education pour la Santé et la Citoyenneté

CH : Centre Hospitalier

CHAA : Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie

CHBA : Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique (Vannes)

CHBS : Centre Hospitalier de Bretagne Sud (Lorient)

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRDD : Centre d'Information et des Ressources sur les Drogues et les Dépendances

CMS : Centre Médico-Social

CODES : Comité Départemental de l'Education pour la Santé

CROSS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale

CRS : Conférence Régionale de Santé

CSST : Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

DNDR : Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux

DNO : Directive Nationale d'Orientations

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHLA : Equipe Hospitalière de Liaison en Addictologie

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

ETP : Emploi Temps Plein

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire

FSE : Fonds Social Européen

HCSP : Haut Comité de la Santé Publique

IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

ILS : Infraction à la Législation sur les stupéfiants

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

MIP : Module Inter Professionnel

MISP : Médecin Inspecteur de la Santé Publique

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

ORSB : Observatoire Régional de Santé de Bretagne

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Programme Régional de Santé

SAF : Société d'Addictologie Francophone

SINTES : Système d'Identification National des Toxiques et des Substances

SME : Sursis de Mise à l'Epreuve

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional hospitalier

SPID : Soins – Prévention – Information - Drogues

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TREND : Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues

UBO : Université de Bretagne Ouest

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UCT : Unité de Coordination de tabacologie

UPS : Unité Pour Sortants

INTRODUCTION

Le nouveau président de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), le docteur Didier JAYLE, l'a affirmé dans un interview publié dans la revue *Actualités Alcool* en janvier 2003 : « *le combat de la MILDT est celui contre toutes les substances psychoactives susceptibles de créer un état de dépendance. L'alcool, au même titre que le tabac et les drogues illicites, répond bien à cette définition.* »

Cette assertion faite en réponse aux groupes de pression, notamment alcooliers, opposés au concept d'addictologie, vient clarifier, au moins en partie, les incertitudes générées par le changement de gouvernement en mai 2002 quant aux orientations à venir de la politique gouvernementale en matière de lutte contre la drogue et les dépendances. Elle confirme clairement que le principe de l'addictologie reste acquis et que **les conduites addictives** demeurent **un défi majeur de santé publique** et un enjeu réel pour les politiques publiques et les pratiques professionnelles. Le nouveau président a précisé le maintien de la recherche sur le phénomène des drogues et dépendances pour permettre aux décideurs de définir une politique éclairée de lutte contre les dépendances, notamment dans le cadre du nouveau plan d'action quinquennal (2004-2009).

Les constats à l'origine des récentes inflexions de la politique de la MILDT continuent d'être d'une grande actualité. On s'est rendu compte, en effet, qu'à côté des 300.000 ou 400.000 usagers de drogues illicites, il y avait 4 millions de buveurs excessifs et 20 millions de fumeurs qui encouraient des risques comparables en gravité à ceux des usagers de drogues. L'évolution rapide des modes de consommation de produits psychoactifs, accentuée par l'apparition de nouvelles drogues de synthèse, a vu croître par ailleurs le nombre des usagers adeptes des comportements de polyconsommation. Face à cette polytoxicomanie croissante, devenue le coeur de la problématique actuelle, le dispositif de prise en charge des personnes ayant des addictions demeure très insuffisant et reste inégalement réparti sur le territoire national, parfois au sein d'un même territoire régional tandis que la culture commune aux acteurs, souhaitée en matière de drogues et toxicomanies, est encore déficitaire sur le terrain. Il en est de même pour l'accompagnement social et professionnel lors de la prise en charge.

En Bretagne, le problème de l'alcoolisme est celui qui a été traité en premier lieu. La première conférence Régionale de Santé (CRS) de 1996 l'avait retenu parmi les huit priorités de santé publique qu'elle avait dégagées et il avait fait l'objet du Programme Régional de Santé (PRS) mis en place en 1998. Suite aux recommandations du jury de la 5^{ème} CRS en 2001, celui-ci a été élargi à l'ensemble des conduites addictives, pour tenir compte de la profonde évolution des modes de consommation des substances psychoactives et du développement des polyconsommations. Un plan régional et interdépartemental 2001/2003 a été élaboré conjointement en ce sens avec la MILTD en vue de rationaliser la politique en la matière.

Dans le Morbihan, la dynamique du plan de la MILDT s'est traduite par un plan triennal de prévention et de lutte contre les conduites addictives 2001-2003 qui décline au niveau départemental les objectifs nationaux et régionaux en vingt deux mesures articulées autour de cinq axes d'action adaptés aux réalités locales : l'amélioration de la connaissance des phénomènes de dépendances, l'information du public et la formation des professionnels, le développement et l'organisation de l'offre de prévention, l'adaptation du système de soins et de réinsertion sociale et la prise en compte des besoins des usagers sous main de justice.

Dans le cadre de l'adaptation du système de soins et de réinsertion sociale, le plan prévoit plus particulièrement d'étudier les possibilités de rapprochement des dispositifs de soins ambulatoires en alcoologie (tabacologie comprise) et en toxicomanie. Ainsi, au cours du deuxième semestre 2002, des échanges avec les structures concernées ont permis d'aboutir à un accord préalable de principe sur un projet de rapprochement.

Grâce à un financement de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), la directrice adjointe de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Morbihan, qui est également le chef du projet MILDT pour le département, s'est alors engagée dans cette démarche en faisant appel à deux experts, l'observatoire régional de santé de Bretagne (ORSB) et CATALIS, un cabinet privé.

L'ORSB a déjà rendu dans le cadre de cette démarche une première étude sur le renforcement d'une coopération entre les structures départementales existantes en soins ambulatoires constituées par les quatre centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA) et le centre de soins spécialisés en toxicomanie (CSST), géré par l'association SPID (Soins-Prévention-Information-Drogues).

S'insérant dans le cours de cette réflexion, le présent mémoire vient questionner **l'opportunité du rapprochement des structures de soins ambulatoires** envisagé pour les populations ayant des comportements de dépendance et des conduites à risques, en traitant la question du point de vue d'une inspectrice de l'action sanitaire et sociale (IASS).

Le postulat avancé est que le rapprochement des structures peut promouvoir une politique de santé publique au service des populations suivies dans le Morbihan. Après avoir valorisé dans un premier temps l'importance de connaître les éléments sur lesquels se fonde la démarche de rapprochement, son contexte général et le cadre légal dans lequel elle s'inscrit **(1)**, il sera proposé dans un second temps une analyse du dispositif local de prise en charge, qui sera auparavant mis en perspective avec l'existant au niveau national et régional, afin de mieux mettre en lumière ses forces et ses faiblesses **(2)**. Cette analyse, complétée par des données issues des investigations menées sur le terrain, servira dans une troisième partie d'appui et d'argumentaire au bien fondé de la politique de rapprochement. La réflexion s'accompagnera de propositions et s'achèvera dans un dernier point relatif au rôle du binôme IASS – MISp (médecin inspecteur de la santé publique) **(3)**.

L'enjeu de ce rapprochement est important car il s'agit d'optimiser les moyens des deux structures de soins ambulatoires dans le département, en permettant notamment à SPID d'assainir une situation financière désastreuse, et ce faisant de parvenir à une meilleure offre de prise en charge pour l'ensemble des usagers concernés par les conduites addictives, sachant que ces dernières touchent à des modes de vie et que l'aspect des soins ne peut méconnaître les aspects économique, culturel ou éthique des personnes prises en charge.

L'hypothèse de travail repose sur le principe que le rapprochement des structures de soins apporte une plus value dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes, en terme notamment d'accès aux soins des populations les plus précarisées, de développement des nouvelles pratiques professionnelles par les réseaux et plus particulièrement de prévention primaire, l'ensemble de la démarche s'inscrivant dans la perspective du schéma régional d'addictologie prévu par la directive nationale d'orientations (DNO) 2003.

Le choix du sujet de ce mémoire est la conséquence d'une proposition faite par la DDASS adjointe du Morbihan. Il représente un intérêt certain pour une future inspectrice de l'action sanitaire et sociale car il couvre un champ d'action du médico-social qui relève de ses compétences à venir. Le traitement du sujet donne lieu à une approche globale, avec une

partie informative conséquente qui résulte d'une part importante des recherches effectuées. En effet, lorsque l'on aborde pour la première fois le domaine de l'addictologie, elles s'imposent pour comprendre le sens de la politique mise en œuvre, appréhender le contexte dans lequel la démarche de rapprochement est envisagée et enfin, mieux connaître l'état général des dispositifs qui existent. L'autre partie traite plus particulièrement de la démarche de rapprochement, abordée davantage sous l'angle administratif et organisationnel que sous l'angle des soins qui relève de la compétence du MISP.

Sur le **plan méthodologique**, ce travail a été réalisé à partir d'une série d'entretiens semi-directifs² avec les responsables des deux structures (CCAA et SPID) et une grande partie de leurs personnels, ainsi qu'avec des partenaires institutionnels et associatifs impliqués dans la prévention et la prise en charge des addictions au niveau départemental³ (SPIP⁴, CODES⁵, CDPA⁶, JUSTICE, CIRDD⁷).

D'autres personnes également, responsable ou chef de service d'addictologie, dans des départements voisins (Dr Claude VEDEILHIE pour l'Ille et Vilaine, Professeur Jean-Luc VENISSE pour la Loire Atlantique), ont accepté d'être interviewées sur l'organisation de la prise en charge en matière d'addictologie dans leur département respectif.

Une revue de la littérature a été pratiquée en complément des entretiens. La participation à des activités⁸ variées a également largement contribué à l'étude : réunions relatives au rapprochement ou aux divers aspects des addictions, journée départementale sur les addictions organisée par la DDASS du Morbihan, semaine de stage au centre hospitalier de Caudan, session sur l'addictologie, divers modules sur les réseaux de santé, sur la conduite de projet, sur le management de la qualité, sur l'évaluation à l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP). Il en a été de même pour les visites sur site des structures (CCAA et SPID) qui ont été effectuées dans leur quasi totalité.

² Cf. annexe 1 : Grille d'entretien et synthèses des entretiens (transmises à l'expert de CATALIS pour information et contribution à la réflexion).

³ Cf. annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

⁴ SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

⁵ CODES : Comité Départemental de l'Éducation pour la Santé

⁶ CDPA : Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme

⁷ CIRDD : Centre d'Information et des Ressources sur les Drogues et les Dépendances

⁸ Cf. annexe 3 : Liste des activités complémentaires

1 LE CONTEXTE DE LA DEMARCHE : MIEUX CONNAITRE POUR COMPRENDRE ET AGIR

La démarche de rapprochement des dispositifs de soins ambulatoires en addictologie dans le Morbihan se situe dans le courant d'une philosophie d'action gouvernementale, largement inspirée des recherches et études menées ces dernières années sur le phénomène des drogues et des dépendances. La présentation du contexte aborde dans les grandes lignes quelques évolutions et données épidémiologiques sur lesquelles la stratégie politique s'est appuyée, et s'appuie encore en bonne partie, pour appréhender l'étendue et la complexité du contexte dans lequel l'action publique s'inscrit en matière de lutte contre les drogues et les dépendances. Il s'agit dans cette première partie de montrer l'importance de connaître pour comprendre et agir. Les pouvoirs publics ont voulu mettre en place un dispositif performant pour mieux observer le phénomène (1.1) afin d'en mieux cerner les différentes facettes et, avec l'apport des sciences, de redéfinir les politiques publiques à mener (1.2) et faire évoluer un cadre juridique resté longtemps assez figé dans certains domaines (1.3).

1.1 Observer et suivre le phénomène des drogues et des dépendances

Un important dispositif d'observation et de suivi du phénomène des drogues et des dépendances existe aux divers niveaux national (1.1.1), régional et départemental (1.1.2). Il repose sur des organismes existants ou spécifiquement créés dans ce but.

1.1.1 Au niveau national : l'OFDT

L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), créé en 1995, s'est vu confier par les pouvoirs publics la mission d'établir périodiquement un rapport sur l'état du phénomène des drogues et des dépendances dans une perspective d'aide à la décision. Construisant sa démarche générale sur un ensemble d'indicateurs dont les interprétations, confrontées à des points de vue divers, permettent de dégager des tendances, avec l'aide du collège scientifique (issu de la SAF⁹ et des CEIP¹⁰) et l'appui d'un réseau d'experts,

⁹ SAF : Société d'Addictologie Francophone

¹⁰ CEIP : Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

l'OFDT mobilise en les décloisonnant les sources d'information¹¹ disponibles des divers institutions et systèmes d'information. En 1999, suite à la nouvelle stratégie de la politique de la MILDT, il a élargi son champ d'observation à l'alcool, au tabac et aux médicaments psychotropes, au même titre que les drogues illicites, et a mis en place un dispositif spécifique de surveillance des phénomènes émergents (TREND) en complément du système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES) existant. Il est aujourd'hui un dispositif performant et incontournable, bien que perfectible, qui permet une vision assez globale du phénomène¹², par la double approche, transversale et par produits, de toutes les drogues licites et illicites.

1.1.2 Au niveau régional et départemental : l'ORSB et les CIRDD

Au niveau régional, en plus de ses missions de surveillance des tendances, d'évaluation des politiques publiques, d'expertise, de diffusion et valorisation des données, l'OFDT a également un rôle de veille et d'amélioration des indicateurs. Il collabore avec l'observatoire régional de santé de Bretagne (ORSB) qui oeuvre avec les départements de la région sur l'amélioration du système de recueil de données encore insuffisamment développé, notamment dans le champ des addictions. Cela s'est traduit entre autre par la mise en place d'enquêtes et d'indicateurs pertinents et harmonisés, permettant un recueil de données utilisables pour des études comparatives, tenant compte des préconisations de l'observatoire européen. Une base de données des indicateurs départementaux (ILIAD) est régulièrement actualisée pour faire face aux besoins importants des professionnels de terrain à ce sujet. Il existe également une étude réalisée en 2001 par un groupe d'élèves de l'École Nationale de la Santé Publique (ÉNSP) dans le cadre d'un module interprofessionnel¹³ (MIP) de santé publique qui a abouti à une proposition de tableau de bord d'indicateurs de suivi des conduites addictives en région Bretagne.

La Bretagne s'est par ailleurs dotée de deux centres d'information et des ressources sur les drogues et des dépendances (CIRDD) interdépartementaux. Ces centres relient les départements de la région deux par deux : d'une part, l'Ille et Vilaine et les Côtes d'Armor et d'autre part, le Finistère et le Morbihan. En matière d'addictions, la DDASS du **Morbihan** ne

¹¹ Cf. annexe 4 : les sources d'information de l'OFDT.

¹² Cf. OFDT. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002.

¹³ Cf. Etude consultable sur le site Internet www.ensp.fr

possédait jusqu'alors que des données parcellaires. Ce n'est que depuis fin 2001, dans le cadre de la réalisation des actions retenues par le plan triennal départemental, qu'elle a organisé son système de recueil de données en co-finançant la création d'un CIRDD interdépartemental « Finistère-Morbihan », par extension de celui existant déjà dans le Finistère. La gestion du centre a été confiée au service de la formation continue de l'Université de Bretagne Occidentale (UBO) installé à Brest, avec quatre missions : mission d'observation dans les domaines sanitaire, éducatif, répressif et financier, mission de conseil et d'aide à la décision, mission de communication et d'information par le relais du comité départemental d'éducation à la santé (CODES) pour le Morbihan et enfin mission d'ingénierie sociale. Les travaux du CIRDD ne font toutefois que débuter et pour le moment, on ne dispose pas encore de toutes les données pour l'ensemble du département morbihannais. L'ORSB, chargé de la maintenance du tableau de bord régional de la santé des bretons, apporte aux deux CIRDD son expertise afin de mettre en forme les données dans un tableau de bord qui permettra de connaître les tendances évolutives des conduites addictives et contribuera à l'évaluation des actions.

Ces systèmes d'information épidémiologique sont des outils indispensables car ils permettent de clarifier la réalité et la nature des problèmes du point de vue de la santé publique, de poser des questions, de décrire des problèmes, d'interpeller ou encore d'argumenter sur le bien-fondé de tel ou tel dispositif.

1.2 Des études pour cerner un phénomène aux multiples facettes : épidémiologie des addictions et coût social des drogues

Ainsi, les travaux de l'OFDT, nourris des données régionales et départementales, complétés des savoirs apportés par les neurosciences et les sciences sociales, servent à éclairer les décideurs publics dans la conception de leurs politiques en fournissant un ensemble d'éléments issus des perceptions des populations concernant les drogues et les politiques publiques (1.2.1), des comportements de consommation (1.2.1), des consommations et leurs diverses conséquences (1.2.3), mais aussi le coût que ce phénomène représente pour la société (1.2.4). Leur intérêt réside dans la photographie qu'ils permettent de donner d'une réalité observable sur tout le territoire national, soulignant dans le cas présent, avec l'appui des données disponibles, les spécificités de la région Bretagne et du département du Morbihan.

1.2.1 Perception de la population sur les drogues et sur l'action publique

Dans une politique publique de lutte contre les drogues et les dépendances qui entend être efficace et efficiente, connaître la perception du public sur le niveau de dangerosité des produits et recueillir son adhésion aux actions mises en oeuvre dans ce domaine sont des objectifs qui ne peuvent être négligés.

Selon une enquête¹⁴ EROPP effectuée en avril 1999, le produit le plus cité spontanément en tant que drogue, parmi les 15-75 ans interrogés, est le cannabis (78%), suivi par la cocaïne (54%), l'héroïne (45%), l'ecstasy (39%), le LSD (27%), le tabac (21%), l'alcool (20%) et le crack (12%). Les drogues associées à un danger immédiat en risque de santé sont l'héroïne et la cocaïne pour une très forte majorité (environ 85%). Mais une autre enquête EROPP 2002 montre qu'il y a une perception accrue de la dangerosité des drogues licites : une large partie de la population en effet est convaincue que le tabac (61,7%) et l'abus d'alcool (70,4%) représentent des dangers plus grands pour la société que la consommation de substances illicites.

Il ressort également des deux enquêtes précitées que la grande majorité des personnes interrogées adhère à la politique actuelle en matière de drogues, notamment à la politique de réduction des risques. La grande majorité est aussi favorable aux mesures prohibitives existantes hormis les cas où l'autorisation est envisagée dans un cadre thérapeutique (82,1% sont en faveur du recours aux produits de substitution et plus de neuf individus sur dix sont pour l'obligation des soins dans le cadre d'une interpellation). Enfin, l'enquête de 1999 révèle que l'éventuelle légalisation du cannabis (mise en vente libre) rencontre une forte opposition (17% seulement n'y sont pas opposés). Sur ce dernier point, la position de l'actuel président de la MILDT va dans le même sens.

En Bretagne, l'ORSB a réalisé en 2001 une enquête de même type auprès de la population scolaire sur les comportements et opinions sur la santé, dans le cadre d'une action conjointe PRS conduites addictives et PRS souffrance psychique. Les résultats ont servi dans l'élaboration du plan régional et interdépartemental 2001/2003 de prévention et de prise en charge des conduites addictives pour la région.

¹⁴ Enquête téléphonique en population générale réalisée en avril 1999 auprès de 2000 personnes âgées de 15 à 75 ans (EROPP)

1.2.2 Comportements de consommation : de la toxicomanie à l'addictologie, concept d'addiction et nouvelle définition des drogues

L'évolution des pratiques de consommation de drogues aide également à comprendre l'évolution des politiques en matière d'addictologie. Dans le langage courant, ces pratiques ont été longtemps désignées sous le vocable de toxicomanie liée aux drogues illicites, avant que s'opère une distinction dans les types de consommation en fonction des effets cliniques des substances psychoactives. Cette distinction est à l'origine de l'approche par produits qui repose sur la théorie liée principalement à l'aspect médical selon laquelle la rupture avec les consommations antérieures (la cure de sevrage) et le maintien de l'abstinence suffisent pour réinscrire les personnes dans une démarche de santé. Mais une nouvelle approche, basée sur les comportements de consommation de substances psychoactives et sur les déterminants à l'origine de ceux-ci, est venue en souligner le caractère réducteur.

La nouvelle approche, plus globale, est apparue avec le développement des neurosciences et des sciences du comportement qui ont montré l'existence d'une base biologique et moléculaire commune à toutes les dépendances, le degré de dangerosité des produits important peu. Elle propose une conception selon laquelle une fois le comportement de dépendance installé, celui-ci devient identique quelle que soit la substance qui l'a induit. Elle introduit la notion d'addiction.

Le terme d'**addiction** est un dérivé du substantif latin « addictus » qui signifie « esclave pour dette ». Sa signification actuelle est d'origine anglo-saxonne et a été définie en 1990 par Goodman comme « *un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives* ». Le caractère novateur de ce concept d'addiction est de permettre une approche commune plus objective des troubles liés à l'abus et à la dépendance et de sortir des termes stigmatisants comme l'alcoolisme ou la toxicomanie. Toutefois, que le produit soit licite ou illicite, la communauté scientifique distingue trois types de comportement de consommation : l'usage, l'usage nocif et la dépendance.

Δ **L'usage** est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour les autres. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un usage occasionnel, récréatif ou festif qui n'entraîne pas d'escalade.

Δ **L'usage nocif** ou usage à problème est une consommation susceptible de provoquer des dommages de nature sanitaire (somatique ou psychique), sociale (abandon des responsabilités, violence, etc.) ou judiciaire, causés par l'utilisateur à lui-même ou à un tiers.

Δ **La dépendance** est installée lorsque l'on ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques (état de manque) et/ou psychiques (mal-être). Elle peut être brutale ou progressive selon les produits et se manifeste par un comportement psychopathologique présentant des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales.

Parfois les comportements d'usage se compliquent lorsque la même personne consomme plusieurs produits (alcool et tabac, cannabis, alcool et tabac, ecstasy et médicaments psychoactifs, etc). C'est le phénomène de **la polyconsommation** qui multiplie les dangers car les effets conjugués des produits peuvent être amplifiés entraînant des risques plus graves pour la santé. Il existe deux types de polyconsommateurs : la personne qui fait usage régulier de plusieurs produits (par exemple tabac, alcool et anxiolytiques plusieurs fois par semaine) et la personne qui associe plusieurs produits à la fois dans un même moment (par exemple cannabis, alcool, tabac dans une soirée).

Le concept d'addiction présente certaines limites car il ne prend pas toujours en compte les addictions sans drogues, mais des exceptions existent et à titre d'exemple, on peut citer le service d'addictologie du Professeur Venisse au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes où des types d'addictions sans drogues peuvent être traités, tels la nourriture ou les jeux. Une autre limite du concept serait de faire oublier les spécificités biologiques et sociales de chaque produit ainsi que l'importance des déterminismes sociaux qui y sont liés. Certains professionnels interrogés lors des investigations sur le terrain l'ont souligné.

L'évolution des comportements de consommation a eu également pour conséquence d'élargir la notion de drogue. Dans le langage actuel, la drogue désigne un produit naturel ou synthétique, dont l'usage peut être légal ou non, consommé en vue de modifier l'état de conscience et ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance. Cette définition inclut les stupéfiants, les substances psychotropes, l'alcool, le tabac, les colles et solvants, les champignons hallucinogènes et les substances de synthèse non encore classées. Par convention, lorsqu'il est employé au pluriel, le terme « drogues » couvre l'ensemble des produits psychoactifs : alcool, tabac, médicaments psychoactifs (hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs) et drogues illicites.

1.2.3 Des consommations de substances psychoactives en progression

Une détermination du nombre d'usagers réguliers, expérimentateurs, occasionnels ou à risque apparaît primordiale car elle permet de mesurer l'ampleur du phénomène dans la société, mais également de dresser des profils de consommateurs, et du même coup de cibler les actions publiques de façon plus précise. Les tableaux et chiffres relatifs aux consommations de drogues, proposés infra, représentent des ordres de grandeurs au niveau national et ont pour finalité de donner un aperçu du phénomène de drogues en France, dans la population adulte et chez les jeunes, selon les modes de consommation et selon les types de produit. Ils sont complétés par des données régionales ou départementales disponibles.

1.2.3.1 Estimation du nombre de consommateurs

L'estimation du nombre de consommateurs de drogues en France métropolitaine, en 1999¹⁵, est récapitulée dans le tableau suivant :

	Fréquence	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Drogues illicites	
					Cannabis	Autres drogues
Expérimentateurs	Au moins 1 fois dans la vie	43 millions	36 millions	///	9,5 millions	1,5 millions
Occasionnels	Au moins 1 fois dans l'année	41 millions	15 millions	8,4 millions	3,3 millions	220 000
Répétés	Au moins 1 fois dans la semaine	14 millions	13 millions	3,8 millions	1,7 millions	///
Quotidiens	Au moins 1 fois par jour	8,9 millions	13 millions	2,4 millions	280 000	///

(Extrapolation faite sur l'ensemble des 15-75 ans de France métropolitaine, soit environ 44 millions de personnes en 1999, à partir d'une enquête en population générale)

Il ressort du tableau que l'alcool est le produit psychoactif le plus fréquemment expérimenté et consommé de manière occasionnelle. C'est celui qui est aussi le plus ancré dans la culture et dans les pratiques de consommation. Au niveau des consommations régulières, il est devancé par le tabac qui, pour deux expérimentateurs, compte un fumeur actif. Ce dernier est presque toujours un fumeur régulier (au moins 1 cigarette par jour) et dans deux cas sur trois un gros fumeur (10 cigarettes et plus par jour). Les consommations de médicaments psychotropes correspondent en partie à des usages thérapeutiques et en partie à une consommation semblable à celle des autres drogues.

¹⁵ Source : baromètre santé 2000, CFES, exploitation OFDT

1.2.3.2 Consommations dans la population adulte et chez les jeunes : une polyconsommation en hausse

- Au niveau national

√ Des données¹² relatives à la fréquence de l'expérimentation des drogues chez les 18-75 ans révèlent que la drogue illicite la plus consommée est de loin le cannabis avec 21,6 % d'expérimentateurs, cette prévalence la situe toutefois à un niveau d'expérimentation nettement inférieur à celui des produits licites (alcool, environ 95% et tabac, environ 80%). La consommation de substances psychoactives touche avant tout les jeunes et l'usage répété concerne surtout l'alcool et le tabac et beaucoup moins le cannabis.

La polyconsommation répétée d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac ou le cannabis concerne 15 % de la population de 18 à 44 ans : l'association alcool-tabac est la plus fréquente (9,6 %), puis viennent celles relatives aux tabac-cannabis (3,4 %), alcool-tabac-cannabis (1,7 %) et plus rarement alcool-cannabis (0,4 %). C'est au cours des années 1990 que le cannabis s'est largement diffusé, la consommation d'alcool est restée stable tandis que celle du tabac est à la baisse chez les hommes et à la hausse chez les femmes. La tendance générale est à la hausse, en particulier pour la cocaïne et le couple amphétamines-ecstasy, à l'exception de l'héroïne et des médicaments.

√ La fréquence de l'expérimentation des produits psychoactifs chez les adolescents est plutôt préoccupante. Si l'on se réfère à l'enquête ESCAPAD menée en 2000 par l'OFDT, après le tabac, l'alcool, le cannabis et les médicaments psychotropes, les produits les plus expérimentés à la fin de l'adolescence sont les champignons hallucinogènes, les poppers, l'ecstasy, les produits à inhaler et, dans une moindre mesure, le LSD, les amphétamines et la cocaïne.

A 17 ans, 76% des filles et 75% des garçons ont expérimenté au moins deux produits parmi le tabac, l'alcool et le cannabis. La polyexpérimentation augmente avec l'âge, pour atteindre 85% à 19 ans (et 57% pour la combinaison tabac, alcool et cannabis). A 17 ans, la polyconsommation répétée est deux fois plus fréquente chez les garçons (23 % des garçons contre 12 % des filles) ; pour les deux sexes, elle concerne surtout le tabac et le cannabis. Le polysusage répété croît entre 17 et 19 ans pour atteindre 34 %. La tendance générale est une polyconsommation à la hausse, avec un usage du cannabis et du tabac en très nette progression et une expérimentation à un âge de plus en plus précoce (entre 13 et 15 ans).

- En Bretagne et dans le Morbihan

√ En région Bretagne, c'est également dans la population des jeunes que la situation est la plus alarmante. L'enquête ESCAPAD de la journée d'appel de préparation à la défense en 2000 et l'enquête régionale sur la santé des jeunes en milieu scolaire réalisée par l'ORSB en 2001 indiquent que les pratiques des jeunes bretons ont évolué vers une consommation sous forme d'ivresse paroxystique (ivresse) plus que quotidienne et souvent une polyconsommation. Ils représentent la plus forte population de jeunes ayant déclaré une consommation de cannabis parmi les jeunes français. Il en est de même pour l'usage du tabac qui est plus élevé que dans le reste de la France, pour les filles comme pour les garçons. Les prévalences concernant l'expérimentation de l'ivresse et du cannabis ainsi que l'usage régulier du cannabis sont également plus élevées que dans le reste de la France, comme le montre le tableau suivant :

Prévalences de l'expérimentation de l'ivresse et du cannabis, et de l'usage régulier de cannabis chez les jeunes bretons par rapport à l'ensemble des jeunes français, en %

	Bretagne		France	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Expérimentation de l'ivresse	64	76	49	63
Expérimentation du cannabis	54	63	42	51
Usage régulier de cannabis	9	21	6	17

√ Dans le **Morbihan**, les chiffres donnés par l'OFDT en 1999 révèlent que chez les jeunes de 15 à 19 ans, 32% (environ 14260 jeunes) ont consommé du cannabis au moins une fois dans l'année et 14% (environ 6200 jeunes) au moins dix fois dans l'année. Concernant l'alcool, les sources du CFES estiment qu'ils sont 39% à en consommer occasionnellement et 12,4% régulièrement. La population en risque d'alcoolisation représente 23000 jeunes contre 39000 adultes. Selon les sources de SPID, et bien que ce soit en moindre proportion que l'alcool et le cannabis, les jeunes sont également consommateurs d'ecstasy (3%), de cocaïne (2%), d'amphétamine (2%), de LSD (1,5%) et d'héroïne (1%). Quant à la polyconsommation, elle concerne surtout le tabac associé au cannabis.

1.2.4 Conséquences sanitaires, sociales et pénales de l'usage des drogues

Les comportements de consommations liés à l'usage des drogues ne sont pas sans conséquences sanitaires, sociales et pénales. Ils sont à l'origine des demandes d'aide de

consommateurs dépendants auprès des professionnels du secteur sanitaire et social (recours aux structures spécialisées) et sont également la principale cause de graves problèmes de santé et de décès dont on peut en mesurer certaines conséquences en terme de morbidité et de mortalité dans la population. Une troisième conséquence est mesurable en nombre d'infractions liées à la consommation de drogues. Il est donné, infra, un aperçu de ces trois aspects à l'échelon national, en Bretagne et dans le département du Morbihan.

1.2.4.1 Les recours aux structures spécialisées

- Au niveau national

En 1999, selon les informations fournis par la DGS, le nombre de nouveaux consultants est de 55 000 dans les structures spécialisées sur le tabac contre près de 38 000 dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et environ 30 000 dans les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST). L'ensemble des recours a concerné 80 000 personnes dans les CCAA en 1998 et 64 000 dans les CSST en 1999. Il est à souligner que le nombre des recours est lié à la demande de soins mais également, dans une large mesure, à l'offre. Les personnes fréquentant les CSST sont en moyenne un peu plus de dix ans plus jeunes que dans les CCAA (respectivement 31 ans contre plus de 41 ans). La répartition entre hommes et femmes est en revanche identique dans les deux types de structures (trois hommes pour une femme).

- En Bretagne et dans le Morbihan

√ En 2000, la DGS fait état de 6 143 consultants ayant eu recours aux structures spécialisées en alcoologie en Bretagne et de 1 205 dans le **Morbihan**. Selon les chiffres relevés dans les rapports d'activités des CCAA du Morbihan en 2001 et 2002, confirmés par le document d'expertise de l'ORSB de mars 2003, le nombre de consultants des CCAA est en sensible augmentation et atteint en 2002 1689 usagers dont 1178 nouveaux buveurs (contre 554 en 2001) et dont 528 fumeurs (contre 387 en 2001).

√ Concernant le nombre de toxicomanes pris en charge en 1999, la DREES indique un chiffre de 872 pour la Bretagne et de 130 pour le **Morbihan**. En 1997, le taux de toxicomanes pris en charge dans les structures sanitaires et sociales en Bretagne était de 31,4 contre 47,9 en France. Les rapports d'activités 2001 et 2002 du CSST du Morbihan, confirmés également par le document d'expertise de l'ORSB précité, indiquent une augmentation du nombre des consultants dans la structure et ses antennes. Ce phénomène

est plus particulièrement observable depuis l'ouverture récente du centre de méthadone à Lorient, avec 667 patients accueillis en 2002 contre 365 en 2001.

1.2.4.2 La morbidité et la mortalité liées au tabac, à l'alcool et aux drogues illicites

- Au niveau national

Concernant la morbidité et la mortalité liées au tabac, à l'alcool et aux drogues illicites¹⁶, les conséquences de la consommation de ces substances peuvent être immédiates : accidents, violences, suicides, surdoses pour l'alcool et les drogues illicites. Elles peuvent intervenir à court et à moyen terme : VIH, problèmes liés à l'injection, problèmes psychiatriques. Elles peuvent intervenir à long terme : cancers, cirrhoses liées à l'alcool ou à l'hépatite C, pathologies cardiaques, et plus généralement l'ensemble des pathologies pour lesquelles alcool et tabac sont facteurs de risques. La comparaison est rendue plus complexe encore lorsqu'il y a polyconsommation. La réalité des conséquences est alarmante si l'on considère les nombres de décès : 60 000 pour le tabac, 45 000 pour l'alcool et quelques centaines pour les drogues illicites.

- En Bretagne et dans le Morbihan

Le nombre de décès liés à l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues illicites, en 1999, est le suivant dans le Morbihan et en Bretagne, en regard de la France :

	Morbihan	Bretagne	France
Décès liés au tabac ¹⁷ :			
- cancer poumon	293	1190	25 143
- bronchite chronique	237	982	15 891
- cardiopathie ischémique	708	2724	44 779
Décès liés à l'alcool ¹⁸ :			
- cirrhose	159	588	8 478
- psychose alcoolique	55	220	2 734
- cancer des VADS (voies aérodigestives supérieures)	184	852	11 184
Décès par surdose ¹⁸	1	2	118

¹⁶ OFDT, drogues et dépendances, tendances et indicateurs 2002, pages 33-34.

¹⁷ source : INSERM CépiDe sur site ORSB www.orsb.asso.fr

¹⁸ source : OCRTIS sur site ORSB www.orsb.asso.fr

Selon des données recueillies¹⁹ par la société française de santé publique pour le compte de la direction générale de la santé (DGS) dans le cadre de la préparation de la loi d'orientation en santé publique, l'espérance de vie à la naissance en Bretagne est de 73,6 ans chez les hommes et de 82 ans chez les femmes. La région présente une surmortalité prématurée (avant 65 ans) masculine largement supérieure à la moyenne française, avec un taux de 374 pour 100 000 habitants contre 320 en France en 1999, soit +17 %). Concernant les femmes, l'écart en terme de mortalité prématurée avec la France est en revanche très faible. Dans les deux cas, la surmortalité porte essentiellement sur la mortalité évitable liée aux pathologies relatives aux comportements de consommations nocives (alcool et tabac).

Des enquêtes conduites dans la population adulte par le Ministère chargé de la Santé et les ORS fin 2001 sur la consommation excessive d'alcool chez les patients à l'hôpital et chez le médecin généraliste confirment la prévalence élevée des problèmes d'alcool en Bretagne. A l'hôpital, concernant la métropole, la proportion observée de patients à risque d'alcoolisation excessive avec ou sans dépendance est la plus élevée en Bretagne, dans le Centre et le Nord pas de Calais avec environ *un hospitalisé un jour donné sur quatre* considéré comme en alcoolisation excessive. En ville, la Bretagne et le Nord Pas de Calais sont les plus touchés avec *plus d'un patient sur cinq classé à risque*.

1.2.4.3 Les infractions liées à la consommation des drogues

- *Au niveau national*

√ *Concernant l'alcool : contrôles d'alcoolémie et condamnations*

Selon les sources d'information de l'ONISR, datant de 1999, le nombre de dépistages positifs est de 193 192 et celui des condamnations pour conduite en état alcoolique de 103 088, tandis que les blessures involontaires par conducteur en état alcoolique se chiffrent à 3 919 et les homicides involontaires par conducteur en état alcoolique à 451.

Les condamnés sont, dans 94% des cas, des hommes dont l'âge moyen est de 38 ans. Une peine d'emprisonnement est prononcée dans 80% des condamnations.

¹⁹ cf. document complémentaire au rapport remis au directeur général de la santé le 3 février 2003.

√ *Concernant les stupéfiants : interpellations et injonctions thérapeutiques*

En 2000, selon les sources du FNAIS, OCRTIS, les interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants (au nombre de 94 339) représentent 95% de l'ensemble des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). Les 5% restants se rapportent à des cas de trafic. Les interpellations pour usage de cannabis ont quadruplé depuis 1990 alors qu'on observe une forte décroissance de celles relatives à l'usage d'héroïne à partir de 1996 (baisse notable de 17000 à 6000 interpellations entre 1995 et 2000). En revanche les interpellations liées à l'usage de crack (869) et de cocaïne (2 323) sont en hausse sur la même période, de même que celles concernant l'usage d'ecstasy (1921) qui s'est développée avec les rave party.

Lorsqu'il y a une interpellation d'un usager, les services de police ou de gendarmerie contactent le substitut du procureur du tribunal de grande instance de leur ressort. Ce magistrat peut soit classer l'affaire suivant différentes modalités (sans suite, sous condition, avec orientation), soit prononcer une injonction thérapeutique, soit engager des poursuites. L'injonction thérapeutique est une des alternatives aux poursuites dont dispose les substituts. Elle se différencie des autres par l'imposition d'un cadre coercitif plus fort, le substitut disposant toujours de la possibilité de réengager les poursuites si l'usager ne satisfait pas à ses obligations. Lorsqu'une injonction est décidée, l'usager se voit notifier la mesure et il a alors l'obligation d'entrer en contact avec les services de la DDASS qui l'orientera, si le cas paraît justifié, vers une structure de soins adaptée. Toutes les injonctions ne sont pas menées à terme. En 1999, sur le nombre d'injonctions prononcées (7 737), 86% sont suivies d'un contact avec la DDASS (6 652) et 52% avec des structures de soins (3 437).

- *En Bretagne et dans le Morbihan*

En matière de consommation de substances illicites, des indicateurs plutôt indirects du fait du caractère clandestin de cette consommation montrent une augmentation du phénomène en Bretagne, bien que son ampleur dans la région reste inférieure à celle de la France. Le taux d'interpellations pour usage et usage-revente en Bretagne est de 98,2 contre 154,5 en France, avec malheureusement une tendance générale à une croissance plus accélérée : l'augmentation pour les interpellations dans la région est de plus de 150% contre 58% en France, entre 1994 et 1999. Selon le tableau des incidences des interpellations, infra, c'est le département du Morbihan qui affiche la plus forte augmentation des interpellations de 1997 à 1999 par rapport aux trois autres départements de la région.

Incidences des interpellations des départements bretons par rapport à la Région et à la France.

	1995	1996	1997	1998	1999
Morbihan 56	438	520	549	845 (+ 54 %)	935 (+10.6%)
Côtes d'Armor 22	206	209	232	334 (+44%)	344 (+3%)
Finistère 29	435	421	632	732 (+16 %)	739 (+0.9%)
Ille et Vilaine 35	390	531	742	753 (+ 1%)	838 (+11.3%)
BRETAGNE	1.469	1.681	2.155	2.664 (+23%)	2856 (+7.2%)
France	62.325	69.228	82.725	85.507 (+ 3 %)	90404 (+5.7%)

(Source : Ministère de l'Intérieur «Usage et trafic de stupéfiants Statistiques 1999»)

En 2000, selon les données de OCRTIS citées dans le rapport d'expertise de l'ORSB, on note pour le Morbihan une légère baisse avec 876 interpellations judiciaires concernant les usagers de drogues illicites.

Le rapport de juillet 2002 du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), qui évalue les placements des personnes placées sous main de justice, indique que les infractions commises en 2001 sont majoritairement des infractions routières ou infractions routières associées (une trentaine de personnes en 2000) et dans une moindre mesure des ILS et autres. Les récidives de conduites en état alcoolique (CEA) sont nombreuses. A celles-ci se rajoutent des infractions telles que le refus d'obtempérer, la conduite sans permis, la conduite malgré l'annulation du permis, le défaut d'assurance pour lesquelles la problématique alcool est facile à déterminer, la consommation à risque étant souvent en lien direct avec l'infraction.

Ces données sont confortées par les chiffres cités par le pôle de compétence sécurité routière lors d'une réunion à la préfecture du Morbihan en avril 2003 : sur les 104 tués en 2002, 27% des décès concernent des jeunes âgés de moins de 25 ans et 38% sont consécutifs à des conduites alcooliques.

1.2.5 Le coût social des drogues : vers des réductions des dépenses ?

L'usage des drogues n'a pas seulement des conséquences socio sanitaires, elle a également un coût. Selon une étude commandée par l'OFDT en 1997, le coût social généré par l'usage des drogues s'est élevé à 33,2 milliards d'euros, ce qui représente 2,7% du PIB

(Produit Intérieur Brut). C'est un coût qui s'analyse à partir de la somme du coût des soins, du coût de la mise en œuvre de la loi, du coût lié aux décès et aux maladies et du coût de la perte de la productivité. Dans ce coût social des drogues, la part imputable à l'alcool est la plus élevée avec 17,6 milliards € (soit 1,42 % du PIB), celle liée au tabac atteint 13,6 milliards € (soit 0,8% du PIB), quant à la part imputable aux drogues illicites, elle représente 2 milliards € (soit 0,16% du PIB).

L'intérêt de cette évaluation est qu'elle a été assortie d'une étude significative qui met en évidence le coût mensuel, deux fois plus élevé, de l'incarcération d'un consommateur de drogue illicite par rapport au coût mensuel d'un traitement de subutex®. On en vient ainsi à se demander si le renforcement des traitements de substitution ne pourrait pas conduire à une baisse de l'incarcération, peut-être même à une baisse du coût global des frais médicaux liés aux drogues illicites et réduire éventuellement les dépenses occasionnées par les maladies liées aux drogues illicites (hépatites B et C et VIH).

Selon l'économiste, Pierre Kopp, l'auteur de l'étude sur le coût social des drogues, il conviendrait de mettre en place une politique qui permet de limiter le montant de dégâts de la drogue en jouant sur deux variables : le nombre des consommateurs et le montant des dommages qu'ils infligent à eux-mêmes et à la collectivité. Ce sont là des possibilités qui ne sauraient laisser indifférents les décideurs quant aux éventuelles inflexions à donner aux politiques publiques à venir.

Mais devant la réalité sociale alarmante du phénomène des drogues et des dépendances, quelle est la volonté politique affichée ? Un regard sur l'évolution des mesures législatives relatives aux drogues licites et illicites permet de fournir quelques éléments éclairants.

1.3 Un cadre juridique à plusieurs vitesses d'évolution

Le dispositif légal de la politique de lutte contre les drogues en France a évolué de façon très inégale dans le temps, selon qu'il s'agit des drogues illicites (1.3.1) ou des drogues licites, en distinguant l'alcool (1.3.2) du tabac (1.3.3).

1.3.1 Les drogues illicites : de la répression des trafics à la répression des comportements à risques liés à l'usage des stupéfiants

La loi du 31 décembre 1970²⁰ constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la lutte contre les drogues illicites, avec trois objectifs majeurs : réprimer le trafic, sanctionner pénalement l'usage de stupéfiant tout en proposant une alternative thérapeutique, et assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers en demande de soins. Ce double statut de délinquant et de malade dont le législateur a doté l'utilisateur de drogues illicites n'a pas rendu très facile l'application de la loi. Des questions se sont posées sur la distinction entre usage et trafic, sur la notion d'usage et sur l'injonction thérapeutique.

L'évolution de la législation, considérée sous ce double aspect, en garde une trace visible car les dispositions relatives à la répression de l'usage n'ont fait l'objet d'aucune modification durant les trente années passées tandis que la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises. De nouvelles infractions ont été créées par des lois successives (loi du 31 décembre 1987, loi du 23 décembre 1988, loi du 12 juillet 1990, loi du 3 mai 1996). La loi du 16 décembre 1992 a aggravé les peines encourues, et en dernier lieu un contrôle a été instauré sur les produits « précurseurs » susceptibles d'être utilisés dans la fabrication de stupéfiants par la loi du 19 juin 1996.

Par la suite, la loi du 18 juin 1999, dans le cadre des mesures pour la sécurité routière, est venue compléter ce dispositif en prévoyant le dépistage systématique des conducteurs impliqués dans un accident mortel. Le but affiché est de rechercher la présence et le dosage de stupéfiants, et ainsi de permettre l'évaluation du rôle de ceux-ci dans la survenue de ce type d'accident.

Une nouvelle loi du 3 février 2003, dite loi « Marilou », vient d'en renforcer la portée en créant une sanction de deux ans d'emprisonnement et de 4500 € d'amende pour toute personne qui conduit ou qui accompagne un élève conducteur, s'il résulte d'une analyse sanguine qu'elle a fait usage de substances ou de plantes classées comme stupéfiants.

La bonne application des récentes lois ne semble pas devoir être mise en doute lorsque l'on sait que la sécurité routière fait partie des trois grands chantiers du mandat présidentiel et

²⁰ loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses

que le Ministre de l'Intérieur a annoncé son intention de mener une répression sévère contre les délinquances routières.

1.3.2 L'alcool : un dispositif législatif sous influence

En matière d'alcool, les préoccupations de santé publique sont assez récentes. La lutte contre l'alcoolisme date seulement des ordonnances de 1960 dont l'une portait une interdiction de publicité de toutes les boissons alcoolisées dans les stades. Cette disposition a été renforcée par la loi Evin du 10 janvier 1991 qui fixe les conditions sous lesquelles la propagande ou la publicité pour les boissons alcoolisées sont autorisées. Elle oblige également à l'affichage de messages sanitaires sur les produits et donne aux associations de lutte contre l'alcoolisme le droit d'ester en justice.

Mais elle se heurte à des intérêts économiques et sociaux des groupes de pression (viticulteurs, producteurs, distributeurs) et subit un mouvement de balancier avec la loi du 30 décembre 1998 qui revient sur certaines dispositions restrictives de la loi Evin en adoptant des mesures plus libérales. L'autorisation des buvettes dans les stades, postérieures à la loi Evin, en est une illustration.

Cette pression des lobbies alcooliers est très active et parvient à influencer sur l'orientation des textes, encore récemment dans le cadre de la lutte contre les addictions où la nouvelle approche basée sur la notion de conduites addictives a fait l'objet d'une farouche résistance de leur part. Ainsi en a-t-il été du projet initial du décret d'application de l'article 15 de la loi du 2 janvier 2002 qui prévoit l'intégration des structures accueillant des personnes toxicomanes dans les institutions médicosociales. Dans ce projet, il était envisagé la création des CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) qui regrouperaient la prise en charge des addictions, quelque soit le produit. Il a été substantiellement modifié sous l'influence du lobbying des alcooliers qui ne conçoivent pas d'être mis au même rang que les personnes dépendantes aux drogues illicites. Ici, l'élément culturel l'emporte très fortement sur toute autre approche du problème « Alcool ». Finalement, le décret d'application (n°2003-160 du 26 février 2003), longtemps retardé, est paru le 28 février 2003 au journal officiel sans mentionner les CSAPA. Il laisse toutefois des possibilités d'émergence à ce type de structure en s'appuyant sur la notion d'addictions associées.

Concernant la sécurité routière, la loi du 9 juillet 1970 instaure un taux légal d'alcoolémie (0,40mg/l d'air expiré pour le contrôle par éthylomètre, ou 0,8g/l de sang pour l'analyse de sang), assorti de sanctions en cas de transgression, tandis que la loi du 12 juillet 1978 introduit les contrôles d'alcoolémie, même en l'absence d'infraction ou d'accidents (de 0,25 à 0,5 mg/l ou 0,4 à 0,8 mg/l en cas d'analyse sanguine, c'est une contravention de 4^{ème} classe). Les lois du 8 décembre 1983 et du 17 janvier 1986 aggravent les sanctions (emprisonnement, retrait de points de ou retrait du permis de conduire). Le législateur a également prévu des obligations de soins en cas notamment de condamnation à une peine d'emprisonnement avec sursis de mise à l'épreuve (SME) ou de libération conditionnelle.

1.3.3 Le tabac : une volonté politique réaffirmée ?

La loi du 9 juillet 1976, dite loi Veil, est la première loi française de lutte contre le tabagisme. Elle a restreint une première fois la publicité en faveur du tabac à la presse écrite et a posé des interdictions de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif mais elle a été très rapidement contournée par des publicitaires inventifs.

Cependant, face à l'évolution croissante du nombre de décès prématurés liés au tabac au cours des années 1980, le gouvernement, par la loi Evin précitée qui concerne également la lutte contre le tabagisme, vient renforcer le caractère restrictif de la loi de 1976 en terme de santé publique et met l'accent sur la prévention et sur l'information du public ainsi que sur la protection des consommateurs (affichage de message sanitaire, possibilité pour les associations qui oeuvrent dans la lutte contre le tabac de se constituer partie civile, interdiction de prendre en compte le prix du tabac dans le calcul des indices des prix à la consommation).

Mais là encore, le nouveau texte de loi subit très rapidement deux modifications majeures qui en atténuent fortement la portée : la première intervient avec le vote de la loi du 27 janvier 1993 qui assouplit les interdictions en matière de publicité, la seconde est introduite par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui met l'accent sur la prévention du tabagisme en étendant l'obligation des messages sanitaires sur tous les emballages des produits du tabac, mais sans grand succès, car la lutte contre le tabagisme, à l'instar de celle contre l'alcoolisme, se heurte à d'importants lobbies.

Un plan gouvernemental plus ambitieux néanmoins est présenté en mai 1999, suite aux recommandations du haut comité de la santé publique (HCSP) dont l'objectif est une baisse

de la consommation de 5% par an pour l'ensemble de la population, de 30% en trois ans chez les jeunes et de 50% en trois ans chez les femmes enceintes, accompagné d'une série de mesures (aide au sevrage, prévention, protection des non-fumeurs, etc.).

La faible résistance des gouvernements successifs face à la puissance économique des groupes de pression semble être secouée, davantage encore, depuis l'annonce présidentielle faite en mars 2003 de réagir face à l'évolution de la mortalité due au tabac, et notamment à l'augmentation du nombre de cancers causés par le tabac (aides financières plus importantes aux centres de lutte contre les cancers liés au tabac et aux associations de lutte contre le tabagisme).

Dans une allocution lors d'un journal télévisé le 27 mai suivant, le Ministre de la santé a confirmé cette volonté présidentielle en déclarant son intention de prendre des mesures sévères en vue de réduire d'au moins 30% le nombre de décès dus au tabac. Il prévoit en effet une hausse des prix du tabac entre 17 et 25%, assortie d'une interdiction de vente du tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Une étude a permis en effet d'observer l'effet dissuasif de la hausse des prix (de 10% depuis janvier 2003) sur les ventes de tabac (baisse de 8,6%). Il entend également pérenniser ces nouvelles orientations dans la prochaine loi de programmation quinquennale de santé publique. Ce sursaut fait réellement espérer une meilleure application de la loi en matière de lutte contre le tabagisme.

Cette évocation du dispositif législatif, en parachevant la présentation du contexte général dont il est rappelé que la finalité est de mieux situer la démarche de rapprochement dans son champ politique, social et juridique, souligne aussi que celui-ci sous-tend une politique gouvernementale qui a mis en place des programmes de prévention et de prise en charge médico-sociale concernant l'ensemble des conduites addictives. Elle ramène ainsi au cœur de la problématique de l'approche fondée sur les comportements de dépendances qui avait nécessité la réorganisation des dispositifs de prévention et de soins pour favoriser les approches pluridisciplinaires.

Il est proposé dans la seconde partie qui suit, une analyse des dispositifs locaux qui sera elle-même précédée par un état général des lieux des divers moyens de prise en charge en addictologie existant en France, car il apparaît intéressant de mettre le dispositif national en regard de ceux de la Bretagne et du Morbihan en vue de mettre en exergue l'intérêt d'une réorganisation des dispositifs de soins.

2 LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE : INEGALITES ET INSUFFISANCES

La présentation des offres de prise en charge des populations ayant des addictions s'attachera, dans un premier temps, à recenser les différents dispositifs d'accueil et de prise en charge des problèmes sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues illicites, ainsi que les structures de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, sur le territoire national (2.1), afin de permettre, dans un second temps, une mise en perspective avec les dispositifs de la Bretagne (2.2), puis plus particulièrement avec celui du Morbihan dont l'analyse approfondie, complétée par les investigations de terrain, aura pour finalité de dégager des éléments éclairants pour comprendre l'intérêt de la démarche du rapprochement envisagé (2.3).

2.1 Des offres de prise en charge très diversifiées au niveau national²¹

Au niveau national, il existe une large offre dans les prises en charge, répartie autour des trois principales addictions (alcool, tabac, drogues illicites). Il s'agit des structures spécialisées de prise en charge des usagers des drogues illicites (CSST) (2.1.1), des dispositifs de réduction des risques (2.1.2) et du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme (CCAA) chargé également des consultations d'aide à l'arrêt du tabac (2.1.3). Des dispositifs de droit commun ont été aussi mis en place par les établissements publics de santé pour mener à bien les missions d'accueil et de prise en charge des addictologies (toxicomanies, alcool et tabac). Enfin, un dispositif socio sanitaire est dédié à la prise en charge des personnes détenues, présentant des conduites addictives aux drogues licites et ou illicites (2.1.4).

2.1.1 Le dispositif spécialisé de soins aux usagers de drogues illicites : CSST

Depuis le décret du 29 juin 1992, toutes les structures spécialisées de soins aux usagers de drogues illicites financées par l'Etat sont désignées par le nom générique de centres

²¹ Extraits de Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. OFDT. Pages 308 à 318.

spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) avec ou sans hébergement. Leur mission est d'assurer conjointement une prise en charge médico-sociale et une prise en charge sociale et éducative qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Les CSST peuvent être gérés par des associations ou par des établissements publics de santé. En 2001, le nombre de CSST s'élève à 263 dont deux tiers sont gérés par le secteur associatif. On les distingue généralement en plusieurs catégories listées ci-après :

- Les centres de soins en ambulatoire assurent l'accueil et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème lié à la dépendance, les consultations médicales, les soins infirmiers, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif adapté à chaque situation, avec éventuellement un soutien à l'environnement familial et à l'entourage de ces personnes. Ils prennent également en charge le sevrage en ambulatoire et l'accompagnement du sevrage en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution. Ces centres peuvent gérer des permanences d'accueil en ambulatoire : il s'agit de structures gérées par les centres spécialisés mais situées dans un lieu géographique différent.

- Les centres avec hébergement collectif, appelés aussi centres thérapeutiques résidentiels, ils prennent en charge les usagers de drogues sous l'angle médico-psychologique et socio-éducatif par une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs, assistants sociaux). L'objectif de la prise en charge est la restauration de l'équilibre personnel et l'insertion sociale des résidents, avec une implication forte de la famille ou de l'entourage. A l'origine, le passage par ces centres constituait une étape située en aval du sevrage mais depuis le décret de juin 1992 et la note d'orientation de novembre 1998, les centres ont été à revoir leur projet thérapeutique et à recadrer leur activité pour une meilleure prise en compte des besoins sociaux et professionnels des patients.

Ces deux premières catégories de centres peuvent aussi gérer des réseaux d'appartements thérapeutiques-relais, des structures d'hébergements de transition ou d'urgence ou des réseaux de familles d'accueil :

- Les réseaux d'appartements thérapeutiques visent à permettre aux usagers de drogues de retrouver leur autonomie par un mode de prise en charge leur donnant le temps de stabiliser un sevrage ou un traitement de substitution, d'attendre un hébergement stable. Ils accueillent aussi les usagers de drogues sortant de prison ou bénéficiant d'une mesure d'alternative à l'incarcération, de même que des personnes en difficulté sanitaire ou sociale.

- Les structures d'hébergements de transition ou d'urgence proposent des courts séjours d'une à quatre semaines modulables en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Elles s'adressent à des personnes souffrant d'une importante désocialisation ainsi qu'à celles sortant de prison ou dans le cadre d'une mesure d'alternative à l'incarcération. Un accompagnement socio-éducatif et/ou sanitaire est prévu.

- Les réseaux de familles d'accueil existent depuis 1970. Le séjour en famille d'accueil répond à des situations diverses et intervient à différents moments du parcours de la personne toxicomane, les durées variant du week-end à 9 mois. Il est orienté vers le regain d'autonomie et peut constituer une étape vers la réinsertion professionnelle. Un suivi thérapeutique est assuré par le CSST de rattachement de la famille d'accueil.

Enfin, les centres de soins en milieu pénitentiaire, ex antennes toxicomanie, viennent compléter ce dispositif de prise en charge de la toxicomanie.

- Les centres de soins en milieu pénitentiaire interviennent en milieu carcéral. Ils sont concernés par les nouvelles orientations de la note interministérielle (DGS/DHOS/MILDT) de 2001 qui prévoit la mise en place de nouveaux protocoles de prise en charge des personnes dépendantes au sein de chaque établissement pénitentiaire. Un certain nombre de CSST extérieurs à l'établissement sont ainsi signataires d'une convention de prestation dans le cadre du programme des conventions départementales d'objectifs (CDO) qui organise sur le plan sanitaire la prise en charge des usagers incarcérés, la préparation de leur sortie et leur suivi après la libération.

2.1.2 Le dispositif de réduction des risques

Le dispositif de réduction des risques, qui se développe en complémentarité avec les CSST, repose sur un petit nombre d'actions de prévention visant à faciliter l'accès au matériel d'injection et à la diffusion de messages préventifs parmi une population à haut risque. Depuis 1987, les seringues sont vendues en pharmacie sans prescription. L'offre en officine est complétée par les programmes d'échange de seringues et les distributeurs automatiques. Les trousseaux de prévention complètent l'accès aux seringues à l'unité. Les actions de réduction des risques sont en grande partie développées par un tissu associatif extérieur au dispositif spécialisé, bénéficiant souvent du soutien financier de l'Etat ou des collectivités locales. L'ensemble de ce dispositif est financé majoritairement par l'Etat, mais également par l'assurance maladie sur le fonds national de prévention d'éducation et

d'information sanitaire (FNPEIS) dans le cadre des déclinaisons locales des thématiques nationales. Le dispositif est bâti sur des actions complémentaires : la vente libre de seringues en officine, les automates délivrant des trousse de prévention, les programmes associatifs d'échanges de seringues et les lieux de contacts pour usagers de drogues ou boutiques.

- Le Kit +[®] et le Kap[®] sont des trousse de prévention²², dites trousse « modèles de rue », destinées aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Elles sont distribuées gratuitement par des associations soutenues par des crédits publics dans le cadre de la prévention du Sida ou de réduction des risques.
- Le stéribox 2[®] pharmaceutique, au contenu identique au Kit+[®] est vendu dans le réseau officiel depuis octobre 1999. Il est également destiné aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Les ventes de Stéribox[®] ont atteint les 2,8 millions en 1999.
- Les automates²³ : les trousse de prévention sont également mises à disposition par le moyen des automates sur la voie publique. Il en existe 277 installés sur le territoire français et accessibles 24H/24. Leur implantation relève de la compétence des maires.
- Les programmes d'échange de seringues (dès 1980) distribuent des seringues à l'unité ou des trousse de prévention (Kit +[®] ou Kap[®]). Ils peuvent fonctionner dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue). La distribution du matériel d'injection et des préservatifs sert de support à la création de liens, favorise la diminution des comportements à risques et offre la possibilité d'orienter vers des services sociaux ou des soins.
- Les « lieux de contact » ou boutiques (créés en 1993) sont des lieux de premier accueil pour les usagers de drogues en situation très précaire. Les formes de services offerts sont variées : mise à disposition de seringues, échange de seringues, assistance matérielle, soins infirmiers, écoute et services juridiques et/ou sociaux.

²² Cf. annexe 10. Glossaire : contenu détaillé des Kits.

²³ Cf. annexe 10. Glossaire : détails sur les différents types d'automates.

- Les sleep'in (dès 1995) offrent un hébergement de nuit en urgence aux usagers de drogues dépendants en situation de grande précarité. Les usagers peuvent avoir accès à des consultations sanitaires et sociales.

- Le bus méthadone est un dispositif de « seuil à exigence adaptée » servant à faciliter l'accès à la méthadone dans le cadre d'une démarche de substitution et la prise en compte de problèmes sociaux. C'est une structure mobile et itinérante qui vise susciter la demande et à faciliter l'accès aux circuits thérapeutiques et sociaux d'un public fortement marginalisé. Le bus assure le relais vers les structures sociosanitaires de droit commun.

- Les équipes de proximité sont des dispositifs pilotes de médiation à l'écoute des habitants et commerçants du quartier. Elles jouent un rôle de médiateur entre les riverains, la mairies, les services de police, de justice et de santé.

Quant au dispositif de réduction des risques en milieu carcéral, il repose principalement sur des actions d'information et de prévention destinées à l'ensemble des détenus : diffusion d'une brochure d'information et de prévention à chaque entrant, facilitation de l'accès aux préservatifs notamment dans les services médicaux, etc.

2.1.3 Le dispositif spécialisé de prise en charge en alcoologie : CCAA

Le dispositif spécialisé de prise en charge dans le domaine de l'alcoologie est constitué essentiellement par les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) appelés avant le 1^{er} janvier 1999 centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA).

Ces centres sont chargés du soin et de l'accompagnement social de tout public présentant une consommation à risques ou une dépendance à l'alcool, en liaison avec d'autres intervenants sanitaires et sociaux situés en amont et en aval. Depuis le 1^{er} janvier 1999, ils sont financés par les régimes d'assurance maladie et l'amendement de la loi du 29 juillet 1998 est venu préciser leurs missions, tout en leur conférant une reconnaissance juridique et un financement stable. Depuis, ils assurent également des consultations en tabacologie. Ils sont complétés par des structures chargées de prévention et peuvent être gérés par le secteur privé ou le secteur public.

L'activité des structures du dispositif spécialisé s'exerce souvent de façon décentralisée, dans différents lieux plus facilement accessibles aux usagers, ouverts pour certain de façon

permanente ou pour un temps limité. Ces lieux d'activités recouvrent diverses formes d'organisation, allant de structures permanentes à des vacations. Depuis 1994, leur nombre est resté stable à environ 250.

2.1.4 Le dispositif de droit commun

Le système sociosanitaire de droit commun participe également à la prise en charge des addictions, en complémentarité avec le dispositif spécialisé : d'une part l'hôpital pour ce qui concerne les urgences et les consultations (problèmes somatiques, sevrage, etc.), et d'autre part les médecins libéraux suivant des patients présentant des conduites addictives. Le dispositif actuel s'oriente davantage vers un fonctionnement de réseau afin de fournir une prise en charge plus adaptée aux besoins des patients et d'assurer une plus grande coordination des interventions.

2.1.4.1 Concernant la tabacodépendance

- Les centres d'aide au sevrage tabagique prennent en charge les fumeurs les plus dépendants et les personnes ayant déjà souffert d'une pathologie liée au tabac. Le plan de lutte contre le tabagisme de 1999 du ministère de l'Emploi et de la solidarité a mis en place un dispositif particulier en direction des femmes enceintes pour les encourager à arrêter de fumer.

- Les unités de coordination de tabacologie (UCT) et le développement de consultations hospitalières ont renforcé les dispositifs d'aide au sevrage dans les établissements de santé. Les UCT développent un travail de liaison « lutte contre la dépendance tabagique » et s'intègrent aux équipes de liaison en toxicomanie et en alcoologie lorsqu'elles existent.

2.1.4.2 Concernant l'alcoolodépendance et les consommations excessives d'alcool

- Les équipes d'alcoologie de liaison dans les hôpitaux ont pour mission d'améliorer la prise en charge des malades hospitalisés, alcooliques ou ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs substances. En 1999, 96 équipes sont recensées dont 46 créées depuis 1996. Elles sont renforcées en 2000 par l'octroi d'une importante enveloppe

financière. Les principales catégories de personnels affectés à ces équipes sont les médecins praticiens hospitaliers, infirmiers, psychologues, secrétaires, etc.

- Les centres de soins de suite et de réadaptation d'alcoologie accueillent les malades en postcure. Il en existe environ 25, gérés essentiellement par des associations.

2.1.4.3 Concernant la toxicomanie

Les services hospitaliers au sein des établissements de santé sont chargés de la prise en charge des personnes dépendantes et des équipes de liaison en toxicomanie ainsi que les réseaux ville-hôpital-toxicomanie ont été créés dans ce but suite à la circulaire du 3 avril 1996. Cette priorité a récemment été rappelée par la circulaire du 8 septembre 2000, relative à l'organisation de soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

- Les équipes de liaison en toxicomanie peuvent revêtir plusieurs modalités d'organisation au sein des services hospitaliers : création d'une unité en addictologie, d'une fédération d'activités ou d'une équipe de liaison rattachée à un service, ou encore option pour un autre mode d'organisation adapté comme par exemple, la signature de conventions entre établissements. La composition de l'équipe est adaptée en fonction des besoins, selon une formation spécifique : un praticien hospitalier à temps partiel, de deux à trois équivalents temps plein de personnel non médical et d'un temps de secrétariat médical. En 1999, 69 équipes ont été financées et en 2000 une enveloppe financière nationale a été spécialement affectée à la création et/ou au renforcement d'équipes hospitalières de liaison en addictologie (EHLA).

- Les réseaux ville-hôpital-toxicomanie ont pour mission d'apporter une meilleure prise en charge des personnes dépendantes en lien avec la médecine de ville. Les médecins « hors réseau » ne rencontrent en moyenne que peu de patients. Les réseaux sont financés conjointement sur des crédits assurance-maladie et les crédits Etat. En 1998, ils étaient au nombre de 67 recensés.

2.1.4.4 Concernant les conduites addictives en milieu carcéral

La prise en charge des conduites addictives des personnes détenues, y compris celles liées à la consommation d'alcool, repose sur l'équipe de secteur psychiatrique intervenant dans

l'établissement pénitentiaire, en liaison étroite avec l'équipe de soins somatiques et les CSST. Plusieurs structures peuvent être implantées dans les établissements pénitentiaires :

- Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ont des missions relatives à la prévention, l'organisation de soins ainsi que la continuité de soins à la sortie de la détention. Depuis la loi du 18 janvier 1994, elles font l'objet de protocole entre les deux structures concernées.
- Les services médico-psychologiques régionaux hospitaliers (SMPR) couvrent l'ensemble de la population carcérale et sont confiés à des médecins hospitaliers qui assument un rôle de conseil et de coordination auprès de tous les services de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire. Une nouvelle réorganisation de la prise en charge des personnes dépendantes en milieu carcéral est prévue dans le cadre de la lettre interministérielle de 2001 car selon les dernières données produites par une enquête sur la population carcérale, environ 60% des entrants présentent un problème lié à une consommation d'alcool et/ou de drogues et nécessitent une prise en charge adaptée.
- Les unités pour sortants (UPS) complètent ce dispositif depuis 1997 et sont gérées par des CSST en milieu pénitentiaire. Ce sont des unités particulières en détention où sont affectés, en général un mois avant leur sortie, des détenus présentant un problème de dépendance. Ils bénéficient des activités de groupe, des stages d'aide à l'emploi et des démarches administratives. On les fait travailler sur l'estime de soi, le rapport au corps et à autrui.

La bonne connaissance des différentes offres de prise en charge détaillées au niveau national présente le grand intérêt d'être une source d'inspiration potentielle pour la recherche de solutions à des situations locales.

2.2 Le renforcement planifié des offres de prise en charge en Bretagne

La Bretagne a bénéficié d'un état des lieux des offres de prise en charge en addictologie par département, réalisé courant 2000, dans la première année de la coordination régionale MILDT. Le premier tableau de synthèse proposé infra reprend et récapitule les données démographiques et structurelles des quatre départements de la région, recueillies lors de la réalisation de cet état des lieux. Il donne un aperçu d'ensemble du dispositif de prise en charge existant dans le champ des addictions en Bretagne (2.2.1). Le second tableau

montre les carences les plus flagrantes repérées en creux par le plan de renforcement du dispositif qui recense les créations et/ou renforcements nécessaires à réaliser pour hisser le dispositif à un niveau suffisamment satisfaisant pour faire face aux besoins en augmentation dans la région sur la dernière décennie (2.2.2). Les tableaux sont établis à partir des données de la DRASS Bretagne.

2.2.1 Synthèse de l'état des lieux des dispositifs en Bretagne

Le premier tableau de synthèse montre qu'au regard de ce qui existe au niveau national, le dispositif régional breton de prise en charge en addictologie est loin de posséder une aussi large diversité dans l'offre de soins et de la prise en charge. Il est néanmoins doté de structures de base, bien que celles-ci soient inégalement consolidées dans les quatre départements de la région. Le développement encore peu important des équipes de liaison et des réseaux constituent l'autre point faible du dispositif régional.

2.2.2 Disparités entre les départements bretons

Le second tableau récapitule les résultats d'une étude effectuée par la DRASS sur les écarts, révélés par comparaison à un référentiel en usage, qui a permis d'identifier les carences à combler pour parvenir à hausser le dispositif à un niveau qui lui permettrait de couvrir correctement les besoins du champ de l'addictologie dans la région. Il laisse apparaître les disparités existantes entre les quatre départements, en défaveur notamment des départements des Côtes d'Armor et du Morbihan.

Ces disparités s'expliquent par l'histoire des implantations des dispositifs locaux en Bretagne qui a favorisé plus particulièrement le département d'Ille et Vilaine au détriment des autres départements. L'Ille et Vilaine a en effet mobilisé très rapidement une majeure partie des crédits dédiés à la lutte contre les toxicomanies durant une longue période. Cette position dominante fait actuellement l'objet d'un examen interne, effectué par la DGS, en vue d'en corriger les inégalités à moyen terme, en prenant en compte les disparités épidémiologiques constatées en infrarégional.

SYNTHESE DE L'ETAT DES LIEUX DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE DE LA BRETAGNE EN 2000

	COTES D'ARMOR (22)	FINISTERE (29)	ILLE ET VILAINE (35)	MORBIHAN (56)
Population totale en 1999	542 373 habitants	852 418 habitants	867 533 habitants	643 873 habitants
Structures hospitalières de moyenne et de forte importance c��d > 200 lits ou > 500 lits (SAE 98)	<p>6 CH (centres hospitaliers) : St Brieuc, Lannion, Loudéac, Dinan, Paimpol et Guingamp.</p> <p>3 CH spécialisés (CHS) : B��gard, Plouguernevel et L��hon</p>	<p>1 CHU (Brest)</p> <p>6 CH (Quimper, Morlaix, Quimperlé, Douarnenez, Carhaix et Landerneau)</p>	<p>1 CHU (Rennes)</p> <p>1 CHGR (Rennes)</p> <p>2 CH (St Malo et Redon)</p>	<p>1 CHBS (Lorient)</p> <p>1 CHBA (Vannes)</p> <p>3 CH (Auray, Pontivy et Plo��rme��)</p> <p>2 CHS (Caudan et St Avé)</p>
Alcoolologie	<p>1 équipe de liaison (St Brieuc)</p> <p>3 unités d'alcoolologie (CHS B��gard 15 lits, Plouguernevel 78 lits et L��hon 14 lits)</p> <p>2 CCAA (Lannion et St Brieuc)</p> <p>1 centre de postcure (St Brieuc 40 lits)</p> <p>1 CDDPA (St Brieuc)</p>	<p>1 équipe de liaison (CHU Brest)</p> <p>5 unités d'alcoolologie (CHU Brest 25 lits, CH Morlaix 15 lits psy, CHI St R��nan 19 lits, CHIC Concarneau, CHS Quimper 12 lits psy)</p> <p>1 Hôpital de jour (CHS Quimper 5lits)</p> <p>3 CCAA (Brest, Morlaix, Quimper avec 4 antennes)</p> <p>2 centres de postcure (Brest 45 places)</p> <p>1 CDDPA (Brest)</p>	<p>2 équipes de liaison (CH St Malo et CHU Rennes)</p> <p>3 unités d'alcoolologie (CH St Malo 4 lits, CHU Rennes 5 lits et CHGR 10 lits psy)</p> <p>5 CCAA (CHGR Rennes et CH Vitré, Redon, St Malo et Fougères)</p> <p>1 centre de postcure (Rennes 35 pl)</p> <p>1 CDDPA (Rennes)</p> <p>1 CIRRD (Rennes)</p>	<p>3 unités d'alcoolologie (CHBS Lorient 18 lits, CH Auray 20 lits, CHS St Avé 24 lits)</p> <p>1 hôpital de jour au CHS St Avé</p> <p>4 CCAA (Lorient, Pontivy, Vannes, Plo��rme��)</p> <p>2 centres de postcure (Guidel 40 places femmes et Lorient 30 places hommes)</p> <p>1 CDDPA (Vannes)</p>
Toxicomanie	<p>4 antennes du CSST de Rennes (St Brieuc, Lannion, Guingamp, Paimpol)</p>	<p>1 CSST (Brest) comportant le service de sevrage de l'intersecteur alcool, 4 appartements thérapeutiques, une antenne d'accueil et d'écoute et un centre méthadone</p> <p>1 CSST (Quimper)</p> <p>2 réseaux ville-hôpital (CHU Brest, CH Morlaix)</p>	<p>1 CSST (CHGR Rennes) comportant centre d'accueil avec centre méthadone, 10 lits d'hébergement, 3 appartements thérapeutiques, activité en milieu carceral, réseau ville-hôpital, unité d'injonction thérapeutique, permanences �� AIDS Bretagne, avec antennes �� St Malo, Fougères, Vitré</p> <p>1 équipe de liaison toxicomanie (CHGR Rennes)</p>	<p>1 CSST (Lorient) avec 1 antenne �� Vannes qui couvre aussi Auray et des permanences �� Pontivy)</p>
Tabacologie	<p>4 consultations de sevrage tabacique (association �� St Brieuc, CH pneumologie �� Lannion, Clinique St Luc �� Dinan, CHS alcoolologie �� Plouguernevel)</p> <p>1 centre de thalassothérapie de Perros Guirrec)</p>	<p>3 consultations de sevrage tabacique (CHU Brest (CHS et ORL) et CH Morlaix (pneumologie))</p>	<p>2 consultations de sevrage tabacique (Rennes CHU pneumologie et Clinique St Laurent)</p> <p>2 consultations de sevrage tabacique (CH St Malo en pneumologie et en cardiologie)</p>	<p>4 consultations de sevrage tabacique (CHBA Lorient en pneumologie, CHBS Vannes en alcoolologie, CH Plo��rme�� en médecine et Centre mutualisé de Kerpape �� Ploemeur en r��ducation cardiovasculaire)</p>

PLAN DE RENFORCEMENT DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE DE BRETAGNE ETABLI EN 2000

	COTES D'ARMOR	FINISTERE	ILLE ET VILAINE	MORBIHAN
Equipes de liaison	6 à créer dans les CH de : Lannion, Dinan, Guingamp, Paimpol, Pontivy-Loudéac	6 à créer : dans le CHIC de Quimper, dans les CH de Morlaix, de Quimperlé, de Carhaix, de Douarnenez, de Landerneau	à développer : les 2 équipes existantes à Rennes et à St Malo	3 à créer au : CHBS Lorient, CHBA Vannes, CH Pontivy-Loudéac
Unités d'addictologie	4 à créer dans les CH de : St Brieuc, Lannion, Paimpol, Pontivy-Loudéac			1 à créer au CH de Ploërmel
Hôpitaux de jour		3 à créer : au CHU de Brest, au CH de Morlaix, au CHS de Plouguernevel		4 à créer au : CHBS Lorient, CHA Auray, CH Pontivy-Loudéac, CH Ploërmel
CCAA ou antennes	3 à créer ou à ouvrir à : Dinan, Guingamp, Paimpol 2 à renforcer à : St Brieuc, Loudéac-Pontivy			1 antenne à ouvrir à Auray
Réseaux de soins addictions ou réseaux d'addictologie	5 à créer avec pôles hospitalier, ambulatoire, ville à : St Brieuc, Lannion, Guingamp- Paimpol, Dinan, Loudéac- Pontivy	3 à créer à : Morlaix, Quimper, Carhaix 1 à formaliser à Brest	1 à concrétiser à Rennes 1 à créer à St Malo	5 à créer ou à développer à : Lorient, Vannes, Auray, Pontivy, Ploërmel

2.3 Les offres de prise en charge dans le Morbihan : une nouvelle dynamique en déploiement

Le dispositif de prise en charge en addictologie du Morbihan est doté de structures spécialisées de base et présente des déficits similaires aux autres départements bretons en matière de réseaux d'addictologie. Sa présentation générale, assortie d'une cartographie (2.3.1), sera suivie de l'historique des structures (2.3.2) et de leur organisation respective (2.3.3) pour s'achever par une analyse détaillée du dispositif spécialisé (2.3.4).

2.3.1 Présentation de l'offre générale de prise en charge et sa cartographie

Dans le département du Morbihan qui compte 643 873 habitants en 1999, l'offre de prise en charge des conduites addictives s'est organisée autour des quatre bassins de population suivants : Lorient (259 101 h), Vannes (172 533 h) auquel est associé Auray (76 394 h), Pontivy-Loudéac (119 177 h) en commun avec le département 22 et Ploërmel (58 964 h).

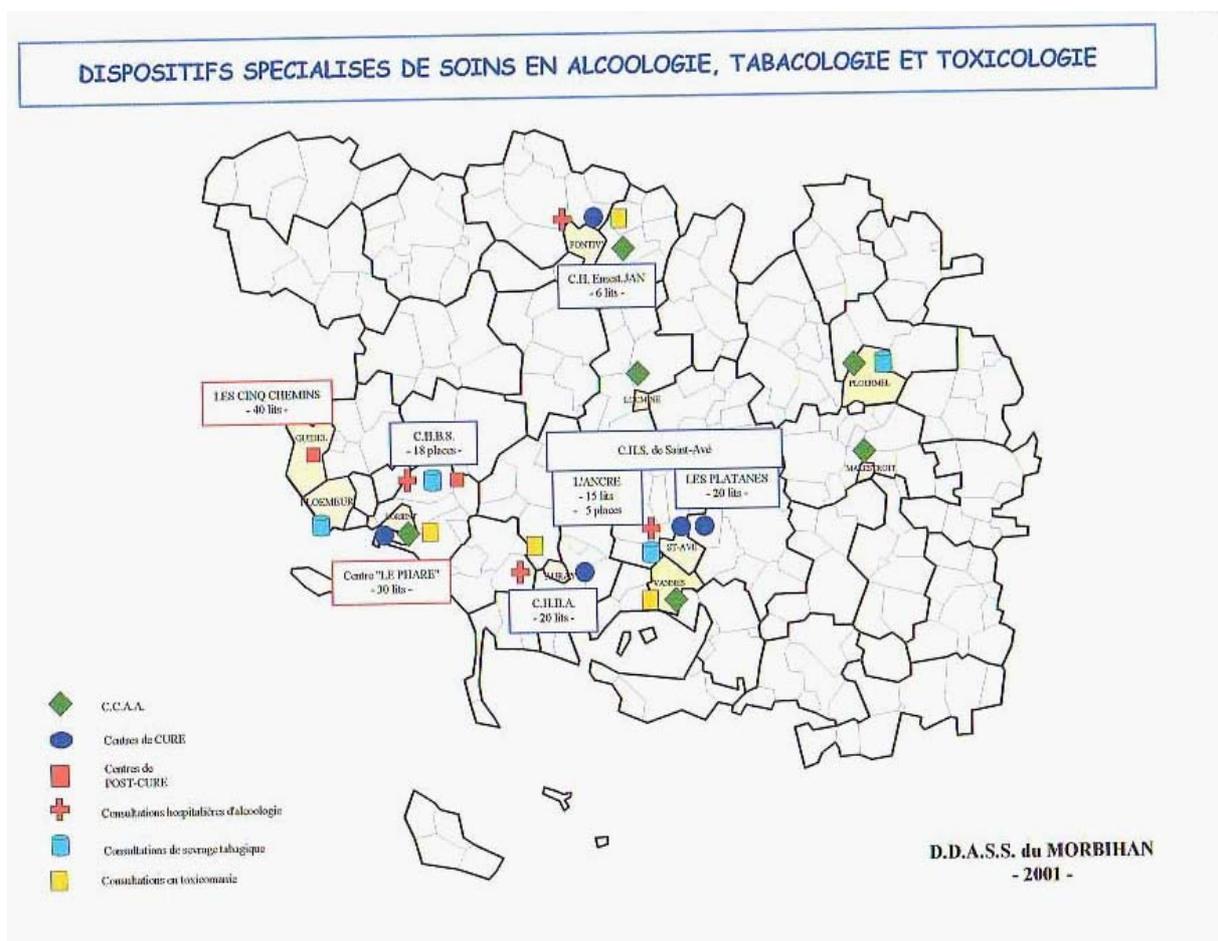
Chaque zone dispose de structure(s) hospitalière(s) et d'un CCAA. Le département compte un CSST à Lorient ayant une antenne à Vannes et une permanence de consultation à Pontivy. Il est également pourvu d'un centre départemental de prévention en alcoologie (CDPA) à Vannes et partage avec le Finistère les services du CIRDD interdépartemental dont le siège est situé à Brest.

Le dispositif est complété en alcoologie par trois unités d'alcoologie au CHBS de Lorient (18 lits), au CH d'Auray (20 lits), au CHS de St Avé (24 lits), d'un hôpital de jour au CHS de St Avé (10 places en pôle ambulatoire spécialisé), de deux centres de postcure dont l'un à Guidel (40 places pour femmes) et l'autre à Lorient (30 places pour hommes).

Les lieux de consultations de sevrage tabagique sont au nombre de quatre et sont situés à Vannes au CHBA en pneumologie, à Lorient au CHBS dans l'unité alcoologie, à Ploërmel au CH en médecine et à Ploemeur au centre mutualiste de Kerpape en rééducation cardiovasculaire. Depuis fin 2001, les CCAA du département proposent également des consultations en tabacologie.

La mise en place en 2001 du réseau d'addictologie sur le secteur trois (CHS Charcot, CHBS unité alcoologie, SPID, Ville de Lorient, CHRS Bellevue, les deux CH de Quimperlé et les deux centres de postcure) et la création supplémentaire en 2002 de trois équipes de liaison hospitalière en addictologie (CHBS de Lorient, CHBA de Vannes et CH de Pontivy-Loudéac) ont contribué à une nouvelle dynamique qui continue à se déployer.

Cartographie



2.3.2 Evolution historique des structures de soins ambulatoires, CCAA et SPID

Le dispositif morbihannais ne connaît un développement notable que depuis peu. Sa mise en place n'échappe pas à la forte tradition associative qui existe en Bretagne et l'historique respectif des deux associations, gérantes des structures de prise en charge en alcoologie et en toxicomanie dans le département, en est une bonne illustration.

Dans le Morbihan, comme dans tous les autres départements bretons, le problème de l'alcool est celui qui en premier a suscité des actions de prise en charge avec la création d'une association qui a évolué vers l'actuelle association des CCAA, spécialisée dans la prise en charge en alcoologie. Ce premier dispositif a été complété plus tard par des actions de prise en charge en toxicomanie qui se sont organisées avec la création de l'association « Soins- Prévention- Information- Drogues » (SPID).

2.3.2.1 L'association gestionnaire des CCAA 56

En 1957, un médecin sensibilisé au problème de l'alcoologie par un de ses patients, crée l'association qui, en 1970, ouvrira un centre d'hygiène alimentaire (CHA) à Lorient, suite à un rapport qui préconise au niveau national des consultations d'hygiène alimentaire pour promouvoir la prévention des risques en alcoologie. En 1972, l'association se transforme en association morbihannaise de diététique avec la mission de créer et de gérer les différents CHA du département.

En 1993, elle choisit une dénomination plus explicite et devient l'association des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) du Morbihan avant de prendre son appellation actuelle en 1998 (Association des CCAA du Morbihan), lorsque les CHAA sont devenues des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion qui a renforcé la prise en charge des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique et de leur famille.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) du 3 décembre 1998 leur donne une stabilité nouvelle grâce au mode de financement, par dotation globale versée par l'assurance maladie, qui vient consolider à point nommé la situation financière jusque là fragile de l'association, si bien que cette dernière présente en 2003 une gestion saine et même largement excédentaire.

La bi-polarité, zone côtière, zone intérieure, du département morbihannais a naturellement conduit l'association à un fonctionnement assurant à chaque catégorie de population, urbaine, rurale, une offre spécifique et de proximité. Le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) du 22 janvier 1999 a avalisé les quatre unités territoriales des CCAA gérée par l'association dont le siège actuel est à Lorient.

2.3.2.2 L'association gestionnaire du CSST : SPID

L'association SPID s'est créée en 1988 pour répondre aux problèmes de toxicomanie émergents dans le département, notamment lorsque l'épidémie de sida a révélé l'existence des personnes toxicomanes restées en marge des soins. En décembre 1997, elle est officiellement reconnue par le Ministère de la Santé comme CSST sans hébergement, avec les missions correspondantes de prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative des usagers de drogues.

L'évolution de SPID témoigne en filigrane du développement du phénomène des drogues illicites. C'est ainsi que de 1988 à 1991, elle a débuté par une permanence assurée par un psychologue, au centre social de la caisse des allocations familiales (CAF), une demi journée par semaine, et une intervention d'une matinée tous les quinze jours dans les deux maisons d'arrêt du département, situées à Ploemeur et Vannes.

De 1992 à 1995, elle s'installe à Lorient et recrute une secrétaire comptable en contrat emploi solidarité (CES) ainsi qu'une assistante sociale à un quart d'emploi temps plein (ETP) par contrat de ville pour cinq ans, tout en maintenant ses activités antérieures. A partir de juin 1996, les activités de l'association augmente sensiblement avec la signature d'une convention établie entre la DDASS du Morbihan, le centre hospitalier (CH) Charcot de Caudan, le centre hospitalier de Saint Avé et l'intersecteur psychiatrique l'Envol de Rennes. SPID élargit le temps de présence du psychologue en milieu carcéral avec des interventions hebdomadaires dans les deux maisons d'arrêt, sur le lieu d'accueil de Lorient et crée une permanence à Vannes. La convention lui permet également de bénéficier des vacations de deux infirmiers à raison d'une demi journée par semaine chacun et des vacations de trois médecins psychiatres mis à disposition par le CH Charcot de Caudan, à raison d'une permanence d'un médecin par quinzaine chacun.

Au cours de l'année 1997, SPID recrute un médecin généraliste pour une vacation de deux heures par semaine pour examen somatique sans prescription de substitution. En 1998,

SPID renforce son antenne de Vannes en recrutant une seconde assistante sociale à mi-temps qui assure également une permanence sociale à Auray. En 1999, le recrutement d'un deuxième psychologue et l'augmentation du temps de présence de l'assistante sociale permettent l'ouverture d'une permanence psychosociale à Pontivy. Au cours de l'année 2000, une vacation hebdomadaire supplémentaire de médecin psychiatre est mise en place à Lorient et l'association embauche un chargé de mission à mi-temps en vue d'organiser le fonctionnement global de la structure et assurer le lien avec les partenaires extérieurs.

En mars 2001, la permanence de Vannes est dotée d'une secrétaire à mi-temps et la présence du médecin généraliste est étendue à quatre heures hebdomadaires en vue d'apporter une réponse médicale aux prises en charge de l'équipe pluridisciplinaire, notamment pour le traitement par subutex, en application des textes et circulaires officiels publiés depuis 1993 et relatifs à la prescription et la dispensation des traitements de substitution, mais également pour seconder les médecins généralistes de ville dans les prises en charge similaires et problématiques, en référence à la circulaire du 31 mars 1995, entièrement consacrée aux traitements de substitution .

En décembre 2001, SPID franchit une étape importante avec la mise en place d'un pôle médical pour le traitement par la méthadone et recrute dans ce cadre un deuxième médecin généraliste (femme) et une infirmière, toutes les deux à mi-temps, ce qui permet dès avril 2002 les prises en charge de patients en traitement méthadone. Aujourd'hui, SPID a son siège à Lorient et gère l'antenne de Vannes et la permanence à Pontivy.

Sur le plan financier, la situation de SPID est nettement moins favorable que celle des CCAA et l'association a eu à connaître des moments très délicats au cours de l'année 2002. Les financements, en effet, qui lui ont été octroyés n'ont pas permis un fonctionnement normal : alors que le montant total de ses dépenses a atteint 417 558 euros, le montant total de ses recettes ne s'est élevé qu'à 382 826 euros, dont 202 788 euros provenant de la DGS (ligne 47-15-40) et 180 038 euros d'autres sources (SIDA, MILDT, contrat ville, etc.). Le financement de la DGS n'a en fait couvert qu'environ 50% des dépenses de fonctionnement alors qu'il aurait dû en couvrir 80%, si l'on se réfère à la moyenne nationale établie par la DGS elle-même. La situation financière de SPID était si proche de la catastrophe que son « sauvetage financier » a été un élément essentiel à l'origine de l'initiation de la démarche de rapprochement effectuée par la DDASS Adjointe.

2.3.3 Organisation des structures de soins ambulatoires, CCAA et SPID

L'organisation des deux structures est assez différente l'une de l'autre.

2.3.3.1 Organisation et fonctionnement des CCAA

Bien que gérés par une seule association, les quatre CCAA du département fonctionnent de façon autonome sur chaque site, sous la responsabilité d'un médecin généraliste et alcoologue, le plus souvent doté d'un diplôme universitaire (DU) en addictologie.

Les personnels des CCAA sont majoritairement des personnes recrutées à temps partiel, à l'exception de la personne responsable de la gestion financière de l'association dont le temps partiel a été transformé en temps plein depuis 2002 afin de pallier l'absence d'une responsable technique en congé maladie de longue durée. Au total, on compte quatorze personnes, représentant 7 ETP. Le circuit de prise en charge des consultants est le même sur tous les sites²⁴.

- Le CCAA de Lorient

Le site de Lorient dispose d'une équipe composée de trois médecins alcoologues, de deux infirmières et d'une secrétaire, installée dans des locaux loués par l'association. Il héberge le centre administratif et financier de l'association.

La secrétaire assure des permanences d'accueil tous les lundis, mardis, jeudis et vendredis pendant la journée (9H-12H et 13H30-17H), en binôme avec la personne responsable de la gestion financière lorsque la situation le nécessite.

Les médecins et les infirmières accueillent les consultants en alcoologie et en tabacologie, sur rendez-vous ou sans rendez-vous, durant les permanences de consultations, ouvertes les lundis et mardis après-midi (13H30-16H30). Une vacation hebdomadaire est assurée le vendredi matin au centre pénitentiaire de Ploemeur, par un médecin du service d'unité d'alcoologie sous contrat avec l'association gestionnaire.

²⁴ Cf. annexe 5 : Organigramme de la prise en charge des consultants des CCAA.

Les infirmières de l'équipe animent également un atelier thérapeutique dans le service d'alcoologie du CHBS, un atelier d'art thérapie au CCAA et un atelier de gymnastique.

- *Le CCAA de Vannes*

Le site de Vannes dispose d'une équipe composée d'un médecin alcoologue, d'une infirmière et d'une secrétaire, installée dans les locaux du centre médicosocial (CMS) loués par l'association.

La secrétaire assure des permanences d'accueil tous les lundis, mercredis, jeudis et vendredis matins (9H-12H) ainsi que les mardis toute la journée (9H-19H).

Le médecin et l'infirmière accueillent les consultants en alcoologie et en tabacologie les lundis matins (9H-10H30) et les mardis après-midi (17H-18H30). Une vacation est assurée par le médecin et l'infirmière à la maison d'arrêt de Vannes les mercredis matins. Le médecin effectue aussi des visites à l'hôpital, sur demande.

Des permanences sont tenues au CMS de Muzillac, en raison d'un samedi par mois pour les consultations et d'un mercredi par mois pour les entretiens thérapeutiques.

- *Le CCAA de Ploërmel*

Le site de Ploërmel dispose d'une équipe composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une secrétaire, installée dans des locaux loués par l'association.

La secrétaire assure des permanences d'accueil tous les lundis, les mardis, les jeudis et les vendredis matins (8H30-12H).

Le médecin et l'infirmière accueillent les consultants en alcoologie et en tabacologie tous les jeudis matins (9H-12H).

Des permanences de consultations sont organisées par le médecin sur Malestroit les troisièmes lundis matins de chaque mois (10H30-12H) et les premiers vendredis après-midi de chaque mois (17H-18H30) ainsi que sur Mauron et Guer une fois par mois sur rendez-vous.

- Le CCAA de Pontivy

Le site de Pontivy dispose d'une équipe composée de deux médecins alcoologues, d'une psychologue, d'un animateur en santé et d'une secrétaire, installée dans des locaux loués par l'association.

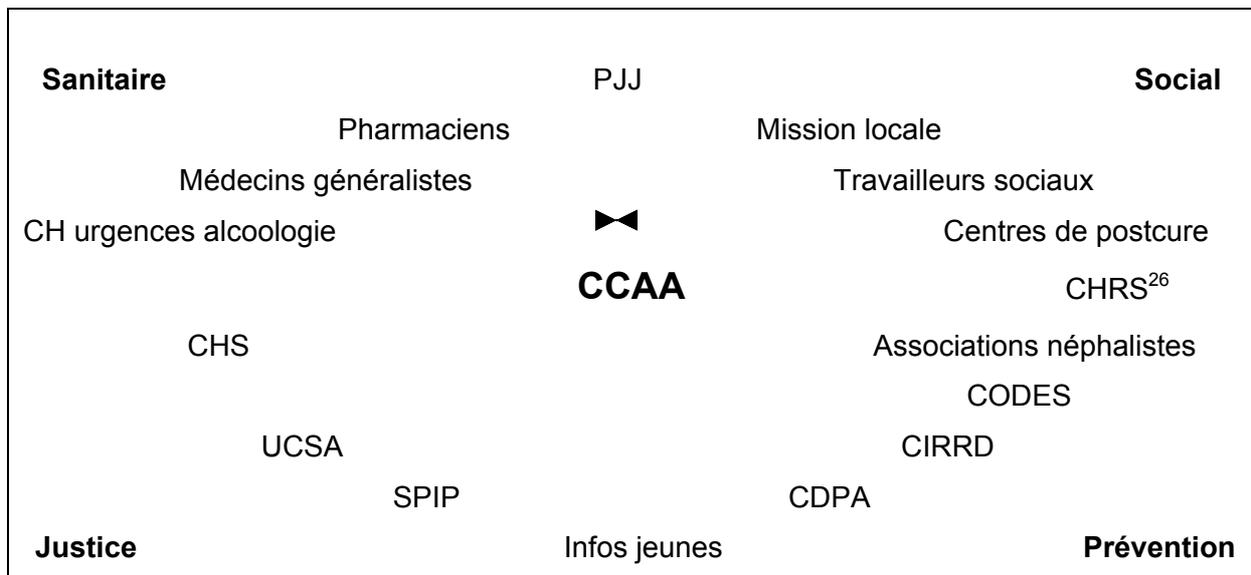
La secrétaire assure des permanences d'accueil tous les mardis aux vendredis matins (9H-12H) et tous les lundis et jeudis après-midi (14H-16H), en lien avec l'animateur en santé.

Les médecins et la psychologue accueillent les consultants en alcoologie et en tabacologie tous les lundis et les jeudis après-midi (14H-16H) ainsi qu'un samedi par mois sur rendez-vous.

Des permanences de consultations sont assurées à Locminé par les médecins, les vendredis sur rendez-vous et un samedi par mois sur rendez-vous également.

Les missions des CCAA les amènent très souvent à être en relation avec des professionnels de la santé, du social, de la justice et de la prévention. Les partenaires des CCAA constituent un réseau relationnel qui, schématiquement, pourrait être présenté ainsi :

Les partenaires des CCAA²⁵



²⁵ Source : document d'expertise ORSB mars 2003

²⁶ CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

2.3.3.2 Organisation et fonctionnement de SPID

On peut rappeler que l'association SPID gère l'unique CSST du département situé à Lorient, avec une antenne sur Vannes et des permanences à Pontivy. A l'instar des CCAA, le personnel de SPID est majoritairement recruté à temps partiel, à l'exception d'un psychologue et de l'assistante sociale de SPID, soit neuf personnes salariées représentant 5,2 ETP.

- Le CSST de Lorient

L'équipe de Lorient est constituée de sept personnes dont un chargé de mission, une secrétaire comptable, un psychologue, une assistante sociale, deux médecins généralistes et une infirmière. Elle est complétée par un personnel mis à disposition par le centre hospitalier Charcot de Caudan dans le cadre de la convention du 5 juin 1996. Il s'agit de trois médecins psychiatres effectuant chacun une vacation par semaine selon une rotation de trois heures par quinzaine et trois heures par semaine (soit 0,1 ETP), ainsi que de deux infirmiers spécialisés qui assurent chacun une vacation de huit heures par semaine (soit 0,2 ETP). L'équipe offre une prestation globale médico-psycho-sociale, avec un programme de substitution à la méthadone et à la buprénorphine²⁷.

Le CSST est installé dans des locaux propres loués par l'association et assure une permanence du lundi au vendredi, le matin de 9H à 12H et l'après-midi de 14H à 18H. Il peut accueillir sur rendez-vous en dehors de ces horaires d'ouverture. Le psychologue de Lorient assure une permanence à la maison d'arrêt de Ploemeur.

Depuis Mars 2003, un automate distributeur de kits de seringues, accessible 24H/24, est implanté dans la ville de Lorient, en partenariat notamment avec la commune, Aides 56 et la mutualité française.

- L'antenne de Vannes

L'équipe de Vannes est composée d'une psychologue et d'une secrétaire, travaillant toutes les deux à mi-temps. Elle est installée dans des locaux loués par l'association. L'assistante sociale du CSST venant de Lorient vient y assurer des permanences deux jours par

²⁷ Cf. annexe 6 : Prise en charge des usagers toxicomanes par SPID

semaine. L'équipe offre des prestations psychologiques et sociales, sans aucune prise en charge médicale.

Les permanences d'accueil sont assurées tous les lundis et jeudis de 9H à 12H30 et de 13H30 à 18H, tous les mardis et mercredis après-midi de 14H à 18H et les vendredis matins de 9H à 12H. Un accueil sur rendez-vous est possible en dehors de ces horaires.

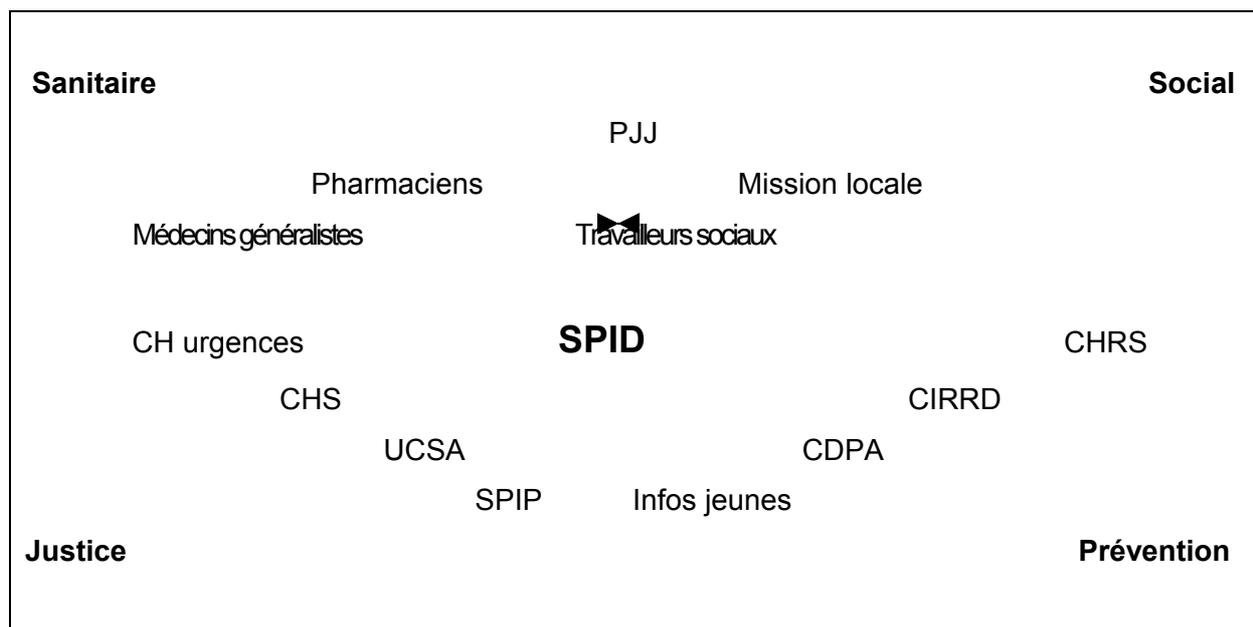
La psychologue intervient une fois par semaine à la maison d'arrêt de Vannes, les vendredis après-midi de 14H à 17H, et travaille en lien avec le médecin du CCAA de Vannes.

- La permanence de Pontivy

La permanence de Pontivy se limite à une vacation par semaine et est effectuée par le psychologue de l'équipe de Lorient, tous les mardis après-midi de 14H à 18H, dans une pièce mise à disposition par le CCAA de Pontivy. Les prestations offertes sont uniquement des prises en charge psychologiques.

Les missions du CSST géré par SPID amène l'association à avoir des relations avec quasiment les mêmes partenaires que les CCAA, ainsi que le montre le schéma ci-dessous :

Les partenaires de SPID²⁵



2.3.4 Analyse du dispositif de prise en charge : forces et faiblesses

Lors de la réunion organisée par la DDASS du Morbihan (DDASS Adjointe, IASS et MISP) le 16 janvier 2003, à laquelle étaient conviés les experts ORSB et CATALIS, un état des lieux²⁸ a été établi, mettant en regard les moyens humains des deux structures concernées par le rapprochement avec les pratiques et les prestations respectives de leurs différentes zones d'intervention. Cette mise à plat a permis de repérer les points de convergence mais également les particularités ainsi que les insuffisances dans le dispositif de prise en charge de personnes ayant des conduites addictives. Ce premier constat a fait l'objet d'une première analyse qui a été par la suite affinée et enrichie par les éléments d'observation de l'expert de l'ORSB et par ceux issus des investigations menées dans le cadre du mémoire. L'analyse, étoffée dans ses divers aspects, laisse apparaître plusieurs points d'observation :

- Au sujet des moyens en personnels des deux structures

√ L'équipe de professionnels de SPID à Lorient est diversifiée (médecin généraliste, psychiatre, psychologue, infirmière, assistante sociale, secrétaire) mais sa composition faite de trois médecins psychiatres et de deux médecins généralistes questionne sur la nécessité de nommer un médecin coordonnateur pour assurer la cohérence interne des activités de soins.

A vannes, l'hospitalisation en milieu psychiatrique est à ce jour la seule réponse proposée aux populations concernées par les dépendances, une médicalisation de la structure est donc nécessaire et appelle la mise en place d'un temps de médecin généraliste. Le temps de la psychologue requiert également d'être augmenté afin de renforcer la prise en charge psychologique en milieu carcéral, au vu notamment de l'allongement des délais d'intervention et des nouveaux besoins.

²⁸ cf. annexe 7 : Tableau de l'état des lieux de SPID et des CCAA, établi le 16.01.2003.

A Pontivy, la prise en charge des populations concernées repose sur une seule vacation hebdomadaire effectuée par le psychologue de Lorient. La situation de Pontivy soulève un certain nombre de questions : la psychologue de Pontivy ne pourrait-elle pas en effet assurer des vacations pour SPID ? Et ne serait-il pas plus pertinent également dans les prises en charge de parvenir à une meilleure collaboration avec le CH de Plouguernevel ?

Quant à Ploërmel, aucune présence de SPID n'est assurée. Y a-t-il des besoins ? Faut-il orienter les personnes vers Rennes ou vers Pontivy ? Ou bien serait-il plus judicieux de mettre en place une permanence de la psychologue de Vannes sur Ploërmel, à l'exemple de ce qui existe pour le psychologue de Lorient à Pontivy. Lors des entretiens, l'équipe du CCAA de Ploërmel a exprimé le souhait que soit mis en place une permanence assurée par la psychologue de Vannes pour faire face aux besoins qu'elle a pu repérer. Cela suppose alors d'étendre encore davantage le temps de la psychologue de Vannes.

Il existe en outre, au sein de SPID, un chargé de mission qui exerce des fonctions faisant partie de celles relevant d'un directeur mais sans en posséder toutes les qualifications. Cela pose, dans l'organisation de travail, le problème de l'absence d'un directeur qualifié, habituellement garant d'un bon fonctionnement de service. Ce manque n'est pas le seul identifié car il y a également un déficit en moyens humains pour faire face à l'augmentation de la file active de l'association. Une évaluation précise indique que les besoins en personnel de SPID devraient être augmentés à minima d'un poste de direction à 0,5 ETP, d'un temps de médecin généraliste à 0,5 ETP, d'un temps de psychologue à 0,5 ETP et d'un temps de comptabilité à 0,3 ETP. Par ailleurs, si l'on compare le ratio file active/ETP 2002 de SPID avec celui de la moyenne nationale établie par la DGS (46 patients pour un ETP), on s'aperçoit que les effectifs actuels de SPID qui sont à 5,8 ETP sont sous évalués et qu'ils devraient être à 14,5 ETP, soit un déficit de 8,7 ETP à combler pour assurer à l'association des conditions de fonctionnement viable.

√ Concernant les CCAA, on observe que si les équipes à Lorient et à Ploërmel sont plurielles (secrétaire, médecin, infirmière), il n'y a pas en revanche d'infirmière à Pontivy mais seulement une psychologue et aucun des CCAA n'a d'assistante sociale dans son équipe. On note une forte présence de médecins dans les CCAA : deux à Pontivy, trois à Lorient et un dans chacun des CCAA de Vannes et de Ploërmel. Par ailleurs, étant donné son fonctionnement en quatre sites autonomes, l'association n'a pas de directeur mais un responsable financier pour l'ensemble des CCAA.

- Au sujet des moyens en locaux des deux structures

Pour la majorité de leurs sites, les deux associations gestionnaires ont fait appel à la location. Leurs locaux, parfois exigus, ne présentent pas toujours une bonne fonctionnalité, notamment pour les espaces d'accueil du public. Il y a cependant un esprit convivial entre les équipes : à Pontivy, SPID utilise les locaux du CCAA pour ses consultations tandis qu'à Ploërmel, les locaux qui ne sont pas occupés à plein temps par le CCAA pourraient, sans inconvénient pour l'équipe en place, accueillir des permanences de SPID. A Vannes, le CCAA est installé dans les locaux du CMS, ce qui facilite les relations avec les assistantes sociales de secteur, mais le CMS espère à terme les reprendre pour son propre usage. Quant à l'antenne de SPID, elle est dans un local qui manque lui aussi de fonctionnalité.

- Au sujet des pratiques et des prestations professionnelles des deux structures

√ Concernant les activités individuelles, il existe des convergences dans les missions d'accueil, d'entretien, d'évaluation, d'orientation et d'écoute pour les secrétaires, les infirmières et les médecins généralistes (existence de protocole d'accueil dans les CCAA) ainsi que dans les activités thérapeutiques pour les deux dernières catégories. Les divergences se situent au niveau de la formation spécifique liée aux connaissances des effets du produit et des populations concernées. On peut noter l'implantation récente d'un automate à Lorient mais aussi souligner l'absence de centre de méthadone à Vannes et le refus du CH de St Avé de mettre à disposition un médecin psychiatre pour assurer une présence médicale à l'antenne de Vannes. Toutefois, sachant que le CH de St Avé a mis en place un intersecteur pour l'alcoologie et l'addictologie en 2001, faut-il créer un centre méthadone à Vannes ? Ou bien faut-il aider l'équipe de Vannes à développer une collaboration avec les réseaux d'addictologie et les EHLA ?

Les médecins et infirmières des CCAA se distinguent par leurs nombreuses activités sociales, notamment la mise en relation des personnes suivies avec les organismes sociaux, les démarches accompagnées vers les soins, la cure, la postcure. L'équipe du CCAA de

Vannes, par exemple, effectue des démarches accompagnées des personnes ayant des conduites de polyconsommation vers SPID.

√ Concernant les activités collectives, il existe aussi des convergences car les équipes des deux structures participent aux mêmes types de formations sanitaires et sociales, elles sont conviées aux mêmes groupes de réflexion dans le cadre du programme régional d'accès et de prévention des soins (PRAPS). Les professionnels des deux structures (psychologue, médecin, infirmière) réalisent des actions ponctuelles d'information et de sensibilisation en direction du monde scolaire (sauf à Ploërmel). Par contre dans les outils de repérage clinique, ceux des CCAA sont davantage formalisés qu'à SPID, à l'exception de ceux utilisés par les professionnels qui travaillent dans les deux structures. Par ailleurs, aucune prestation en postcure pour les toxicomanes n'existe dans le département. Ils sont orientés dans des départements voisins en cas de nécessité.

√ Quelques particularités existent et concernent des activités atypiques des professionnels qui travaillent dans les deux structures. En effet, les médecins psychiatres de SPID participent à l'animation du réseau d'addictologie et signent les protocoles des EHLA ; les professionnels des CCAA prennent part à des actions d'information pour la population dans le cadre du protocole d'intervention avec la justice, la prison, l'école nationale de police ; les professionnels de SPID collaborent avec le SPIP tandis que ceux du CCAA de Pontivy font des interventions en milieu scolaire autour du tabac.

- *Au sujet du réseau partenarial des deux structures*

Les deux associations travaillent en relation avec quasiment les mêmes partenaires sociaux et institutionnels, avec lesquels elles ont généralement instauré une bonne collaboration, à l'exception notable de celles qu'elles ont avec certains établissements de santé. En effet, mis à part le site de Lorient où il existe une bonne coopération avec le CHBS et le CHS Charcot, le partenariat avec les établissements de santé dans les trois autres sites (CHBA de Vannes et CHS de St Avé, CH de Ploërmel et CH de Plouguernevel pour Pontivy-Loudéac) appelle des efforts particuliers pour instaurer des relations de collaboration dans une confiance réciproque et parvenir à une meilleure complémentarité dans la prise en charge des patients.

Selon l'étude d'expertise produite par l'ORSB, tous les partenaires du champ de l'addictologie connaissent l'existence des deux structures de soins ambulatoires ainsi que les services d'alcoologie hospitaliers. Le réseau d'addictologie et les EHLA sont cependant mieux identifiés comme intervenants dans le champ des addictions que les services de psychiatrie. Les consultations de tabacologie sont moins bien connues car elles ne sont assurées par les CCAA du département que depuis fin 2001. Enfin, un manque de visibilité dans les missions des structures est ressenti par un certain nombre de partenaires.

- *Au sujet des files actives du dispositif de prise en charge*

Les points d'insuffisances relevés au fil de l'analyse se cumulent avec le constat de la hausse des files actives des deux structures sur les dernières années. La file active est même en très forte hausse pour SPID depuis l'ouverture du centre méthadone. Cette augmentation des files actives révèle également combien le recours au dispositif de soins est tributaire de l'offre. On observe que si les recours aux deux structures sont en partie de l'initiative des personnes (ou de leur famille) conscientes de leur usage nocif de substances psychoactives ou de leur dépendance, le plus souvent ils résultent des injonctions judiciaires, suite à des interpellations liées aux conduites en état d'alcoolisation (CEA) ou à des violences pour les CCAA, ou suite à des injonctions de soins en alternative au jugement en ce qui concerne SPID. On peut s'interroger sur le niveau d'information des populations concernant l'existence des structures et se demander également si le développement des réseaux et des EHLA ne pourrait pas contribuer à un meilleur accès au dispositif de soins ambulatoires pour les populations concernées.

Ce dernier point d'observation achève l'analyse détaillée du dispositif spécialisé. Celle-ci a fait ressortir les atouts et les faiblesses du dispositif et mis en lumière des éléments qui s'ajoutent aux constats issus des données épidémiologiques citées dans la première partie. Elle permet de dégager un argumentaire à l'appui du postulat de départ selon lequel le rapprochement des structures de soins ambulatoires est une démarche qui, non seulement met en œuvre des objectifs du plan triennal sur les conduites addictives dans le sens des orientations préconisées par la MILDT, mais sert aussi de cadre pour accompagner et soutenir les acteurs de santé dans leur action pour une meilleure qualité de prise en charge des populations accueillies. Ce développement fait l'objet de la troisième partie.

3 LE RAPPROCHEMENT : UNE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA MILDT AU SERVICE DE LA SANTE DES POPULATIONS SUIVIES

Bien qu'elle ait maintenu le principe d'addictologie dans la politique poursuivie en matière de lutte contre les drogues et les dépendances, la MILDT a pour le moment abandonné l'idée de créer des CSAPA dont la vocation aurait été de réorganiser les dispositifs spécialisés en alcoologie et en toxicomanie, en vue d'arriver à une unification de leurs statuts et de leurs financements. Le décret du 26 février 2003 retient toutefois la notion d'addictions associées et sous cet angle précis, la politique de la MILDT semble suivre deux axes que l'on retrouve dans le rapprochement qui est mis en oeuvre dans le Morbihan. Le premier axe, de nature sociopolitique, veut favoriser l'apprentissage des partenariats et renforcer les bases d'une culture commune en addictologie. En ce sens, l'accueil extrêmement favorable réservé dans le département à la démarche de rapprochement par les professionnels et les partenaires des structures de soins ambulatoires SPID et CCAA constitue un atout majeur (3.1). L'autre axe, de nature plutôt technique, porte sur les modalités de réalisation de cette volonté politique afin de parvenir à une organisation efficiente qui permettrait de dégager du temps pour mettre en place de nouvelles actions en vue d'améliorer la santé des populations concernées par les conduites addictives dans ses multiples dimensions. Il pose également la question du choix des instruments de l'évaluation de ces actions (3.2). A une autre échelle, le schéma régional des addictions fait également partie des modalités de réalisation et il importerait de pérenniser les actions dans le cadre qu'il propose (3.3). Enfin, le rôle d'interface du binôme IASS – MISP est à considérer dans l'économie générale du rapprochement car il est omniprésent (3.4).

3.1 Une démarche attendue par les professionnels de terrain

L'idée du rapprochement est de proposer un guichet unique aux personnes concernées par les conduites addictives. Les investigations et entretiens qui ont été menés sur le terrain auprès des professionnels des deux structures et de leurs plus proches partenaires mettent en évidence l'attente de ce rapprochement par les équipes concernées et la perception très

favorable qu'en ont leurs partenaires (3.1.1). Certaines difficultés sont exprimées et d'autres connues restent à surmonter (3.1.2). Mais dans l'ensemble, le climat d'ouverture d'esprit qui caractérise les professionnels rencontrés est déjà à l'origine des groupes de travail qui se sont constitués depuis dans les deux structures en vue de réfléchir sur les nouvelles formes d'organisation (3.1.3).

3.1.1 Existence d'une prédisposition au travail partenarial au sein des structures

Initié par la DDASS du Morbihan dans le cadre de son plan triennal de lutte contre les conduites addictives (2001-2003), le rapprochement suscite une forte adhésion fondée sur des atouts qui peuvent être identifiés à divers niveaux :

La majorité des personnes interrogées lors des entretiens ont répondu très favorablement à la question de savoir si un rapprochement était souhaitable, certaines avouant même leur hâte de le voir mis en œuvre tandis que d'autres tout en le souhaitant, sont demeurées sur la réserve quant à la manière dont il sera mis en œuvre. Aucune opposition farouche n'a été exprimée, car tous y voient beaucoup d'avantages au bénéfice des patients (un même lieu pour une meilleure prise en charge en terme de cohérence, de complémentarité et de rapidité) mais aussi des professionnels (intérêt pour la prise en charge des polyconsommations, mutualisation des compétences, clarification des missions de chacun) ainsi que des structures (meilleure visibilité pour les autres professionnels, gain de temps pour développer d'autres actions, notamment l'évaluation, efficience en gestion, mutualisation des moyens, simplification des contrats de travail avec convention collective unique, etc.). Pour un certain nombre, il existe des craintes de se voir imposer des modes d'organisation sans pouvoir y prendre part, ou encore des interrogations sur le type de rapprochement qui sera adopté (s'agira-t-il d'un rapprochement administratif ? d'une fusion totale des structures avec un rapprochement des soins ?...). L'idée de fusion a généré des craintes de licenciement chez certains, mais le climat général demeure assez serein.

Par ailleurs, dans leurs pratiques professionnelles, les entretiens et l'analyse le confirment, les équipes de CCAA et de SPID ont déjà tissé des liens de coopération très étroits puisque certains d'entre eux sont même interchangeables. En 2001, les deux structures ont en effet recruté, pour leur site de Lorient, un médecin et une infirmière qui travaillent toutes les deux à temps partiel au CCAA et à SPID. Des remplacements réciproques sont fréquents entre l'infirmière du CCAA et celle de SPID. Une collaboration étroite existe également à Vannes

entre le médecin du CCAA et la psychologue de SPID. Quant à Pontivy, c'est la secrétaire du CCAA qui gère les rendez-vous du psychologue de SPID. En outre, parmi les professionnels interrogés, aucun n'est opposé à s'investir dans la prise en charge d'addictions multiples, chacun ayant complètement intégré le concept de l'addictologie avec le phénomène de la polyconsommation. Nombre d'entre eux ont déjà un DU d'addictologie et d'autres sont demandeurs de formation en la matière. Leurs activités et leurs attitudes témoignent de la possibilité de réaliser une prise en charge selon une approche globale basée sur les conduites addictives dans le respect de l'approche spécifique du produit.

On peut aussi noter que les structures CCAA et SPID ont des membres communs. Le président de SPID, par exemple, est également trésorier des CCAA, de même que la responsable financière des CCAA est membre du conseil d'administration de SPID.

Par ailleurs les partenaires questionnés sur le sujet se sont très vite positionnés sur l'aspect de visibilité que le rapprochement pourrait apporter au dispositif par une redéfinition des missions, notamment par rapport à la prévention. Ils ont également souligné tous les avantages quant à la mutualisation des moyens et le gain en temps que cela pourrait dégager pour les structures en vue de les investir au bénéfice des patients.

Enfin, l'obstacle potentiel constitué par la différence de statuts entre les deux structures vient d'être levé avec la parution du décret du 26 février 2003 qui prévoit l'accès des CSST au statut d'établissement médico-social. Le dossier du CSST géré par SPID, en effet, a été avalisé par le CROSS le 22 mai dernier. SPID bénéficie en conséquence du nouveau mode de financement par dotation globale de l'assurance maladie, dès 2003.

Tous ces éléments révèlent une pratique partenariale existante qui ne demande qu'à être développée et plaident en faveur d'un rapprochement des deux structures de soins, avec une attente forte exprimée dans ce sens par les présidents des deux associations concernées.

3.1.2 Des difficultés repérées et reconnues

Plusieurs difficultés sont cependant repérées et concernent d'une part l'accueil des publics au sein des structures rapprochées et d'autre part la situation financière préoccupante de SPID.

Il ressort des entretiens qu'une attention toute particulière devra être portée à l'accueil des publics reçus. En effet, si les professionnels se sentent prêts à prendre en charge les différentes addictions qui peuvent se présenter, sous réserve toutefois d'acquérir la formation adéquate, ils sont la plupart plutôt réticents quant à envisager un lieu d'accueil commun avec une salle d'attente unique pour l'ensemble des publics accueillis. Pour deux d'entre eux, cet accueil commun ne poserait pas de problème et pour un autre cet accueil est possible à la condition que ce soit un lieu de passage et que la prise en charge soit quasi-immédiate. Pour la plupart cependant, un accueil commun avec plusieurs salles d'attente distinctes ou un accueil par alternance leur semblerait davantage envisageable. Cette position des professionnels de soins est confortée par les observations recueillies auprès du directeur du CDPA du Morbihan pour qui il est nécessaire de prendre en considération l'aspect culturel très spécifique des personnes dépendantes de l'alcool.

Concernant SPID, la situation financière de l'association demeure préoccupante. Toutefois, depuis que le CSST a accédé au statut d'établissement médico-social, on peut raisonnablement espérer une amélioration à court et moyen terme grâce au mode de financement par dotation globale de l'assurance maladie. Néanmoins, dans la mesure où l'assurance maladie reprend le financement des CSST sur la base des crédits versés par l'Etat, le point le plus délicat est de parvenir à obtenir dans le calcul de la dotation globale un « rebasage » à 80% des dépenses réelles de l'association, ce qui lui permettrait alors d'assainir très rapidement sa situation et rétablirait ainsi l'équité de situation avec les autres CSST habituellement financés à cette hauteur par l'Etat. Cette demande a été faite par le MISP, rapporteur dans le dossier présenté au CROSS. En tout état de cause, dans l'éventualité d'un « rebasage » progressif, et selon le type de rapprochement qui sera adopté par les deux structures, on pourrait envisager que la fragilité de la situation financière de SPID puisse s'adosser temporairement à un soutien financier des CCAA qui présentent une situation saine et excédentaire.

Bien qu'il faille rester très vigilant sur les difficultés évoquées qui ne sont pas des moindres, un certain optimisme est de mise car les groupes de réflexion se sont constitués au sein des structures à la satisfaction des professionnels des deux associations.

3.1.3 Réflexion sur une réorganisation des deux structures

L'amorce de cette nouvelle étape, qui concrétise une démarche vers le rapprochement, fait suite à la réunion du 21 février 2003 organisée par la DDASS (DDASS Adjointe, IASS et

MISP) qui a convié à une séance de travail les représentants des deux structures concernées ainsi que les deux experts, ORSB et CATALIS. Au cours de cette réunion, l'expert de CATALIS a apporté son appui méthodologique qui a permis de clarifier la démarche à suivre dans le déroulement des étapes à venir, par une définition précise du rôle de chacun des acteurs présents ainsi que par une explication sur la manière dont les différentes étapes doivent se dérouler pour permettre une implication de tous les professionnels mais aussi la validation de chaque étape par les structures au fur et à mesure de leurs choix d'organisation. Un tableau de synthèse²⁹ en a restitué la teneur. Selon les compétences propres à chacun, les groupes de travail auront à réfléchir sur les points suivants :

Partant de l'état des lieux établi par l'expert de l'ORSB, les groupes de travail auront à définir dans un premier temps le projet associatif souhaité par les structures, sachant que la vocation du projet associatif sera de rappeler les missions et les valeurs, de déterminer les grandes orientations des associations, leurs implantations, leurs publics et les prestations qu'elles prévoient pour les usagers.

Une fois ce projet établi, il conviendra alors aux responsables de déterminer au sein des structures les interlocuteurs par rapport aux différents projets relatifs au médical, à l'organisationnel et au service. Les usages mentionnent les conseils d'administration, la direction ou encore l'équipe professionnelle. Il apparaît déjà clairement à ce niveau que l'absence de direction au sein des deux structures est un maillon manquant pour l'organisation future. C'est un point sur lequel les professionnels interviewés se sont exprimés en faisant connaître leur souhait de voir se mettre en place une direction auprès de laquelle ils peuvent se référer dans le cadre de leur travail. Cette question est actuellement dans le camp de la DDASS qui doit donner son avis et désigner le cas échéant une personne dont l'idéal serait qu'elle puisse rester dans la structure fusionnée et d'asseoir ainsi une saine légitimité. Par ailleurs, les groupes doivent prévoir les modes d'articulations en interne et choisir des interlocuteurs qui seront en lien avec les intervenants externes (experts et DDASS).

La clarification quant à l'identité de ces interlocuteurs permettrait dans une étape suivante de définir le niveau du rapprochement ainsi que les porteurs des projets précités.

²⁹ Cf. annexe 8 : tableau de synthèse de l'intervention de CATALIS lors de la réunion du 21.02.2003.

Concernant le projet médical, le choix devra porter sur un garant du projet. Les structures peuvent opter pour une personne ou une instance de plusieurs personnes. Elles devront faire un choix sur le type de rapprochement qui leur semblera le mieux convenir, notamment entre une fusion « addictologie » ou deux projets distincts.

Les responsables des structures doivent également résoudre la question de la conduite du projet organisationnel. Ils doivent choisir à qui confier le pilotage de ce projet dont le but est généralement d'établir l'organigramme, de constituer les fiches de poste, de redéfinir les compétences, de construire un plan de formation, d'élaborer une politique salariale et des tableaux de bord. Ce projet répondrait en tous les cas au souhait de la plupart des professionnels de voir leurs missions clarifiées.

Quant au projet de service, il leur faudra aussi le confier à une personne ou à un groupe de personnes. Habituellement, cette tâche revient aux équipes professionnelles car il s'agit de créer les procédures, d'affiner les outils, d'établir les lieux de travail des équipes et de définir les besoins en gestion de ressources humaines.

Parallèlement à cette première organisation, des échéances doivent être prévues et un calendrier fixé pour le déroulement des opérations. L'établissement d'un échéancier devra être validé par les conseils d'administration de deux structures. L'expert de CATALIS a proposé qu'un duo organisation administrative et financière de son cabinet s'occupe dans un premier temps de mesurer l'écart entre l'état des lieux et le projet qui sera établi par les structures, puis de stabiliser un projet à partir des constats et de le proposer aux conseils d'administration, pendant que ces derniers s'attachent à élaborer l'échéancier pour permettre les échanges sur les questions, les réponses et les validations concernant les choix. Le médecin expert de l'ORSB s'est proposé quant à lui de maintenir la dynamique médicale, impulsée lors des réunions d'équipes des deux structures en novembre et décembre 2002, et d'accompagner les porteurs du projet médical.

Depuis cette réunion du 21 février, les groupes de travail se sont mis au travail, dans la dernière semaine du mois de mai, avec l'appui technique des experts de CATALIS, secondés dans la partie relative aux soins par l'expert de l'ORSB, la DDASS assurant un rôle d'accompagnement et de suivi général. Une nouvelle évolution structurelle du dispositif de soins ambulatoires en addictologie est donc en cours, concrétisant d'une certaine manière la mise en œuvre de la politique de la MILDT. Elle contient la promesse d'une plus value en terme d'amélioration de la qualité de la prise en charge et des pratiques professionnelles.

3.2 Une plus value pour une meilleure prise en charge des populations concernées par les conduites addictives

S'il appelle nécessairement une réorganisation administrative et celle de l'offre des soins³⁰, qui font l'objet de la réflexion des groupes de travail suivis par les deux experts mandatés par la DDASS, le rapprochement a pour finalité essentielle de mieux répondre aux besoins des populations concernées par les conduites addictives, en favorisant l'élaboration d'un projet thérapeutique plus ambitieux et par la même occasion un renouvellement des pratiques et des prestations professionnelles ou en confirmer de nouvelles. Trois pistes de travail peuvent être explorées et exploitées dans le département : l'amélioration de la prise en charge des patients, avec une attention particulière envers les populations les plus précarisées (3.2.1), le développement du partenariat avec les établissements sanitaires et des réseaux d'addictologie dans les trois secteurs sanitaires (3.2.2) et le renforcement de la prévention, en ciblant plus particulièrement la population des jeunes (3.2.3). Dans le cadre de cette réflexion, les actions qu'elles pourront inspirer devraient intégrer dès leur conception l'aspect de l'évaluation continue qui permettrait d'impulser une dynamique dans la promotion de la santé publique des populations suivies (3.2.4).

3.2.1 Amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes et de l'accès aux soins des populations les plus précarisées

L'amélioration de la prise en charge présente des enjeux à la fois individuels, si l'on considère la meilleure qualité des soins au bénéfice des patients, et collectifs, si l'on regarde à la qualité du dispositif et des professionnels. Elle passe par l'amélioration de plusieurs axes d'action dont la plupart font déjà l'objet de groupes de travail lancés au cours de la journée départementale sur les addictions³¹ organisée par la DDASS le 10 avril dernier

³⁰ Cf. Document d'étude de l'expert de l'ORSB.

³¹ La journée, organisée sous la responsabilité du MISP, en collaboration avec le CODES 56 et le CIRDD, a rassemblé plus de 150 personnes du champ de l'addictologie qui ont travaillé sur les thèmes des sept ateliers de réflexion proposés : information du grand public, formation des

et également mentionnés dans les divers plans triennaux. Il s'agit de mettre l'accent sur certains thèmes qui peuvent être repris plus spécifiquement dans le cadre du rapprochement.

La formation des professionnels peut être citée en premier lieu car dans le cadre du développement des polyconsommations, il est nécessaire d'assurer aux professionnels des formations adéquates pour une prise en charge de qualité des différentes addictions. Les professionnels rencontrés y sont unanimement favorables. Certains ont déjà une qualification en addictologie, d'autres en sont demandeurs. Le plan départemental avait pointé des insuffisances en matière de dépistage, de diagnostic, de protocole de prise en charge et d'évaluation des actions. Les fiches actions qui ont été établies sont à mettre en œuvre. D'un point de vue général, des formations qui permettraient le regroupement de plusieurs professions sur des thèmes communs (tels les modalités d'accompagnement des sujets alcoolodépendants après sevrage, des sujets toxicomanes suivis en traitement de substitution, des fumeurs en sevrage tabagique) favoriseraient des échanges sur des pratiques professionnelles et contribueraient à développer une culture commune en addictologie, hautement souhaitable pour les patients pris en charge, et plus particulièrement les patients polyconsommateurs.

L'accès aux soins est un deuxième axe tout aussi prioritaire qui peut être mis en œuvre par la valorisation et le développement des initiatives intéressantes qui existent déjà ou qui sont à réaliser pour les populations en précarité dans le travail du partenariat avec les CHRS, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) des hôpitaux et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Le plan départemental prévoyait de formaliser des conventions avec les centres de soins, les CHRS et les promoteurs d'action d'insertion, pour limiter l'accès aux drogues et à l'alcool et mettre en place des consultations avancées d'addictologie chez les dépendants. Ce sont là des actions à mettre en œuvre également. Dans la même logique, une meilleure information des différents publics (jeunes, familles, personnes en situation de précarité) ne doit pas être oubliée car elle est un vecteur important pour l'accès aux soins.

professionnels, offre de prévention, adaptation du système de soins, précarité et addictions, sport et santé, addictions et personnes sous main de justice.

Par ailleurs, un groupe projet pourrait être mis en place pour réfléchir sur des appels à projet, en lien avec les associations de soutien aux usagers de drogues illicites, concernant des formes de prise en charge encore inexistantes dans le département, telles les familles d'accueil ou les lieux d'accueil de proximité tels qu'il en existe au niveau national par exemple, afin d'accompagner et de faciliter la réinsertion sociale des personnes. Un partenariat plus étroit avec les associations néphalistes et les associations de lutte contre le tabac serait également un facteur favorable dans la qualité de la prise en charge, par l'accompagnement social rapproché qu'elles pourraient offrir. On peut citer dans ce cadre le rôle plutôt méconnu du médiateur pénal qui possède une dimension d'accompagnement social tout à fait originale. Enfin, il pourrait être envisagé de constituer d'autres articulations pertinentes relatives à l'aspect prévention, à l'exemple du CDPA qui a investi le secteur des petites et moyennes entreprises (PME).

La prise en charge en milieu carcéral requiert également l'attention. Actuellement elle s'effectue en lien avec le personnel de l'UCSA lors de l'incarcération, et avec le SPIP dans le cadre d'alternatives à l'incarcération ou pour préparer la sortie des détenus et accompagner la mise en liberté. Elle fait déjà l'objet de protocoles de prise en charge qui doivent être étendus, dans le cadre de la convention départementale d'objectifs Justice-Santé (CDO) préconisée par la circulaire du 17 juin 1999 et dans une optique d'amélioration du dispositif rappelée par la lettre interministérielle de 2001. Le partenariat qui existe déjà entre les différents acteurs dans ce domaine devrait pouvoir se développer par des actions de mieux en mieux concertées.

L'amélioration de la qualité des systèmes d'information sur les données épidémiologiques des addictions dans le département, enfin, peut être citée au nombre des actions à promouvoir car une réponse au plus près des besoins des populations concernées requiert une détermination des besoins la plus exacte possible. En ce sens, la création d'un groupe de projet local, qui serait composée de personnes volontaires pour un travail avec les acteurs du champ d'addictologie, le CIRDD et le CODES, en lien avec l'ORSB, pourrait contribuer à affiner ou à créer de nouveaux indicateurs utiles en la matière, notamment pour combler les insuffisances de recueil de l'opinion et des attentes des populations suivies.

3.2.2 Développement du partenariat avec les établissements de santé et des réseaux dans les trois secteurs sanitaires (3,4,8)

Une meilleure prise en charge des addictions repose également sur la qualité du travail de liaison et de partenariat avec les établissements de santé et les réseaux. Dans une perspective transversale que l'on retrouve au niveau local dans le plan départemental, la MILTD avait prévu le renforcement du dispositif de soins en invitant les équipes hospitalières de liaison en addictologie (EHLA) et les réseaux villes à élargir leurs compétences à l'ensemble des addictions.

Concernant les liens avec les établissements de santé, on peut noter le fort engagement du CHS Charcot qui consacre des moyens en personnel à SPID et qui a aussi inscrit dans son projet d'établissement pour 2003-2007 le renforcement de la prise en charge des comportements addictifs. Toutefois, ainsi que cela a été pointé dans l'analyse, les relations avec les établissements de santé ne sont pas toutes aussi constructives et l'objectif de développement serait de rechercher les améliorations dans les relations avec les centres hospitaliers de Vannes, de Ploërmel et de Plouguernevel. C'est une démarche qui reste tributaire de la bonne volonté des professionnels rencontrés mais qui demeure nécessaire malgré la patience qu'elle requiert.

Les réseaux de professionnels permettent, quant à eux, de susciter de nouvelles approches et de diminuer les résistances interdisciplinaires et interprofessionnelles, en prenant réellement en compte l'individu et son rapport au produit quel qu'il soit. Concernant les réseaux, il en existe trois, principalement mis en place à Lorient :

- le Réseau des Intervenants en Toxicomanie (RITM), créé en 1997 par un médecin généraliste lors de la mise en place du programme de substitution SUBUTEX, rassemble des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmières,...) mais il est en veille depuis un an.
- un réseau non formalisé, mais actif, des intervenants en addictologie, réunit des professionnels des différentes structures et est animé par un médecin psychiatre mis à disposition à SPID par le CHS Charcot de Caudan. Ce réseau a édité un agenda des structures d'addictologie et travaille à une étude autour de la qualité de vie ressentie par les patients.

- enfin, un réseau d'addictologie de liaison pour le secteur sanitaire 3, animé par un médecin, a été mis en place avec des moyens propres à partir du CHBS.

Ces réseaux sont complétés par les EHLA des secteurs sanitaires 3 (Lorient-Quimperlé), 4 (Vannes-Auray-Ploërmel) et 8 (Pontivy-Loudéac) qui se sont mises en place très récemment, selon des modalités différentes et avec plus ou moins de difficultés pour certaines. Leur rôle d'interface pour le développement des liens avec les dispositifs de prise en charge hospitaliers et spécialisés est primordial dans le repérage précoce des personnes en difficulté avec les dépendances aux drogues, pour offrir une information de qualité et une orientation vers un parcours de prise en charge satisfaisant pour ces dernières.

Le développement des réseaux de liaison hospitalière et des réseaux ville peut consister dans l'immédiat à aider à la réactivation du réseau RITM, qui vient d'avoir un nouveau président, en les sollicitant notamment à participer à des groupes de travail existant, ou encore à aider à la consolidation des EHLA encore fragiles dans leur nouveauté mais qui sont animées par des professionnels très motivés.

Dans ce sens, le réseau d'addictologie du secteur sanitaire 3, s'il était formalisé, pourrait apporter aux différents partenaires un soutien appréciable en fédérant les logiques des divers acteurs publics et privés et en assurant leur cohérence. Une fois structuré, le réseau pourrait étendre son savoir-faire aux secteurs 4 et 8.

On peut également envisager que l'ensemble des réseaux et des structures d'addictologie existant dans le département se mobilise et se constitue en association type loi 1901 en vue de solliciter des financements pour des moyens humains, administratifs et financiers, sur la base d'un projet favorisant les coopérations, les échanges de savoir-faire et la mutualisation des moyens et des outils thérapeutiques. La capitalisation des compétences serait démontrée par des apports en terme d'amélioration de la qualité de soins, par exemple, par un projet de création d'un dossier unique. Un tel dossier pourrait obtenir des financements du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Cette proposition s'inspire directement de l'entretien avec le professeur Venisse qui avait mentionné l'existence d'une association qui regroupe toutes les structures d'addictologie en Loire Atlantique.

Outre une meilleure coordination en faveur de la prise en charge du patient et un meilleur accès pour les populations concernées, ces réseaux peuvent aussi contribuer à développer une culture commune sur les addictions favorisant la prévention.

3.2.3 Renforcement de la prévention dans le département, en ciblant plus particulièrement la population des jeunes

Les orientations interministérielles en matière de prévention restent d'actualité car elles reposent sur les cinq axes que sont la professionnalisation des acteurs de la prévention, le développement des comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté (CESC) dans les établissements scolaires, l'amélioration de l'accès aux structures d'écoute à l'égard des adolescents et de leurs parents, le renforcement des objectifs préventifs du traitement judiciaire de usagers de drogues et enfin, le développement de la politique de réduction des risques. Dans le plan départemental, ces thèmes ont été réfléchis et adaptés à la situation locale, avec une attention particulière envers la population des jeunes. Il s'agit, là encore, de les mettre en œuvre.

Dans le Morbihan, il n'y a pas de lieux d'accueil spécifiques, identifiés et structurés pour écouter et accueillir les jeunes et leurs parents. Or les données statistiques montrent que les comportements et les fréquences de consommations des jeunes sont inquiétants. Le plan départemental prévoit en conséquence de susciter la création d'un ou de plusieurs points d'écoute, soit téléphonique, soit aménagé en lieu d'accueil et d'orientation, mais aussi de renforcer les capacités en la matière dans les missions locales, et enfin, d'expérimenter la création de postes d'animateurs territoriaux de santé. A ce jour, certains de ces projets sont encore en attente de réalisation.

Un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) existe entre un collège et trois écoles du secteur de recrutement, avec un comité de pilotage constitué d'un inspecteur primaire de circonscription, du principal de collège, des directeurs des écoles concernées, d'enseignants volontaires, d'élèves et de parents ainsi que de partenaires extérieurs. Un projet sur une durée minimale de trois ans est en cours qui a pour finalité de poser un diagnostic, de définir quelques objectifs prioritaires et un certain nombre d'actions concertées, de les mettre en œuvre puis d'en faire une évaluation. Ce travail pourrait par la suite être étendu selon les résultats obtenus.

D'un autre côté, compte tenu de l'augmentation des usagers de drogues illicites parmi lesquels un nombre important de jeunes, un effort particulier est à faire concernant la diffusion de la politique de réduction des risques. Elle peut consister dans un premier temps à étendre la mise en place de distributeurs de seringues dans les lieux publics là où il n'y en a pas encore, à Vannes notamment. Elle peut aussi se traduire par une meilleure information

concernant les lieux d'information existant (site internet vivajeunes.org., par exemple) ou les lieux de dépistage tel le centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Dans le cadre d'une prévention primaire qui prévoirait d'agir sur l'environnement social et culturel, il pourrait être envisagé de créer des groupes d'échanges entre les parents et de favoriser, à fréquence raisonnable, la tenue de débats et d'information locales, avec des témoignages de vécus et la participation de professionnels et d'élus.

Dans le cadre d'une prévention plus générale et plus transversale, outre les partenaires habituels, un partenariat plus rapproché avec des acteurs de la sécurité routière, du monde du travail (médecine du travail notamment), des élus locaux pourrait être envisagé pour des actions concertées en la matière. Cette concertation élargie pourrait par ailleurs être prévue dans le cadre des actions territoriales qui, si elle est suffisamment organisée, pourrait s'intégrer dans un projet territorial plus vaste bénéficiant de financements du fonds social européen (FSE). Elle favoriserait une culture de référence commune à tous par le développement d'actions de communication et de prévention communes qui encouragerait la réflexion et la compréhension sur les comportements de consommation et sur les similarités des mécanismes de dépendance. Elle pourrait être une dynamique pour l'information et la formation du grand public.

Toutefois, d'une manière générale, une bonne stratégie de prévention ne va pas sans une évaluation des actions entreprises.

3.2.4 Mise en place d'une évaluation continue des actions entreprises pour une promotion dynamique de la santé des populations suivies

Une étude récente sur l'évaluation de la prévention des conduites alcooliques et toxicomaniaques chez les jeunes au Québec³², en repérant les grands axes des multiples stratégies de prévention, a confirmé que les projets de prévention les plus prometteurs comportent des actions variées, complémentaires et concomitantes et ce, sur plusieurs facteurs de risque. Selon cette étude, il importe de conjuguer information et sensibilisation,

³² Cf. VENISSE JL., BAILLY D., REYNAUD M. *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle préventions ? Édition Masson*. 2002. Pages 187-196.

de développer les habiletés personnelles et sociales ainsi que celui de l'estime de soi, d'accroître la capacité à résister aux pairs et de renforcer les actions axées sur la famille ou la communauté.

Une meilleure intégration de la démarche d'évaluation de toutes les actions serait un investissement judicieux pour construire une logique d'action au plus près des besoins des populations concernées. La mise en place d'un groupe projet qui travaillerait spécifiquement sur cette question en lien avec les différents groupes de travail en place permettrait d'approfondir les recherches sur les indicateurs les plus pertinents en les harmonisant avec des indicateurs existants. Il pourrait s'agir d'un même groupe de réflexion sur les indicateurs de base de données, d'évaluation et de suivi, en lien très étroit avec le CIRDD et l'ORSB, en impliquant des personnes pour qui la plus value des évaluations serait la plus utile afin de créer la bonne dynamique.

L'instrumentation dans le cadre de l'évaluation des conduites addictives pourrait s'inspirer des travaux déjà effectués dans d'autres régions en France ou Outre Atlantique. Dans le Nord Pas de Calais, par exemple, il existe un guide pratique 2003 pour les porteurs de projet des actions de PRS, parmi lesquelles des actions relatives aux conduites addictives. Ce guide propose des repères en matière d'évaluation, de suivi et de communication pour que les actions gagnent en efficacité (conseils, repères sur les pourquoi ? pour qui ? de quoi ? quand ? par qui ? à quel coût ? cahier des charges, objectifs, etc.).

Concernant plus spécifiquement les jeunes, l'expérience du Québec³¹ peut être prise comme référence. L'équipe de recherche du Québec a développé deux instruments d'évaluation des clientèles toxicomanes à la demande et avec la participation des organismes venant des milieux scolaires, de santé, des services sociaux et du monde communautaire. Il s'agit de deux outils complémentaires :

- Le premier est une grille de dépistage des problèmes de consommation d'alcool et de drogue chez les adolescents³³. A partir de six questions touchant la fréquence de consommation selon les substances, la précocité de la consommation régulière, le volume d'alcool par occasion, l'utilisation des seringues et un certain nombre de problèmes associés, la grille permet d'effectuer rapidement une typologie graduée en termes de jeunes : sans problèmes, avec problèmes en émergence, ou avec problèmes

³³ Cf. annexe 9.

évidents. Pour chacune des catégories, une action est suggérée, la dernière proposant l'orientation vers une ressource spécialisée et une prise en charge de l'adolescent dépisté.

- Le second instrument, appelé l'indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (IGT/ADO), est une entrevue structurée utilisée par les intervenants en milieu d'intervention spécialisée. Il permet d'évaluer l'importance de la consommation d'alcool et des autres drogues ainsi que la gravité d'une série de facteurs associés à cette consommation (santé physique, état psychologique, situation familiale, scolaire, économique, délinquance, loisirs, relations interpersonnelles). Il sert à orienter les jeunes vers les ressources adaptées le cas échéant mais il permet aussi de définir et d'évaluer les plans d'intervention clinique.

Outre leur fonction clinique, ils constituent également des instruments de recherche qui permettent la mise en place de programmes de surveillance épidémiologique à divers niveaux. Les milieux scolaires l'utilisent à deux fins complémentaires : d'une part pour le dépistage des jeunes présentant des problèmes de consommation excessive, afin de leur offrir des ressources d'aide et de référence, et d'autre part dans le cadre d'activités de promotion de saines habitudes de vie, pour susciter une prise de conscience des méfaits associés à une utilisation inadéquate d'alcool et de drogues et amorcer avec eux la discussion sur les questions de toxicomanies. Une telle opération a été menée à Nantes auprès d'élèves d'un lycée.

L'évaluation requiert une formation solide des professionnels qui doivent tenir compte de certains paramètres tels que prévoir des objectifs mesurables dès le début de la conception d'une action ou d'un programme de prévention, utiliser des groupes de contrôle, prévoir des séances de rappel ou utiliser des instruments de mesure validés. Une tâche particulièrement importante consiste également à diffuser les résultats de façon à permettre la réorientation des actions, de mieux comprendre les enjeux et d'éviter un certain nombre d'erreurs, tout en facilitant l'accès aux connaissances acquises.

De telles démarches présenteront d'autant plus d'intérêt qu'elles viendraient s'inscrire dans la perspective du schéma régional d'addictologie préconisé par la DNO de 2003.

3.3 Une perspective de pérennisation et de développement des actions dans le cadre du schéma régional d'addictologie

Si le rapprochement est porteur des propositions d'actions et d'évaluations que l'on vient d'évoquer, le schéma régional d'addictologie, lui, pourrait les avaliser et les rendre pérennes dans un cadre élargi. Les principaux champs d'action concernés seraient les réseaux (3.3.1), la formation des professionnels (3.3.2) ainsi que la prévention (3.3.3).

3.3.1 Les réseaux d'addictologie interdépartementaux ou régional

Il est possible d'envisager à moyen terme, dans le cadre du schéma régional, la création d'un réseau départemental d'addictologie, en lien avec les autres départements de la région Bretagne pour diversifier les réponses de prise en charge et améliorer leur qualité. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en effet, a introduit une nouvelle définition des réseaux de santé en réunissant tous les réseaux existants (hospitaliers et libéraux) sous un même concept de mode d'organisation visant à faire collaborer la ville, l'hôpital, le médical et le social. Dans la même année, la loi de financement de la sécurité sociale a instauré une dotation nationale pour le développement des réseaux (DNDR dite 5^{ème} enveloppe) dont une répartition entre les différentes régions est prévue chaque année. Le cadre réglementaire posé par les décrets du 25 octobre et du 17 décembre 2002 permet de se référer à des critères pertinents pour présenter des dossiers solides en vue de demander le financement des projets de développements de réseaux.

A plus long terme, la région pourrait même s'inspirer du modèle du cap réseaux³⁴ qui existe en Rhône-Alpes pour instaurer un guichet unique qui serait un lieu de dépôt des projets de réseaux et un lieu d'expertise unique, sur la base d'une charte de partenariat.

3.3.2 Une organisation concertée de la prévention avec les autres départements

L'élargissement de la démarche de prévention peut s'appuyer sur la réflexion régionale, elle-même fondée sur les grandes orientations du plan triennal de la MILDT. Cette réflexion s'est

³⁴ Cf. CAP Réseaux Rhône-Alpes. Rapport d'activité 2002.

déjà en partie concrétisée dans le plan régional et interdépartemental de prévention et de prise en charge des conduites addictives 2001-2003 en vue de promouvoir une démarche de prévention axée sur les comportements de consommation des substances psychoactives. Il s'agit d'aider les acteurs de prévention à développer les réponses adaptées à l'évolution des modes de consommation, y compris dans le milieu carcéral, d'organiser les actions de prévention en associant les parents, en mobilisant les établissements scolaires, en prévoyant des actions de prévention spécifiques dans les lieux fréquentés par les adolescents et les jeunes adultes hors temps scolaire, en assurant une présence dans les lieux festifs et les raves et cibler également les lieux d'apprentissage et de formation professionnelle.

3.3.3 Une mutualisation régionale des moyens en formation

Dans la même optique, la mutualisation régionale des moyens en formation peut se référer au programme du plan régional qui prévoit de créer un corpus de connaissances commun à tous les acteurs en mettant en place une formation commune à tous les acteurs qui leur permettrait de se poser les bonnes questions au bon moment et également, d'améliorer la formation initiale et continue des médecins et des pharmaciens. Une place particulière devrait être réservée à la formation des professionnels à l'évaluation des actions.

3.4 Le rôle du binôme IASS – MISP dans l'économie du rapprochement des structures spécialisées en addictologie

Dans l'économie du rapprochement, le rôle d'interface du binôme IASS – MISP s'impose par la complémentarité de leurs fonctions réciproques. Tous deux sont porteurs de la politique nationale et ont un rôle de relais auprès des acteurs de terrain. Sous l'autorité de la DDASS adjointe, le binôme participe à la détermination du sens de l'action professionnelle et la mise en perspective avec les niveaux régional et national lui permet des comparaisons et le repérage des évolutions possibles. Ainsi en a-t-il été de la démarche de rapprochement initiée pour promouvoir la politique gouvernementale. La DDASS a joué son rôle et a su mobiliser les partenaires concernés dans une concertation qui favorise l'implication des professionnels de terrain.

CONCLUSION

L'étude sur le rapprochement des structures de soins ambulatoires CCAA et CSST dans le Morbihan a été l'occasion de découvrir un champ d'action extrêmement vaste et complexe, mais aussi de connaître des professionnels de terrain très engagés et majoritairement acquis au principe d'addictologie qui sous-tend toute la politique de lutte contre les conduites addictives.

Pour accompagner la réflexion que ceux-ci entreprennent dans le cadre du rapprochement, des pistes de réflexion ont été proposées, qui s'appuient à la fois sur des propositions existantes, le plus souvent non encore exploitées, et sur des expériences en France et d'ailleurs. Elles sont loin d'être exhaustives mais peuvent présenter une contribution modeste et profitable aux professionnels rencontrés.

Dans l'ensemble, l'esprit partenarial d'un grand nombre augure favorablement un développement à venir de la culture commune et l'apparition de nouvelles pratiques professionnelles. La question des financements peut constituer un frein dans la mise en œuvre efficace des mesures ou des actions mais une mise en synergie des compétences peut également aider à surmonter certaines difficultés.

L'information et la formation du grand public restent un vaste chantier pour permettre une meilleure compréhension de cette nouvelle approche comportementale des problèmes liés aux dépendances aux drogues licites et illicites, et pourraient bien être un champ d'action intéressant dans le cadre d'un partenariat transversal s'appuyant sur un projet territorial.

D'autant que ces actions de lutte contre les conduites addictives s'inscrivent en matière de promotion de la santé dans un champ élargi qui requiert une intégration de la logique de santé dans la sécurité publique, un renforcement de la lutte contre les trafics de stupéfiants et le développement d'une action européenne et internationale.

Bibliographie

ARTICLE DE PRESSE

- **INSERM.** *Alcool : dommage sociaux, abus et dépendance.* Expertise collective. Dossier de presse. 25 février 2003.

MEMOIRES

- **BOUILLIN D.** *Les équipes hospitalières de liaison en addictologie : mise en place du dispositif dans le département d'Ille et Vilaine, bilan et perspective.* Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique. Médecin Inspecteur de Santé Publique. 2002.
- **BOUHAFS R.** *La prise en charge médico-sociale des personnes en souffrance avec l'alcool au sein des centres d'hébergement de Paris.* Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique. Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales. 2002.

OUVRAGES

- **ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE.** Documents des restitutions du pôle n°6 : populations, politiques et logiques d'intervention. 2002/2003.
- **ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE.** *Indicateurs de suivi des conduites addictives en région Bretagne.* Module interprofessionnel. 2001.
- **ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE.** *Pour une politique française efficace contre le taabagisme.* Module interprofessionnel. 2002.
- **MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE – COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE.** *Drogues, savoir plus risquer moins.* Edition avril 2000. 146 p.
- **OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES.** *Drogues et dépendances.* Indicateurs et tendances 2002. 368 p.

- **REGION DES PAYS DE LA LOIRE.** *Réflexion – action d’information et de formation en toxicomanies de la région des Pays de la Loire.* Synthèse des rencontres départementales relatives aux dispositifs en « addictologie ». Avril 2002.
- **VENISSE JL., BAILLY D., REYNAUD M.** *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle préventions ?* Édition Masson. 2002. Chapitre I.1 à 4, chapitre III.9,11 et chapitre IV.16,17,19,22,23.

REVUES

- **BADEYAN G, MOUQUET MC, VILLET H.** Les risques d’alcoolisation excessive des patients ayant recours aux soins un jour donné. *ADSP.* Rubrique addictologie. Septembre 2002. N° 40. pp 11-16.
- **JAYLE D.** Développer sur le terrain une culture commune de lutte contre les dépendances. *Alcool Actualités.* Janvier/février 2003. N°11. 1p.
- **LECOURT M, LEGEAI A, HOPPE G et al.** Dossier LFI-LFSS 2003 : un nouvel élan pour la santé et la solidarité. *Acteurs Magazine.* Décembre 2002. n°71. pp 13-16.
- **POLOMENI P.** Dossier : usages de drogues et toxicomanies. *ADSP.* Mars 1998. N°22. pp. I-XLIV.
- **ROUAULT T.** « Législation » ; « Prévention ». *Revue Toxibase.* Septembre 2002. Trimestriel. n°7. pp 15-22.
- **SARLON E.** Loi de programmation en santé publique, contribution du HCSP. *ADSP.* Décembre 2002. N°41. pp 4-5

RAPPORTS D’ACTIVITES

- **CENTRE DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE.** Rapport d’activité. 2002.
- **COMITE DEPARTEMENTAL D’EDUCATION POUR LA SANTE.** Rapport d’activité. 2002. Extraits.

- **SOINS PREVENTION INFORMATION DROGUES.** Rapport d'activité 2002
- **SERVICE PENITENTIAIRE D'INSERTION ET DE PROBATION.** Rapport d'activité 2002. Extraits.

RAPPORTS FINANCIERS

- **CENTRE DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE.** Rapports financiers. 2001 et 2002
- **SOINS PREVENTION INFORMATION DROGUES.** Rapports financiers. 2001 et 2002

RAPPORTS ET TEXTES OFFICIELS

- **DIRECTION DEPARTEMENTAL DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DU MORBIHAN.** Cadre du plan triennal de prévention et de lutte contre les conduites addictives dans le département du Morbihan. 2001/2002.
- **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE ET MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.** Circulaire n°2003/36 du 16 janvier 2003. *Directive nationale d'orientation relative au plan d'actions 2003 de services déconcentrés DRASS-DDASS en matière de santé et d'actions sociale et à l'allocation de ressources pour l'exercice 2003.*
- **MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE.** *Réflexions sur les Aspects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions* – septembre 2001 – 37 p.
- **MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. DIRECTIONS DEPARTEMENTALES ET REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA BRETAGNE.** *Plan régional et interdépartemental de prévention et de prise en charge des conduites addictives. 2001/2003.*
- **OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE DE BRETAGNE** - Rapport sur le renforcement des coopérations entre les structures de soins ambulatoires en alcoologie et en toxicomanie dans le département du Morbihan - mars 2003.

SITES INTERNET :

- **CFES** : www.cfes.sante.fr
- **DOCUMENTATION FRANCAISE** : www.ladocumentationfrancaise.fr
- **ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE** : www.ensp.fr
- **LEGIFRANCE** : www.legifrance.gouv.fr
- **MILDT** : www.drogues.gouv.fr
- **OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES** : www.ofdt.fr
- **OBERVATOIRE REGIONAL DE SANTE DE BRETAGNE** : www.orsb.asso.fr
- **SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE** : www.alcoveb.com

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien et synthèses des entretiens

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 3 : Liste des réunions et des visites

Annexe 4 : Les sources d'information de l'OFDT

Annexe 5 : Organigramme de la prise en charge des consultants des CCAA

Annexe 6 : Prise en charge des usagers de drogues par SPID

Annexe 7 : Tableau de l'état des lieux de SPID et des CCAA,
établi lors de la réunion du 16 janvier 2003

Annexe 8 : Tableau de synthèse de l'intervention de CATALIS,
établi lors de la réunion du 21 février 2003

Annexe 9 : Grille de dépistage des problèmes de consommation, d'alcool
et de drogue chez les adolescents

Annexe 10 : Glossaire

GRILLE D'ENTRETIEN

Objectif : recueillir l'avis des professionnels impliqués de près ou de loin dans le rapprochement des structures de soins ambulatoires en alcoologie et en toxicomanie

1. IDENTIFICATION DE L'INTERVIEWE(E)

Nom. Fonction. Structure concernée. Zone desservie. Site d'intervention.

2. LE RAPPROCHEMENT ADMINISTRATIF SPID/CCAA EST-IL POUR VOUS SOUHAITABLE?

Intérêt. Avantages/inconvénients.

3. QUELLES SERAIENT LES INFLUENCES D'UN TEL RAPPROCHEMENT ?

Sur les aspects : organisation, fonctionnement, financement, partenariat, travail en réseau, autres.

4. AVEZ-VOUS DES ATTENTES PARTICULIERES PAR RAPPORT AU RAPPROCHEMENT?

Propositions éventuelles.

5. QUELS BENEFICES POUR LES USAGERS ?

Quelles améliorations concernant leurs accueils, leurs prises en charges, leurs orientations post-cures ?

6. LA PREVENTION EN SERA-T-ELLE RENFORCEE ?

Comment ? Quelles actions pour prévenir les polyconsommations ? Quel travail en réseau ou en partenariat ?

7. PEUT-ON ENVISAGER UNE COOPERATION RENFORCEE DANS LES PRISES EN CHARGES SPID/CCAA ?

Intérêt. Attentes. Avantages/inconvénients.

Synthèse des entretiens – semaine du 10 au 14 février 2003

Le point de vue des personnes travaillant dans les deux structures	
Items	Observations
Favorable ou pas à un rapprochement des 2 structures ?	OUI à l'unanimité des interviewés car le rapprochement proposé vient confirmer une pratique, Avec une interrogation sur le type de rapprochement : Sera-t-il uniquement administratif ou également soins ?
Avantages ?	Beaucoup d'avantages : <ul style="list-style-type: none"> - meilleure visibilité des structures - économie de gestion et meilleure solidité financière - gain de temps concernant l'administratif (réunions, secrétariat, etc.) et donc du temps dégagé pour envisager d'autres missions, notamment de prévention - meilleure gestion du personnel avec meilleures conditions de travail et simplification des contrats de travail en référence à une seule convention collective (mais laquelle ?), - meilleure gestion de planning des prises en charge des 2 publics avec l'interchangeabilité des soignants - meilleur développement du travail en réseau - intérêt pour les patients en raison du développement de la polyconsommation
Inconvénients ou inquiétudes ?	Pas d'inconvénients mais plutôt des inquiétudes : <ul style="list-style-type: none"> - salle d'attente commune pour les 2 publics non envisageable pour 90% des interviewés (mais un accueil commun avec 2 salles d'attente distincte est par contre envisageable) - crainte d'un risque de licenciement pour certains - crainte que ce soit un prétexte pour renflouer SPID au détriment du CCAA
Attentes ?	<ul style="list-style-type: none"> - pour le président de SPID, attente des propositions des experts pour une meilleure efficacité administrative dans l'organisation des deux structures - pour le président du CCAA, développement de la complémentarité des PEC des polyconsommateurs - pour le personnel administratif : <ul style="list-style-type: none"> - une meilleure définition des missions et rôles de chacun et des formations pour un meilleur accueil et service des patients - une clarification du rôle de prévention des structures - pour le personnel de soins : <ul style="list-style-type: none"> - un directeur compétent et des formations - une méthode d'approche commune, une commucabilité des dossiers des patients, partager un concept commun d'addictologie

	- un meilleur travail en réseau pour une meilleure réactivité au bénéfice des patients
Bénéfices pour les patients ?	<ul style="list-style-type: none"> - meilleure orientation, prise en charge et suivi du patient qui pourra être suivi par une même équipe de soignants grâce au réseau qui permettra une meilleure connaissance des soignants entre eux - avoir une stratégie commune, un dossier de prise en charge avec une zone de diagnostic commune
Prévention ?	<ul style="list-style-type: none"> - développer les relations avec les réseaux addictologies pour une meilleure articulation des interventions en matière de prévention - créer un pôle de prévention avec des chartes d'intervention en lien avec les autres partenaires
Coopération soins ?	Aucune objection des personnels soignants interviewés : médecins et infirmier(e)s sont disposés à faire des consultations « addictologies »

Le point de vue des partenaires extérieurs aux structures	
Identités partenaires	Observations
SPIP	<p>Avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir un seul interlocuteur - avoir une seule politique d'action avec appel à d'autres fonds financiers, notamment appel à un fonds européen - réaliser des économies par la rationalisation des moyens - gain de temps au niveau administratif - pour augmenter les actions en direction des publics concernés - pour développer les évaluations et mieux les réajuster - pour apprendre à agir ensemble dans le respect des compétences et des missions de chacun
CODES	<p>Avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - meilleure visibilité des structures - meilleure clarté des missions des 2 structures en matière de prévention (mettre en phase avec le plan départemental de prévention de lutte contre l'addictologie)
<p>Remarque stagiaire : aucun dispositif de post-cure n'existe pour les toxicomanes, la future structure rapprochée pourrait peut-être développer des actions dans ce domaine.</p>	

Synthèse des entretiens – semaine du 17 au 21 février 2003

Le point de vue des personnes travaillant dans les deux structures	
Items	Observations
Favorable ou pas à un rapprochement des 2 structures ?	OUI à l'unanimité des interviewés car le rapprochement proposé vient confirmer une pratique, Avec une interrogation sur le type de rapprochement pour certains : Sera-t-il uniquement administratif ou également soins ?
Avantages ?	<ul style="list-style-type: none"> - pour Ploërmel, ce serait une réponse à un besoin local et le lieu d'accueil CCAA, qui n'est utilisé qu'à temps partiel, est disponible pour l'élargissement de l'accueil à d'autres publics ayant des addictions. - intérêt pour les patients en raison du développement de la polyconsommation - pour certains intérêt d'un seul lieu d'accueil pour les patients - rationalisation des moyens humains - une gestion de dossier unique - une relation d'équipe pluridisciplinaire, des échanges sur les pratiques, mieux connaître les autres professionnels
Inconvénients ou inquiétudes ?	<p>Pas d'inconvénients mais plutôt des inquiétudes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - salle d'attente commune pour les 2 publics peu envisageable pour la plupart des interviewés (mais un accueil commun avec 2 salles d'attente distinctes ou un accueil par alternance sont par contre envisageables). Pour une des soignantes interrogée la salle d'attente commune n'est pas impossible à condition qu'elle soit un lieu de passage pour une rapide prise en charge des patients. - crainte d'un risque de licenciement pour certains - crainte que les consultations auprès des personnels des structures ne soient pas réellement prises en comptes dans le projet
Attentes ?	<ul style="list-style-type: none"> - pour la responsable du CCAA Vannes : attente d'un renforcement des moyens thérapeutiques (psychiatres et psychologues notamment) afin de dégager du temps pour rechercher une meilleure coopération en réseau et si possible une efficacité administrative dans l'organisation des deux structures qui doivent garder leur champ d'intervention sectoriel - pour la psychologue de SPID Vannes : l'instauration de lieux de synthèse en équipe pluridisciplinaire pour les dossiers des patients - pour le personnel administratif :

	<ul style="list-style-type: none"> - un meilleur accueil et service des patients et pour certains des formations - élargissement du temps de travail des secrétaires en vue d'un meilleur accueil et de bonnes conditions de travail - pour le personnel de soins : <ul style="list-style-type: none"> - un directeur compétent et des formations - un meilleur travail en réseau au bénéfice des patients - une claire définition des rôles et missions de chacun - pour la responsable CCAA de Ploërmel, un renforcement de moyens thérapeutiques avec un psychologue
Bénéfices pour les patients ?	<ul style="list-style-type: none"> - meilleure prise en charge et suivi du patient dans un même lieu - rapidité dans la prise en charge des patients
Prévention ?	<ul style="list-style-type: none"> - développer les formations de formateurs ou d'encadrants (enseignants, infirmiers, policiers, etc.) - à Ploërmel, les actions de prévention sont faites par la mairie qui privilégie l'aspect répressif des comportements addictifs
Coopération soins ?	Aucune objection des personnels soignants interviewés : médecins et infirmier(e)s et psychologues sont disposés à faire des consultations « addictologies » mais pour certains des étapes sont à respecter : il s'agit de trouver la cohérence sur le secteur avant de s'engager dans l'intersecteur.

Le point de vue des partenaires extérieurs aux structures	
Identités partenaires	Observations
CIRRD	<ul style="list-style-type: none"> - rapprochement certainement souhaitable pour une meilleure prise en charge des patients et pour une meilleure collaboration entre les professionnels mais ne pas ignorer la résistance sociologique quand il s'agit de mettre sur un même plan alcool et produits illicites
<p>Remarque stagiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les populations desservies sont très différentes d'un lieu à l'autre. Lorient est une région du littoral assez pauvre, Vannes une région du littoral plutôt riche et Ploërmel est une région très rurale - les relations de réseaux avec certains hôpitaux sont à améliorer. 	

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES
--

LES EQUIPES DES CCAA**Lorient**

- Dr. GUIDON, Chef du service d'unité d'alcoologie et de tabagisme du CH Calmette Lorient, Président du CCAA.
- M. LE GUEN, Vice-Président du CCAA et médiateur pénal
- Sandrine LE BIHAN, responsable financière du CCAA et trésorière de SPID
- Véronique PIERRE, secrétaire du CCAA
- Dr. Marc LE GALL, médecin alcoologue et addictologue du CCAA
- Marie HUET, infirmière au CCAA assurant le remplacement de l'infirmière méthadone de SPID lors des périodes de congé de cette dernière
- Dr Christine LATIMIER, médecin alcoologue à temps partiel au CCAA et médecin méthadone à temps partiel à SPID
- Jeanne QUELEN, infirmière à temps partiel au CCAA et à l'hôpital de jour CH Calmette et infirmière Méthadone à temps partiel à SPID
- Dr KERJEAN, médecin alcoologue chargée des vacations à la maison d'arrêt de Ploemeur et responsable de l'équipe de liaison en addictologie (entretien téléphonique)

Vannes

- Dr Françoise DEVANNIEUX, responsable du CCAA avec DU addictologie
- Madeleine SAOUT, infirmière du CCAA avec DU addictologie
- Leïla MINAUD, secrétaire du CCAA

Ploemeur

- Dr Fabienne ROTTY, responsable du CCAA avec DU addictologie en cours
- Dominique LORIEUX, infirmière du CCAA
- Alima MORVAN, secrétaire du CCAA

Pontivy

- Denise LE NEAL, secrétaire du CCAA (entretien téléphonique)

LES EQUIPES DE SPID

Lorient

- M. GUEGAN, Président de SPID, Trésorier du CCAA
- Dr Loïc LEMOIGNE, psychiatre du CH Charcot, vacataire à SPID (entretien téléphonique)
- Pierrick TIFON, chargé de mission à mi-temps à SPID
- Andrée LENORMAND, secrétaire comptable à SPID
- Lydie RIO, Assistante sociale à SPID
- Yann Ber HENAFF, psychologue de SPID (entretien téléphonique)
- Marie-Elise BOZEC, membre du conseil d'administration de SPID (ancienne présidente de SPID)

Antenne de Vannes

- Nathalie ROBERT, psychologue de SPID
- Chantal ROGER, secrétaire de SPID

LES PARTENAIRES DES DEUX STRUCTURES

- **SPIP** : Alain LELANDAIS, directeur du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- **CODES** : entretiens avec 4 personnes de l'équipe (Hervé STRILKA coordonnateur, Cathy chef de projet, Maud promoteur pédagogique en santé, Alexandrine chargé de la documentation)
- **CIRDD** : Luc DUROUCHOUX, chargé de mission (entretien téléphonique)
- **JUSTICE** : Nicolas STEIMER, substitut du procureur, spécialisé dans les affaires de stupéfiants
- **CDPA** : Jean Yvon COQUIN, Directeur du Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme

DDASS 56

- Anne-Yvonne EVEN, DDASS Adjointe
- Dr Annick GOGMOS, MISP du pôle santé publique
- Madeleine GOURMELON, IASS du pôle santé publique

AUTRES DEPARTEMENTS

- Professeur Jean-Luc VENISSE, psychiatre, chef du service d'addictologie au CHU de Nantes
- Dr Claude VEDEILHIE, psychiatre, responsable du centre de soins en pharmacodépendances et toxicomanies « L'ENVOL », Rennes
- Rémi GUIZIOU, psychologue au centre de séjour « L'ENVOL », Rennes

LISTE DES ACTIVITES COMPLEMENTAIRES
--

REUNIONS

- Réunion le 16 janvier 2003, organisée à la DDASS, sur le renforcement de la coopération des structures de soins en alcoologie et toxicomanie (DDASS, ORSB et CATALIS)
- Conseil d'administration de SPID le 11 février 2003 au siège à Lorient
- Réunion du réseau d'addictologie le 13 février 2003 à Quimperlé
- Réunion du 21 février 2003 à la DDASS avec les experts (ORSB et CATALIS) et les responsables des structures (SPID et CCAA) sur le rapprochement des structures
- Session inter écoles organisée par l'ENSP du 10 au 14 mars sur le thème de l'addictologie (visites à la brigade des stupéfiants et à la direction régionale des sports).
- Semaine de stage au Centre Hospitalier Charcot à Caudan du 24 au 28 mars, dont une partie axée sur l'aspect organisationnel de la prise en charge des conduites addictives
- Réunion du pôle de compétence sécurité routière organisée par la préfecture, le 8 avril 2003 à la préfecture du Morbihan
- Journée départementale sur les conduites addictives, organisée par la DDASS, le 10 avril 2003 au Palais des Congrès de Lorient.
- Réunion du comité sida hépatites, organisée par la DDASS, le 15 avril 2003 aux archives départementales.
- Réunion le 18 avril 2003 à la DDASS pour préparer le dossier de SPID en vue de sa présentation au CROSS.
- Session organisée par l'ENSP, le 23 mai 2003, sur les réseaux de santé, dans le cadre du module « Planification ».

VISITES DES STRUCTURES DEPARTEMENTALES

- CCAA de Lorient, CCAA de Vannes, CCAA de Ploemeur,
- SPID, le siège à Lorient et l'antenne à Vannes

Les sources d'information de l'OFDT

L'OFDT fait généralement appel à quatre types de source et dispose de dispositifs spécifiques :

Les enquêtes en population générale

Ce sont des enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs de la population française ou d'une partie de la population française (jeunes, jeunes scolaires, etc) :

- ESPAD : European School Survey Project on Alcohol,
- ESCAPAD : Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense 2000,
- EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes 1999.

Elles sont complétées par celles qui sont faites par d'autres organismes :

- CFES : Comité Français d'Education pour la Santé,
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques,
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

Elles visent à mesurer les comportements, les attitudes ou les opinions de la population globale, ou d'une partie d'entre elles, vis à vis de l'usage des produits.

Les données de ventes des produits licites (alcool, tabac, médicaments)

Elles proviennent notamment :

- de SIAMOIS : Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et à la substitution,
- de l'AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

Elles mesurent les quantités consommées des différents produits et leur évolution.

Les registres

Il s'agit des statistiques nationales issues de déclarations obligatoires (décès, personnes atteintes du sida, ...):

- Registre national des causes de décès à l'INSERM,
- Système de surveillance du sida à l'InVS (Institut National de Veille Sanitaire)

Elles fournissent une estimation d'une partie des usages nocifs, sous l'angle de certains dommages induits.

Les statistiques administratives des institutions

Elles proviennent des institutions en lien avec la lutte contre l'usage et les conséquences de l'usage des drogues :

- CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie,
- ANPA : Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme,
- DGS : Direction Générale de la Santé,
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques,
- OPPIDUM : Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse,
- DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances,
- CEIP : Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance,
- CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes,
- APPRE : Actions et Programmes de Prévention-Recensement,
- EVAL : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes, bureau d'études évaluation médicale, médico-sociale, santé publique,
- OFT : Office Français de prévention du Tabagisme,
- FNAIS : Fichier National des Auteurs d'infractions à la Législation sur les Stupéfiants,
- OCRTIS : Office central pour la Répression du Trafic illicite de Stupéfiants,
- CJN : Casier Judiciaire National,
- FND : Fichier National des Détenus.

Ces statistiques donnent des chiffres qui concernent les usagers pris en charge par des établissements ou des structures sanitaires et sociales et ceux qui, suite à une interpellation, entrent dans les statistiques des organismes chargés de faire appliquer la loi ((police, gendarmerie, justice, établissements pénitentiaires).

Les dispositifs spécifiques d'observation

- SINTES : système d'Identification National des Toxiques et des Substances
- TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

Source OFDT. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances. 2002. Repères méthodologiques. Pp.332-346.
Source MILDT-CFES- Livret de connaissances drogues et usages : chiffres clés.

Organigramme de la prise en charge des consultants des CCAA



CONSULTATION DE DETERMINATION DU PROBLEME ALCOOLOGIQUE			
Problème intermittent		Problème quotidien	
Excès avec Ivresses légères	Ivresses graves avec Troubles du comportement	Buveur excessif	Alcoolique dépendant
Conseils pour modération + suivi espacé	Conseils pour abstinence + Suivi rapproché + collaboration psychologue/psychatre	Conseils d'hygiène alimentaire + suivi clinique et biologique + collaboration médecin traitant ou spécialiste si pathologies associées	Essai de cure ambulatoire pour sevrage <u>Réussite</u> Suivi prolongé Par le CCAA + mouvements d'anciens buveurs
			<u>Echec</u> Cure hospitalière + Suivi de post cure par hôpital ou CCAA + mouvements d'anciens buveurs

Extrait du rapport d'activité des CCAA. Année 2002.

PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES PAR SPID

(Extrait du rapport d'activité de SPID. Année 2002)

L'équipe de SPID offre une prise en charge globale à la fois médicale, psychiatrique, psychologique, et sociale. Plus particulièrement, la prise en charge médicale des patients dépendants aux opiacés comprend un programme de substitution (2) à la méthadone (3) et à la buprénorphine (4) qui débute par un premier accueil (1).

1. L'accueil du patient

L'accueil du patient est effectué par un professionnel de l'équipe pour l'évaluation de la demande et une première orientation. Le premier temps médical est consacré à une anamnèse, suivi d'un examen clinique qui permet de faire un point intermédiaire. L'essentiel du temps de la première consultation concerne la question du sevrage qui, s'il est accepté, se fait en concertation avec les partenaires de SPID (CHS Charcot, CHBS, Clinique St Vincent,...)

2. La substitution

La substitution vise à permettre aux patients dépendants aux opiacés d'élaborer une vie sans dépendance y compris à la substitution (méthadone et buprénorphine). En fonction de l'anamnèse, de l'examen clinique, la proposition de substitution est évoquée dans une stratégie thérapeutique globale de longue durée afin de favoriser une insertion dans un processus thérapeutique, de faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique, de permettre une interruption de la consommation d'opiacés et une amélioration des conditions d'insertion sociale. L'équipe prend le relais des médecins de ville pour des patients nécessitant une prise en charge médico-sociale (pas de CMU, logement précaire,...) ou une prise en charge psychologique indispensable.

3. La méthadone

La méthadone s'adresse en particulier aux personnes aux antécédents lourds de toxicomanie (polyconsommation, polydépendance, période d'addictions longues), ayant des problèmes affectifs et sociaux graves, associés à des co-morbidités psychiatriques ou infectieuses importantes. La prise en charge vise à permettre aux personnes de retrouver un bon équilibre médico-psycho-social qui lui convienne et de les maintenir à long terme dans cette qualité de vie retrouvée.

4. La buprénorphine

La prise en charge s'effectue sur six semaines avec prescription hebdomadaire au centre et délivrance en pharmacie de ville. Elle peut être pluridisciplinaire en fonction de l'anamnèse des comorbidités psychiatriques et de la problématique sociale. Les patients sous buprénorphine viennent au centre soit sur orientation des médecins de ville prescripteurs pour recadrage du traitement ou accompagnement médico-psycho-social, soit sur celle des pharmaciens de ville pour dépassement réguliers de la posologie, soit encore sur orientation du CHS Charcot ou autres partenaires pour une prise en charge globale. Ils peuvent également venir au centre pour ne pas être repérés par le médecin ou pharmacien de la commune de résidence de la famille.

TABLEAU DE L'ETAT DES LIEUX DE SPID ET DES CCAA, ETABLI LE 16 JANVIER 2003

Annexe 7

Associations Lieux	SPID		CCAA	
	Moyens	Pratiques/Prestations	Moyens	Pratiques/Prestations
LORIENT	5 Médecins dont 3 psychiatres 2 Infirmiers 1 Psychologue 1 Assistante sociale 1 Secrétaire ----- manque 1 médecin coordonnateur ?	Existence d'un protocole d'accueil au secrétariat	médecins généralistes et infirmières 1 secrétaire ----- Pas d'assistante sociale Pas de psychologue	Qualité de l'accueil assuré par le secrétariat (existence d'un protocole d'accueil)
VANNES	1 Psychologue 1 Assistante sociale 1 Secrétaire ----- installé dans locaux propres	Pas de centre de méthadone Et refus de St Avé ----- A créer ? ----- Développer les collaborations avec les équipes addictologie (médecin)	1 Médecin alcoolologue en collaboration avec SPID 1 infirmière et 1 secrétaire ----- Pas d'assistante sociale (mais travail avec AS de secteur) Pas de psychologue ----- Installé dans locaux du conseil général 56	Accueil idem
PONTIVY	Installé dans locaux CCAA pour les vacations du psychologue ----- Etablir des collaborations avec le 22 ?	Hôpital Pontivy ----- Plouguernevel non collaboration avec SPID et CCAA ----- Néant ----- Relais : psychologue ? aller vers Rennes ou vers Pontivy ? ----- des besoins ?	1 Médecin généraliste 1 secrétaire et 1 animatrice Le psychologue de SPID vient alors qu'il y a 1 psychologue du CCAA ----- Pas d'infirmière Pas d'assistante sociale	Accueil idem
PLOERMEL	Néant ----- des besoins ?	Néant ----- Relais : psychologue ? aller vers Rennes ou vers Pontivy ? ----- des besoins ?	1 médecin généraliste 1 infirmière et 1 secrétaire ----- Pas de psychologue, ni d'assistante sociale	Accueil idem
<p>SPID : - 1 structure départementale - 1 antenne à Vannes - 1 consultation à Pontivy</p> <p>CCAA : - 4 structures avec - 1 centre administratif de liaison <i>remarque :</i> les CCAA ne demandent pas d'assistante sociale mais les autres professionnels font du social</p>				

Tableau de synthèse de l'intervention de CATALIS à la réunion du 21 février 2003

Restitution schématique de l'intervention de CATALIS		
Etat des lieux	Projet associatif	
Pour quel projet associatif ?	Rappel des missions Rappel des valeurs Détermination : <ul style="list-style-type: none"> - des grandes orientations, - des implantations, - des publics, - des prestations aux usagers 	
Quels interlocuteurs ?		
Quelles articulations entre les interlocuteurs ?	✓Conseils d'administration ✓Direction ? ✓Equipe	Qui pilote le projet médical ? Qui pilote le projet organisationnel ? Quel projet de service ?
... pour définir le niveau du rapprochement et les porteurs de projets		
Projet médical	Projet organisationnel	Projet de service
Qui sera le garant du projet médical : une personne ou une instance ? Quel choix de rapprochement de soins : une fusion addictologie ou deux projets distincts ?	Qui pilote le projet organisationnel ? Pour établir : <ul style="list-style-type: none"> - un organigramme, - les fiches de poste, - une redéfinition des compétences, - un plan de formation, - une politique salariale, - des tableaux de bord. 	Qui élabore le projet de service ? (en principe c'est à l'équipe qu'il revient de l'établir) pour : <ul style="list-style-type: none"> - créer les procédures, - affiner les outils - établir les lieux de travail des équipes - définir les besoins GRH
... pour fixer des échéances		
<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'élaborer un échéancier validé par les CA - Nécessité pour DDASS de désigner une personne pour les opérations et de l'accompagner durant toute la durée de l'opération, l'idéal étant que cette personne puisse rester dans la structure fusionnée afin d'asseoir sa légitimité. 		
Projet de calendrier		
Catalis/ORSB	Structures	DDASS
Catalis : duo organisation et administratif/financier - pour mesurer l'écart Etat des lieux/projet - puis stabiliser un projet et le proposer aux CA pour mi-mai ORBS : maintenir la dynamique médicale impulsée en Nov./dec. 2002 dans la durée et accompagner les porteurs du projet médical	CA : établir parallèlement les échéanciers pour les questions, réponses et validations	Difficulté de réponse en matière de financement liée au délai du passage en CROSS (fin du premier semestre 2003 au plus tard)
Une réunion est prévue en préalable à la réunion des CA des structures et en vue de la seconde phase.		

Annexe 9

RISQ RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES - QUÉBEC

950, rue Louvain Est, Montréal (Québec) H2M 2E8
Téléphone: 514-385-3490 poste 1133 ou 1132 Télécopie: 514-385-4685 Courriel: risq.cirasot@ssss.gouv.qc.ca

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES

NOM: _____ DATE: _____
(facultatif)

1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AS-TU CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS ET SI OUI QUELLE A ÉTÉ LA FRÉQUENCE DE TA CONSOMMATION ? (cochez la réponse)

	Pas consommé	A l'occasion	1 fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool						
Cannabis						
Cocaïne						
Colle/Solvant						
Hallucinogènes						
Héroïne						
Amphétamines/speed						
Autres*						

* médicaments sans prescription, barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin

Si aucune consommation → passez à la question 7

Entourez la réponse

2. AS-TU CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS ?
- OUI NON
3. a) AS-TU DÉJÀ CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS DE FAÇON RÉGULIÈRE ? (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)
- OUI → passez à la Q3B
NON → passez à la Q4
- b) À QUEL ÂGE AS-TU COMMENCÉ À CONSOMMER RÉGULIÈREMENT ?
- de l'alcool _____ ans
- une ou des drogues _____ ans
4. TU T'ES TU DÉJÀ INJECTÉ(E) DES DROGUES.
- OUI NON
5. a) GARÇON
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 8 CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?
- _____ FOIS
- b) FILLE
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 5 CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?

6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CELA T'EST-IL ARRIVÉ :

- | | | | |
|--|-----|-----|--------------------------|
| a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique ; | OUI | NON | <input type="checkbox"/> |
| b) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille ; | OUI | NON | <input type="checkbox"/> |
| c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse ; | OUI | NON | <input type="checkbox"/> |
| d) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue ; | OUI | NON | <input type="checkbox"/> |
| e) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue ; | OUI | NON | <input type="checkbox"/> |
| f) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue. | OUI | NON | <input type="checkbox"/> |

7. QUELLE A ÉTÉ TA CONSOMMATION DE TABAC AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?
(cochez la réponse)

Pas consommé	A l'occasion	1 fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours	
						Total :
						<input type="checkbox"/>

ENTOUREZ LA RÉPONSE

8. INFORMATIONS GÉNÉRALES

- | | | | | | |
|----------------------------|-----------|---|---------------------|-----------------|----------------|
| a) es-tu | un garçon | 1 | c) quel âge as-tu : | 10 ans et moins | 16 ans |
| | une fille | 2 | | 11 ans | 17 ans |
| b) en quelle année es-tu ? | | | | 12 ans | 18 ans |
| primaire | | 0 | | 13 ans | 19 ans |
| | | 1 | | 14 ans | 20 ans et plus |
| | | 2 | | 15 ans | |
| secondaire | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| | | 5 | | | |
| post-secondaire | | 6 | | | |
| ne va pas à l'école | | 7 | | | |

COMMENTAIRES

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES

CODIFICATION

	Pas consommé	A l'occasion	1 fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	0	0	1	4	5
Cannabis	0	0	0	1	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/Solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	3	3	4	4	5
Amphétamines/speed	0	0	1	1	4	5
Autres*	0	0	0	1	4	5

* médicaments sans prescription, barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin

2. AS-TU CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS ?

OUI = 2 NON = 0

3. b) A QUELLE ÂGE AS-TU COMMENCÉ À CONSOMMER RÉGULIÈREMENT ?

ALCOOL	< 12 ans	= 2	DROGUE	< 14 ans	= 2
	< 12 à 15 ans	= 1		< 14, 15 ans	= 1
	< 16 ans ou +	= 0		< 16 ans ou +	= 0

4. T'ES-TU DÉJÀ INJECTÉ(E) DES DROGUES ?

OUI = 2 NON = 0

5. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 8 (garçon) 5 (fille) CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS LA MÊME OCCASION ?

0 À 1 FOIS = 0 2 À 4 FOIS = 1 5 FOIS ET + = 2

6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS CELA T'EST-IL ARRIVÉ :

OUI = 2 NON = 0

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

Entre 0 et 8	= Feu vert	° pas de problèmes évidents
Entre 9 et 1	= Feu jaune	° problème en émergence (intervention souhaitable)
17 et +	= Feu rouge	° problème évident (intervention nécessaire)

GLOSSAIRE

Addiction : elle se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation de substance et par la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Automates : il en existe plusieurs sortes.

- les distributeurs automatiques de trousse de prévention (Kit +[®] ou Kap[®] en boîte carton),
- les récupérateurs électroniques ou mécaniques (contre une seringue, un jeton),
- les récupérateurs simples (poubelles à seringues) et les distributeurs mécaniques (contre une seringue, un jeton),
- les échangeurs électroniques (contre une seringue, un Kit +[®] ou un Kap[®]),
- les bornes de prévention ou Totem[®] (meublé urbain modulable pouvant contenir un récupérateur mécanique, un distributeur mécanique de Kit, un distributeur de préservatifs, un panneau d'information).

Conduites en état d'alcoolisation (CEA) : elles constituent la liste des automobilistes en infraction par rapport aux taux d'alcoolémie, transmise par les gendarmeries aux CCAA, mais depuis l'avis contraire de la CNIL, cette liste n'est plus transmissible. Elle fournissait une grande partie de la « clientèle » des CCAA.

Kit +[®] et Kap[®] : ce sont des trousse qui contiennent deux seringues, deux tampons alcoolisés, deux doses d'eau stérile pour l'injection, un préservatif, deux récipients de chauffe et de dilution, deux tampons secs et deux filtres stériles, un message officiel rappelant la légalité de la vente des seringues dans le contexte de la prévention, les numéros verts de Sida info service et de Drogues info service, des conseils d'utilisation et une plaquette d'information sur les relais locaux d'aide au quotidien.

Pratiques addictives : elles regroupent l'ensemble des conduites addictives et des comportements de consommation, y compris la notion d'usage.

Morbidité : nombre des malades dans un groupe donné et pendant un temps déterminé (au sens pathologique, ensemble des causes qui peuvent produire une maladie)

Mortalité : rapport entre le nombre de décès et l'effectif de la population dans un lieu et dans un espace de temps déterminés

Prévalence : nombre de cas de maladies, ou de tout autre événement médical, enregistré dans une population déterminée, et englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.