



**DÉCLOISONNER LES SERVICES ET MUTUALISER LES
COMPÉTENCES POUR UNE PRISE EN CHARGE
TRANSVERSALE DES ADDICTIONS EN CSAPA**

Hervé STIPETIC

2009

cafdes



Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier :

Monsieur Lemaignan mon Directeur de mémoire

Jean-Claude Trouvé pour son soutien logistique

Les secrétaires de l'ANPAA 36 pour leur soutien technique

Muriel pour son long travail de relecture

Christine pour ses précieux conseils et son accompagnement

François, Lionel et Alain pour m'avoir donné envie

Mes parents et leur soutien inconditionnel

Sophie, Pour tout.

Sommaire

Introduction	1
1 Le secteur de la prise en charge des addictions, un secteur en mouvement :.....	3
1.1 Les addictions comme nouveau paradigme	3
1.1.1 La consommation de produits psychoactifs une question de santé publique	3
1.1.2 Evolutions des modes de consommation et des publics reçus dans les dispositifs spécialisés :	7
1.1.3 D'une approche par produits à une approche par comportement	10
1.2 Vers un dispositif de prise en charge globale	12
1.2.1 Des dispositifs historiquement cloisonnés	12
1.2.2 Le décloisonnement ; une volonté des politiques publiques.....	16
1.2.3 Genèse et présentation des CSAPA.....	18
1.3 L'ANPAA 36, une organisation face aux évolutions du secteur	20
1.3.1 L'ANPAA 36 un établissement local de l'ANPAA.....	21
1.3.2 Fonctionnement et organisation de L'ANPAA 36.....	22
1.3.3 Forces et faiblesses du dispositif	25
2 La logique CSAPA est une opportunité pour l'ANPAA 36 :	28
2.1 Le Projet de CSAPA généraliste de l'ANPAA 36.....	28
2.1.1 Le choix du CSAPA généraliste.....	29
2.1.2 Les entrées dans le dispositif :.....	31
2.1.3 Un parcours de soin transversal et interdisciplinaire	35
2.1.4 La mutualisation des moyens fonctionnels :	41
2.2 Un dispositif qui présente des valeurs ajoutées :	42
2.2.1 Une prise en charge globale et interdisciplinaire :	42
2.2.2 Un parcours de soins personnalisé.....	43
2.2.3 Une organisation efficiente	44
2.2.4 La lisibilité d'une organisation en pôle :	45
2.3 Des éléments de contrainte qui nécessitent des points d'attention :	46
2.3.1 La part grandissante des orientations sur injonctions :.....	46
2.3.2 La question de l'éthique.....	47
2.3.3 Le budget constant comme cadre contraint.....	48
2.3.4 Les limites d'une prise en charge unique des addictions.....	49

3	Mise en œuvre de la logique de décloisonnement et de mutualisation :	50
3.1	Des évolutions culturelles et identitaires :	50
3.1.1	La rencontre culturelle, une articulation entre passé et présent :.....	51
3.1.2	La logique CSAPA, une logique d'ouverture	54
3.1.3	La question de l'identité professionnelle :.....	56
3.1.4	La reconnaissance des acteurs :.....	58
3.2	Des leviers nécessaires pour piloter le changement.....	60
3.2.1	Un nouvel acteur ; le médecin coordinateur :.....	61
3.2.2	Le travail de coopération entre acteurs :	64
3.2.3	La logique projet :	65
3.3	Le projet d'établissement comme outil managérial	67
3.3.1	Une démarche de mutualisation qui s'appuie sur l'évolution de l'organisation du secrétariat	68
3.3.2	Des outils communs pour une culture et une identité communes	71
3.3.3	Mise en perspectives du dispositif CSAPA.....	76
	Conclusion	79
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ANITEA : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et en Addictologie

ANPAA 36 : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

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

CAETF : Centre d'Accueil et d'Ecoute pour Toxicomanes et de leurs Familles

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CDCA : Comité de Défense Contre l'Alcoolisme

CDPA : Centre Départemental de Prévention en Alcoologie

CDPAT : Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme et des Toxicomanies

CHA : Centre d'Hygiène Alimentaire

CHAA : Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie

CICA : Centre d'Information et de Coordination en Addictologie

CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

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

CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

FRAPS : Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances

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

ONDAM : Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie

PAEJ : Point Accueil et Ecoute Jeunes

RASCAS : Réflexion sur les Aspects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions

RECAP : Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en Charge

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

RSA : Revenu de Solidarité Active

RTVH : Réseau Toxicomanie Ville Hôpital

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SRA : Schéma Régional d'Addictologie

Introduction

Le plan 2007 – 2011 de prise en charge et de prévention des addictions positionne la consommation de produits psychoactifs comme un problème « majeur »¹ de santé publique. Problème de santé publique mais aussi phénomène complexe à appréhender, les comportements addictifs se situent « au carrefour de nombreuses disciplines, science humaines, biologie, clinique médicale et psychiatrique notamment.² »

Phénomène d'autant plus complexe que les consommations évoluent, notamment, à travers l'émergence des polyconsommations et de la prégnance de la consommation de cannabis.

Tout au long de mon expérience professionnelle j'ai pu observer les tendances et les changements de consommation, ainsi que l'évolution des politiques publiques inhérentes à ce secteur. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2009, je suis le Directeur Départemental de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de l'Indre (ANPAA 36). Salarié au sein de cet établissement depuis 2000, j'ai respectivement occupé les postes de coordinateur du pôle prévention, puis de directeur adjoint.

La structure que je dirige aujourd'hui se situe au cœur d'un secteur en pleine évolution.

Les transformations concernent à la fois les publics et leurs consommations, mais aussi l'avènement de la notion d'addiction qui privilégie une approche comportementale des addictions. Enfin, le législateur invite à une évolution des modes de gestion et d'accompagnement en rapprochant les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST).

En effet, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale crée les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Comme l'indique la circulaire d'application du 28 février 2008, ce dispositif doit assurer une prise en charge pluridisciplinaire des comportements addictifs avec ou sans substances.

Dès lors, les systèmes cloisonnés d'accompagnement en alcoologie et en toxicomanie sont interrogés dans leur pertinence de fonctionnement et leur capacité à répondre aux besoins des usagers.

Ainsi donc le changement est à la fois contraint mais aussi une opportunité pour améliorer la qualité des réponses apportées aux usagers.

¹ Ministère de la santé, La prise en charge et la prévention des addictions, plan 2007/2011, p3.

² REYNAUD M. / ed., 2006, Traité d'addictologie, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion, p XXVII

Le projet que je suis amené à piloter au sein de l'établissement consiste donc en un regroupement du CCAA et du CSST, qui devra permettre une mise en conformité, mais aussi la mise en place d'une organisation adéquate.

En tant que directeur, ce travail m'amènera à me positionner et à décliner un management enclin à favoriser le changement et l'adhésion des acteurs. Au cœur de ma démarche se situe une volonté de passer d'une logique d'accompagnement cloisonné et individualisé à une logique d'accompagnement global et personnalisé.

Ma démarche devra amener les professionnels vers une culture et une identité communes en adéquation avec les missions d'un CSAPA généraliste.

Pour expliciter mon projet, j'aborderai dans un premier temps les évolutions du secteur à travers la notion d'addiction comme nouveau paradigme, puis en terme de politiques publiques et d'organisation des dispositifs de prise en charge.

Dans un second temps je déclinerai le projet de CSAPA généraliste à l'ANPAA 36, en mettant en lumière la valeur ajoutée et les points de vigilance à avoir au cours de sa mise en œuvre. Enfin, je traiterai dans un troisième temps, du projet managérial qui devra tenir compte des cultures et des identités en place tout en fédérant vers une nouvelle organisation.

1 Le secteur de la prise en charge des addictions, un secteur en mouvement :

1.1 Les addictions comme nouveau paradigme

1.1.1 La consommation de produits psychoactifs une question de santé publique

« Les addictions restent, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé majeur, dont les enjeux sont multiples, sanitaires, médicaux, et sociaux »³. Ce sont en ces termes que le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007 – 2011 débute. Réalité sociale traduite dans les politiques publiques, la consommation de produits psychoactifs licites ou illicites est une réalité pour une grande partie de la population française.

L'épidémiologie qui concerne les addictions en France fait montre d'un phénomène diversifié en fonction des niveaux d'usage et des dommages provoqués.

L'alcool et le tabac occupent une place centrale dans le champ des addictions en France, du fait de leur niveau de consommation et des conséquences induites, le cannabis étant quant à lui le premier produit illicite consommé. Les autres produits illicites apparaissent à des niveaux de consommation inférieurs, ils sont principalement le fait d'usages problématiques d'opiacés, de cocaïne et d'ecstasy.

L'alcool, produit culturel, synonyme de valeurs positives et de convivialité est en France partagé par une majorité des personnes. La consommation d'alcool est marquée par une diminution de la consommation quotidienne été réduite de moitié et ce, consécutivement à la diminution de la consommation de vin. Malgré tout, en 2005, ont été estimés à 9,7 millions les consommateurs réguliers⁴, soit au moins dix usages ou plus au cours des trente derniers jours.

Si l'on estime qu'une majorité de consommateurs est dans un usage simple de ce produit, l'impact d'une consommation excessive d'alcool demeure élevée, avec une

³ Ministère de la santé, La prise en charge et la prévention des addictions, plan 2007/2011, p3.

⁴ REYNAUD M. / ed., 2006, Traité d'addictologie, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion, p 123

estimation en terme de mortalité annuelle située à 45 000. « Il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable dans notre pays »⁵.

D'après le Baromètre santé 2005, il est évident que l'alcool continue à avoir une incidence considérable sur la santé publique en France. La consommation excessive d'alcool est à l'origine de 16% des décès masculins (1 homme sur 7), soit la plus forte surmortalité masculine d'Europe liée à l'alcool, de 30% supérieur à la moyenne européenne.

Ainsi, les consommations d'alcool diminuent dans la population générale mais en 2000, près de 4 millions de personnes pouvaient être « classés comme consommateur d'alcool à risque de dépendance »⁶. L'interprétation des données prend une ampleur supplémentaire lorsque le panel du public concerné est resserré ; « entre 25 et 64 ans, un homme sur deux est un consommateur à risque »⁷. Chez le public jeune, a contrario de la consommation de tabac et de cannabis qui ont connus une baisse ces dernières années, la consommation régulière d'alcool est en hausse pour atteindre 13% chez les jeunes âgés de 16 ans.

Ainsi il apparaît que l'alcool, malgré une baisse globale de la consommation, reste à la fois un enjeu de santé publique en étant, entre autres, la 2^{ème} cause évitable de mortalité par cancer⁸. C'est aussi un enjeu de société en étant impliqué dans les accidents de la route (30%) et les accidents du travail (10 à 20%).

Un autre produit provoque de nombreuses problématiques de santé, le tabac. Avec l'alcool, le tabac, représente près de 100 000 décès par an en France.

En diminution au regard de la consommation dans la population générale, le tabac reste malgré tout la première cause de mortalité non naturelle dans notre pays avec près de 60 000 morts par an.

Son fort pouvoir de dépendance en fait un produit très consommé, avec un français sur quatre qui fume au quotidien. Ceci se retrouve dans la population jeune où le tabac est de loin le produit le plus consommé régulièrement, et où 12% des fumeurs réguliers âgés de 17-18 ans donnent « des signes de dépendance forte »⁹. Malgré cela, les consommations de tabac chez le public adulte ou jeune, place la France dans la moyenne de consommation européenne.

⁵ Institut de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°34-35, 12 septembre 2006

⁶ REYNAUD M. / ed., 2006, Traité d'addictologie, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion, p126

⁷ Actualités Alcool, avril 2008, n° 38, p2.

⁸ Site [http:// www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml)

⁹ REYNAUD M. / ed., 2006, Traité d'addictologie, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion, p126

Depuis 1991 et la loi Evin, les politiques de prévention et les dispositifs d'aide au sevrage, ainsi que les hausses de prix, ont infléchi à la baisse les niveaux de consommation du tabac.

Pour autant, ce produit reste comme celui qui provoque les conséquences sanitaires les plus importantes. La mortalité, principalement masculine (90%), est marquée par une dégradation de la situation des femmes vis à vis du tabac. « La France enregistre la plus forte croissance européenne de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes »¹⁰.

Le tabac reste le produit psychoactif le plus consommé régulièrement et demeure un véritable enjeu de santé public. Ceci est d'autant plus vrai pour le public jeune, où le passage au tabagisme quotidien se fait plus jeune concomitamment chez les garçons et les filles nonobstant la hausse de l'âge moyen d'expérimentation, soit en moyenne 13,5 ans.

Une similitude apparaît sur ce point entre le tabac et le cannabis pour ce qui concerne l'expérimentation.

Les âges moyens d'expérimentation du tabac et du cannabis ont connu des évolutions similaires. Ces deux produits traduisent notamment ce qui différencie la consommation des jeunes et des adultes, à savoir « la place primordiale qu'occupe le tabac et l'importance du rôle tenu par le cannabis »¹¹.

Le cannabis est un produit de plus en plus expérimenté. Cette expérimentation augmente depuis 1990, pour atteindre 30,6%¹² des 15-64 ans en 2005. Il en va de même avec les consommations régulières, (au moins dix fois au cours des trente derniers jours), qui elles, augmentent de manière significative entre 2000 et 2005 dans la population générale, en concernant un million de personnes pour un usage régulier et 500 000 personnes pour un usage quotidien. Chez les 17 – 18 ans, la consommation quotidienne de cannabis devance celle de l'alcool¹³. C'est en ce sens que, comme nous le verrons plus loin, l'on assiste à une évolution des comportements de consommation inhérente à la place prise par le cannabis, et par le maintien de la consommation de cannabis après l'entrée dans l'âge adulte, plus fréquent en 2005, comparativement à 2000.

La hausse de consommation régulière vient interroger le caractère récréatif et « géré » tel que perçu par un certain nombre de consommateurs reçus en dispositif spécialisé de prise en charge. En effet, à travers l'utilisation du questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test), qui permet de décrire sommairement pratiques et

¹⁰ REYNAUD M. / ed., 2006, Traité d'addictologie, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion p127

¹¹ Id., p 123

¹² INPES, Baromètre santé 2005

problèmes associés, 19% des consommateurs font montre d'une certaine forme de dépendance « *comme la difficulté à passer une journée sans consommer ou l'impossibilité d'arrêter ou de diminuer sa consommation* »¹⁴.

En France, le cannabis est de très loin le produit psychoactif illicite le plus consommé, la France étant le premier consommateur des pays européens. Cette donnée incite donc à une vigilance particulière de la part des dispositifs spécialisés, notamment au sein des consultations cannabis créées en 2004 dans le cadre du plan gouvernemental 2004-2008, pour ce qui est de l'information et de l'évaluation.

Parallèlement, les autres produits illicites, connaissent des niveaux de consommation moindres. En 2006, le nombre d'usagers à risque de drogues en France (par voie intraveineuse ou consommateur d'opiacé, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour les 15 – 64 ans) était estimé à 230 000 personnes chez les 15 – 64 ans¹⁵.

Tout en connaissant des niveaux de consommation moins importants, ils restent malgré tout dans une tendance de hausse des expérimentations, « *Entre 2000 et 2008, les niveaux d'expérimentation des produits psychoactifs illicites hors cannabis ont augmenté* »¹⁶. Ceci se vérifie notamment avec les drogues de synthèse telles que l'ecstasy et les amphétamines. D'après l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies)¹⁷ l'expérimentation de ces dernières a fait plus que tripler entre 1995 et 2005.

D'un niveau moindre d'expérimentation, l'héroïne fait montre d'une répétition de la prise plus élevée : 15,8% des jeunes expérimentateurs d'héroïne en ont pris au moins dix fois dans l'année écoulée.

Le baromètre santé indique, qu'entre 2000 et 2005, la consommation ou l'expérimentation de produits psychoactifs illicites, en dehors de l'inhalation de solvants, est en augmentation ou reste stable. Ainsi, ces nouveaux comportements présentent une plus grande diversité des consommations, et viennent augmenter les facteurs de risque de dommages sociaux, sanitaires et judiciaires du public expérimentateur.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, les produits psychoactifs, qu'ils soient licites ou illicites, concernent une proportion non négligeable de la population française. De niveaux de consommation divers, ils connaissent tous des tendances à la hausse que l'on se situe sur le plan de l'expérimentation pour la cocaïne, de la répétition de l'usage

¹³ REYNAUD M. / ed., 2006, Traité d'addictologie, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion p124,

¹⁴ Baromètre santé 2005, p168.

¹⁵ OFDT, *séries statistiques*, Usage au cours de la vie de substances psychoactives (hors alcool, tabac et cannabis) parmi les 18-44 ans.

¹⁶ Tendances, n°66, juin 2009, p2.

pour l'héroïne, de la consommation quotidienne de cannabis, de l'usage à risque de l'alcool chez les hommes, ou du tabagisme quotidien qui s'installe de plus en plus jeune.

Inexorablement ces évolutions de consommation se retrouvent dans les problématiques inhérentes au public reçu dans les dispositifs spécialisés tels que les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), qui intègrent pour certain une consultation d'aide à l'arrêt du tabac, et les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST).

1.1.2 Evolutions des modes de consommation et des publics reçus dans les dispositifs spécialisés :

A travers l'ensemble des données que nous venons d'exposer, nous vérifions que les consommations de psychotropes connaissent des évolutions multiples en fonction des produits consommés et des profils de public consommateur. Les dispositifs de prise en charge des comportements addictifs doivent donc faire face à l'évolution des publics et de leurs consommations.

Plusieurs points sont à noter dans ces modifications, qui viennent à la fois toucher aux modes de consommation, aux prescripteurs et aux problématiques développées.

L'un des premiers points, le plus remarquable, concerne l'émergence des comportements de polyconsommation.

Les personnes reçues dans les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) ou dans les Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) sont de plus en plus des polyconsommateurs ou polyexpérimentateurs. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la polyconsommation par la consommation d'au moins deux substances psychoactives, simultanée ou non, avec prédominance ou non d'un des deux produits, à différents niveaux de consommation (usage ou usage nocif ou dépendance).

Les polyconsommations ne sont pas des nouveautés dans les structures spécialisées, mais c'est la prise en considération des consommations secondaires qui est nouvelle, comme l'indique le rapport de l'OFDT. Or la proportion de ce niveau d'usage est significative et impose dès lors d'en tenir compte dans l'approche des problématiques. Pour illustration, en 2007 la Haute Autorité de Santé (HAS) a coordonné une audition publique dans le but de mettre en place des recommandations et des stratégies de soins pour répondre aux polyconsommations.

¹⁷ Site [http:// www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00012.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00012.xhtml)

En terme de prévalence, ces comportements représentaient en 2002, au moins 85% des patients des dispositifs spécialisés, ceux-ci ayant un ou plusieurs produits associés au produit initial. Les produits les plus consommés dans le cadre de polyconsommation sont le tabac, l'alcool et le cannabis. En CCAA par exemple, de 70 à 80 % des patients sont des fumeurs de tabac dépendants et plus de 10% présentent des signes de dépendance au cannabis.

Les données recueillies dans le rapport d'activité des CCAA et CSST confortent cette tendance.

Le profil des nouveaux consultants en CCAA par exemple, évolue vers des consommateurs multiples et polydépendants, incluant l'émergence de comportements addictifs sans produits tels que le jeu pathologique, les troubles alimentaires ou les achats compulsifs.

De même, les utilisateurs de cocaïne viennent grossir les rangs, avec près de 30% des consommateurs de cocaïne qui ont consommé un opiacé sur la même période, le même pourcentage se retrouvant pour l'alcool.

A travers cette diversité et la complexité des situations, les professionnels rencontrent donc « *des manières inhabituelles, nouvelles de gérer la consommation, l'abus, l'excès et/ou la dépendance* »¹⁸. L'une des évolutions que les professionnels ont à appréhender réside donc dans le transfert de dépendance d'un produit à l'autre, et d'après la HAS, dans une potentialisation des consommations.

Les consommateurs réguliers de cannabis confirment cette tendance, pour eux la prévalence d'expérimentation de produits illicites est de 5 à 8 fois supérieure à la population générale

Comme nous l'avons souligné précédemment, ce dernier est de loin le produit illicite le plus consommé. Il représente dorénavant un axe de travail et une évolution significative dans la population reçue en CSST.

La file active des CSST a évolué avec l'émergence d'un groupe qui identifie le cannabis comme produit à l'origine de la prise en charge. Pour l'enquête RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) en 2005, le phénomène du cannabis n'est pas nouveau, mais la proportion est nouvelle au sein des CSST. Elle représente dorénavant plus de 30% de la file active des CSST au plan national.

Ainsi, deux groupes principaux peuvent y être identifiés ; d'une part les consommateurs de cocaïne et/ou d'héroïne très largement polyconsommateurs, puis

d'autre part, les consommateurs pour qui le cannabis est indiqué comme étant le produit consommé posant le plus de problèmes ou le produit à l'origine de la prise en charge, identifié comme produit numéro un.

Public plus jeune, 23 ans de moyenne contre 32 ans pour l'autre groupe, ce public ne ressent pas, a priori, d'effets négatifs du produit au plan sanitaire. Il s'agit pour 80% d'entre eux de nouveaux patients, c'est à dire d'une première rencontre avec un établissement spécialisé. Autre point venant interroger la posture des professionnels et les outils proposés, la source d'orientation. En effet, près de la moitié de ce public consulte dans le cadre d'une mesure judiciaire, contre 11% pour l'autre groupe. Ces deux éléments, nouveaux patients / mesures judiciaires constituent des paramètres importants dans l'évolution des publics et des consommations identifiées par les soignants. De plus, contrairement aux autres patients, la rencontre faisant suite à une mesure judiciaire ne s'inscrit pas dans une démarche volontaire de la personne mais dans une logique d'injonction.

Le positionnement de l'établissement et des équipes est dès lors interrogé en terme de réponse à apporter, et ce pour un public qui ne se situe potentiellement pas dans une démarche de soin, alors même qu'il est accueilli dans un centre de soins.

La temporalité de l'accompagnement évolue donc aussi. *« L'expérience nous a enseigné combien il est nécessaire de s'approprier par la rencontre soignant/patient afin de se comprendre et de réussir à établir une alliance thérapeutique »*¹⁹.

Ce fait nouveau peut donc résider dans une méconnaissance des possibilités de réponses potentiellement accessibles, et aussi dans un besoin unique d'information et d'évaluation pour certain, ne nécessitant pas d'accompagnement plus long.

Il apparaît donc que les files actives des dispositifs spécialisés comme les CCAA et les CSST, évolue aussi en fonction du niveau donné par les politiques publiques à la répression et au dépistage. En effet, comme nous l'avons vu, une forte proportion dans les CSST concernent les consommateurs de cannabis orientés par la justice, ce qui est aussi valable en CCAA, où l'analyse des demandes indique l'importance des orientations judiciaires avec un taux de 26%²⁰ en 2005.

¹⁸ REYNAUD M. / ed., 2006, Traité d'addictologie, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion p 609.

¹⁹ Id, p 609.

²⁰ Tendances, n°54, juin 2007, p5.

1.1.3 D'une approche par produit à une approche par comportement

Face à la multitude de comportements de consommation et à la multiplication des polyconsommations, il est apparu de plus en plus difficile de rester focalisé sur une approche fondée sur le produit consommé. Les personnes prises en charge ont d'ailleurs longtemps été assimilées à ce même produit, du fait notamment comme nous le verrons plus loin, du cloisonnement entre les structures d'accompagnement, au travers de vocables tels que alcoolique, héroïnomane, cocaïnomane.

Aussi, le début des années 2000 marque l'avènement de la notion d'addiction que cela soit au plan de la clinique ou de la prévention en France. Aidés par l'avancée de la recherche et l'acceptation de « bases neurobiologiques communes aux différentes formes d'addiction »²¹ et d'autres éléments communs aux comportements addictifs, les pouvoirs publics vont conforter cette approche en 1999. Pour la première fois l'alcool et le tabac vont être intégrés dans le champs de compétence de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT), ce qui apparaîtra d'ailleurs dans le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999 – 2001.

Ainsi, le clivage par produit n'a plus lieu d'être et notamment le clivage entre produits licites et illicites. Cette tendance s'est notamment illustrée à travers le rapport demandé dans le cadre du plan triennal sur les aspects communs et spécifiques aux différentes addictions. C'est aussi au cours de cette même période, en 2000, que sort une circulaire inhérente à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. De même, en 2002, la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale crée les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), successeur des Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) et des Centres de Cure Ambulatoires en Alcoolologie (CCAA).

Au delà de cette période clef, la notion d'addiction s'inscrit dans une logique de continuité par rapport aux différentes perceptions de la problématique. En effet, depuis l'influence du docteur Fouquet qui a défendu le concept de maladie alcoolique, en lieu et place de la tare ou du vice, de M. Vachonfrance qui prônait une approche centrée sur la personne, puis du professeur Olievenstein qui insistait sur l'importance du sujet et de l'environnement, le produit n'apparaît plus nécessairement comme l'élément central à prendre en considération pour accompagner les personnes.

²¹ H. Bergeron, *Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie » santé publique et nouvelle politique des addictions*, p 30.

Contrairement à une approche centrée jusqu'ici sur le produit, le terme d'addiction invite à prendre en compte un comportement.

Un des intérêts de recourir à la notion d'addiction en lieu et place de vocables comme la toxicomanie ou l'alcoolisme, réside dans une vision plus globale de la problématique. La place du produit est « à relativiser »²² dans la dépendance et ouvre donc le champ pour donner une place aux « toxicomanies sans drogue », ou addictions comportementales.

L'une des définitions la plus souvent utilisée est celle donnée en 1990 par A. Goodman, psychiatre américain. Pour ce dernier, l'addiction est « *un processus par lequel un comportement, qui peut à la fois fonctionner pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (perte de contrôle)* »²³.

L'addiction est donc un état de dépendance à un produit psychoactif, mais aussi à un comportement « où à une situation » renvoyant aussi au jeu pathologique, à la boulimie ou aux achats compulsifs, par exemple.

Le regroupement des consommations de produits psychoactifs sous le terme d'addiction amène donc non pas à se concentrer sur le produit, mais sur le comportement de la personne. « Ce qui signe l'addiction, ce n'est pas le produit en lui même mais l'utilisation qu'en fait le sujet »²⁴. Ceci induit donc de s'intéresser au comportement de la personne et donc au niveau de consommation et ce quelque soit la substance psychoactive.

En ce sens, l'addiction ne s'intéresse pas uniquement au comportement de dépendance, a contrario des précédentes approches, mais aussi aux comportements d'usage et d'usage nocif (ou abus) comme cela a déjà été décliné dans le Rapport Parquet en 1997. « La référence aux trois comportements distincts d'usage, d'abus et de dépendance permet à tous les acteurs intervenant dans ce champ d'avoir une base commune d'observation en ce qui concerne les comportements de consommation de substances psychoactives, et donne une cohérence à la diversité des actions de prévention, de soins et de réhabilitation »²⁵.

Afin de saisir au plus près ce que recouvrent ces notions en voici une brève définition :

²² CVORCOS M., GICQUEL L., *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*, p 27.

²³ Id. p 28.

²⁴ REYNAUD M. / ed., 2006, *Traité d'addictologie*, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion p 4.

- L'usage : « L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication ni dommage ».
- L'usage nocif : « l'usage nocif est caractérisé par une consommation susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui même, soit pour son environnement proche ou à distance : les autres, la société ».
- La dépendance : pour définir la dépendance je reprendrai la phrase de Fouquet, pour qui la dépendance représente « l'impossibilité de s'abstenir de consommer »²⁶. Celle-ci peut être de deux types, soit psychique, « définie comme le besoin de retrouver une sensation de bien être », soit physique, « définie par un besoin irrépressible, obligeant à consommer pour éviter le syndrome de manque ».

A travers la notion de pratiques addictives, se retrouve donc fusionnés tous les consommateurs de produits psychoactifs, licites ou illicites, ainsi que tous les niveaux d'usage tels que nous venons de les définir. De plus, les addictions intègrent, sur des bases communes, les comportements addictifs sans produits. Au final, cette approche concerne une part importante de la population, ce qui inscrit le champ des addictions comme élément important d'une logique de santé publique.

La répétition des pratiques, les comorbidités présentes entre différentes addictions, la part importante des polyconsommations, autant d'éléments qui invitent à un rapprochement institutionnel des modes de prise en charge des conduites d'addiction.

1.2 Vers un dispositif de prise en charge globale

1.2.1 Des dispositifs historiquement cloisonnés

Comme nous venons de le voir, l'évolution des consommations et des niveaux d'usage, ainsi que l'avènement de la notion d'addiction, invitent à une approche globale des comportements addictifs avec ou sans substances.

²⁵ Rapport du Professeur Parquet, *Pour une politique en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, p 25.

²⁶ Id. p 5.

La loi 2002-2 a créé les CSAPA. Fusion programmée des CCAA et des CSST, ils illustrent le rapprochement entre les champs de l'alcoologie et de la toxicomanie, deux secteurs qui se sont construits parallèlement.

La prise en charge des conduites addictives implique tous les acteurs que sont le système hospitalier à travers notamment les équipes d'addictologie de liaison, la médecine de ville et le dispositif spécialisé. Mon propos s'articulera ici uniquement autour de l'évolution des dispositifs spécialisés, objet de mon travail.

En France, l'approche des conduites addictives s'est structurée autour de deux champs ; l'alcoologie et la toxicomanie. A l'heure où le législateur oriente vers une fusion de ces deux champs, il est nécessaire de retracer l'évolution de ces dispositifs, axés sur une approche exclusivement organisée sur les produits, et qui ont évolué de manière cloisonnée.

- Le champ de l'alcoologie :

C'est dans la période de 1945 à 1970 que se forme le champ spécialisé de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool. Tout d'abord la loi du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux pour autrui donne priorité à la répression de l'ivresse tout en donnant la possibilité de se soigner. La naissance de l'alcoologie en tant que discipline spécifique et autonome a lieu avec la circulaire de 1970 et la création à titre expérimental des Centre d'Hygiène Alimentaires (CHA), puis leur généralisation en 1975 en seront « les actes réglementaires fondateurs du champ institutionnel »²⁷.

L'action des professionnels va se polariser sur l'action curative en direction des alcoolodépendants. « ...plus on s'éloigne de l'usage pour se rapprocher de l'alcoolodépendance, plus manifestement s'affirme la compétence spécifique. Partant, c'est au contact de cette population et au traitement de la pathologie avérée que l'identité professionnelle des alcoologues s'est certainement forgée »²⁸. Comme nous le verrons, ces éléments liés à l'identité professionnelle ne sont pas étrangers à certaines des résistances exprimées à l'endroit des politiques qui invitent au regroupement des dispositifs. La circulaire de 1983 élargie l'activité des CHA « à toute personne confrontée à des problèmes d'alcoolisation, quel que soit le stade de celle-ci ». La spécialisation de ces structures s'en trouve accentué de par leur nouvelle appellation de Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA).

²⁷ H. Bergeron, *Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie » santé publique et nouvelle politique des addictions*, p 13.

²⁸ A. Morel, *Fondements historiques et cliniques du rapprochement entre alcoologie et intervention en toxicomanie*, p8

Les soins de l'alcoolisme, tout comme celui de la toxicomanie, deviennent compétence d'État.

C'est la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui organise le transfert des CHAA vers le cadre juridique des établissements médico sociaux. Ils prennent l'appellation de Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) en 1999 et sont désormais financés par l'assurance maladie.

Les CCAA, au nombre de 230 au plan national, sont chargés de l'accueil, de la prise en charge médico-psycho-sociale et de l'orientation des personnes en difficulté avec l'alcool, ainsi que de leur entourage.

Parallèlement au secteur de l'alcoologie, le secteur de la toxicomanie trouvait lui aussi à partir de 1970 une assise réglementaire dans le paysage des politiques publiques.

- Le champ de la toxicomanie :

Jusqu'à la fin des années 60, le problème de la drogue est perçu en France sous l'angle du trafic et non comme un problème de toxicomanie ou de santé publique. La loi regroupe par le vocable de toxicomanie, les consommations de drogues illicites.

La loi 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 » étend à l'usage privé l'interdit pénal et pose le cadre de la politique de lutte contre la toxicomanie.

Dans la foulée de la loi est créé le secteur spécialisé qui constitue le principal acteur de soins des drogués ; les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST). La loi associe un volet thérapeutique, sous la forme d'injonction thérapeutique, au volet répressif et garantit l'anonymat et la gratuité des soins, qui incombe alors à l'Etat. Les personnes qui s'inscrivent dans une démarche de soins, après injonction du Procureur de la République, avec pour objectif le sevrage, ne sont pas poursuivies.

Le secteur va s'ancrer sur une idéologie qui va développer « *une critique de ce concept de maladie appliqué à la toxicomanie, faisant valoir une approche clinique non réductible à la santé et à la médecine, et la valeur symptomatique de l'abus de substances interdites* »²⁹.

Ainsi la toxicomanie est d'avantage appréhendée par les spécialistes comme un trouble de la personnalité, a contrario d'une approche médicale privilégiée dans le champ de l'alcoologie.

La survenue de l'épidémie de SIDA, dans les années 80, va provoquer une évolution du paradigme initial dans les modes d'accompagnement des personnes. Le

système français évolue, dès lors, d'une prise en charge fondée jusqu'alors sur l'abstinence comme visée première, à une considération d'une logique de réduction des risques, notamment chez le public « injecteur » et « sniffeur ».

Le système français évolue donc sur le plan sanitaire à la fin des années 1980 et, surtout, des dernières années de la décennie 1990 avec l'amorce de modifications pratiques notables : mise en vente libre des seringues en 1987, développement de programmes de substitution depuis 1993, autorisation de mise sur le marché de la méthadone et de la buprénorphine en 1995, décision de créer dans chaque département un centre de distribution de produits de substitution.

Depuis le 1^{er} janvier 2003, ces dispositifs font l'objet d'un financement qui est passé de l'Etat vers l'assurance maladie et relèvent de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Leurs conditions d'organisation et de fonctionnement sont fixés par le Décret du 26 février 2003³⁰ :

« Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes assurent :

- L'accueil, l'information et l'orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage ;
- L'aide au repérage des usages nocifs et à la réduction des risques associés à la consommation de substances ou plantes mentionnés à l'article 1^{er}
- Le diagnostic et des prestations de soins, dans le cadre d'une prise en charge médicale et psychologique [...] ;
- La prescription et le suivi de traitements de substitution ;
- La prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion ».

Comme nous venons de le voir, en trente ou quarante ans d'histoire parallèle, les dispositifs de prise en charge spécialisés en alcoologie et toxicomanies se sont construits distinctement, façonnés par les orientations des politiques publiques et, peu ou prou, par les représentations de l'opinion publique.

Malgré tout, au regard des évolutions des consommations et des besoins des publics, d'une approche pluridimensionnelle qui structure dès lors leur action bio-psycho-sociale, des connaissances neurobiologiques et psychosociales, et de l'émergence de la notion d'addiction, il apparaît pertinent de tendre à un rapprochement du point de vue institutionnel et des pratiques. Cette logique de rapprochement est notamment présente depuis le début des années 2000 dans les orientations des politiques publiques de santé.

²⁹ Id.

1.2.2 Le décloisonnement ; une volonté des politiques publiques

Depuis le début des années 2000, l'intégration sociale et politique de la notion d'addiction a trouvé sa traduction dans les plans gouvernementaux. Notion déjà présente pour certains professionnels du champ de la toxicomanie et de l'alcoolisme, notamment grâce au rapport Parquet en 1997 et au rapport Roques en 1999, ce qui apparaît comme nouveau c'est sa prise en compte par les pouvoirs publics. Désormais, drogues illicites, alcool, tabac, addictions sans substance, sont tous considérés comme susceptibles d'induire des risques, voire une dépendance.

L'impulsion pour une nouvelle législation et le développement d'un dispositif de soins et de prévention fondée sur une approche globale des comportements a été donnée par le plan triennal 1999 - 2002 de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de la Mission Interministérielle de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). « *L'évolution des modes de consommation, notamment chez les jeunes (polyconsommation, fragmentation des lieux et des modes d'usage, consommation de drogues de synthèse...) [...] associées à l'alcool, au tabac, conduit à rechercher une approche qui tienne compte de l'ensemble des conduites addictives, quel que soit le statut juridique du produit concerné* »³¹.

Afin d'adapter et d'organiser au mieux les dispositifs de soins, a été menée une étude par la commission RASCAS (Réflexion sur les Aspects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions). Celle-ci a mis en lumière les points communs entre les conduites addictives, mais aussi leurs spécificités, et a préconisé d'organiser les missions du secteur médico-social de prise en charge des addictions « *à partir des centres spécialisés de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie*³² ». Ainsi pointait l'esquisse des futurs CSAPA, d'autant qu'étaient également préconisés un statut unique et un financement par l'assurance maladie.

Le socle législatif de cette réforme sera apporté par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Celle-ci crée de nouveaux établissements, les CSAPA dans le cadre du code de l'action sociale et des familles :

³⁰ Décret n°2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

³¹ MILDT, *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances*

³² Rapport RASCAS. *Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions*. N. Maestracci. C. Barbier. MILDT, DGS, DHOS, décembre 2001.

« Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux au sens du présent code, les établissements et services, dotés ou non d'une personne morale propre, énumérés ci-après :

[...] 9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivis médical dont les CSAPA ».

Les plans successifs vont maintenir l'orientation prise et ce, à différents niveaux. Le plan quinquennal 2004 – 2009 de la MILDT, mettra en avant les besoins d'organisation et de planification régionale et départementale de l'offre de soins à travers les CSAPA.

Le plan 2007 – 2011 de prise en charge et de prévention des addictions du ministère de la santé, intitulera la priorité 2 « Mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux ». La volonté affichée est bien de constituer « un véritable dispositif médico-social en addictologie »³³, en créant des structures qui pourraient offrir des soins et un accompagnement à tous les patients souffrant d'addiction, quelque soit cette addiction. Pour ce faire, « l'objectif de la loi de finance 2007 de la sécurité sociale est de créer le cadre financier pour les CSAPA »³⁴.

Avec ce cadre de financement, et le décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, la réforme des CSAPA se voit doter d'un cadre opérationnel. Ce sera chose faite en 2008 avec la circulaire d'application du 28 février 2008, relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

Depuis les années 2000, les pouvoirs publics ont fait montre de leur intérêt pour une amélioration et une organisation plus efficiente de la prise en charge des addictions. Ceci est venu répondre aux exigences de terrain illustrées par l'évolution des comportements de consommation, et aux besoins d'adaptation d'un système cloisonné. « Tout ceci incite à ne plus prétendre à la sanctuarisation de nos disciplines élaborées il y a plus d'un siècle autour d'un produit³⁵ ».

³³ Ministère de la santé et des solidarités, La prise en charge et la prévention des addictions, plan 2007 – 2011.

³⁴ Id.

³⁵ P. Batel, Revue Actual, les cahiers thématiques de la F3A, n°4 septembre 2008.

1.2.3 Genèse et présentation des CSAPA

Pour répondre aux évolutions évoquées précédemment, le législateur a créé les CSAPA. Regroupement des CCAA et des CSST, ces deux entités trouvent à travers cette réforme un statut juridique commun, attendus depuis six ans et son inscription dans la loi du 2 janvier 2002.

La circulaire du 28 février 2008 vient donc spécifier les missions des CSAPA.

Dans la logique de prise en charge globale des textes venus en amont, il est indiqué que les CSAPA ont vocation à s'adresser aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives, licites ou non, mais aussi aux personnes souffrant d'addictions sans substance comme le jeu pathologique, les achats compulsifs ou les troubles alimentaires. Le cloisonnement par produit a bel et bien disparu.

Cependant, les gestionnaires d'établissement ont la possibilité de déposer une demande de CSAPA spécialiste alcool ou toxicomanie, ou de devenir un CSAPA généraliste. Mon propos portera prioritairement sur les CSAPA généralistes, afin d'être en adéquation avec le projet que je souhaite ici développer.

Le fonctionnement des CSAPA s'articule à travers des missions obligatoires, et des missions facultatives.

Au nombre de quatre, les missions obligatoires doivent être proposées à tous les publics, qu'il s'agisse d'un CSAPA spécialisé ou non. Elles se déclinent comme suit :

- L'accueil: cette mission « consiste à accueillir tout public se présentant au CSAPA qu'il soit consommateur de substances psychoactives ou qu'il soit membre de l'entourage ».
- L'information: L'information peut concerner les droits des personnes mais aussi les modalités de prise en charge. En direction des personnes malades ou de leur entourage, elle peut se présenter oralement ou par brochure en étant explicite.
- L'évaluation médicale, psychologique et sociale : « Cette mission consiste à évaluer la demande et les besoins du patient ou de son entourage ». Pour le patient, il s'agit au vu des données recueillies de proposer l'accompagnement le plus adapté.
- L'orientation: Toute personne doit pouvoir être orientée vers une structure ad hoc, dès lors que le CSAPA ne peut répondre du fait de sa spécialisation, par exemple.

La circulaire précise qu'il existe deux missions obligatoires qui peuvent faire l'objet d'une spécialisation. Il s'agit de la prise en charge et de la réduction des risques.

La prise en charge doit être globale et pluridisciplinaire ; elle doit être médicale, psychologique, sociale. Ainsi doivent être mis en lumière les niveaux de consommation de dépendance, les comorbidités potentielles, les besoins d'accompagnement vers le sevrage, la pertinence d'un programme de substitution, voire une orientation vers le secteur psychiatrique. De plus à travers l'accompagnement socio-éducatif, doivent être appréhender le maintien des droits sociaux et les moyens visant à l'intégration sociale.

La réduction des risques fait aussi partie des missions obligatoires. Ces mesures sont à destination des personnes reçues et prise en charge au sein des CSAPA. « *La mission de réduction des risques des CSAPA a pour but non seulement de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social.* »³⁶

Cette action de réduction des risques se fait parallèlement aux structures comme les Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD).

La circulaire³⁷ notifie quatre missions facultatives pour les CSAPA, pouvant néanmoins entrer dans leur champ d'action ;

- Les consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs ; à travers les missions d'accueil, d'information et d'évaluation, il s'agit ici de faciliter le repérage précoce des usages nocifs, à l'intérieur ou à l'extérieur du centre. Il est à noter que les consultations jeunes consommateurs mises en place, en application de la circulaire du 23 septembre 2004, intègrent les CSAPA suite à la mesure prise par le plan 2007 – 2011 de prise en charge et de prévention des addictions.
- Activités de formation, prévention et de recherche ; ces actions sont d'autant plus facultatives, qu'elles doivent avoir une ligne budgétaire propre et non émarquer sur l'enveloppe de l'assurance maladie
- La prise en charge des addictions sans substance ; il s'agit là notamment d'accueillir les joueurs pathologiques, les acheteurs compulsifs, les personnes présentant des troubles alimentaires.

³⁶ Annexe 1 p II

³⁷ Id.

- Intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

Les CSAPA étant inscrit dans le champ de l'activité médico-sociale, la circulaire indique trois caractéristiques fondamentales de l'action : le travail de proximité, la pluridisciplinarité, et l'accompagnement dans la durée. Pour ce faire, les équipes du CSAPA doivent être composées de différents professionnels. Elles doivent « *compter du personnel médical et paramédical, social ainsi que des psychologues* »³⁸.

La mise en place des CSAPA semble correspondre à un continuum de pensée, d'évolution des savoirs et des comportements, et s'inscrit dans une volonté de rapprochement des dispositifs spécialisés de la part des politiques publiques.

Malgré l'objectivité des éléments qui conduisent à envisager ce changement comme une opportunité, ce dernier va venir interroger les capacités d'adaptation, de décloisonnement et de mutualisation de la part des gestionnaires et des acteurs du secteur. De plus, la demande d'autorisation de transformation des établissements existants doit s'effectuer dans une temporalité réglementaire, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale de 2007, la date butoir étant fixée le 26 décembre 2009.

1.3 L'ANPAA 36, une organisation face aux évolutions du secteur

Comme nous venons de le développer, la notion d'addiction illustre un secteur qui connaît des évolutions en terme de fonds mais aussi en terme de forme. Ainsi, l'obligation légale de transformation en CSAPA représente pour les établissements tels que l'ANPAA 36, une période d'introspection et oblige à un état des lieux des dimensions opérationnelles et fonctionnelles. Gérant un CCAA et un CSST, l'ANPAA 36 a donc vocation à devenir un seul et même CSAPA. « Toutefois, dans le cas d'un gestionnaire qui gèrerait à la fois un CCAA et un CSST, celui-ci a vocation à devenir le gestionnaire d'un seul CSAPA. »³⁹

³⁸ Id.

³⁹ Id.

1.3.1 L'ANPAA 36 un établissement local de l'ANPAA

Avant de traiter du projet de passage en CSAPA du CCAA et du CSST de l'ANPAA 36, il convient de préciser le fonctionnement de celle-ci en tant qu'établissement local de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA) a été fondée en 1872 sous le titre d'association française contre l'abus de boissons alcooliques.

Depuis la Société Française de Tempérance et la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme, l'ANPAA est devenue en alcoologie un « opérateur essentiel », comme le soulignait la Cours des Comptes en 2003.

Au plan national, elle est animée par 1400 bénévoles et emploie 1 266 salariés correspondant à 856 équivalents temps plein et est présente sur l'ensemble des départements français.

L'ANPAA est une association nationale unitaire représentative, fondée sur des valeurs humanistes, ayant pour but de promouvoir et de contribuer à la prévention des risques et des conséquences des comportements addictifs.

La dimension politique est pilotée par le conseil d'administration. L'association est administrée par un conseil de 24 membres. Le Directeur Général dispose d'une voix consultative au Conseil d'administration. Ce dernier est chargé d'appliquer la politique et les décisions de l'association, ainsi que de sa gestion. Le siège national anime un réseau de 90 comités départementaux ANPAA, répartis sur le territoire national. Ceux-ci sont gestionnaires d'établissements médico-sociaux et acteurs de prévention et de formation. « *L'Association est constituée de Comités régionaux et départementaux ayant le statut d' Etablissement de l'Association, faisant expressément référence aux présents statuts, sans constituer de personnes morales distinctes* »⁴⁰.

Les établissements de l'ANPAA gèrent la moitié des CCAA de l'hexagone, dix CSST, deux CAARUD, un Service d'Aide à la Vie Sociale, un Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), Une Maison des Adolescents. Soit une file active totale de 70 000 usagers.

Chaque comité départemental est administré par une commission exécutive élue. Le Président de chaque commission exécutive agit par délégation du Président de l'Association nationale.

⁴⁰ Annexe 2 p IX

Les établissements locaux sont porteurs de leurs autorisations et restent autonomes en terme de gestion et stratégie budgétaire, de recherche de financements, d'organisation du travail et de stratégie locale, dans le cadre donné par les statuts et les objectifs de l'association.

L'ANPAA 36 est donc un Comité départemental de l'ANPAA. « *Il a pour mission de favoriser la déclinaison départementale de la politique nationale de l'ANPAA en cohérence avec les politiques publiques territoriales* »⁴¹.

1.3.2 Fonctionnement et organisation de L'ANPAA 36

Dans le département de l'Indre, l'ANPAA 36 existe depuis bientôt 35 ans. A travers cette histoire, elle s'inscrit comme l'un des principaux acteurs de la prise en charge des addictions au plan départemental. L'ANPAA 36 gère les seuls CCAA et CSST de l'Indre, tout comme elle représente le principal acteur en prévention des conduites addictives.

Aujourd'hui son organisation en cinq services se répartit comme suit⁴² :

Trois services de soins :

- Un Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), qui intègre une Consultation d'Aide à l'Arrêt du Tabac (CAAT), suite à la conférence de santé 1996 - 2000.
- Un Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST), qui intègre un centre de délivrance de méthadone depuis 2006.

Deux services de prévention :

- Un service de prévention et de formation, le CICA : Centre d'Information et de Coordination Addiction
- Un point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ)

Il est à noter qu'en juillet 2008, l'ANPAA 36 a été retenue pour être le gestionnaire de la prochaine Maison des Adolescents de l'Indre, qui verra le jour au début de l'année 2010.

Son effectif représente 20 équivalent temps plein.

Le passage en CSAPA va impliquer l'ensemble des services de l'ANPAA 36 sur le plan opérationnel. En effet, au cours de ses interventions, le service de prévention devra

⁴¹ Id.

⁴² Annexe 3 page XI

appréhender la présentation de la structure dans son nouvel ensemble, tout comme le PAEJ. De même, les actions de formation promue par le CICA s'articuleront par le biais des compétences mises en œuvre dans le nouveau dispositif.

Cependant, afin de faciliter la lecture et l'analyse de cette présentation, celle-ci portera sur les services du CCAA et du CSST. Ces derniers sont directement impliqués dans la phase de changement puisque correspondant à leur regroupement, et les professionnels vont être amenés à constituer une nouvelle entité.

Les services du CCAA et du CSST offrent une diversité de profils de professionnels constituant ainsi des équipes pluridisciplinaires. Mais comme nous l'avons vu précédemment, ces deux secteurs se sont construits l'un à côté de l'autre. Il en a été de même au niveau des services de l'ANPAA 36, nonobstant une direction commune et un établissement gestionnaire commun, pour mémoire le regroupement géographique n'a pu avoir lieu qu'en 2008.

Chaque service dispose d'un secrétariat propre, d'un espace d'accueil distinct et d'une zone de consultation qui lui est propre. Ainsi les prises de rendez vous, les modalités d'accueil, les outils informatiques sont spécifiques à chaque service. Il en est de même des temps d'analyse clinique et des liens partenariaux. Toutefois, des éléments sont d'ores et déjà communs il s'agit de la direction, de la gestion administrative et des locaux. Ce qui constitue un point d'appui stratégique dans la perspective du changement.

Afin d'appréhender au plus près la dimension opérationnelle des services en voici une synthèse :

Effectif quantitatif et qualitatif du CCAA (dont tabacologie) au 1^{er} janvier 2009 :

- 2 médecins	1,50 ETP
- 2 infirmières	2 ETP
- 1 éducateur spécialisé	1 ETP
- 1 psychologue	0.50 ETP
- 1 relaxologue	0.10 ETP
- 2 secrétaires médicales	1,5 ETP

Au regard du profil des 9 professionnels du service, le centre d'alcoologie offre la possibilité d'un accueil, d'un accompagnement et d'un suivi médical, psychologique, ou éducatif des personnes en difficulté avec l'alcool. Les accompagnements s'effectuent uniquement en individuel.

Les consultations sont effectuées dans les locaux de l'ANPAA 36 à Châteauroux, mais aussi dans les huit permanences⁴³ développées dans tout le département de l'Indre. Celles-ci représentent au total 57h30 de temps de consultation répartie dans le mois et sont assurées par les infirmières. Du fait de la thématique et de la ruralité du département, des possibilités de visites à domicile sont proposées (hors consultation de tabacologie).

Par ailleurs, les consultations avancées en alcoologie qui ont été mises en place par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, prévoit que le CCAA soit présent toutes les semaines au sein du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) de Châteauroux. Toutes ces possibilités de rencontre sur l'ensemble du département font du CCAA de l'Indre l'un des plus importants, au plan régional, en terme de file active avec 1095 patients reçus en 2008, dont 232 en tabacologie.

Le CSST développe quant à lui son activité uniquement sur le site de Châteauroux.

Effectif quantitatif et qualitatif du CSST (dont unité méthadone):

- 1 psychologue	1ETP
- 1 éducateur spécialisé	1ETP
- 1 secrétaire	1 ETP
- 2 médecins	0.20ETP
- 1 infirmiers	1ETP

Le CSST accueille⁴⁴, accompagne et assure le suivi des personnes en difficulté avec les produits psychoactifs licites ou illicites. L'offre de soins est de nature médico-psycho-éducative. La première rencontre n'est pas affectée à un professionnel précis, mais est fixée en fonction des disponibilités.

Depuis 2006, le CSST gère « une unité méthadone », produit de substitution aux opiacés, qui permet un accompagnement régulier pour certains patients, et notamment médical. Il apparaît comme adapté à une population héroïnomane insérée et en situation d'emploi. La méthadone est prescrite par le médecin et est délivrée par deux infirmières. Cette même année, se mettait en place une consultation jeune. Celle-ci sous la responsabilité technique du CSST, se déroule au sein du PAEJ dans un objectif d'accès facilité pour les plus jeunes.

En 2008, le CSST représentait en terme de file active 284 personnes.

⁴³ Annexe 4 page XII

La prise en considération des points développés ci-avant, montre un CCAA et un CSST qui répondent aux missions de ce type d'établissement. Leur situation de seul opérateur au plan du département et la place historique de l'établissement les plaçant comme interlocuteurs prépondérants pour la prise en charge de la problématique.

1.3.3 Forces et faiblesses du dispositif

Malgré tout, l'ANPAA 36 se trouve à une période de son histoire où son environnement connaît des transformations et où son action est interrogée. L'organisation et les professionnels ont à négocier les évolutions générales du secteur des addictions que nous avons vues précédemment, ce qui vient questionner, d'une part, les capacités à répondre au plus près des besoins des publics reçus, et d'autre part, leur organisation.

Tout d'abord, outre le fait que ces services sont différenciés au plan opérationnel et fonctionnel, il apparaît que des difficultés ou des manques leur sont communs tels que :

- L'émergence des polyconsommations.

Le fonctionnement actuel du CCAA, de la consultation de tabacologie et du CSST ne permet pas de prendre en charge de manière cohérente et pertinente ce type de problématique. Les temps de rencontre interservices n'existent pas, les suivis transversaux ne peuvent dès lors être formalisés. Alors que, « les usagers par leur polyconsommation nous ont amenés de fait à décloisonner les réponses... »⁴⁵, les professionnels se font parfois l'écho de leurs limites, face à des patients polyconsommateurs. Cette situation est d'autant plus inopérante, que des patients consommateurs de tabac, d'alcool et de cannabis, sont accompagnés par plusieurs services sans qu'il y ait de concertation ou de suivis en binôme. De plus, ces comportements nécessitent une approche tenant compte des différents niveaux d'usage, or le fonctionnement du CCAA est principalement organisé sur une logique d'abstinence et d'arrêt du produit.

- La diversification des sources d'orientation.

Les principaux mouvements concernent les orientations des services de justice et du Conseil Général.

L'ANPAA 36 travaille depuis de nombreuses années en lien avec les services de Monsieur le Procureur de la République, avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). Depuis la mise en place de conventions santé Justice en 2000, aujourd'hui caduques, la proportion de personnes orientées par ces mêmes services n'a

⁴⁵F3A, Actal, Les cahiers thématiques de la F3A, p14.

cessé d'augmenter. En 2008, ces orientations représentaient près de 40% de la file active du CSST et près de 20% pour le CCAA. Ainsi donc, ces patients viennent suite à une injonction, et ne nécessitent pas ou ne s'inscrivent pas dans une logique de soins. L'accueil par des soignants en individuel ne semble pas adapté à ce public, qui d'après les professionnels et certains propos d'usagers, nécessiterait un format collectif d'information, et l'apport d'outils facilitant la relation des personnes sur un plus long terme.

Ce raisonnement tient aussi pour la proportion de consommateur de cannabis. Ceux ci représentant 25% de la file active du CSST, ils viennent interroger les capacités de réponses adaptées, quand bon nombre d'entre eux viennent moins de deux fois.

Les orientations via le dispositif du Revenu de Solidarité Active (RSA), questionnent le cloisonnement des pratiques et le manque de mutualisation des moyens.

L'ANPAA 36 a été retenue dans le cadre d'un marché public comme référent parcours pour les allocataires du Revenu Minimum d'Insertion. La mise en place du RSA voit se poursuivre cette collaboration. Cette mission est assurée par l'éducateur du CCAA. Or, si les personnes orientées rencontrent majoritairement des difficultés avec le produit alcool, il n'en demeure pas moins qu'une partie sont des polyconsommateurs ou consommateurs de produits relevant jusqu'ici d'un dispositif comme le CSST. Là encore, le cloisonnement est un frein à la justesse de la réponse que l'on peut apporter et empêche le professionnel d'accéder à un ensemble de ressources potentielles.

Une réponse systématique aux orientations proposées telles que des injonctions de programme ou de méthodologie, peut venir interroger le projet social de l'association. De plus, les professionnels peuvent vivre ces injonctions comme une remise en cause de leur capacité d'expertise et entraîner une forme de démobilitation.

La question du RSA pose aussi la question de l'amplitude horaire des temps d'ouverture. Certains usagers reprenant une activité, ou étant en stage ont besoins de plages horaires adaptées et facilitantes dans l'accès aux soins. Il en est de même avec la population venant dans le cadre d'un traitement de substitution méthadone. Depuis 2006, il est apparu que ce mode d'accompagnement avait permis de trouver un nouveau public, inséré, et potentiellement en activité. Or certaines garanties d'accueil sont à prévoir, comme l'indique la circulaire du 28 février 2008 *«un accès facile de par leur implantation géographique et de par des horaires adaptés aux contraintes des différents publics accueillis (jeunes, personnes en activité), en tenant compte des obligations et des contraintes du public accueilli telles celles de la vie professionnelle»*.

L'organisation du travail est un autre point qui vient influencer le fonctionnement de l'établissement.

Mon prédécesseur, partie en retraite le 31 décembre 2008, a été le directeur de cet établissement pendant 34 ans. De la création de la structure jusqu'à son départ, il a su développer au plus près des besoins et des possibilités une organisation reconnue qui compte aujourd'hui 25 salariés. Néanmoins, l'organisation de l'ANPAA 36 doit aujourd'hui évoluer pour continuer à répondre aux besoins des usagers. Aussi, une organisation qui se constitue avec une seule ligne hiérarchique⁴⁶ ne semble plus correspondre à la taille des équipes et aux nécessités d'analyse de situations et de problématiques qui se complexifient. En effet, le seul niveau hiérarchique présent est la fonction de direction.

Pour chaque service, les modes de prise de décision ne sont donc pas formalisés, aucun des acteurs n'étant légitimé pour ça. Il en ressort un déficit de pertinence en terme de choix des modes d'accompagnement, laissant place à un manque de pluridisciplinarité et à une « appropriation » des suivis au sein de chaque service. Cette situation expose à une faible lisibilité des parcours de soin, et à des objectifs thérapeutiques flous.

Comme nous venons de le voir, l'ANPAA 36, établissement local de l'ANPAA, constitue l'un des acteurs prépondérants de la prise en charge des addictions en ambulatoire dans l'Indre. Au côté du secteur sanitaire et de la médecine de ville, cette organisation bénéficie d'une bonne image et d'une place historique dans ce champ.

Constitués d'équipes pluridisciplinaires et bénéficiant d'une logistique de qualité (bâtiment neuf, parc automobile), le CSST et le CCAA paraissent répondre aux missions qui leur étaient jusqu'ici dévolues.

Néanmoins, au regard des évolutions des publics et de leurs modes de consommation, des sources d'orientation, et des besoins inhérents à une organisation qui a connu un développement important depuis sa création, il apparaît des points à améliorer en terme de réponses à apporter aux usagers, mais aussi en terme d'organisation générale⁴⁷.

⁴⁶ Annexes 3 page XI

Tableau synthétique des forces et faiblesse des services de soins de l'ANPAA 36 : CCAA et CSST :

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">• L'ANPAA 36 est un établissement reconnu par les partenaires et les institutions.• Confiance des partenaires institutionnels tels que les services de justice, le Conseil Général, la DDASS (attribution de la maison des adolescents)• Plate forme technique pluridisciplinaire• Départementalisation effective de l'action du CCAA• Services regroupés géographiquement depuis 2008.	<ul style="list-style-type: none">• Cloisonnement des prises en charge, maintien d'une approche par produit• Faible mutualisation des moyens• Peu de lisibilité des parcours de soins• Absence d'outils communs• Absence de départementalisation de l'action du CSST• Faible lisibilité de la situation globale des personnes reçues

2 La logique CSAPA est une opportunité pour l'ANPAA 36 :

L'ANPAA 36 se trouve au cœur d'un environnement en pleine évolution. La diversité des publics et des consommations, les changements culturels et d'approche par l'émergence de la notion d'addiction, les orientations des politiques publiques, sont autant d'éléments qui viennent impacter les organisations et les pratiques.

Les atouts et les faiblesses de l'établissement ANPAA 36 vont être à prendre en considération afin d'établir une organisation qui réponde à l'injonction réglementaire et aux besoins des usagers.

2.1 Le Projet de CSAPA généraliste de l'ANPAA 36

Le projet du CSAPA que je pilote et que je souhaite voir mis en œuvre, vise à améliorer la réponse aux besoins du public, en terme de prise en charge transversale et globale, en répondant à une mise en conformité.

Ainsi, la nécessité de développement, d'adaptation et d'amélioration de l'offre d'accompagnement et de soins, va venir s'appuyer sur une restructuration organisationnelle qui, comme y invitent les orientations politiques, vient mutualiser les moyens et compétences des dispositifs CCAA et CSST.

2.1.1 Le choix du CSAPA généraliste

La question du choix entre la mise en œuvre d'un CSAPA généraliste ou d'un CSAPA spécialisé se pose dans une réflexion globale qui intègre la prise en compte des besoins des usagers et l'offre de services potentiels à envisager. Cette dernière doit répondre aux besoins sur le territoire départemental, territoire des compétences de l'ANPAA 36. Malgré tout, il est utile de rappeler que la circulaire du 28 février 2008 indique qu'un gestionnaire « *qui gèrerait à la fois un CCAA et un CSST, celui-ci a vocation à devenir le gestionnaire d'un seul CSAPA* ». Pour ce qui est de l'ANPAA 36, l'orientation de travail est ainsi clairement formulée, pour aller vers un seul et unique CSAPA qui ne saurait être spécialisé.

Le projet que je souhaite mettre en oeuvre porte donc sur la mise en place d'un CSAPA généraliste. Plusieurs arguments viennent étayer ce choix.

Tout d'abord, les études parues depuis le rapport RASCAS en 2001, font montre d'un socle commun aux différents comportements addictifs. Depuis, la neurobiologie, les sciences sociales et la psychologie ont conforté cet aspect des choses tout en maintenant certains points de spécificité. Pour illustration, le traité d'addictologie, ouvrage de référence pour les professionnels du secteur, consacre un chapitre pour chaque produit psychoactif, mais aussi pour les addictions sans substances. « Les passages d'une addiction à une autre sont aujourd'hui d'une extrême fréquence ».

La nécessité d'une démarche de prise en charge globale et transversale, nécessite de dresser un large portrait de la situation de la personne, afin d'en déterminer les axes d'accompagnement les plus adéquats. Ce portrait doit appréhender l'ensemble des comportements dont les addictions sans substance.

L'étude⁴⁸ sur le jeu pathologique menée en direction des patients des établissements locaux de l'ANPAA, pilotée au plan national et mis en œuvre au plan local, a mis en exergue pour les patients du CCAA et du CSST de l'Indre, une prévalence du lien entre consommation d'alcool, tabac et jeu. Ces résultats, font montre d'un lien fort entre ces trois types de comportement, avec un taux de 10% des personnes qui sont directement consommateurs d'alcool et de tabac, et qui jouent au moins une fois par semaine. Il ne s'agit pas d'en déduire ici qu'il s'agit de joueurs pathologiques, mais bien de souligner le rapport étroit entre ces trois comportements. En population générale, « *le jeu pathologique est relativement répandu : le DSM III - R en estime la prévalence entre*

⁴⁸ Annexe 5 page XIII

2% et 3% de la population adulte »⁴⁹, soit autant que les 2,3%⁵⁰ de fumeurs réguliers de cannabis dans la population générale.

Cette démarche qui tend à constituer un CSAPA généraliste a été confortée au cours d'un projet connexe à ce travail et qui est en lien avec le projet de la maison des adolescents. En effet, afin de travailler au projet de maison des adolescents, mon prédécesseur et moi même, avons rencontré au cours de l'année 2008 plus d'une trentaine de partenaires afin de réaliser un état des lieux, des manques et besoins repérés par les acteurs de terrain. Concernant le public adolescent mais aussi jeune adulte, il en est ressorti un certain nombre de problématiques, dont la consommation de produits, mais aussi la problématique des achats compulsifs, du jeu pathologique, via notamment les cyberaddictions, et les troubles alimentaires.

Autre champ investigué, la concertation avec les partenaires comme les assistantes sociales de secteur. Les professionnels de l'ANPAA 36 entretiennent des liens étroits avec ces dernières, à travers les permanences départementales qui sont hébergées dans les locaux des circonscriptions d'action sociale, et à travers le travail de l'éducateur du CCAA pour les orientations des allocataires du RSA. IL ressort des synthèses communes des situations, des problématiques d'achats compulsifs ou de troubles de type boulimique.

Les missions obligatoires des CSAPA telles que l'accueil, l'information et l'orientation, offrent la possibilité de répondre aux addictions sans substance, n'impliquant pas de thérapie particulière, si elles sont envisagées en terme d'évaluation, d'information, d'écoute ou d'orientation.

Il en ressort que le passage en CSAPA généraliste doit pouvoir répondre à deux types de publics et de besoins. D'une part, une population déjà prise en charge avec des besoins émergents et non satisfaits (polyconsommation, manque de transversalité), et qui entre déjà dans les missions respectives des CCAA et des CSST. Puis d'autre part, des besoins émergents chez un public déjà connu ou non, qui correspondent aussi aux missions d'un CSAPA généraliste ; l'accueil, l'information, l'évaluation pour les addictions sans substance.

Le projet de CSAPA à l'ANPAA 36 regroupe le CCAA et le CSST du point de vue organisationnel et opérationnel. L'objectif qui préside au projet est d'offrir une prise en

⁴⁹ M. Valleur, J.C. Matysiak, Les addictions. Dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique, p123.

⁵⁰ OFDT, Drogues, chiffres clés, décembre 2007

charge adaptée et transversale, répondant aux besoins identifiés et aux missions obligatoires des CSAPA, et ce dans une logique d'organisation efficiente.

Afin de répondre aux besoins et manques repérés, ce projet s'illustre à travers l'offre d'une prise en charge décloisonnée, d'un parcours inter-disciplinaire et d'une mutualisation technique et fonctionnelle. Les professionnels vont être amenés à travailler ensemble au sein d'un dispositif qui pourra accueillir les usagers présentant les problématiques ciblées. Les pratiques vont donc venir se compléter au sein d'une prise en charge globale qui nécessite l'adoption d'une offre de soins pluridisciplinaire, constituant l'axe de prise en charge. Les patients reçus sont appréhendés dans une perspective globale de leur situation et non répartie en fonction du produit consommé.

2.1.2 Les entrées dans le dispositif :

Les sources d'orientation vers ce type de dispositif sont très larges et montrent l'importance d'un fonctionnement en réseau que nous développerons plus loin. La circulaire du 28 février 2008 fait de l'accueil une mission obligatoire des CSAPA, d'où la nécessité d'identifier clairement les sources d'entrée afin d'en faciliter une lecture adaptée aux besoins de la personne.

La majorité des orientations va reprendre les axes existants avec l'ancien dispositif. Les deux principaux pôles d'intervention que sont le secteur sanitaire et la médecine de ville en sont des composantes essentielles, notamment pour ce qui est des phases de dépistage et d'évaluation.

Le Centre Hospitalier de Châteauroux, qui a constitué un Groupement de Coopération Sanitaire avec le secteur psychiatrique, travaille actuellement à la constitution d'un pôle addiction. En lien direct avec le centre de post-cure géré par la psychiatrie, et l'équipe d'addictologie de liaison, cette source d'orientation est vouée à se développer, à travers des besoins mieux repérés.

Les antennes départementales du CSAPA, elles aussi vouées à se développer sous l'impulsion d'une mutualisation de moyens, sont des liens de proximité incontournables pour le travail d'orientation. En effet, présentes sur tout le département, elles permettent de « raccourcir » les circuits entre les professionnels, et facilite les liens avec les autres hôpitaux du département. Cette proximité doit aussi favoriser le repérage précoce des problématiques en facilitant les interventions plus rapidement et doit permettre de travailler plus en amont avec les médecins traitants.

Le travail départemental de prévention effectué par le CICA est lui aussi une source d'orientation et un vecteur d'information sur le dispositif. Les infirmières

d'entreprise, infirmières scolaires, les entreprises sont autant de lieux d'intervention qui facilitent ensuite les démarches.

La médecine du travail est elle aussi une source d'orientation existante en augmentation. En effet, au niveau de la région centre, les ANPAA développent en 2009 un projet de formation au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (RPIB) en direction des médecins du travail. Ce maillage territorial cohérent peut prédisposer à des liens partenariaux renforcés, venant compléter un colloque sur l'addictologie organisé en 2008 par la médecine du travail de l'Indre.

L'ensemble de ces sources d'orientation se fondent sur la démarche volontaire de la personne, en lien ou non avec les préconisations d'un professionnel du secteur médical, ou social, ou hospitalier. Il est à noter que depuis cinq ans, les démarches effectuée par le patient lui même, ou par l'intermédiaire du milieu familial, représente 20% des nouveaux patients du CCAA. Depuis 2006, et l'ouverture de l'unité méthadone, ce chiffre s'élève à 30% pour le CSST.

Les autres sources d'entrée possible vers le CSAPA, sont les dispositifs qui représentent l'une des missions facultatives de ces derniers comme les consultations de proximité, ou des dispositifs connexes qui leur ont été intégrés comme les consultations jeunes. Pour ce qui concerne l'organisation du CSAPA, j'envisage que ces actions soient menées extra muros, afin de rapprocher le soin des personnes, parfois peu enclines à aller « vers ».

- les consultations jeunes⁵¹

C'est une mission facultative des CSAPA qui consiste en un accueil, une information, une évaluation⁵², une prise en charge brève, et une orientation si besoin. Destinées a un public jeune, dont les mineurs, « qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psychoactives »⁵³. Déjà existantes et sous la responsabilité technique du CSST, j'ai opté pour une « délocalisation » partielle de celles-ci dans les murs du PAEJ. Non identifié comme structure de soins, cet aménagement laisse la possibilité d'accéder à l'information, à l'évaluation, à l'écoute en dehors d'un circuit pouvant être trop marqué par le soin ou par les représentations persistantes propres à un centre pour toxicomanes.

En 2010, ces consultations ont vocation à se développer par le biais de l'effectivité de la maison des adolescents de l'Indre géré par l'ANPAA 36. En effet, de par sa nature, en créant une proximité entre la prévention et le soin, et ce dans un lieu neutre et non

⁵¹ Annexe 6 page XIV

⁵³ Id.

stigmatisant, la maison des adolescents représente une opportunité de développement d'activité pour le CSAPA, à l'extérieur de ces murs.

De par ce format, les consultations jeunes rejoignent le fonctionnement et les finalités d'un autre dispositif source d'orientation vers le CSAPA ; les consultations de proximité.

- les consultations de proximité et de repérages précoces⁵⁴

Tout comme les consultations jeunes, ces consultations sont des missions facultatives des CSAPA. Elles ont vocation à assurer le repérage précoce des usages nocifs. Pour ce faire, les professionnels doivent aller à la rencontre du public. Le projet de CSAPA de l'ANPAA 36 intègre cette action en renforçant les interventions existantes au préalable. En effet, depuis 1998, date de mise en œuvre des consultations avancées en alcoologie, un professionnel du CCAA intervient de manière hebdomadaire à l'accueil d'urgence des personnes sans abri de Châteauroux, et est présent aux réunions de synthèse de ce dernier. Il s'agit dorénavant de développer une consultation avancée en addictologie sur les mêmes bases d'organisation.

Le repérage précoce est assuré aussi par le biais des orientations des services de justice. Effectué dans les murs de l'établissement de Châteauroux ou dans les permanences, la démarche consiste à effectuer un travail d'évaluation. « *Celle-ci consiste en premier lieu en une évaluation de l'usage de substances psychoactives de la personne et vise à aider la personne à s'interroger sur son comportement par rapport à sa consommation et aux risques qui y sont associés et à le modifier pour éviter que son comportement ne devienne chronique ou grave...* »⁵⁵.

Parallèlement aux démarches volontaires des personnes qui viennent d'être décrites ci-avant, le pôle soin de l'ANPAA 36, constitué du CSAPA, accueille une population venant sur décision administrative ou judiciaire. Ces situations se rencontrent dans le cadre des orientations des services de justice et des orientations des services du Conseil Général.

- les orientations de justice

Les orientations émanant des services de justice entrent dans le cadre de dispositifs tels que les obligations de soins, les compositions pénales, ou dans le cadre d'alternatives aux poursuites. Les orientations se font à travers les services de Monsieur Le Procureur de la République, ou du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

⁵⁴ Annexes 7 page XVI

⁵⁵ Id.

(SPIP). Afin de faciliter les orientations issues de ces dispositifs, un effort de communication et de lien va être impératif. En effet, les décisions de justice vont continuer à se fonder sur le produit consommé (alcoolémie routière, usage de stupéfiants) ce qui ne correspondra plus en terme d'accueil au CSAPA.

Je souhaite que les infirmières du CSAPA soient les professionnelles qui interviennent en premier lieu sur ces situations. Les infirmières, sous l'autorité du médecin vont aider au décryptage et à l'interprétation des bilans sanguins ou urinaires, et ainsi faire le lien avec les services de justice. Ce lien doit être l'occasion de proposer une interprétation juste et fiable des bilans, et de réfléchir à la pertinence de ce type de procédure au regard de la problématique de la personne. Ceci a comme objectif de prendre en compte une dimension plus complète de la personne, évitant de se focaliser sur la consommation, mais sur la démarche de consommation.

Les autres temps importants à positionner comme éléments clés de ces suivis sont l'information et l'évaluation. Fort de l'expérience du CCAA et du CSST, il s'agit de la population qui connaît le plus fort taux d'absentéisme toutes files actives confondues. Rapidement, en « quelques entretiens » comme le souligne la circulaire, il s'agit d'amener un maximum d'éléments d'information, et d'aide au positionnement, pour des personnes qui, à priori, ne sont pas volontairement inscrites dans une démarche de soins.

- Les orientations du Conseil Général, référent parcours RSA

L'ANPAA 36 est référent parcours dans le cadre des suivis du Revenu de Solidarité Active (RSA). Ainsi, sont orientés les personnes connaissant une problématique addictive et étant allocataire du RSA. Dans le nouveau dispositif, les éducateurs spécialisés sont les référents de cette activité du fait de leur fonction d'accompagnant social et des liens étroits qu'ils ont tissés avec les assistantes sociales de secteur. Néanmoins, dans le fonctionnement en CSAPA, je souhaite que la personne référent parcours RSA, soit complé d'un autre professionnel, qui lui sera référent du parcours de soin. Cette démarche consiste à donner de la lisibilité et de la clarté sur les enjeux présents au cours des entretiens. D'un côté, le lien avec le RSA, ce dernier étant la condition de la rencontre et de l'accompagnement, de l'autre, l'accueil par un professionnel du soin, en CSAPA, où la rencontre et la relation d'aide s'effectuent sans conditions.

Il est à noter que l'action développée dans les huit permanences départementales, permet de développer les différents points d'entrée dans le dispositif à travers, les consultations de proximité, les orientations de la médecine de ville, du secteur hospitalier, des travailleurs sociaux et des démarches volontaires. Seules les consultations jeunes ne sont pas déclinées au plan des permanences.

L'un des éléments facilitateurs de la démarche d'orientation ou de la démarche volontaire, réside dans la lisibilité de l'offre de soins disponible, que cela soit en terme de prestation ou d'organisation.

2.1.3 Un parcours de soin transversal et interdisciplinaire

Pour ce faire, l'accompagnement des personnes doit se penser en dehors de tout cloisonnement, et ce dans un cheminement qui permet d'inscrire l'accompagnement dans une perspective claire et une temporalité annoncée, permettant au patient et au professionnel de se projeter. L'objectif est d'atteindre une lecture aisée des étapes envisageables de la prise en charge. Il s'agit ici de mettre en œuvre un parcours de soins transversal et interdisciplinaire, utilisant les ressources existantes.

La logique de parcours de soins introduite, celle-ci est structurée autour de plusieurs niveaux ou étapes :

- Le premier accueil,
- Le premier rendez-vous,
- L'accompagnement généraliste,
- L'accompagnement spécialisé,
- L'orientation,

Celles-ci permettent l'effectivité des trois missions obligatoires des CSAPA à savoir l'information, l'évaluation et l'orientation. Elles constituent dorénavant le mode d'intervention des professionnels qui constituaient le CCAA et le CSST. Ce parcours vient illustrer la mutualisation des moyens techniques et thérapeutiques dans un même ensemble.

Chaque étape concerne l'intervention de professionnels légitimés, suite à une réorganisation du travail et un réajustement des missions de chacun.

Pour aider à la cohérence des interventions et compléter une organisation avec un seul niveau hiérarchique, je souhaite nommer un médecin coordinateur. Dès lors le système a une instance de régulation et de décision pour ce qui concerne les temps d'analyse clinique. Ce temps, regroupant les professionnels du soin, est donc animé par le médecin coordinateur, dont le rôle est d'assurer l'articulation entre les éléments apportés afin de garantir la pluridisciplinarité des approches et l'orientation la plus pertinente. Cette instance traite donc des orientations en interne entre les différentes étapes, mais aussi des orientations externes vers le réseau de partenaires.

Ainsi donc la prise en charge au sein du CSAPA généraliste tend vers une lecture simplifiée et clarifiée des possibilités d'accompagnement et des missions. Pour en appréhender au mieux la logique, il convient d'explicitier plus avant les différentes étapes.

L'accueil et le premier rendez-vous sont organisés dans la même temporalité. Ces deux temps revêtent une grande importance car il s'agit de la première rencontre et celle-ci conditionne la relation de confiance nécessaire à toute démarche thérapeutique.

- L'accueil :

L'organisation en CSAPA induit le regroupement des zones d'accueil du CCAA et du CSST et des professionnels concernés à savoir les trois secrétaires. Mais l'accueil ne se résume pas à une prise de rendez-vous. Les professionnels concernés ont en charge l'inscription des nouveaux patients. Celle-ci se déroule dans un espace confidentiel et clos, facilitée par la centralisation de l'accueil. Ce temps permet un premier recueil de données à travers la constitution du dossier patient, la présentation de la structure et la remise et l'explicitation des documents propres à garantir l'exercice effectif des droits de l'utilisateur conformément à la loi 2002-2. Les trois secrétaires sont les professionnelles chargés de ce temps.

- Le premier rendez-vous :

Il fait suite à la phase d'inscription, et se situe le même jour. Il s'agit de la première rencontre avec un professionnel de l'écoute et de la relation d'aide. Ce temps est confié aux infirmières et aux éducateurs, et doit permettre de recueillir les éléments de compréhension et d'analyse de la situation et de la demande. En fonction des personnes et de la relation de confiance instaurée, plusieurs rencontres peuvent être nécessaires à cette étape de la prise en charge. Le choix de confier cette mission aux infirmières et aux éducateurs, correspond à la fois à des considérations techniques, mais aussi d'organisation. En effet, ce sont ces professionnels qui en terme d'effectif, peuvent assurer les consultations dans les permanences. Cette organisation me permet donc de décliner une même stratégie sur l'ensemble du département, avec les mêmes outils.

L'élaboration d'un document unique de recueil des données est l'une des conditions de la pertinence de cette phase, en donnant une grille de lecture commune aux professionnels impliqués.

Le premier rendez-vous laisse entrevoir la constitution d'une large lecture de la situation de la personne, facilitant le travail d'orientation.

La réflexion est effectuée collégalement en réunion d'équipe, vers un accompagnement généraliste de prise en charge ou directement vers un accompagnement spécifique.

- L'accompagnement généraliste :

Cette étape de prise en charge concerne les quatre profils de professionnels qui assurent les suivis dans le dispositif ; médecin, psychologue, éducateur, infirmière. Ce socle généraliste renvoie aux fondements communs des comportements addictifs tels que décrit dans le rapport RASCAS en 2001. Ceci induit l'idée qu'à cette étape du parcours, chaque professionnel a les compétences pour assurer la prise en charge, puisqu'il s'agit ici de la prise en charge commune aux problématiques avec ou sans substances. Ainsi, le diagnostic médical, le soutien psychologique, l'accompagnement social, peuvent être envisagé pour tous les patients.

Ainsi il apparaît une étape commune à chaque fonction, l'accompagnement généraliste, permettant des orientations issues du premier rendez-vous qui tiennent compte des délais, des sensibilités, voire des sites de consultations à travers les permanences départementales, l'offre CSAPA devant assurer ce maillage territorial dans le cadre de ses missions départementales.

Afin de répondre aux besoins plus spécifiques et d'offrir un maximum d'éléments pour la personnalisation des suivis, adaptée à la personne, , une phase d'accompagnement plus spécialisée peut être proposé sur le site principal.

- L'accompagnement spécialisé :

Cette étape vient appuyer la notion de personnalisation du parcours de soins et permet de tenir compte des spécificités de certains comportements addictifs comme le souligne le rapport RASCAS en 2001.

Au fur et à mesure de l'évolution des situations, le dispositif de l'ANPAA 36 offre une technicité et des outils thérapeutiques plus spécifiques. Cette étape, en fonction des besoins, permet des prises en charge faisant appel à des techniques telles que la systémie familiale, l'entretien motivationnel, les thérapies cognitivo-comportementalistes, ou à des outils comme la méthadone, ou des actions collectives comme le groupe de parole pour les familles, et les ateliers à visées thérapeutiques. L'outil le plus pertinent est préconisé pour la personne en terme d'orientation, contribuant à une réponse en cohérence avec les besoins et la demande. Si schématiquement cette étape intervient après une phase d'accompagnement dit généraliste, il n'en n'est pas moins pertinent de l'envisager en orientation directe depuis le premier rendez-vous. Ainsi, la technicité proposée tient compte précisément de la phase décisionnelle et du cheminement du

patient. Par ce fonctionnement je souhaite faciliter l'accès à certains outils pour les personnes vues en consultation de proximité ou au cours des consultations jeunes.

- Orientation et sortie du dispositif :

La sortie du dispositif s'effectue via un travail d'orientation vers les partenaires avec lesquels un partenariat doit être formalisé tels que la psychiatrie, les centres de longs et moyens séjours (post-cure), les relais médecine de ville, les pharmacies pour les relais méthadone, les mouvements d'anciens buveurs, les structures d'hébergements temporaires... Ce travail d'orientation ne peut être pertinent qu'avec une bonne connaissance de l'environnement et la formalisation de liens partenariaux.

La nouvelle organisation de prise en charge constitue une évolution majeure avec l'organisation précédente dans sa forme et dans l'approche de la problématique. De logiques cloisonnées et d'une approche par produit, les patients bénéficient d'une approche globale, tenant compte d'éléments polyfactoriels, et peuvent bénéficier d'un parcours de soin transversal, tel qu'illustré dans le tableau suivant.

ETAPES DE PRISE EN CHARGE

Temps 1

Temps 2

Temps 3

Temps 4

Temps 3 ou 5

Temps 6

	Même temporalité d'action		Réunion d'équipe temps d'analyse clinique	Accompagnement généraliste	Réunion d'équipe temps d'analyse clinique	Accompagnement spécialisé	Orientation
	Premier accueil	Premier rendez-vous					
Missions effectives du CSAPA	Accueil, information	Information, Evaluation, Orientation	Approche pluridisciplinaire et globale	Information, Evaluation, Prise en charge médico-psycho-sociale Orientation	Approche pluridisciplinaire et globale	Prise en charge médico-psycho-sociale Orientation	Orientation
Professionnels impliqués	Secrétaires	Infirmières Educateurs	Médecin coordinateur Equipe pluridisciplinaire	Equipe pluridisciplinaire	Médecin coordinateur Equipe pluridisciplinaire	Equipe pluridisciplinaire	Equipe pluridisciplinaire et secrétaires
Territoire d'intervention	Site principal et 8 permanences	Site principal et 8 permanences	Site principal	Site principal et 8 permanences pour l'accompagnement infirmier et social	Site principal	Site principal	

En terme de prise en charge le CSAPA généraliste se concrétise donc par un nouveau parcours de soins et un ensemble d'étapes adaptés aux besoins des personnes et ce, grâce à l'articulation des compétences qui composaient le CCAA et le CSST, illustration de la mutualisation opérationnelle. Mais pour être effectif et efficient le dispositif nécessite dans un même temps l'organisation des éléments de mutualisation fonctionnelle.

2.1.4 La mutualisation des moyens fonctionnels :

La mise en œuvre du CSAPA est aussi synonyme de mutualisation des moyens financiers et des supports logistiques nécessaires au bon fonctionnement du dispositif. Parallèlement à une direction déjà commune pour le CCAA et du CSST, le projet vise à mettre en lien des moyens qui concernent entre autre l'activité du secrétariat pour ce qui est de l'activité d'accueil et du travail administratif, mais aussi la mise en commun du parc automobile et une gestion commune du parc informatique.

Le regroupement des services en 2008 sur un même site, a représenté l'un des premiers jalons de cette orientation de travail. Tout en restant cloisonnés et en conservant leurs organisations et leurs moyens propres, les services cohabitent donc depuis juin 2008.

De par la configuration des locaux, les zones distinctes d'accueil ont vocation à être regroupées pour devenir un accueil centralisé. Cette centralisation géographique en un lieu commun, renforce la qualité de l'accueil physique et téléphonique et permet de garantir l'anonymat pour les personnes qui en font la demande et assure la confidentialité des échanges pour les dossiers d'inscription par un espace dédié et clos. Conjointement, l'accueil téléphonique peut être simplifié à travers une ligne téléphonique commune aux services de l'ANPAA 36.

La gestion des dossiers devient elle aussi commune et ces derniers sont stockés en un même lieu. Ceci aide pour la coordination entre les professionnels, pour une lecture globale des situations et un suivi transversal de la personne pour laquelle les données sont regroupées, en lieu et place de données parcellaires et découpées.

La mutualisation des moyens humains et techniques simplifie la circulation de l'information et le recueil de données et permet une plus grande amplitude des horaires d'ouverture, soit 44h00 au lieu de 39h. En effet, les effectifs réunis donne la possibilité d'étendre les ouvertures avec des plages horaires le lundi soir et le samedi matin. Ainsi, l'organisation tend à s'adapter au plus près des possibilités du public comme indiqué par la circulaire du 28 février 2008.

Un autre point de mutualisation concerne le parc automobile. Dans le cadre de ses compétences départementales, et conformément au schéma régional d'addictologie élaboré en 2008, les services de l'ANPAA 36 interviennent dans tout le département de l'Indre. Cela se concrétise dans le cadre de visites à domicile ou des permanences au nombre de huit. Aussi une gestion commune et centralisée du parc automobile, des plannings des véhicules, effectués par un professionnel missionné, en l'occurrence un secrétaire, représente une opportunité afin de mettre en place les moyens nécessaires pour un développement de l'activité et d'assurer une gestion efficace de la maintenance, moins coûteuse, et organisée.

Ainsi constitué, le CSAPA généraliste proposé par l'ANPAA 36 vient répondre aux besoins et aux exigences de prise en charge du point de vue du public, avec une visée globale et transdisciplinaire. Bénéficiant d'un large plateau technique structuré par une organisation précise de prise en charge, les patients ont une lisibilité accrue de l'aide proposée. De même l'établissement se positionne en adéquation avec les attendus d'un tel dispositif. Il répond ainsi aux injonctions réglementaires en assurant les missions obligatoires des CSAPA, en l'inscrivant en lien avec ses partenaires.

2.2 Un dispositif qui présente des valeurs ajoutées :

Le CSAPA généraliste tel que présenté ci-avant permet donc à l'ANPAA 36 de répondre à une demande de conformité. Mais en tant que directeur de cet établissement, je souhaite que la transformation en CSAPA puisse permettre d'aller au delà d'une mise aux normes en apportant une plus value du point de vue des publics, du point de vue des professionnels et des partenaires.

2.2.1 Une prise en charge globale et interdisciplinaire :

Les addictions se pensent dans un cadre holistique⁵⁶, à savoir dans une logique bio-psycho-sociale, prenant en compte toutes les dimensions de la personne. Cette approche notamment développé par Olivenstein lorsqu'il définit la toxicomanie comme « *la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel* »⁵⁷, donne trois dimensions qui interviennent dans l'émergence ou l'installation de comportements addictifs. La nouvelle organisation en CSAPA déclinée en étapes de prise en charge, propose une approche allant en ce sens. Cette approche considère et tient compte de la substance et de son mode d'utilisation, du contexte et de la fonction de la consommation,

⁵⁶ F3A/ ANITEA, *Associons nos compétences pour une approche médico-sociale des addictions*, 2009.

des diverses pratiques de consommation, des risques encourus et les facteurs individuels propres à l'individu.

Ainsi, la réorganisation du temps de premier rendez-vous devient l'un des éléments clef de la pertinence de cette prise en charge globale. En le formalisant clairement, puis en l'attribuant à des professionnels légitimés pour ce faire, ce temps devient la pierre angulaire du dispositif puisque l'évaluation de la situation de l'utilisateur, réalisée de manière précise et globale, vient éclairer la décision qui concerne l'orientation et le mode de prise en charge, ou l'orientation vers une structure plus adaptée.

Le parcours de soins tel qu'élaboré intègre des phases d'interdépendance fonctionnelle entre chaque étape, entre professionnels impliqués. Ainsi le travail d'orientation impose une explicitation des données issues de la phase précédente et une intégration des données dans l'étape suivante. Le travail de coopération est incontournable à la fois pour la cohérence des suivis, mais aussi pour la mise en œuvre des compétences propres à chaque professionnel.

De même, l'articulation entre les professionnels correspond aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). « *La combinaison et l'intégration des différentes prises en charge sont une garantie de l'efficacité des soins. Elles associent dans un cadre pluridisciplinaire interventions psychologiques et psychothérapeutiques ainsi qu'accompagnement socio-éducatif. L'exigence d'articulation entre les différents acteurs et les différentes structures de soins et d'accompagnement est essentielle* »⁵⁸.

2.2.2 Un parcours de soins personnalisé

La prise en compte de toutes les dimensions plurielles du comportement addictif invite et justifie la coopération et la complémentarité entre professionnels complémentaires dès lors que l'on souhaite accueillir la souffrance de la personne ou l'aider au plus près de ses besoins. Cette vision doit permettre de réajuster les accompagnements au cours des prises en charge en fonction des réalités et des besoins des patients, et de les coordonner entre professionnels tels que médecin, psychologue, infirmiers, éducateur. « *Si l'intervention d'une seule compétence peut être pertinente à certains moments de la prise en charge, il est important que le professionnel concerné puisse néanmoins, chaque fois que nécessaire, avoir recours à des interventions complémentaires à la sienne* »⁵⁹.

Le CSAPA se pose dès lors comme une réelle opportunité de complémentarité des approches à travers son plateau technique complet qui couvre les champs bio-psycho-sociaux.

⁵⁷ REYNAUD M. / ed., 2006, Traité d'addictologie, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion p9.

⁵⁸ Haute Autorité de Santé, *Rapport de la commission d'audit* « Abus, dépendance et polyconsommation : stratégie de soins », p 8.

⁵⁹ REYNAUD M. / ed., 2006, Traité d'addictologie, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion, p 618.

La transversalité du parcours de soins fait montre de phases d'ajustement et d'orientations potentielles en interne en fonction des besoins de la personne. Les possibilités de compléter les suivis avec un autre professionnel, l'analyse clinique effectuée en concertation, la place de régulation du médecin coordinateur, l'évolution de l'offre des outils thérapeutiques, sont autant d'éléments qui permettent d'asseoir une logique de personnalisation du parcours.

La transversalité est d'autant impulsée que le regroupement des services signifie un fonctionnement simplifié par le regroupement de moyens qui vont être mis en commun.

2.2.3 Une organisation efficiente

Les logiques de mutualisation des moyens techniques et de prise en charge tendent vers ce souci d'efficience caractérisé par le « *rapport entre moyens mobilisés et résultats* »⁶⁰. Logique présente depuis la Loi Organique de la Loi de Finance (LOLF), la loi de 2002-2 poursuit en ce sens, en demandant aux gestionnaires d'établissements de pouvoir justifier les coûts par rapport au service rendu et à la qualité initialement prévue. La nouvelle organisation en CSAPA ne peut que l'intégrer et faire montre d'une utilisation optimisée des moyens « *au niveau micro social et micro-économique, il y a un devoir d'efficience pour tous les acteurs* »⁶¹. De plus, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, (HPST), crée les Agences Régionales de Santé. Celles-ci vont œuvrer au décloisonnement entre le secteur sanitaire et médico-social. L'un des enjeux de la réforme et de la mise en œuvre des ARS est de « Renforcer le « devoir faire », c'est à dire l'incitation des établissements à la performance »⁶². La logique des CSAPA doit dès lors intégrer ce fonctionnement afin de répondre au législateur.

La mutualisation des moyens disponibles pour l'accueil, une gestion centralisée et rigoureuse des dossiers patients, des plannings de voitures, et un partage du parc informatique va en ce sens.

La centralisation et le regroupement des professionnelles chargées de l'accueil et l'extension de l'amplitude horaire des heures d'accueil offrent une adaptation aux contraintes des publics reçus. Cela donne une possibilité d'augmentation de la file active, à travers des disponibilités nouvelles, et ce à moyens constants.

⁶⁰ J.P. Hardy, Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, p13.

⁶¹ Id., p16

⁶² Ministère de la santé, Rapport Ritter, *Mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)*, Octobre 2008, p3.

De même, un nouveau critère d'orientation apparaît : le délai. Le nouveau circuit d'accompagnement et la répartition des niveaux d'intervention entre les professionnels amènent logiquement un lissage des délais de rendez vous. En effet, le délais le plus court devient une composante nouvelle, un critère d'orientation avec le lieu de consultation et les antécédents du parcours de la personne ou la source d'orientation ; et à terme un critère d'évaluation.

Le regroupement géographique des services en un site commun contribue lui aussi à la logique de maîtrise des coûts.

2.2.4 La lisibilité d'une organisation en pôle :

Le pôle soins représenté par le CSAPA, vient en parallèle du pôle prévention constitué d'un PAEJ et d'un service de prévention et de formation.

La répartition en terme de pôle, apporte une souplesse de gestion à travers la mutualisation de moyens, qui apparaît aussi comme une aide aux pratiques transversales, entre deux pôles, constituant l'établissement de l'ANPAA 36, entre soins et prévention. Conformément à la circulaire du 28 février 2008, l'activité de prévention et de formation peut être une mission facultative des CSAPA, à partir d'un budget qui lui est propre comme indiqué par l'article R 314-196-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Cette organisation, en facilitant les échanges et les coopérations, notamment pour les actions de formation, entre ainsi dans cette dynamique de liens prévention/soins. Cette organisation doit aussi permettre une plus grande lisibilité de l'organisation et des missions de l'ANPAA 36, celle-ci étant interrogée par quelques partenaires extérieurs lorsqu'ils utilisent des appellations obsolètes depuis presque vingt ans !

Depuis sa création, l'établissement aujourd'hui dénommé ANPAA 36 s'est successivement appelé le Comité de Défense Contre l'Alcoolisme (CDCA) constitué du Centre d'Hygiène Alimentaire (CHA), puis le Comité Départemental de Prévention en Alcoologie (CDPA), puis le Comité Départemental de Prévention en Alcoologie et Toxicomanie (CDPAT), qui lui a intégré le passage du CHA en CHAA (Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie) et a vu naître le Centre d'Information et de Coordination en Alcoologie et Toxicomanie (CICAT) pour la prévention, complété du Centre d'Accueil et d'Ecoute aux Toxicomanes et aux Familles (CAETF). En 1998, le CHAA est devenu le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et le CAETF, devenu Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) a intégré l'unité « JOKER », centre de Méthadone en 2006 ! Soit onze sigles en trente ans pour qualifier l'établissement ou ses services. Il

est donc impératif de profiter de cette transformation pour apporter une clarification des appellations.

Le passage en CSAPA est l'opportunité d'apporter une nouvelle lisibilité en simplifiant la lecture de l'organisation du fait de l'approche globale proposée. La répartition en pôle prévention/pôle soins aide à cette simplification, tout comme la constitution d'un accueil commun va simplifier les orientations en ne proposant qu'un seul numéro de téléphone. Au travers des évolutions sémantiques, on mesure l'évolution des modes de prises en charge et des postures professionnelles et le mouvement que signifie l'approche addictologique pour le projet associatif.

Comme nous venons de le voir, la transformation du CCAA et du CSST en CSAPA généraliste offre une valeur ajoutée dans l'exercice des missions de l'établissement. Que cela soit au niveau fonctionnel, opérationnel voire institutionnel, il s'agit d'avancées pour répondre au plus près des besoins et des attentes des publics accueillis.

Toutefois, l'élaboration et la mise en œuvre de ce dispositif soulèvent quelques points de vigilance à appréhender. Le changement de logique, mais aussi la reproduction de fonctionnements antérieurs vont devoir être analysés et pris en considération.

2.3 Des éléments de contrainte qui nécessitent des points d'attention :

Des éléments de contrainte et de complexité vont être à prendre en compte tout au long de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet. Certains questionnements vont nécessiter des points d'attention tout au long du projet, afin d'anticiper certains effets ne correspondant pas aux attendus du nouveau dispositif.

2.3.1 La part grandissante des orientations sur injonctions :

La part croissante des orientations hors démarche volontaire de la personne font partie de ces points à appréhender.

Les orientations dites sur injonctions, concernent les personnes qui sont orientées d'une part par les services de justice dans le cadre de dispositifs tels que, les alternatives aux poursuites, les compositions pénales, les obligations de soins, puis d'autre part les orientations du Conseil Général dans le cadre du RSA, l'ANPAA 36 ayant été nommé comme l'un des référents parcours.

Cette part grandissante vient interroger le sens, l'objectif et la posture des professionnels de l'ANPAA 36.

En effet, notre réponse doit être adaptée à la fois, à l'attente de nos prescripteurs qui est une réponse face à un délit de justice ou à un engagement vis-à-vis de la société, et répondre aux besoins et attentes des patients en terme de relation d'aides et de soins.

Autrement dit, la notion de contrôle est introduite dans notre activité par le biais d'attestation de présence, des engagements du contrat d'insertion, aux côtés l'accompagnement pluridisciplinaire.

L'approche des comportements addictifs, aujourd'hui construite sur l'individu dans sa dimension bio-psycho-sociale, prenant en compte son histoire de vie, sa construction psychique est la base de notre pratique. Dès lors, il est nécessaire que l'organisation mise en place maintienne et assure cette approche, en adéquation avec le projet associatif et les conférences de consensus, tout en coexistant avec les orientations décidées à partir du symptôme (la partie visible).

Ces orientations sous tendent chez le professionnel de se situer différemment dans l'approche du patient. A contrario d'une situation où l'orientation se fait avec une démarche volontaire de la personne, les orientations sous contraintes peuvent signifier que les personnes ne sont pas en phase décisionnelle, ni dans une démarche de soins, ni dans une situation qui nécessite un accompagnement. Néanmoins, afin de répondre aux besoins, la logique de réduction des risques doit alors être appréhendées par les acteurs, à travers des outils adaptés et aidant comme point d'ancrage ou d'adhésion de la personne. L'abstinence ou le sevrage ne sont pas obligatoirement les objectifs de prise en charge, laissant place à l'information, à l'évaluation des niveaux de consommation, phases s'inscrivant comme missions obligatoires des CSAPA. En tant que directeur, il s'agit pour moi de garantir une réponse adaptée à toutes les personnes accueillies, en terme d'information, d'évaluation, d'orientation, conformément aux missions énoncées dans la circulaire du 28 février 2008.

Apporter une réponse adaptée pour tous les publics, renvoie aussi à la question de l'éthique en terme de qualité de réponse.

2.3.2 La question de l'éthique

La question de l'éthique est interrogée par le mode de décision qui est en œuvre pour la réponse faite aux besoins des patients. Jusqu'ici sans instance de régulation, j'ai choisi de confier ce rôle à un médecin coordinateur. Malgré tout, la nomination d'un temps de médecin coordinateur ne doit pas venir à l'encontre d'une logique de délibération et de concertation, qui reste, d'après moi, les modes de fonctionnement à prioriser pour les temps d'analyse de situation. La convergence des réponses aux besoins, l'équilibre pluridisciplinaire, sont des éléments aidant pour un niveau d'exigence des réponses, faisant l'une des plus valeurs de la prise en charge, et l'un des gardes fous contre une dérive totalitaire de la décision. « *...il va falloir – et il faut savoir – s'interroger, se*

questionner et hiérarchiser les différentes valeurs avec rigueur pour ne pas proposer une analyse approximative et donc une aide décisionnelle fautive. C'est la base de la réflexion éthique. Celle-ci se doit au préalable de rassembler l'ensemble des données nécessaires ainsi que la position des différents intervenants, liée à leur personnalité, professionnelle et personnelle... »⁶³.

A ce fonctionnement il convient de donner une place prépondérante et une considération à la parole de la personne quant aux décisions prises, ce qui nous renvoie aux propos de Paul Ricoeur, « *Ne tenons nous pas les vies humaines pour plus lisibles lorsqu'elles sont interprétées en fonction des histoires que les gens racontent à leur sujet ?* ».

Autre point de vigilance à avoir en lien avec l'éthique ; le pluralisme culturel que va induire la fusion des deux services et la rencontre des professionnels qui les constituent.

En effet, cette phase de confrontation peut donner lieu à une volonté de domination d'une logique sur l'autre, d'une domination des valeurs sur d'autres. En tant que directeur de l'établissement, mon rôle va être de garantir l'équité dans le débat et de m'assurer que le dispositif garantit, comme le note R. Saintsaulieu⁶⁴, la justesse de la réponse à apporter aux usagers et correspond aux orientations données par la circulaire d'application. Il convient dès lors de passer d'une confrontation entre valeurs vers « *...le débat sur les objectifs et orientations concrets de l'action* » afin que la réponse à l'usager se construise non pas dans un enjeu de pouvoir mais dans un cadre éthique et de réponse juste au sens d'équité.

Pour apporter une réponse au plus près des besoins, les moyens mis en œuvre pour la réalisation des missions obligatoires et/ou facultatives doivent être en corrélation avec le niveau d'activité et ce dans un cadre de gestion efficient.

2.3.3 Le budget constant comme cadre contraint

Le financement des CSAPA est assuré par l'assurance maladie tout comme l'étaient les CCAA et les CSST. Le passage en CSAPA ne signifie pas de moyens supplémentaires, mais représente l'addition des moyens financiers du CCAA et du CSST. Hors, cette

⁶³ ANTONI M., avril 2005, « Approche éthique des situations difficiles en alcoologie », THS, p 1282.

évolution signifie concrètement un élargissement des missions et du domaine d'action du pôle soin de l'ANPAA 36. Ainsi, les 3 missions obligatoires que sont l'accueil, l'évaluation et l'orientation doivent être priorités. Le point de vigilance doit porter sur les missions facultatives et les capacités d'innovation de la structure à moyens constants. Les actions existantes telles que les consultations jeunes et les consultations de proximité déjà développées par le CCAA, peuvent donc être reconduites et étendues aux comportements addictifs, grâce à une mutualisation de moyens et à un partage des compétences.

Pour autant, la hausse probable de la file active du fait de l'accueil de nouvelles problématiques ou la nécessité de renforcer les temps disponibles sur les permanences départementales, ou encore la mission facultative qu'est le dépistage et la vaccination VHC/VHB vont dépendre du niveau d'efficacité atteint par l'organisation qui devra permettre le développement de ces modes d'action, aux côtés de financements complémentaires. En effet, des financements non pérennes, peuvent intervenir sous forme d'appel à projet (les consultations jeunes par exemple), laissant ainsi poindre une faible lisibilité quant au maintien de ce type de dispositif.

2.3.4 Les limites d'une prise en charge unique des addictions

Le dispositif des CSAPA représente une réelle plus value pour une prise en charge transversale du patient. Il vient formaliser l'avènement de la notion d'addiction et le socle commun à tous ces comportements. Néanmoins, le projet doit interroger dans son élaboration la pertinence d'une prise en charge commune à un acheteur compulsif, à un alcoolo dépendant, à un joueur pathologique, à un héroïnomane. Je dois donc m'assurer de la justesse de la réponse apportée et de la capacité du projet à prendre en compte un socle commun aux comportements addictifs tout en assurant la personnalisation du projet de soins. Ceci doit être d'autant plus effectif qu'en 2001, le rapport RASCAS a mis en lumière les points communs aux différentes addictions, mais a aussi souligné les spécificités de certaines conduites addictives⁶⁵. Celles-ci seront à prendre en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet.

Ainsi, le passage en CSAPA généraliste apparaît être une opportunité pour l'ANPAA 36 avec malgré tout des points de vigilance dans l'évolution du projet. Au profit des usagers, la nouvelle organisation tend à apporter une aide adaptée et respectueuse de l'individu dans sa globalité, en intégrant une approche par comportement et un décloisonnement des services CCAA et CSST.

⁶⁵ Annexe 8 page XVII

Pour autant, transposer les textes dans une réalisation concrète des orientations ne se décrète pas. Au delà du fait que les acteurs ont plus ou moins initié des phases de décloisonnement imposées par les besoins des patients, la mise en œuvre d'un CSAPA s'inscrit dans un ensemble d'évolutions qui mettent en lumière une multitude d'enjeux. Pour pouvoir se saisir pleinement de la pertinence d'un tel dispositif, des modifications dans l'organisation du travail sont à mettre en place mais d'autres enjeux sont aussi à prendre en compte. Le dispositif nécessite de faire travailler ensemble des personnes de culture et de formation différentes, de lever les clivages des approches par produits, d'organiser la prise en charge des addictions sans produit, de mesurer les enjeux de pouvoir, de partage de « territoire » à travers des locaux communs, et d'ouvrir l'établissement « à et sur son environnement »⁶⁶.

3 Mise en œuvre de la logique de décloisonnement et de mutualisation :

Le projet de CSAPA généraliste consiste à faire évoluer l'organisation du travail à travers la rencontre de deux secteurs qui se sont construits parallèlement. Ce mouvement va venir questionner les pratiques liées aux cultures, aux identités des acteurs, et interroger la place de chacun dans le nouveau système. En tant que directeur de l'établissement, je vais devoir tenir compte de tous ces paramètres, pour embrasser l'ensemble des enjeux que cette transformation met à jour. Ceci dans l'objectif de mobiliser les leviers les plus pertinents pour accompagner le changement et ainsi piloter le projet managérial de mise en œuvre du CSAPA.

3.1 Des évolutions culturelles et identitaires :

Au delà des modifications organisationnelles imposées par une volonté de prise en charge globale et efficace des addictions, d'autres repères sont amenés à bouger avec cette évolution. En effet, comme nous l'avons vu précédemment les secteurs de l'alcoologie et de la toxicomanie se sont construits parallèlement et parfois même de manière très étanches. Inexorablement ces changements, à travers la fusion des deux services, vont venir impacter sur la logique culturelle de chaque secteur, tout comme

⁶⁶ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « ouverture de l'établissement à et sur son environnement », ANESM, 2008.

chaque acteur va être impliqué dans une dynamique de perte et de gain en terme d'identité professionnelle.

Hors l'objectif est bien d'atteindre une culture commune de travail, à travers un nouveau dispositif qui est le CSAPA, tout en respectant les spécificités et les identités des acteurs qui le composeront. Par le terme de culture j'entends ici la définition donnée par D.Genelot, comme un « *ensemble des règles implicites* » qui conditionnent la conduite d'un groupe humain. « *Elle est constituée de rites, de tradition, de mythes, de valeurs et de symboles partagés.* »⁶⁷

3.1.1 La rencontre culturelle, une articulation entre passé et présent :

La mise en œuvre d'un CSAPA généraliste implique donc la rencontre de deux cultures ; l'une construite sur une approche médicale (l'alcoologie), l'autre sur les psychothérapies (la toxicomanie), l'une où l'usage est une référence culturelle et nationale véhiculant des valeurs positives, l'autre où l'abstinence (l'absence de produit) est la norme sociale, l'une où la drogue, le produit, fait l'identité du toxicomane, l'autre où c'est la « digression » d'un usage culturel et admis qui fait identité dans la pathologie. Ainsi, du point de vue des acteurs, il va être nécessaire de travailler à leur positionnement, puisque l'accompagnement en CSAPA implique une adaptation quant à la manière d'accueillir les personnes quelque soit le produit.

En effet, on parle de « mésusage » pour l'alcool, considérant qu'en France, une majorité de personnes sont des consommateurs, pouvant adapter leurs consommations en fonction des normes imposées par les contextes d'alcoolisation. Pour ce qui est des produits illicites, on peut dès lors parler de « transgression », considérant qu'il n'y a pas d'usage sans risque d'un produit interdit par la loi.

L'un des éléments qui va permettre aux professionnels de se rejoindre est l'approche qui intègre une logique de réduction des risques. En découle une mise en adéquation avec la circulaire relative aux missions des CSAPA du 28 février 2008 qui précise « *tous les CSAPA qu'ils soient spécialisés ou non, ont l'obligation de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge. Ainsi la réduction des risques concerne les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool* »⁶⁸.

Pour mettre en œuvre cette approche, je vais devoir donner les moyens aux acteurs de bâtir de nouveaux référentiels communs qui intègrent une lecture par niveaux de consommation ; l'usage, l'usage à risque, l'usage nocif, la dépendance. Ainsi, il s'agit

⁶⁷ Genelot D., *Manager dans la complexité, Réflexion à l'usage des dirigeants*, p 198.

⁶⁸ Annexe I page II

de sortir d'une approche où le produit fait l'addiction, au profit d'une lecture où ce sont l'utilisation et l'usage qui deviennent un facteur de comportement addictif. Le projet doit donc tendre vers une prise en charge des conduites d'abus multiples et non pas se focaliser uniquement sur la dépendance. D'où la nécessité d'élaborer des outils d'accompagnement venant en amont du soin et facilitant l'appropriation d'une démarche de changement chez les personnes accueillies.

En produisant de nouveaux repères, Il s'agit de passer d'une logique de « *culture de l'acquis* » à une « *culture du construit* »⁶⁹, se référant à des jalons nouveaux, et ainsi d'adapter notre réponse à la réalité des besoins.

L'évolution des besoins du public et de l'environnement de la structure interroge les points de repères et les pratiques jusqu'ici de mises, imposant le changement pour apporter les réponses adéquates. Malgré tout, le changement ne peut faire fi de ce sur quoi ces cultures se sont fondées. Comme le souligne V. Perret, « le changement ne prend forme que sur le fonds sur lequel il se dessine ». Dans ma logique de projet, je vais donc devoir prendre en compte l'héritage historique des deux secteurs pour les articuler dans une logique d'évolution et d'adaptation et non de rupture.

Mintzberg⁷⁰ indique « ...une entreprise n'a pas une culture, une entreprise est une culture. C'est pourquoi elle est si difficile à changer ». Le système, comme le sous-tend Mintzberg, engendre et véhicule ce sur quoi il repose. J'ai pu mesurer au sein de l'établissement que je dirige aujourd'hui, la prégnance de l'idéologie et noter de quelle manière les derniers salariés arrivés véhiculaient la culture de leur service. En ce sens, je rejoins F. Osty lorsqu'elle évoque les rituels professionnels : « *Les rites professionnels maintiennent une identification alors même que l'activité de travail qui sous-tend cette culture de métier disparaît* »⁷¹. Pour faire face aux éléments ritualisés des différents secteurs, le projet de transformation doit intégrer de nouvelles règles institutionnalisées, de nouveaux rituels qui devront aider les acteurs à l'appropriation de la culture du travail en CSAPA.

Le changement va donc supposer de trouver un point de tension satisfaisant entre les acquis du passé et la réalité du présent ou tout du moins ses exigences et ses injonctions.

⁶⁹ Genelot D., *Manager dans la complexité. Réflexion à l'usage des dirigeants*. p 199.

⁷⁰ MINTZBERG H., 1989, *Le management, voyage au centre des organisations*, Montréal : Edition agence d'Arc, p399

⁷¹ Osty F., *Le désir de métier*, p 102.

Je pense, comme l'indique J.P. Lebrun⁷², que l'institution « *prend son assise dans son passé...* ». La tradition devient le socle du changement et met en mouvement les évolutions a contrario d'un immobilisme se revendiquant des habitudes passées.

Pour autant, cette approche nécessite d'après moi, une vigilance pour que tradition et histoire ne soit pas actionnées seules ou comme frein potentiel à l'évolution. Si l'histoire sert de socle, Il est dès lors important de renforcer cette idée de « culture du construit » précédemment citée, qui tient compte du présent et des évolutions qui obligent à des modifications et donc à l'émergence de nouveaux référentiels.

A cet effet, il convient de prendre en compte les expériences passées comme base potentielle à une appartenance collective, mais aussi, comme l'indique F Osty⁷³, d'être en capacité de transformer ces expériences en savoir pratique.

L'ANPAA 36 a une histoire dans le département qui date de 1975. Il apparaît fondamental d'asseoir l'évolution actuelle sur cette histoire, qui permet aujourd'hui une action départementale, des compétences et des capacités d'expertise reconnues. Comme le souligne Saintsaulieu, « *...tous les changements institutionnel se feront sur fond de culture déjà là* ».

De prime abord, le cloisonnement qui s'est établie apparaît comme l'un des freins du changement. Au cours de leurs évolutions parallèles, les deux secteurs ont optés pour des paradigmes fondateurs différents. Dans un contexte où la drogue apparaissait comme phénomène de société, la prise en charge de la toxicomanie a d'avantage été appréhendée par les spécialistes comme une problématique du sujet, récusant le terme potentiellement réducteur de maladie. Le but étant de tendre vers une émancipation par rapport au regard médical, privilégiant la valeur symptomatique du produit et l'approche psychologique et systémique. A contrario, le champ de l'alcoologie, pour sortir de l'assimilation au vice ou de l'image de l'ivrogne, s'est appuyé sur la notion d'alcoolisme-maladie, privilégiant de fait, une approche médicalisée.

Cette séparation entre champs d'intervention a néanmoins permis de développer des compétences spécifiques au sein des groupes, tout en se fondant sur une approche convergente ai fil du temps. En effet, les approches élaborées par M. Fouquet en alcoologie et par M. Olievenstein en toxicomanie se rejoignait en ce sens qu'elles sont humanistes et qu'elles utilisent le même triptyque qui conditionne la pathologie :

⁷² Lebrun J.P., Clinique de l'institution, p 24

⁷³ F. Osty, le désir de métier, p 213

l'écosystème entre l'individu, l'alcool et l'environnement pour Fouquet, la rencontre entre une personne, un produit et un moment socioculturel chez Olievenstein.»⁷⁴ .

Après avoir mis en lumière ces éléments, la valeur paradigmatique de la notion d'addiction, tend à la création de passerelles permanentes et a un socle commun de pratiques. En tant que directeur, je veux que l'articulation entre culture passé et présente questionne les présupposés et les pratiques des professionnels afin de construire une base commune. L'analyse diagnostic des compétences et des pratiques mises en œuvre doit venir aider en ce sens à mesurer les écarts entre les besoins repérés et les réponses apportées et à dégager les points de convergence et d'amélioration potentielle.

De ceux-ci devront alors découler les possibilités de prises en charge généralistes et spécialisées des conduites addictives. De même, il s'agira de venir renforcer l'offre pluridisciplinaire et complémentaire de prise en charge.

Pour autant, l'émergence d'éléments fédérateurs autour d'une convergence des cultures au sein de l'ANPAA 36, doit s'accompagner de liens avec l'extérieur, dans une logique d'ouverture de l'établissement sur son environnement.

3.1.2 La logique CSAPA, une logique d'ouverture

L'un des points souligné par la culture CSAPA est l'ouverture sur l'environnement extérieur de la structure. Ce mode de fonctionnement est largement notée dans les orientations données par la loi 2002-2, par le schéma régional d'addictologie et par la future loi « Hôpital Patient Santé et Territoire ». Cette volonté de décloisonnement entre les acteurs d'un même champ met en exergue les besoins d'articulation entre les trois pôles forts de la prise en charge des addictions que sont les secteur médico-social, hospitalier et la médecine de ville.

L'inscription dans l'environnement vient toucher à l'organisation et à son évolution. Comme le souligne D.Genelot⁷⁵, « *Un système n'est jamais séparé de son environnement. Il agit sur lui et est agi par lui.* » En tenir compte, c'est accepté l'idée d'être modelé par nos orientations propres mais aussi par celle de l'environnement. Pour les services du CCAA et du CSST il s'agit ici de faire évoluer les relations avec les partenaires extérieurs et de se laisser imprégner par des éléments nouveaux pouvant aider à l'ajustement de notre fonctionnement. Je souhaite accompagner cette ouverture des professionnels de l'ANPAA vers l'extérieur, par un travail de formalisation des liens

⁷⁴ A. Morel, « Fondements historiques et cliniques du rapprochement entre alcoologie et intervention en toxicomanie », p7.

avec les partenaires. Je souhaite ainsi positionner institutionnellement cette dynamique interne/externe en simultané d'un travail d'exploration de l'environnement.

Cette porosité avec l'extérieur est donc à impulser. La situation de quasi monopole dans la prise en charge ambulatoire des comportements addictifs, accompagnée de liens partenariaux fondés essentiellement sur des relations de personne, n'ont pas facilité la formalisation de liens, notamment avec le secteur sanitaire et la médecine de ville. Il est remarquable de constater qu'au delà d'un savoir faire reconnue et d'une forte assise historique, le secteur soin de l'ANPAA 36 a un fonctionnement qui ne regarde que rarement les éléments extérieurs sur des points de réflexion et d'analyse quant aux mode de prise en charge par exemple.

Ceci peut notamment se mesurer à travers les nombreux partenaires et le faible nombre de liens partenariaux formalisés, alors que parallèlement le nombre de prescripteurs et de sources d'orientation n'a cessées d'évoluer. Cela rejoint ainsi la note de l'ANESM⁷⁶ qui précise que « *tout partenariat n'est pas automatiquement relié à une pratique d'ouverture* ».

Pour Mintzberg, l'idéologie invite à l'introspection, au risque de se renfermer, en oubliant le contexte. Hors, aujourd'hui, comme l'a souligné O. Cany⁷⁷, « les organisations évoluent en fonction de l'environnement et des politiques publiques, elles en sont tributaires, elles en sont le produit. L'organisation s'ajuste à l'environnement ». En ce sens, il rejoint la notion d'adhocratie développée par Mintzberg, à travers les capacités d'apprentissage et donc de flexibilité d'une organisation par rapport à son environnement. L'idéologie peut dès lors venir à l'encontre des capacités adhocratiques d'une organisation, en faisant fi des évolutions extérieures, en donnant un cadre unique d'interprétation et freiner le « *besoin de renouvellement stratégique* ».

Hors, les politiques publiques invitent désormais les établissements sociaux et médico-sociaux à un travail de coordination et d'articulation. Notamment décliné dans le schéma régional d'addictologie de la région Centre, avec les partenariats à mettre en œuvre avec le secteur sanitaire à travers les équipes de liaison en addictologie , les CAARUD et la médecine de ville pour ne citer qu'eux. La loi « Hôpital Patients, Santé, Territoires » poursuit cette logique de rapprochement par l'intermédiaire de la création des Agences Régionales de Santé (ARS), traduisant une approche décloisonnée et globale des questions de santé.

⁷⁵ Genelot. D, Manager dans la complexité, Réflexion à l'usage des dirigeants, p111

⁷⁶ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, 2008, p9.

Cette logique d'ouverture est notée par R.Saintsaulieu⁷⁸ comme l'un des problèmes organisationnel des entreprises contemporaines. Pour l'auteur, il s'agit de développer en terme de potentiel la transition « *d'une communauté devenue fermée vers une société plus ouverte, sur ses forces réelles en interne et sur ses environnements multiples* ».

Cette dimension renforce l'idée d'étanchéité qui s'est construite entre les deux secteurs, mais aussi entre ces derniers et leur environnement. En ce sens, le travail à effectuer sur l'idéologie se pose en opportunité pour le pôle soin de l'ANPAA36, à condition que la culture émergente se construise sur une dynamique ouverte sur l'extérieur, impulsée par une dynamique collective autour d'un projet commun.

Mais ce glissement va, de par l'évolution organisationnelle et culturelle, toucher directement non seulement les collectifs constitués, mais aussi chaque individu. En effet, le passage de compétences liées à une spécialité comme l'alcoologie ou la toxicomanie, reconnue à travers des diplômes universitaires où à travers des structures employeurs affichant cette spécialité, à une approche globale sous le vocable d'addiction, va venir interroger l'identité professionnelle de chacun.

3.1.3 La question de l'identité professionnelle :

Ainsi, peut émerger un sentiment d'identité menacée du fait d'un ensemble d'éléments qui viennent potentiellement fragiliser les identités professionnelles. De par le terme d'addiction apparue depuis 2003 dans la terminologie de l'ANPAA, du fait de la démarche de transformation en CSAPA, du fait de l'injonction réglementaire de se regrouper de la part du législateur, on légitime de moins en moins une spécialité comme l'alcoologie, la tabacologie, la toxicomanie, au profit de ce qui peut être ressentis comme un grand tout, uniformisant les approches.

Le nouveau dispositif va venir perturber les équilibres existants et les reconnaissances identitaires. Pour définir la notion de reconnaissance identitaire, je reprendrais les termes de B. Dubreuil qui la caractérise par « *...les marques symboliques et matérielles qui identifient les spécificités de la profession exercée par la personne et les capacités qu'on lui prête pour s'acquitter du rôle et des responsabilités qui lui sont conférés dans le dispositif institutionnel* »⁷⁹.

La logique d'organisation par service disparaissant au profit d'un CSAPA généraliste, chacun dans le système va être interrogé avec l'évolution de son rôle, de ses

⁷⁷ O. Cany, journée d'étude « éthique et direction » 10/12/08, ITS de Tours.

⁷⁸ Saintsaulieu R., *l'identité au travail, les effets culturels de l'organisation*, p 432.

missions, de son positionnement par rapport aux patients, et par là même de la reconnaissance institutionnelle.

Trois principaux éléments constitutifs de l'identité des professionnels vont être questionnés.

En premier lieu, l'un des éléments identitaire fort jusqu'ici présent réside dans le fait d'intervenir dans le champ de la toxicomanie ou de l'alcoologie. Ces spécialités sont donc synonymes de compétences spécifiques pour les acteurs, d'ailleurs légitimées à travers des diplômes universitaires propres, et des lignes budgétaires dédiées, reconnues par les partenaires ou l'institution. L'avènement de la vision addictive interroge ces identités.

Autre point, propre à l'organisation du travail dans l'établissement, la polyvalence des acteurs au sein des modes d'accompagnement. En effet, le CCAA et le CSST ont fonctionné avec des professionnels qui intervenaient à tous les stades de la prise en charge et sans délimitation précise de leurs missions. Ainsi, au sein d'un service, tous les professionnels pouvaient assurer le premier rendez-vous ou initier une orientation en post-cure, ou autre exemple, une infirmière en alcoologie pouvait intervenir sur des problématiques social, psychologique voire sanitaire. La partie la plus lisible de l'action des salariés résidait donc dans le service d'appartenance et le produit pris en charge.

A travers l'organisation que je souhaite voir en place, la polyvalence va être remise en cause, au profit de tâches et missions précises au sein des étapes de soin, faisant appel aux compétences des acteurs.

Dernier point, il renvoie à l'évolution des profils de publics reçues et de leurs besoins. De ce fait, et notamment au sein du CCAA, les professionnels soignants, reconnues en tant que tel, vont devoir être reconnue à travers des approches qui se fondent sur des interventions en amont du soin, tel que la réduction des risques, ou par des publics orientés par la justice, non demandeurs de soins. La posture des acteurs doit donc passer de l'accueil d'une pathologie liée à un produit à l'accueil d'une personne ayant une conduite addictive ou connaissant des niveaux d'usage problématique. Le soin est alors complété par l'information et l'évaluation deux missions obligatoires des CSAPA.

Toutes ces évolutions vont donc impliquer de faire un travail sur les identités professionnelles émergentes ou de conforter certaines existantes. Pour ce faire, celles-ci doivent trouver un écho dans la reconnaissance attribuée par les pairs, par la hiérarchie

⁷⁹ Dubreuil B., « Le travail de directeur en établissement social et médico-social », p 112.

et par l'institution. D'après moi, et pour rejoindre la pensée de J.P. Lebrun, la prise en compte de la diversité et des différences, constitue l'un des paramètres important du travail à envisager.

3.1.4 La reconnaissance des acteurs :

L'émergence d'un CSAPA laisse apparaître un ensemble avec des qualifications, des compétences, des rôles, qui étaient distincts d'un service à l'autre. Cette diversité ne peut être annihilée par l'évolution vers une culture commune « a tout prix » mais doit être prise en compte afin de nourrir un nouvel ensemble où chacun sera reconnu et légitimé. Cette reconnaissance des différences et du large éventail de compétences présentes, doit être considéré comme un levier supplémentaire pour asseoir de nouvelles identités professionnelles. Pour Saintsaulieu « *l'éclosion des différences* »⁸⁰ est un « *principe constitutif d'identité* », ce qui doit apparaître d'après l'auteur comme « *les moyens d'une autre production symbolique* »⁸¹.

Mais la différence, et par la même l'ensemble des compétences inhérentes à cette diversité doivent être légitimées. Hors, pour reprendre l'idée de F.Osty l'un des facteurs facilitant d'acquisition d'une identité réside dans la reconnaissance, et notamment dans la reconnaissance institutionnelle.

Au sein d'un CCAA et d'un CSST on retrouve différentes qualifications telles que infirmière, médecin, éducateur, psychologue. A partir des compétences développées au sein de son ancien service, de sa qualification, de son rôle, chaque membre, chaque acteur est alors porteur de compétences qu'il convient de mettre en œuvre dans une nouvelle organisation, légitimées par l'organisation et ses règles.

Pour F. Osty, qui cite G. de Terssac, il apparaît nécessaire de poser des règles de fonctionnement, qui en elles mêmes permettent la circulation des compétences dans un collectif. Hors l'organisation entre les étapes de prise en charge telles que je souhaite les voir se décliner, introduit une légitimité des acteurs à chaque étape en les dotant d'une capacité de diagnostic et d'analyse, transmissible et nécessaire pour le travail d'analyse clinique.

« *Chacun doit pouvoir se retrouver dans son identité et dans son unicité dans cette totalité qui le dépasse et l'inclut : l'entreprise.* »⁸²

⁸⁰ R. Saintsaulieu, « l'identité au travail, les effets culturels de l'organisation », p 321

⁸¹ id.

⁸² GENELOT D., Manager dan la complexité, Réflexion à l'usage des dirigeants, p 194.

Cette espace de reconnaissance et d'expression des compétences rejoint l'idée de la zone d'autonomie laissée à l'acteur, où confiance est donnée sur ses capacités de jugement dans la relation avec le patient pour ce qu'il considère du bon diagnostic ou de la bonne réponse. Ainsi, ceci doit faciliter l'implication de chacun dans un travail collectif d'élaboration, où l'inscription des compétences de chacun est effective et où son action est reconnue. Néanmoins, si le souci de reconnaissance laisse place à des champs d'autonomie, il est important de maintenir des garanties de cohérence. Le rôle et l'action du médecin coordinateur, à qui je confie une mission de régulation entre les acteurs au cours des temps d'analyse clinique, vient répondre à un besoin d'articulation et permet l'organisation de la libre expression au nom de la pluridisciplinarité.

La reconnaissance est un point central dans une logique de fusion. Elle permet d'éviter la « confusion » et « *conditionne la production d'un référentiel commun légitime mais aussi la trajectoire professionnelle des individus* »⁸³. Celle-ci peut s'exprimer dans la relation entre acteur au quotidien et dans la reconnaissance institutionnelle, qui constituent « *les deux modalités d'une identité collective de métier* »⁸⁴. Cette lecture implique que la dimension politique de l'organisation soit mobilisée à travers la commission exécutive, avec par exemple la validation du projet de service, acceptant et reconnaissant par la même, le rôle et les missions de chacun.

Ainsi, la reconnaissance identitaire m'apparaît, au cours de périodes de changement marquées par l'incertitude et l'inquiétude, comme un élément facilitateur pour que les acteurs s'approprient et s'inscrivent dans cette logique de changement. « *La reconnaissance identitaire constitue donc un facteur de mobilisation privilégié pour le directeur* »⁸⁵.

La naissance du CSAPA est synonyme d'une nouvelle entité dans le paysage de la prise en charge des addictions dans l'Indre. Nous passons de l'organisation de services avec leurs spécialités et leurs publics, à un dispositif qui les unit. Il marque une évolution dans l'approche de la problématique des addictions, une évolution dans l'organisation, une évolution dans les modes d'accueil et d'accompagnement des personnes, une évolution dans les relations avec les autorités. L'identité de ce dispositif passe d'après moi, par un travail de communication externe qui met en avant la simplification organisationnelle, et rend lisible l'étendue des missions qui sont inhérentes à cette évolution.

⁸³ id.

⁸⁴ Id.

⁸⁵ B. Dubreuil, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, p 115.

En interne, la référence identitaire apparaît être une notion à mettre en lien avec le travail de régulation du fonctionnement et de la communication. Afin de constituer cette nouvelle entité, l'activité développée et les liens entre les acteurs doivent être régulés. De nouvelles règles doivent donc être instituées afin de permettre le bon fonctionnement et la pérennité de cet ensemble car comme le souligne J.D.Reynaud cité par F. Osty, l'activité de régulation « *fonde et constitue un acteur collectif* »⁸⁶.

Les règles viennent aider dans la compréhension des articulations entre les missions et le rôle de chacun et ainsi à constituer l'identité d'un tout cohérent. Pour J.R. LOUBAT, si cette identité est mise en échec, l'organisation laisse place à des identités « *inférieures* » à savoir corporatiste, ou d'appartenance groupale, ce qui serait un retour en arrière. « *C'est ainsi que lorsqu'un service ne possède plus de véritable projet susceptible de lui conférer une identité, les personnels se retrouvent dans des identités d'appartenance professionnelle (corporations) ou d'appartenance groupales (microcultures)...* »⁸⁷

La nouvelle organisation en CSAPA avec son approche par comportement, son projet d'établissement, son protocole de prise en charge, les nouveaux rôles d'acteurs, doit être mise en œuvre avec comme l'une de ses perspectives, l'acquisition d'une identité propre aidée en ce sens par une visée commune, un but commun. C'est à cette condition que nous pourrions dépasser les approches cloisonnées et ne pas revenir à des appartenances groupales, conséquences pour l'auteur « de la faiblesse de l'identité de l'entreprise ».

Cette dynamique va engendrer un travail de coopération entre les acteurs, illustré par l'organisation du parcours de soins.

3.2 Des leviers nécessaires pour piloter le changement

Comme nous venons de le voir, la transformation en CSAPA touche autant à l'organisationnel qu'à des enjeux qui pourraient engendrer des changements induits. Pour mettre en œuvre ce projet, je vais devoir m'appuyer sur des leviers d'aide au changement, qui de mon point de vue, vont aider à la prise en compte de toutes ces dimensions.

⁸⁶ Osty F., Le désir de métier, p166

⁸⁷ LOUBAT J.R., *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, p 185.

3.2.1 Un nouvel acteur ; le médecin coordinateur :

Afin de répondre aux manques soulignés précédemment, en terme de hiérarchie, et d'articuler les différentes étapes de prise en charge, j'ai choisi d'intégrer un temps de médecin coordinateur dans le système.

Lorsque les acteurs sont mis sur un même pied d'égalité, que la prise de décision fait appel systématique à la collégialité ou à une unanimité consensuelle, il est difficile de croire à la neutralité de la décision. Le mythe du « tous d'accord » pour reprendre J.P. Lebrun, peut engendrer de l'immobilisme, du retrait, ou laissé place aux plus fortes convictions. De mon point de vue, ce système vient interroger l'ordre de priorités. Les enjeux de personnes ou de pouvoir viennent prendre la place de temps de réunion qui devraient être consacré à l'analyse des problématiques des patients et à leur orientation. La réponse la plus « juste » en terme de réponse aux besoins des patients n'apparaît plus de fait en première ligne, au profit de décisions parfois arbitraires, d'enjeux de pouvoir ou d'absence de décision. De mon point de vue, la dimension éthique est interrogé et impose la mise en œuvre d'une instance de décision. La réponse aux besoins des patients et le patient lui même doivent être repositionné au centre de l'espace dédié à l'analyse clinique.

Avec l'augmentation de la taille du groupe, il faut des efforts de coordination et un élargissement de la hiérarchie directe comme le souligne Mintzberg. Ceci me conforte dans mon choix de positionner une instance de régulation supplémentaire dans l'organisation à travers la mise en place d'un temps de médecin coordinateur. J.P. Lebrun parle de « *la place différente des autres* »⁸⁸ qu'il est nécessaire de légitimer.

Cette organisation n'exclue pas le travail de concertation, mais pour exister, la décision a besoin d'un décideur. La faire exister institutionnellement, c'est aussi la rendre effective.

Cette formalisation a plusieurs objectifs :

Faciliter le travail collégial et la concertation, qui doivent aboutir a une décision légitimée.

Repositionner l'analyse des situations au premier plan de l'ordre du jour des réunions d'équipe.

Donner une dynamique de mouvement entre les différentes étapes de la prise en charge.

Tout le travail effectué dans un souci de reconnaissance des compétences de chacun est bien de positionner les acteurs a une place qui leur est reconnu ; Le poste de médecin

⁸⁸ J.P. Lebrun, Clinique de l'institution, p17

coordinateur est intégré en ce sens, où sa concrétisation sur organigramme par exemple illustre « *la différence des places* ». Pour J.P. Lebrun, cette idée vient compléter les légitimités historiques, techniques, réglementaires, charismatiques⁸⁹, en terme de reconnaissance symbolique a contrario de relation uniquement basées sur l'affecte.

Il apparaît nécessaire de rendre lisible le passage d'une organisation centralisée avec un pouvoir de décision basé sur un seul point de l'organisation, vers une organisation qui intègre un niveau supplémentaire de décision. Le rendre lisible, c'est aussi donner légitimité à ce nouvel acteur dans le système, en lui donnant une place « *différente* » pour reprendre J.P. Lebrun. En l'absence de cette place « *différente* » le risque est « *d'aboutir soit à la paralysie du projet collectif, soit au retour à la loi du plus fort* ».

L'absence d'instance entre le directeur et les équipes pose d'une part le problème de la prise de décision, mais laisse apparaître ce que J.P. Lebrun appelle « *un organigramme pulsionnel* », en parallèle d'« *un organigramme institutionnel* », le directeur devant alors se transformer en homme à tout faire.

D'un point de vue organisationnel, avec l'émergence d'un ensemble (le CSAPA) constitué d'un nombre de professionnel plus important, une instance de régulation s'impose. Elle s'impose au niveau du dispositif de soins, dans la trajectoire du patient, dans les phases d'analyse clinique.

En l'absence d'instance de régulation ou de décision, en terme de hiérarchie directe, au sein des services du CCAA et du CSST, le fonctionnement et par là même la prise de décision avait évolué dans un cas, vers l'autonomie totale des acteurs qui décidaient pour eux mêmes, le référent de chaque dossier décidant au final de l'orientation de « *sa* » prise en charge. Dans l'autre cas, c'est installé une logique d'équipe avec un fonctionnement de leadership naturel, laissant la place au charisme le plus exprimé et au langage technique interdisant tout débat ou échanges contradictoire.

- Le rôle du médecin coordinateur :

Afin de répondre aux besoins de l'organisation, je nomme donc un médecin coordinateur, que je souhaite proposer au médecin qui œuvre au sein du CCAA. Dans un premier temps, je souhaite que cette coordination représente 0,20 Equivalent Temps Plein (ETP) Mon choix s'explique tout d'abord au regard de son temps de travail puisqu'il s'agit du seul médecin qui exerce à temps plein à l'ANPAA 36. Je ne peux me permettre de proposer un tel poste à l'un des trois autres médecins qui représentent à eux trois 0,70

⁸⁹ id. p109

ETP. De plus, il a validé en 2008 une capacité d'addictologie, lui donnant une vision d'ensemble de la problématique dans ses dimensions sanitaires et médico-sociales.

Ce rôle est déterminé en adéquation avec la fiche de poste validée au plan national et s'articule autour de trois missions principales que j'ai déterminé et déclinées comme suit :

Une instance de régulation et de décision pour l'analyse clinique :

De ma posture de directeur je ne confonds pas mes compétences avec les compétences requises pour coordonner une équipe de soignant pour ce qui concerne l'analyse des situations de patients, les orientations les plus aidantes, ou le type de thérapeutique la plus adaptée. Du point de vue de la pathologie addictive le médecin me paraît être le profil le plus adapté et le plus facilitateur pour le travail de lien avec les structures partenaires comme les hôpitaux, les centres de post-cure, la psychiatrie ou la médecine de ville.

Les observations de terrain ont souvent fait remonter les difficultés que pouvait rencontrer un infirmière ou une psychologue pour orienter un patient ou pour provoquer une synthèse sur la situation d'un patient. Ainsi, le médecin était sollicité entre deux consultations ou dans le couloir pour débloquer une situation. Le fait de formaliser ce poste de coordination et de communiquer sur celui-ci, doit permettre une présentation des situations dans un cadre formel et la mise en place de stratégies partenariales, facilitées de pairs à pairs.

Le développement d'une culture éthique de la prise en charge :

Il s'agit d'un axe de travail que je souhaite prendre au regard de la configuration de la nouvelle organisation. En effet, pour la première fois, un professionnel est légitimé pour la prise de décision en réunion d'équipe, et ce, après le regroupement de deux services. Pour des raisons déjà évoquées, ce poste doit aider à lutter contre l'immobilisme ou le retour de la loi du plus fort. Je pense que ce travail peut venir aider à rassurer les professionnels, à la fois pour un équilibre des forces au sein de ce nouvel ensemble qu'est le CSAPA, face à une crainte d'un totalitarisme médical hypothétique.

Cette démarche s'inscrit dans une logique de culture de l'éthique, de la recherche de la réponse la plus juste au profit du patient, à travers la consultation des acteurs internes et externes, dont le respect de la parole des usagers.

Le médecin coordinateur travaillera donc à mes côtés pour l'élaboration de données de cadrage, qui respecteront et animeront la pluridisciplinarité, dans un système de décision basée sur la concertation et la délibération. De même, une formation à la démarche sera proposée, ce qui vient aider dans l'implication dans ce type de démarche. En tant que directeur je serais vigilant au respect de ce principe qui engage, d'après moi,

vers un niveau d'exigence des réponses apportées. La démarche éthique « *humble et modeste, doit rester toujours dominée par la conscience de la complexité des situations et de la fragilité des hommes* »⁹⁰.

L'aide à la formalisation des partenariats et du réseau addiction de l'Indre

Comme nous l'avons déjà évoqué, les orientations des politiques invitent au travail en réseau. Le décloisonnement entre le secteur sanitaire et médico-social à travers la loi HPST, où encore des lignes budgétaires dédiées telles que les Fonds d'Intervention pour la coordination et la Qualité des Soins (FIQCS), pour financer les réseaux, montre l'importance de la dynamique en cours. L'ANPAA 36 est représenté et est actif au sein de deux réseaux dans le département ; le Réseau Toxicomanie Ville Hôpital (RTVH) et le réseau tabac 36. Il me semble que l'ANPAA 36 pourrait susciter l'impulsion d'un réseau addiction de l'Indre, regroupant les trois pôles d'intervention que sont l'hôpital, la médecine de ville, le secteur ambulatoire, mais aussi les partenaires de la prévention. Je souhaite que le médecin m'accompagne dans cette perspective, m'aidant ainsi au travail de concertation et d'harmonisation potentielle des thérapeutiques.

3.2.2 Le travail de coopération entre acteurs :

Le travail de coopération va représenter l'un des axes de travail permanent du nouveau dispositif.

Dans un premier temps lors de l'élaboration du projet, à travers un diagnostic partagé, la réflexion et la production du projet d'établissement, puis dans un second temps dans la mise en œuvre de la nouvelle organisation et du nouveau mode de prise en charge. Ces nouveaux mouvements de coopération vont entraîner de nouveaux rapports entre les acteurs.

De part les enjeux de pouvoir qu'elle suscite la coopération implique des relations d'interdépendance entre les professionnels⁹¹.

Cette « *interdépendance fonctionnelle* »⁹² va se retrouver dans le nouveau mode de prise en charge où chaque acteur est complété dans sa pratique, des observations de ses collègues inhérentes à l'étape précédente de prise en charge ou dans le travail de concertation et d'analyse clinique.

Le travail de coopération s'inscrit dès lors dans une dynamique transversale, où le patient suit une trajectoire et n'est plus LE suivi de tel ou tel professionnel, et permet de

⁹⁰ ANTONI M., avril 2005, *Approche éthique des situations difficiles en alcoologie*, THS, p 1282.

⁹¹ E. Friedberg, cité par B Dubreuil dans *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, p 6.

⁹² Osty F., *Le désir de métier* p 213

fournir « *le cadre social d'un lien coopératif et d'un sentiment d'appartenance dépassant les clivages catégoriels* ».

De ma place de Directeur, je dois mettre en place un dispositif qui vient formaliser ces modes de coopération en les pilotant et en les organisant que cela soit au cours de l'élaboration du projet ou dans sa mise en œuvre opérationnelle. « *La formalisation des modalités de coopération, lorsqu'elle se construit à partir du débat, de la prise de décision démocratique et de la répartition des responsabilités favorise un équilibre global des rapports de pouvoir au sein de l'organisation de travail* »⁹³. L'une des pistes de travail en terme de modalités d'échange et de coopération s'illustre par une communication inter-services à savoir une période de travail en binôme qui est à envisager au cours de l'élaboration du projet. Une meilleure connaissance de l'autre, et un partage des expériences peut venir contribuer à un transfert de compétences entre les acteurs et à renforcer la lisibilité des savoirs faire et par là même le lien coopératif. De la même manière, il s'agit ici de contribuer à la cohabitation des différentes approches et à l'obtention d'un compromis, « *c'est le seul moyen d'inscrire la pluralité des regards dans la mission conduite auprès des usagers* »⁹⁴.

Autre étape de coopération, la réflexion en groupe de travail qui se pilotera avec les mêmes intentions de dépassement de logiques sectorielles. La visée principale consiste en l'adhésion à des pratiques et des outils communs et complémentaires, donnant du sens et des repères communs aux acteurs.

La logique de coopération se pose donc comme l'un des modes de fonctionnement incontournable de l'élaboration et de la mise en œuvre du nouveau dispositif, par le biais de la réflexion diagnostic et de la mutualisation des compétences.

3.2.3 La logique projet :

Le choix de fonctionnement suivant la logique de projet, correspond au fait que celle-ci vient répondre aux enjeux que connaît l'ANPAA 36 au cours de cette phase d'évolution. Comme nous l'avons vu la mise en place d'un CSAPA vient interroger les valeurs communes des professionnels, tout comme la lisibilité de l'établissement et son inscription dans son environnement. Tout ceci concourt à déployer des compétences d'adaptation dans la perspective de l'autorisation de passage en CSAPA. Or la logique projet que je souhaite adapter à travers la réécriture du projet d'établissement, vient répondre à ces

⁹³ B. Dubreuil, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, p 7.

⁹⁴ Lefèvre P., *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, p214.

mouvements sur trois axes, décrit par J. L. Deshaie⁹⁵, la référence commune (le projet d'établissement), la communication externe (l'inscription de l'établissement dans son environnement et sa lisibilité), et l'accréditation (avis du Comité Régional de l'Organisation Social et Médico-Sociale (CROSMS) et autorisation du Préfet de Région).

Ainsi, la contrainte externe qu'est la constitution d'un dossier de transformation pour avis du CROSMS, se pose comme un levier de la logique projet.

Il est à noter que je parle ici de dossier CROSMS car il correspond à la temporalité de ce projet. En effet, les gestionnaires de CCAA et de CSST ont jusqu'au 26 décembre pour déposer leur demande. La demande d'une autorisation effectuée au delà du 31 décembre 2009, serait adressée à l'Agence Régionale de Santé, qui reprendra à son compte la fonction de planification et de schématisation des équipements sociaux et médico-sociaux en lieu et place des CROSMS.

Je compte utiliser la démarche inhérente à la réalisation du dossier CROSMS, et par là même la réécriture du projet d'établissement, comme un outil de management, vecteur de l'implication des acteurs de l'organisation. Je ne veux pas considérer ce travail comme une unique démarche en quête d'une accréditation, mais comme une opportunité pour aider à fédérer vers un projet commun, qui lui donne toute sa dimension à la fois institutionnelle, réglementaire et technique. Le dossier CROSMS comme support d'aide au changement, inscrit mon projet dans une temporalité précise, celle du dépôt du dossier, et fixe ainsi des objectifs clairement énoncés. En même temps qu'une opportunité, cette démarche contrainte d'un point de vue réglementaire, concerne de fait tous les acteurs des deux services. Comme le souligne P. Lefèvre, « *le travail intra institutionnel et le développement de communication interservices contribueront à un dépassement des logiques sectorielles et des conflits internes.* »⁹⁶.

Hors, c'est bien de cela dont il s'agit. Le CSAPA doit émerger par le biais d'outils de travail commun et par une communication interservices et interpersonnel vecteurs d'un apprentissage réciproque.

Pour J.P. Boutinet le projet d'entreprise est vecteur de la mobilisation des acteurs et vient donner la légitimité, la cohérence, et le sens vis à vis de l'action menée.

Le projet d'entreprise permet en outre de:

⁹⁵ J.L. Deshaie, cabinet EFFICIO, journée d'étude « Méthodologie de projet et conduite de progrès », ITS de Tours.

⁹⁶ P Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, p213.

- « mieux intégrer les différents sous groupes et les hommes qui les composent, en leur proposant une identité professionnelle dans laquelle ils pourront se reconnaître ;

On retrouve les liens établis entre projet et identité dans les écrits de J.R. Loubat. Pour ce dernier, le projet donne une « *identité à l'établissement* »⁹⁷. La question identitaire étant au centre de la question de transformation du CCAA et du CSST en CSAPA, les éléments d'une logique projet apparaissent d'autant plus pertinente.

Ainsi, la démarche projet illustré par la réécriture du projet d'établissement, projète ce même établissement vers l'avenir, en lui donnant des références qui auront été débattus, et élaborées dans une logique impliquante pour les acteurs.

3.3 Le projet d'établissement comme outil managérial

Pour reprendre les mots de J.M. Miramon, « le projet est au cœur de la problématique managériale ». Outil privilégié de la stratégie du directeur, le projet d'établissement permet de donner le sens de son action en lien avec le projet associatif.

Malgré tout, je pense que le directeur ne peut piloter ce type de travail en se coupant de l'ensemble des acteurs de l'organisation, qu'ils soient salariés ou bénévoles.

En tant que directeur, j'envisage de travailler de concert avec ces derniers. La consultation permet au projet de rester ancrée dans la réalité de terrain, au plus près de l'analyse des besoins et des éléments de cadrage tel que le projet associatif. De même, il me paraît important de garder cette dimension de proximité afin de fixer des objectifs réalisables et clairement identifiés de tous.

Je considère la réalisation du projet d'établissement comme un outil managérial, car il représente un document d'orientation, autour duquel il y a recherche de consensus comme le souligne J.R. Loubat. Pour moi en tant que directeur, il s'agit certes d'un acte réglementaire, mais aussi d'un acte symbolique à des fins de dynamisation institutionnelle.

Dans la manière dont j'appréhende ce projet, le projet d'établissement et le projet managérial sont en interdépendance. Le travail sur le projet d'établissement est pour moi le moyen de clarification des objectifs et du fonctionnement institutionnel. Formaliser un nouveau fonctionnement, qui devra reconnaître la place de chacun et tendre vers une culture commune sont deux axes prioritaires de travail.

En réajustant la place de chacun et les interdépendances fonctionnelles entre les acteurs, « *le management transforme le rôle et les relations des acteurs en organisant*

des interactions et des compromis. Le projet managérial devient alors le moteur du projet d'établissement»⁹⁸.

Le pilotage du projet d'établissement est ainsi l'opportunité pour moi, d'actionner des leviers managériaux, qui vont venir contribuer à faire évoluer le positionnement des acteurs et leurs pratiques, dans une nouvelle organisation du travail.

3.3.1 Une démarche de mutualisation qui s'appuie sur l'évolution de l'organisation du secrétariat

La démarche de mutualisation est l'un des points forts de la mise en place du CSAPA. Pour appuyer cet axe de travail, j'ai choisi de mettre l'accent sur des éléments de mutualisation technique et logistique. Il s'agit de rendre opérationnelle une nouvelle organisation du secrétariat, point de convergence de tous les techniciens.

L'activité et la réorganisation des missions des secrétaires font partie intégrante du projet d'établissement, et par là même du dossier CROSMS, puisqu'elles vont venir concerner les modalités d'accueil, mission obligatoire des CSAPA, mais aussi les modes de gestion logistique, indicateurs d'un fonctionnement opérant. A mon sens, il s'agit là d'un levier managérial important pour aider à impulser l'évolution des comportements, le secrétariat étant un élément central et commun à toute l'organisation.

En juin 2008, l'ensemble des services de l'ANPAA 36, en dehors du Point Accueil Ecoute Jeunes, ont été regroupés au sein de même locaux. Ceci a été l'occasion de mesurer si des rapprochements se mettaient en place et si grâce à la proximité géographique la rencontre s'effectuait.

Il est apparu des phases d'échange au cours de temps informels comme le déjeuner pris dans une pièce commune ou au cours de la pause café, mais sans que ceux ci ne se déploie sur des temps de travail. Aucun espace d'échange n'avait été mis en place et légitimé par la direction du moment, en dehors d'une rencontre interservices par an. Néanmoins, les échanges pouvaient porter sur des difficultés rencontrées au cours de certaine prise en charge ou sur des interrogations portant sur les évolutions à venir.

La rencontre physique entre les équipes n'est donc pas quelque chose de nouveau, même si, comme je l'ai dit précédemment, chacun des deux services de soins a

⁹⁷ LOUBAT J.R., *Elaborer son établissement social et médico-social*, p 43.

⁹⁸ Direction(s), SANTILLI Dino, n° 60, février 2009.

conservé sa zone d'activités, d'accueil, de gestion des dossiers patients et de réunion qui lui est propre.

Afin de tendre vers une plus grande mutualisation de moyens, les axes de travail que je privilégie pour cet objectif, sont la centralisation de la zone d'accueil, la constitution d'un secrétariat commun, la mutualisation d'éléments fonctionnels.

La centralisation de la zone d'accueil est rendue possible du fait de la configuration des locaux. Aussi, l'accueil du CCAA devient la partie mutualisée, car elle se trouve être la plus centrale et accessible aux personnes à mobilité réduite. Cet accueil est donc destiné à recevoir physiquement les personnes et les échanges téléphoniques. Cette mutualisation est aussi un nouveau mode de gestion des prises de rendez-vous, cette mission étant dédiée aux professionnels du secrétariat. En n'utilisant plus qu'une pièce, au lieu de deux pour l'accueil, la pièce disponible a vocation à devenir le lieu d'entretien du premier accueil explicité précédemment. Le fonctionnement du CSAPA peut garantir ainsi un espace de confidentialité pour le recueil de données et la remise des documents obligatoires.

Cette réorganisation vient toucher aux habitudes de travail des secrétaires, certaines changeant même de lieu. Il faut prévoir un accompagnement de celles-ci pour répondre aux inquiétudes inhérentes à toutes situations de changement.

Le sentiment d'appartenance peu aider en ce sens, avec l'émergence d'un nouveau collectif de professionnel au sein du CSAPA : le secrétariat. Je souhaite donner un rôle important et définit à ce groupe en attribuant des missions claires et propres aux trois secrétaires.

Parmi celles-ci se trouvent les éléments de la mutualisation fonctionnelle :

- Gestion de l'accueil téléphonique et physique et du temps de premier rendez-vous.
- Gestion commune des plannings de rendez vous
- Gestion centralisée du parc automobile commun (entretiens, plannings véhicules)
- Gestion du parc informatique (maintenance, mise à jour, mise en réseau)
- Liens avec le secrétariat de direction pour la transmission des plannings et des absences programmées.
- Saisie centralisée des éléments statistiques

La formation est aussi l'un des supports à envisager pour répondre à certaines craintes dues au changement de public. La secrétaire du CSST avait bénéficié en 2007 d'une formation « violence des publiques, violence des pratiques »⁹⁹, et avait développé des capacités à réinvestir ces apports. Cette formule pourra¹⁰⁰ être l'une des réponses à apporter face aux inquiétudes, en parallèle d'une cohésion de l'activité de secrétariat.

Le secrétariat n'est pas pour autant un groupe en marge de l'équipe du CSAPA. Je souhaite que ces professionnels intègrent un groupe de travail animé par le médecin coordinateur et constitué d'un professionnel de chaque service. L'objectif est de préparer le regroupement des dossiers patients, jusqu'ici cloisonnés par produit de prise en charge. Les secrétaires en seront l'un des moteurs, grâce notamment à une formation à laquelle je souhaite qu'elles assistent toutes les trois, au cours du premier trimestre 2010. Pilotée par l'ANPAA nationale, cette formation a pour objectif le regroupement des logiciels GISPAC et PRO-G-DIS, logiciels de gestion des dossiers patients, propres au CCAA et au CSST.

Mais pour atteindre un niveau de développement satisfaisant de l'activité, il y a nécessité de renforcer le temps de secrétariat. Il faut en effet pouvoir assurer la continuité de l'accueil physique et téléphonique, en même temps que les temps de premier accueil sont en cours.

Aussi dans le cadre de ce projet, je veux proposer un temps complet à la personne qui est actuellement à mi-temps au CCAA. Le financement de ce complément de temps de secrétariat sera soumis à l'autorité de financement, en proposant qu'une partie des demandes de mesures nouvelles puissent être affectées à cette utilisation. Il est à noter que le différentiel entre le salaire de mon prédécesseur et le mien, pourrait venir atténuer en partie cette demande de mesures nouvelles.

Cette démarche montre la place que je souhaite donné à l'accueil.

La place de l'accueil est prépondérante dans notre établissement. Mission réglementaire mais aussi premier contact, premier ressenti, il peut conditionner la suite de la rencontre. Au contact des patients, et dorénavant de tous les patients, je veux que les observations des professionnels de l'accueil soient prises en compte comme l'un des éléments de réflexion de l'analyse des situations des personnes accueillies.

Pour ce faire, au cours d'un temps définis en amont de la réunion d'équipe, support du temps d'analyse clinique, le médecin coordinateur aura pour mission de recueillir les éléments observés par les secrétaires concernant les patients, et d'en faire

⁹⁹ Annexe 9 page XVIII

retour à l'équipe. Ces dernières sont ainsi impliquées dans le parcours des usagers sans pour autant être présente au temps d'analyse des situations, que je souhaite voir réservé aux techniciens assurant les accompagnements.

La mise en œuvre de cette mutualisation technique et logistique doit être l'un des premiers axes de mutualisation rendu opérationnel.

Illustration d'un décloisonnement des services et d'une mutualisation de moyens, cette conjonction des étapes de travail est pour moi un appui pour un continuum dans la dynamique de changement.

3.3.2 Des outils communs pour une culture et une identité communes

Comme nous venons de le voir, le premier temps significatif d'une mutualisation de moyens dans la nouvelle organisation, se trouve dans l'activité de secrétariat.

Vecteur d'échanges et de nouvelles interactions entre les acteurs (lieu de stockage des dossiers commun, planning voiture commun, ligne téléphonique commune, stockage fourniture commun), il s'agit de l'accompagner d'un plan d'action qui va poursuivre cette dynamique de rapprochement.

Pour ce faire, je dois « *mettre en adéquation moyens techniques et orientations politiques* »¹⁰¹. La mise en place de ce travail passe d'après moi par une organisation balisée et limitée dans le temps. De plus, je souhaite que l'ensemble des salariés soit mobilisé dans les différentes étapes que j'aurai explicitées, et qui auront comme objectifs de favoriser « *la communication entre les différentes spécialités* »¹⁰².

Ce plan d'action consiste à utiliser des points ciblés parmi les étapes de travail que nécessite un projet d'établissement.

L'un des premiers points de l'organisation que je souhaite mettre en œuvre, concerne la formalisation d'un espace commun aux deux équipes. Pour susciter la confrontation d'idée, faciliter le lien et préfigurer d'une logique de regroupement, les réunions d'équipes hebdomadaires des deux services jusqu'ici distinctes, sont regroupées. Cette configuration augure d'un fonctionnement qui dépassera le cadre du travail d'écriture du projet d'établissement pour devenir un cadre de fonctionnement général.

Il est à noter que je souhaite maintenir la réunion hebdomadaire propre au centre méthadone. D'une durée de 1h30, elle permet aux deux médecins concernés et à deux infirmières de faire le point sur les situations sanitaires, de réajuster les dosages et de

¹⁰¹ MIRAMON J.M., *Manager le changement dans l'action sociale*, p46.

¹⁰² MIRAMON J.M., *Le métier de directeur, Techniques et fictions*, p186.

mettre en place de nouvelles inductions. Je prévois à terme, qu'ils puissent intégrer une fois par mois la réunion d'équipe du CSAPA.

Pour être cohérent avec la logique de regroupement, la réunion d'équipe devient donc commune aux deux services. A des fins d'efficacité et de lisibilité pour les professionnels, je veux qu'elle se compose de deux temps distincts.

Le premier temps est destiné au travail à effectuer dans le cadre du dossier CROSMS et notamment pour ce qui concerne la réécriture du projet d'établissement.

J'anime cette partie de la réunion en tant que directeur, et précise l'objectif et le niveau auquel se trouve ce temps : décision, concertation, consultation, réflexion. Ces données auront été transmises à chacun à travers un ordre du jour que j'aurai transmis au préalable à tous les participants.

Les groupes de travail, que je décline ci-après, pourront s'organiser sur ce temps, complétés de temps déterminés par les acteurs en fonction des emplois du temps. Les difficultés rencontrées, mais aussi l'état d'avancement des travaux au regard des échéanciers fixés sont autant d'éléments que je souhaite voir abordés.

A terme ce temps est destiné aux informations propres à l'institution, à la vie de l'établissement, mais aussi à des temps de réflexions.

Le second temps de réunion est destiné à l'analyse des situations et aux échanges d'information qui concernent les patients suivis, ou les partenaires. Ce temps vient articuler les différentes étapes de l'accompagnement, invitant à l'échange et au travail de coopération et de concertation. Je ne souhaite pas être présent sur ce temps, estimant qu'il s'agit là de compétences techniques propres à l'équipe pluridisciplinaire, même si je reste le garant de la manière dont les décisions sont prises d'un point de vue pluridisciplinaire, dans le respect du projet associatif et des orientations réglementaires.

Cette partie de réunion est animée par le médecin coordinateur, qui est légitimé dans ce rôle à travers le nouvel organigramme et les missions que je lui attribue. En ce sens cela vient répondre au problème de la prise de décision face à l'absence d'instance de régulation dans les équipes.

J'envisage une évaluation de ce fonctionnement après six mois de fonctionnement. Conscient de l'importance du groupe que cela constitue, soit neuf personnes, plusieurs indicateurs seront à prendre en considération pour des réajustements éventuels : effectivité de la pluridisciplinarité, équilibre des orientations, réduction des délais...).

Ce temps commun aux équipes est le support de la présentation du plan de travail. Je veux faire un effort particulier sur l'explicitation du projet et sa justification. « *Tout projet donne lieu à des justifications qui le fondent et lui confère sa légitimité* »¹⁰³.

L'explicitation du projet réside dans la présentation d'un plan d'action remis à tous, qui va décliner les différentes étapes du projet, les objectifs et la temporalité dans laquelle cela s'inscrit. Il me paraît essentiel de rendre lisible ce vers quoi on va, afin de faciliter l'adhésion des acteurs. Enfin, ce temps de présentation permet de repositionner le rôle de chacun pour ce qui ressort du directeur, « *la décision et le pilotage du projet relève de l'association et par délégation du directeur* »¹⁰⁴, des acteurs et de la commission exécutive.

Pour aider à la lisibilité du plan de travail, je suis amené à préciser, auprès des professionnels, que celui-ci s'inscrit dans la logique d'une nouvelle organisation. Cette nouvelle organisation est illustrée par un nouvel organigramme¹⁰⁵ qui intègre une nouvelle instance de régulation à travers les missions du médecin coordinateur, et une nouvelle organisation du secrétariat. Ainsi, c'est dans ce nouveau cadre, le CSAPA, que je vais organiser et mettre en œuvre les outils répondant aux objectifs.

L'action que je compte menée se concrétise à travers un travail conjoint des acteurs par l'organisation de groupes de travail.

Ce mode opératoire est pour moi l'un des moyens pour faire glisser les logiques de services cloisonnés vers une habitude de coopération et de concertation. Déjà mis en œuvre pour l'élaboration d'un dossier des patients commun, et le regroupement de la gestion informatique de ces derniers, ils constituent des points d'appuis pour travailler sur les fiches de fonction, mais aussi sur des productions communes, supports de la mise en place effective de pratiques partagées.

L'élaboration des fiches de fonction redessine les pratiques et rôles à travers les différentes étapes proposées dans le parcours de soins. Or, comme le souligne J.R Loubat, le repérage clair des limites des fonctions et des missions, aide à la réalisation d'un véritable projet et contribue à la bonne organisation. Par ce travail, je veux faire sortir progressivement les acteurs d'une forme de polyvalence opérationnelle, impulsée par le cloisonnement et le manque de régulation, où les limites des domaines d'action ne sont plus lisibles, et où l'on ne permet pas au patient de bénéficier pleinement des compétences

¹⁰³ Deci et Ryan, cité par J.P. Boutinet, "Anthropologie du projet", p 270.

¹⁰⁴ LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et medico-sociales*, p217.

¹⁰⁵ Annexe 10 page XIX

et de l'offre de soins présent dans l'établissement. « *La polyvalence n'est plus de mise sur le terrain* »¹⁰⁶. De plus, d'après moi, cette démarche de délimitation du travail de chacun, permet au directeur de positionner la notion d'évaluation.

Parler de fiches de fonction et non de fiche de poste, me permet d'avoir un regard global des missions qui incombent aux différentes catégories d'acteurs, la fiche de poste étant quant à elle, singulière et délimitée.

Comme le souligne B. Dubreuil, « ...c'est à partir des acteurs concernés que s'ébauchent les pratiques dont ils pourront s'emparer »¹⁰⁷.

Pour autant les professionnels n' « auto définissent » pas leur fonction, car comme le rappelle J.R. Loubat, « celle-ci découle dans tous les cas de l'utilité sociale et de l'organisation de l'entreprise ». Par conséquent, la fonction se détermine avec les attentes de service et du point de vue de ma fonction de direction, je dois faire part de mes attentes, dans une vision d'ensemble.

Partant des données de cadrage pour ce type de travail de l'ANPAA nationale et de mes attentes, qui auront été explicitées en amont, les professionnels sont regroupés par qualification pour ce travail.

Les infirmières vont travailler à la fiche de fonction infirmière en CSAPA, tout comme les autres salariés regroupés ; médecin, psychologue, éducateurs, secrétaires.

Ces regroupements par qualification ne sont pas antinomiques avec une vision d'ensemble considérant l'implication du professionnel dans les différentes étapes de la prise en charge pluridisciplinaire. De même, sous l'égide du médecin coordinateur, l'articulation s'en trouvera facilitée.

Les professionnels mesurent ainsi leur capacité à répondre à leurs missions, ce qui contribue à l'amélioration de la qualité de prise en charge. Pour J.P. Lebrun, connaître ses compétences est l'un des points « *qui engagent l'efficacité thérapeutique de travail des équipes* »¹⁰⁸.

L'efficacité thérapeutique citée par J.P. Lebrun, dépend aussi de la capacité d'analyse des situations des personnes. Pour ce faire, l'organisation du CSAPA prévoit une étape intitulée « 1^{er} rendez-vous ». Confiée aux infirmières et aux éducateurs, celle-ci va nécessiter une grille de lecture et d'analyse commune, brochant une situation complète et pertinente de la personne pour une orientation efficace.

¹⁰⁶ LOUBAT J.R. Penser le management en action sociale et médico-sociale, p165.

¹⁰⁷ Dubreuil B., "Le travail de directeur en établissement social et médico-social", p125.

¹⁰⁸ Lebrun J.P., « Clinique de l'institution », p73.

Au sein d'un groupe de travail constitué des infirmières, des éducateurs et du médecin coordinateur, il va s'agir de d'élaborer un document relatif au premier rendez vous.

Les professionnels concernés par ce premier rendez-vous sont chargés de présenter dans un échéancier donné, ce document au cours de la première partie de la réunion d'équipe. Je préconise que suite à cette phase de réajustement, ce document soit expérimenté puis évalué sur une période de trois mois. Les indicateurs que je retiens en priorité sont la pertinence et l'exploitabilité des éléments recueillis et l'adéquation de ces derniers avec les besoins de recueil de données nécessaires à la réalisation de statistiques ou de rapport d'activité. Ce travail permet ainsi à tous les professionnels de se situer par rapport à une phase qui impacte la pertinence de la prise en charge. « *L'échange entre les fonctions contribue au décloisonnement des projets en renforçant leur interdépendance, puisqu'il permet aux situations de savoir de donner du sens à l'action collective et au projet...* »¹⁰⁹.

Autre axe de travail sous forme de temps de réflexion, l'élaboration d'outils d'accompagnement au format collectif. Ce besoin est d'autant plus important qu'il correspond à un manque pour les deux services. Partant de ce besoin commun, je souhaite mettre en place ce groupe de travail sur la base du volontariat. En effet, l'intervention en groupe nécessite, à mon sens, un intérêt pour ce type d'action, mais aussi une expérience ou des compétences déjà mises en œuvre à cet effet. Je souhaite que la réflexion porte sur deux pans ; d'une part, une action collective qui sera formalisée et positionnée comme outil d'accompagnement, comme des ateliers à visée thérapeutique par exemple, puis d'autre part, une action collective à visée d'information collective que nous pourrions proposer dans le cadre des orientations de justice ou du dispositif RSA.

Enfin, comme je l'ai déjà évoqué, la logique CSAPA est synonyme d'une culture d'ouverture. En parallèle du plan de formation qui aura comme objectif prioritaire le diplôme universitaire en addictologie, je veux que soit impulsé cette logique d'ouverture. Cela se traduit par le biais de plusieurs actions ;

- Sur une période déterminée, instaurer un travail d'accompagnement en binôme au sein même du CSAPA. La connaissance du vocabulaire de l'autre, sa posture face à certaines situations sont autant d'éléments observables, mettant en situation d'apprentissage les professionnels.

¹⁰⁹ SANTILLI D., Direction(s) n° 60 février 2009.

« L'ajustement des savoirs individuels devient de nos jours une condition de l'efficacité collective »¹¹⁰.

- Constituer un groupe de professionnels, qui sera chargé d'aller rencontrer les établissements qui mettent en place ou ont déjà expérimentés cette logique transversale. L'observation sera portée sur les modes d'accompagnements pluridisciplinaires. « ...l'appartenance collective est ancrée sur cette capacité communicationnelle d'échange d'expériences et de transformation de l'expérience en savoir pratique. La mutualisation des savoirs est la condition de construction d'un collectif de métier car elle conditionne la fiabilité des modes d'ajustement »¹¹¹.
- J'établirai un calendrier de rencontre, au cours duquel le médecin coordinateur et moi même rencontrerons les différents partenaires prescripteurs et institutionnels afin de réfléchir à de nouveaux liens partenariaux ou au réajustement de ceux-ci. Ces rencontres sont aussi l'opportunité d'impulser l'idée d'un réseau des acteurs en addictologie dans l'Indre.

La constitution d'une identité commune autour d'une culture commune des addictions sont les prérequis pour un fonctionnement opérant et pertinent en CSAPA généraliste. Le travail qui porte sur le projet d'établissement est un des outils de mobilisation et d'aide aux changements. Le projet managérial l'anime et permet d'impliquer les acteurs dans l'évolution de leurs pratiques et de leurs positionnements. Des temps de concertation commune, un nouvel organigramme, de nouvelles instances, des outils de concertation et de production commune, sont autant d'éléments qui pourront contribuer à terme à l'établissement d'une culture et d'une identité commune.

3.3.3 Mise en perspective du dispositif CSAPA

La mise en place d'un CSAPA généraliste géré par l'ANPAA 36 vient faire évoluer les professionnels et l'établissement vers une culture plus transversale et d'ouverture. Les professionnels et l'organisation du travail sont amenés à changer afin de répondre aux besoins des usagers et aux obligations réglementaires.

Ces évolutions, qui inscrivent l'établissement dans une dynamique, ouvrent des perspectives en terme de positionnement et de développement de l'activité.

¹¹⁰ F Osty, Le désir de métier, p 60.

¹¹¹ Id., p215

Comme je l'ai évoqué précédemment, je souhaite que l'ANPAA 36 s'inscrive dans un large réseau de partenaires, et ce, à plusieurs niveaux.

Le premier niveau se situe au plan local. « *La complémentarité entre les structures médico-sociales et sanitaires est donc un enjeu clef. Rien ne serait pire que des dispositifs concurrentiels, et il est essentiel de gérer au mieux les recouvrements de territoire.* »¹¹² La prise en charge des addictions n'a de sens qu'avec l'implication de tous les partenaires. Le plan 2007-2011 de prise en charge des addictions, la logique impulsée par la loi HPST, tout concourt à une articulation entre les différents acteurs. A travers la mise en place du CSAPA, l'ANPAA 36 pourrait, dès 2010, impulser une logique de réseau de l'addictologie dans l'Indre comprenant les acteurs de soins et les acteurs de la prévention. En concertation avec le Centre Hospitalier de Châteauroux dont l'équipe d'addictologie de liaison, le Centre de Thérapie en Alcoologie (CTA), le CAARUD géré par une autre association, mais aussi les mouvements néphalistes et la médecine de ville, il me paraîtra opportun de développer et formaliser ce type de fonctionnement.

La future Maison Des Adolescents (MDA) de l'Indre, constitue l'un des partenaires potentiels de cette logique. L'ANPAA 36 a été nommé gestionnaire de ce dispositif de prévention et de consultation avancée. Ainsi, je souhaite développer les consultations jeunes au sein de ce dispositif, qui permettra d'en faciliter l'accès pour certains types de public, en étant moins stigmatisant.

Le deuxième niveau se situe au plan régional. A travers la coordination régionale existante, il apparaîtra pertinent qu'à terme, cette coordination puisse être porteuse et référent d'appels d'offres qui concernent certaines actions transposables au plan régional. Ceci pourrait positionner clairement les établissements de l'ANPAA Région Centre comme force de proposition et comme acteurs cohérents ; Néanmoins, cela imposera à terme une lisibilité harmonieuse des établissements locaux, qui ne possèdent pas la même configuration d'organisation. Là aussi cette logique de cohérence et de mutualisation, serait un atout dans le positionnement de l'ANPAA au plan régional dans la perspective des ARS où de nouveaux liens seront à tisser avec les autorités de contrôle, de décision et de financement. Au plan régional toujours, les CSAPA gérés par les ANPAA devront faire un effort de représentativité au sein d'instance comme la coordination régionale de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie Et en Addictologie (ANITEA), au sein de la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS), par exemple.

Pour ce qui concerne la question financière, un pan de l'activité des CSAPA reste dans une perspective floue.

Le passage en CSAPA met en lumière un fonctionnement, qui n'est pas nouveau, mais qui nécessite un point de vigilance particulier de la part du directeur quant au financement. En effet, les CSAPA autorisés après avis du CROSMS pour une durée de trois ans, sont financés, pour leur activité de soins, par l'assurance maladie, puis à terme dans le cadre des ARS.

En parallèle, se trouvent des financements complémentaires mobilisables pour des actions, telles que le développement des consultations jeunes par exemple, qui entrent dans le cadre d'un appel à projet de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT). La difficulté qui peut dès lors se poser réside dans l'articulation la plus efficace possible entre des missions financées sur la base d'une dotation globale et des actions qui ne pourront être menées que de manière aléatoire ou ponctuelle dans le cadre d'un appel d'offre. Dès lors, comment développer une offre de soins en adéquation avec les besoins repérés et répartie de manière harmonieuse sur l'ensemble d'un territoire régional ?

Pour le CSAPA de l'Indre, l'une des réponses peut venir dans le développement d'une coordination régionale forte des établissements de l'ANPAA Région Centre.

¹¹² *François Paille, Alcoologie et addictologie 2009, n°31, p103.*

Conclusion

L'ambition première de la création d'un CSAPA généraliste géré par l'ANPAA 36, est d'offrir un accompagnement adapté et de qualité aux personnes qui souffrent de conduites addictives avec ou sans produit. Cette ambition est d'autant plus fondée que face aux évolutions des comportements de consommation et l'avènement de la notion d'addiction comme nouveau paradigme, le cloisonnement des dispositifs qui régit les CCAA et les CSST ne semble plus adapté.

A travers leurs missions, telles que déclinées dans la circulaire du 28 février 2008, les CSAPA correspondent aux réalités de terrain aujourd'hui rencontrées et aux besoins de prise en charge transversales.

A travers ce projet j'ai souhaité illustrer l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée, dès lors que l'on se situe dans l'acceptation d'une approche bio-psycho-sociale.

Cependant, il apparaît que face aux réponses adaptées qu'offre une organisation en CSAPA, et malgré la légitimité politique que lui a donné le législateur, le poids de l'histoire, des cultures et des identités professionnelles sont des paramètres importants à prendre en compte. L'alcoologie et la toxicomanie se sont fondées sur des identités fortes que les acteurs ont défendues pour faire reconnaître en tant que spécialités.

L'étanchéité existante entre les deux services de soins de l'ANPAA 36 est l'un des enjeux de ces transformations. Ainsi, le travail de coopération apparaît être prépondérant et notamment dans le cadre d'un travail sur le projet d'établissement. Ce dernier donne une lisibilité institutionnelle de la future organisation, et permet à chacun, en se positionnant par rapport aux autres, d'être reconnue à travers ses compétences.

La logique de décroisonnement s'accompagne d'un projet managérial pour mutualiser les moyens à travers l'évolution des missions du secrétariat et la centralisation de l'accueil et ainsi que des moyens technique pour les accompagnements.

La logique de décroisonnement est prépondérante pour les perspectives de fonctionnement des CSAPA. En effet, alors que les CCAA et les CSST font ce travail de regroupement, les orientations des politiques publiques insistent sur un décroisonnement cette fois plus général. La loi HPST, à travers la mise en place des ARS, tiennent comme prépondérant la bonne articulation entre les trois pôles d'intervention dans le champ de la prise en charge des addictions, à savoir le secteur sanitaire, la médecine de ville et le secteur médico-sociale. Là encore l'un des enjeux portera sur la bonne articulation des compétences de chacun, ceci passant par le respect des identités et des spécificités de chacun.

Bibliographie

BAUDURET J.F., JAEGER M., 2003, *Rénover l'action sociale et médico-sociale Histoire d'une refondation*, Saint Jean de Braye, Dunod 342p.

BECHLER P., 2005, *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 414p.

DUBREUIL B., 2004, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 228p.

GENELOT D., 1992, *Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants*. INSEP édition, , Paris, 328p.

LEBRUN J.P., 2000, *Clinique de l'institution, ce que peut la psychanalyse pour la vie collective*, Ramonville Saint-Agne : ERES, 283p.

LEFEVRE P., 1997, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 405 pages

LOUBAT J-R., 1997, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 264 p.

LOUBAT J-R., 2006, *Penser le management en en action sociale et médico-sociale*, Paris :Dunod, 394p.

MUCCHIELLI R., 1996, *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*, Issy-les-Moulineaux : ESF édition collection formation permanente, 194 p.

MIRAMON J.M., MORDOHAY F.O., 2003, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, 152 p.

OSTY F., 2003, *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Edition de 2008, Rennes : Presse Universitaire de Rennes, 244 p.

REYNAUD M. / ed., 2006, *Traité d'addictologie*, Médecine-Sciences, Paris : Flammarion, p XXVII

SAINSAULIEU R., 1988, *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, 3^{ème} éd., Paris : Presse de la Fondation nationale de Sciences Politiques, 476 p.

Ouvrages consultés :

BOUTINET J.P., Anthropologie du projet, 1990, 5^{ème} édition, Paris : PUF, 351p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1981, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris : Edition du seuil, 436 p.

HARDY J.P., 2006, Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2^{ème} édition, Paris : Dunod.

MINTZBERG H., 1989, *Le management, voyage au centre des organisations*, Montréal : Edition agence d'Arc, 570 p.

Bergeron H., *Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie » santé publique et nouvelle politique des addictions*, p 30.

CORCOS M., GICQUEL, *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*, p 27.

MILDT, *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances*

Ministère de la santé et des solidarités, *La prise en charge et la prévention des addictions, plan 2007 – 2011.*

M. Valleur, J.C. Matysiak, *Les addictions. Dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique*, p123.

Périodiques :

F3A, 2008, ACTAL , n°4 septembre 2008.

Alcoologie et Addictologie, 2009, n°31, p103.

ANTONI M., 2005, Approche éthique des situations difficiles en alcoologie, THS, Avril 2005, page 1283.

Bareil, Savoie, 1999, « Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel », Gestion, volume 24, numéro 3.

Institut de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°34-35, 12 septembre 2006

Tendances, n°66, juin 2009, p2.

Tendances, n°54, juin 2007, p5.

Rapport :

ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Ouverture de l'établissement à et sur son environnement.

Haute Autorité de Santé, Rapport de la commission d'audition « Abus, dépendance et polyconsommation : stratégie de soins »,

Rapport RASCAS. *Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions.*. MILDT, DGS, DHOS, décembre 2001.

Sites internet :

Site [http:// www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml)

Site [http:// www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00012.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00012.xhtml)

Textes de lois :

Décret n°2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Documents divers :

Document d'information aux adhérents de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie (ANITEA), « Associations nos compétences. Pour une approche médico-sociale des addictions », 2009.

OFDT, séries statistiques, *Usage au cours de la vie de substances psychoactives (hors alcool, tabac et cannabis) parmi les 18-44 ans - Évolutions depuis 1992*

Journée d'étude :

O. Cany, journée d'étude « éthique et direction » 10/12/08, ITS de Tours.

Liste des annexes

Annexe 1 page II : Circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

Annexe 2 page IX : Extrait des statuts de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

Annexe 3 page XI : organigramme 2008 ANPAA 36

Annexe 4 page XII: Annexe planning des permanences départementales

Annexe 5 page XIII: Enquête sur le jeu pathologique

Annexe 6 page XV : Annexe 4 de la circulaire du 28 février 2008 ; les consultations jeunes

Annexe 7 page XVI : Annexe 3 de la circulaire du 28 février 2008 ; consultations de proximité

Annexe 8 page XVII : Tableau synthétique « points communs et spécificités des addictions »

Annexe 9 page XVIII : Programme de la formation « Violence des publiques, violence des pratiques »

Annexe 10 page XIX : Organigramme du CSAPA généraliste de l'ANPAA 36



Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Direction générale de la santé
Sous-direction de la promotion de la santé et
de la prévention des maladies chroniques
Bureau des pratiques addictives

Personne chargée du dossier :
Christelle Lemieux
Tél. : 01 40 56 40 47
Fax : 01 40 56 40 44
Mél. : christelle.lemieux@sante.gouv.fr

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales
(pour exécution)

CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

Date d'application : immédiate
NOR : SJSP0830130C
Classement thématique : protection sanitaire

Résumé : Modalités de transformation des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Explicitation des missions de ces nouveaux établissements et Planification régionale relative à la mise en place de ces structures

Mots-clés : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes, (CSST) centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), schéma régional d'addictologie, commission régionale addictions

Textes de référence : Articles L.312-1 à L.314-13 du code de l'action sociale et des familles ;

Articles L.3311-2, L.3411-2 et L.3411-5 du code de la santé publique ;

Articles L.162-24-1, L.174-7, L.174-8 et L.174-9-1 du code de la sécurité sociale ;

Article 92 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 ;

Articles R.311-1 à R.311-37, D.312-153, R.312-194-1 à R.312-195-25, R.313-1 à R.314-110 du code de l'action sociale et des familles

Articles R.3121-33-3, D.3411-1 à R.3411-10, R.5121-85, R.5121-88, R.5124-45, R.5126-3, R.5132-10, R.5132-76, R.5132-112 du code de la santé publique

Articles D.385 et D.390-1 du code de procédure pénale

Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins,

d'accompagnement et de prévention en addictologie
 Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
 Décret n° 2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
 Circulaire du 23 septembre 2004 relative à la mise en place des consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille
 Circulaire du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques
 Circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie
 Note interministérielle du 9 août 2001 d'orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive
 Instruction ministérielle n°DGAS/5D/2007/309 du 03 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale

Textes abrogés ou modifiés :

Décret 2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes
 Décret 1998-1229 du 29 décembre 1998 relatifs aux centres mentionnés à l'article L.355-1-1 du code de la santé publique
 Circulaire du 23 septembre 2004 relative à la mise en place des consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille

Annexes :

Annexe 1 : Procédure d'autorisation des CSAPA
 Annexe 2 : Prescription, délivrance, approvisionnement et gestion des médicaments dans les CSAPA
 Annexe 3 : Consultations de proximité assurant le repérage précoce des usages nocifs
 Annexe 4 : Evolution du cadre des consultations jeunes consommateurs
 Annexe 5: Les modalités d'hébergement
 Annexe 6 : Gratuité du dépistage et de la vaccination contre le VHB des usagers de drogues accueillis en CSAPA

L'objectif de la présente circulaire est d'explicitier les missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cette réforme doit s'accompagner de la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

I. MISE EN PLACE DES CSAPA

Les CSAPA, inscrits au 9° de l'article L.312-1 du CASF, ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Jusqu'ici les CSAPA n'avaient pu se mettre en place faute d'une disposition prévoyant leur financement et d'un décret fixant leurs missions. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, il est désormais prévu que les CSAPA sont financés par l'assurance-maladie. Par ailleurs, le décret du 14 mai 2007 fixe les missions obligatoires et facultatives des CSAPA. Enfin, le décret du 24 janvier 2008 complète le décret précité.

A. Orientation générale de la réforme

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).

Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun. Il ne s'agit

pas d'une fusion administrative obligatoire de ces établissements. Ainsi, pour tenir compte de l'organisation actuelle du dispositif, jusqu'ici structurée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre, les CSAPA peuvent conserver une spécialisation (voir infra). Toutefois, dans le cas d'un gestionnaire qui gèrerait à la fois un CCAA et un CSST, celui-ci a vocation à devenir le gestionnaire d'un seul CSAPA.

L'objectif poursuivi est d'améliorer le service rendu aux usagers en permettant une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins sur un territoire. Pour cela, il est possible de :

- développer des programmes particuliers destinés à une population spécifique (femmes, jeunes, précaires, sortants de prison...) ou pour des consommations déterminées (crack, drogues de synthèse...), dans ce cas un protocole de prise en charge devra être joint et devra préciser les compétences sur lesquelles l'équipe s'appuie ;
- mettre en place des collaborations entre différentes structures (sociales, de prise en charge, de dépistage, de réduction des risques...) qui devront être formalisées par des conventions jointes au dossier de demande d'autorisation ou dans le cadre de groupement (exemple : groupement de coopération sociale ou médico-sociale) ;
- procéder à des fusions.

Enfin, en tant qu'établissement médico-social, les CSAPA se caractérisent par :

- leur proximité : le maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées,
- leur pluridisciplinarité : leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique sociale, et éducative,
- un accompagnement dans la durée : le CSAPA assure le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin autant que de besoin.

B. Période transitoire

Selon la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (LFSS), les gestionnaires des CSST et des CCAA ont un délai de trois ans à compter du 23 décembre 2006, date de publication de la LFSS 2007, pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article L.313-1 du CASF, en vue de la transformation de ces établissements en CSAPA. Les CCAA et les CSST ont donc jusqu'au 22 décembre 2009 pour déposer, auprès du préfet de département, un dossier de demande d'autorisation en tant que CSAPA.

Durant cette période de transition, les CCAA et CSST restent soumis aux dispositions relatives à ces établissements dans leur rédaction antérieure à la date de publication des décrets du 14 mai 2007 et du 24 janvier 2008. Ainsi, le décret du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des CSST et le décret du 29 décembre 1998 relatif aux centres mentionnés à l'article L.355-1-1 du CSP continuent de s'appliquer aux structures autorisées respectivement en tant que CSST ou CCAA. En revanche, depuis le 1er janvier 2007, aucune structure ne peut désormais être autorisée en tant que CSST ou CCAA, toute nouvelle demande d'autorisation ne peut être qu'en vue de créer un CSAPA. C'est également pourquoi les précédents avis du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) favorables à la création d'un CCAA ou d'un CSST sont désormais caducs.

A compter de la publication de la présente circulaire, il appartient aux DDASS, en lien avec les DRASS, d'identifier les structures susceptibles de devenir des CSAPA et de les informer des règles relatives à la procédure d'autorisation détaillée en annexe (cf. annexe 1). Dans la mesure du possible, le schéma régional médico-social d'addictologie devra être adopté préalablement au dépôt des dossiers de demande d'autorisation en CSAPA.

Les CSAPA doivent se mettre en conformité avec la totalité des missions prévues par décret.

Une attention particulière devra être portée sur le respect des dispositions prévues par la loi du 2 janvier 2002 quant aux droits des usagers (livrets d'accueil, charte des droits et libertés de la

personne accueillie, règlement de fonctionnement, document individuel de prise en charge, participation au conseil de la vie sociale...).

A l'issue des trois premières années, l'autorisation des CSAPA sera reconduite par tacite reconduction sous réserve d'une visite de conformité conformément aux articles L.313-5 et L.313-6 du CASF.

II. MISSIONS DES CSAPA

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

A. Missions obligatoires

Le décret du 14 mai 2007 prévoit quatre missions obligatoires que doivent proposer tous les CSAPA à tous les publics qui se présentent et indépendamment de leur éventuelle spécialisation.

1. L'accueil

Cette mission consiste à accueillir toute personne se présentant au CSAPA ou le contactant (par exemple, par téléphone) qu'il s'agisse de l'intéressé ou d'un membre de son entourage. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes. L'accueil ne peut se réduire à la prise d'un rendez-vous.

Afin de garantir un accueil réussi, certaines conditions doivent être réunies :

- un accès facile de par leur implantation géographique et de par des horaires adaptés aux contraintes des différents publics accueillis (jeunes, personnes en activité), en tenant compte des obligations et des contraintes du public accueilli telles celles de la vie professionnelle,
- des locaux permettant l'accueil des personnes handicapées,
- l'obligation d'assurer l'anonymat pour les consommateurs de stupéfiants qui le demandent,
- la simplification des formalités d'accueil,
- un espace adapté pour permettre la confidentialité.

Il appartient aux CSAPA de présenter, dans leur demande d'autorisation, les modalités d'accueil permettant de respecter ces conditions.

2. L'information

Cette mission s'adresse au patient ou à son entourage dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité. Il peut s'agir d'information sur ses droits ou sur les modalités de prise en charge.

L'information peut se présenter sous forme écrite (brochures...) ou orale, mais elle doit toujours être accompagnée et explicitée.

3. L'évaluation médicale, psychologique et sociale

Cette mission consiste à évaluer la demande et les besoins du patient ou de son entourage.

Concernant le patient, il s'agit de déterminer le niveau de sa consommation, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins.

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

4. L'orientation

Toute personne accueillie dans le CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation de prise en charge par le CSAPA ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins. Ainsi, lorsque le CSAPA accueille un patient qu'il ne peut prendre en charge en raison de sa spécialisation, il a l'obligation de l'orienter vers une autre structure mieux adaptée. Cela suppose donc que le CSAPA s'inscrive dans un fonctionnement partenarial avec les autres structures de prise en charge en addictologie (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social...).

B. Missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation

Les CSAPA doivent assurer la prise en charge et la réduction des risques :

- soit pour toutes les addictions,
- soit pour l'alcool,
- soit pour les drogues illicites.

Quelle que soit la spécialisation du CSAPA, celui-ci doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, y compris le tabac, de préférence directement, soit en lien avec une autre structure.

1. Prise en charge

La prise en charge dans les CSAPA est à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative, elle participe dans tous aspects de la prise en charge globale du patient.

a. La prise en charge médicale

La prise en charge médicale comprend :

- l'évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance,
- la recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques,
- la proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et des comorbidités,
- la proposition d'un sevrage thérapeutique. Si ce sevrage n'est pas directement assuré par le centre, le CSAPA devra accompagner le patient,
- la prise en compte de la santé du patient dans une acception large et pas seulement en tant qu'absence de maladie.

Au titre de la prise en charge médicale, les CSAPA accueillant des usagers de drogues doivent assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO) comme c'était déjà le cas pour les CSST et assurer notamment la primo-prescription de méthadone. Par ailleurs, l'article L.3411-5 du CSP prévoit que les CSAPA peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leurs missions. Dans la mesure où il est désormais inscrit à l'article D.3411-1 du CSP que les CSAPA assurent la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, les CSAPA peuvent délivrer l'ensemble des médicaments nécessaires à la prise en charge et plus seulement les traitements de substitution aux opiacés. Les modalités d'approvisionnement, de détention et de dispensation des médicaments sont détaillées en annexe (cf. annexe 2).

b. La prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique s'appuie sur l'évaluation de la dimension psychologique des consommations et des dépendances qui viennent compléter l'évaluation médicale.

Elle comprend un suivi psychologique et de soutien adapté à la situation et aux besoins de l'utilisateur et doit prévoir la possibilité d'orientation vers le secteur psychiatrique en cas de comorbidités psychiatriques.

c. La prise en charge sociale et éducative

Cette prise en charge consiste en un accompagnement socio-éducatif visant pour le patient à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre et conforter les conditions de prise en charge thérapeutique.

Plus précisément, la prise en charge sociale et éducative comprend :

- des aides au recouvrement et de maintien des droits sociaux,
- des actions ou des orientations visant à l'insertion sociale.

2. Réduction des risques

Tous les CSAPA, qu'ils soient spécialisés ou non, ont l'obligation de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge. Ainsi, la réduction des risques concerne les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool. Cependant les modalités de réduction des risques pour les personnes en difficulté avec l'alcool seront précisées ultérieurement sur la base d'une expertise scientifique au niveau national.

La réduction des risques s'adresse aux personnes qui, du fait de leur addiction, peuvent avoir des comportements à risques. Ces risques sont liés aux produits eux-mêmes, aux modes d'usage, aux circonstances de consommations.

La mission de réduction des risques des CSAPA a pour but non seulement de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social. Les activités de réduction des risques doivent ainsi s'articuler avec les autres missions développées dans les CSAPA. Les modalités de mise en œuvre des actions de réduction des risques devront être précisées dans le projet thérapeutique du CSAPA. Un effort tout particulier devra être consenti aux actions visant à réduire les contaminations par les virus hépatotropes.

Toute personne prise en charge par un CSAPA doit pouvoir bénéficier de séances d'informations collectives et/ou, de conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux, overdose...). Elle est accompagnée tout au long de son parcours pour élaborer et mettre en œuvre sa propre stratégie de réduction des risques. Avec son accord, l'usager sera orienté et/ou accompagné pour des examens complémentaires, vers des consultations spécialisées en concertation avec le médecin généraliste.

Conformément au décret du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique, les CSAPA doivent mettre à disposition de leurs usagers des outils de réduction des risques.

C. Missions facultatives

1. Consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs

L'article D.3411-1 du CSP prévoit que dans le cadre de leur mission d'accueil, d'information et d'évaluation, les CSAPA peuvent mettre en place des consultations de proximité. Elles doivent assurer le repérage précoce des usages nocifs (cf. annexe 3).

Les consultations jeunes consommateurs peuvent fonctionner sous la forme de consultations de proximité (cf. annexe 4).

J'attire votre attention sur le fait que les consultations de proximité et les consultations jeunes consommateurs doivent être intégrées à la demande d'autorisation en CSAPA dans le cadre du dossier étudié par le CROSMS.

2. *Activités de prévention, de formation et de recherche*

Les CSAPA peuvent participer ou mettre en œuvre des actions de prévention collectives (en milieu scolaire, au travail...), celles-ci ne sont pas financées sur la dotation globale de fonctionnement du CSAPA.

Les CSAPA peuvent également participer ou mettre en place des formations et des activités de recherche.

J'attire, toutefois, votre attention sur le fait que les activités de prévention, de formation et de recherche ne doivent pas être financées sur la dotation globale de financement octroyée au CSAPA au titre de son activité de soins. Afin de bien identifier les financements reçus au titre du soin d'un coté et ceux reçus pour d'autres activités, l'article R.314-196-1 du CASF prévoit que les activités qui ne relèvent pas d'un financement par l'ONDAM médico-social (prévention, éducation à la santé, formation, recherche...) devront faire l'objet d'un budget propre pour les associations et d'un budget annexe autre que celui du CSAPA pour les établissements publics lorsque les produits affectés, au titre de ces activités, dépasse un seuil fixé par un arrêté pris en application du R.314-152 du CASF. Ainsi, l'arrêté du 24 juin 2004 précise que ce seuil correspond au montant défini à l'article L.312-4 du code de commerce, qui renvoie lui-même à un décret pour la fixation de ce seuil. Ainsi, le décret 2006-335 du 21 mars 2006 fixe ce montant à 153 000 €. Les établissements publics de santé ne sont pas concernés par cette disposition.

3. *Prise en charge des addictions sans substances*

Les CSAPA peuvent également prendre en charge les personnes souffrant d'addictions sans substances (en particulier le jeu pathologique). Une expertise collective sur le jeu menée par l'INSERM à la demande de la DGS est en cours. Le rapport final prévu pour 2008 devra notamment permettre de définir des stratégies de prise en charge et de prévention adaptées. Dans le cadre de pratiques professionnelles émergentes, une attention particulière devra être portée aux compétences de l'équipe soignante dans ce domaine.

4. *Intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison*

L'intervention des CSAPA en prison doit permettre la continuité de la prise en charge aussi bien pendant l'incarcération qu'après la sortie.

Par ailleurs, si un patient du CSAPA est incarcéré, le centre doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée.

La note interministérielle du 9 août 2001 référencée dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (septembre 2004) rappelle les axes essentiels de travail pour la prise en charge sanitaire et sociale des addictions en milieu pénitentiaire :

- repérage des usages abusifs et des dépendances,
- diversification des prises en charges,
- développement de la prévention,
- préparation à la sortie.

Du fait de leurs missions et de leur intégration dans les réseaux sanitaires et sociaux, les CSAPA assurent les liens entre la personne sortante et les professionnels de santé chargés du suivi à la sortie. Ce travail doit se faire en lien avec le secteur de psychiatrie générale ou de psychiatrie en milieu pénitentiaire et l'UCSA mais également avec les autres spécialités médicales nécessaires à la prise en charge du patient.

S T A T U T S

de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie adoptés par l'Assemblée Générale du 30 novembre 2002 modifiés par l'Assemblée générale du 23 octobre 2004

I/ BUT ET COMPOSITION DE L'ASSOCIATION

- Article 1 -

L'Association dite Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, fondée en 1872 sous le titre d'Association Française contre l'abus des boissons alcooliques, reconnue d'utilité publique en 1880 sous le nom de Société Française de Tempérance, transformée en 1905 en Ligue Nationale contre l'alcoolisme, puis en 1950 en Comité National de Défense contre l'Alcoolisme, puis en 1989 en Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, et en 2002, en Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, sa dénomination actuelle, a pour but de :

a) promouvoir et contribuer à une politique globale de prévention des risques et des conséquences de l'alcoolisation et des pratiques addictives par tous les moyens en son pouvoir et notamment :

- par l'appel à l'opinion et par une action constante auprès des pouvoirs publics et des autres décideurs ;
- par l'éducation à la santé de chacun et par la formation de relais dans tous les milieux ;
- par une aide, des soins et un accompagnement médico-psycho-social.

b) veiller à l'amélioration et à l'application de la législation en la matière et d'exercer ses droits reconnus de partie civile.

L'Association entend jouer un rôle novateur et promoteur en alcoologie et en addictologie.

Sa durée est illimitée.

Elle a son siège à Paris.

- Article 2 -

Son action se développe en toute indépendance philosophique, confessionnelle, syndicale ou politique.

A.N.P.A.A. Statuts adoptés par l'assemblée générale du 30 novembre 2002 et celle du 23 octobre 2004- p 1/10

Elle promeut et utilise tous les moyens qui permettent la mise en oeuvre et la coordination des efforts destinés à développer la prévention globale des risques et des conséquences de l'alcoolisation et des pratiques addictives. Elle favorise l'éducation à la santé et l'information.

A ce titre, elle publie des revues, édite des documents, organise des conférences, des expositions, des débats, des journées d'études, des stages de formation nationaux, régionaux ou locaux ainsi que des Congrès nationaux et internationaux.

Elle incite à la création d'établissements et de services destinés à répondre aux besoins des personnes en difficulté avec l'alcool et/ou d'autres substances psychoactives. Elle peut, de sa propre initiative ou sur incitation des pouvoirs publics, créer et gérer tout établissement ou service répondant aux buts de l'Association.

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie coopère, chaque fois qu'il lui paraît utile, avec tout mouvement ou organisation ayant des objectifs similaires.

- Article 12 –

L'Association est constituée de Comités régionaux et départementaux ayant le statut d'« Etablissement » de l'Association, faisant expressément référence aux présents statuts, sans constituer des personnes morales distinctes.

Dans chaque région administrative est constitué un Comité régional dénommé A.N.P.A.A. suivi du nom de la région. Il a pour mission principale de favoriser la déclinaison de la politique nationale de l'Association dans la région, en cohérence avec les politiques publiques, ainsi que la coordination des projets régionaux et départementaux.

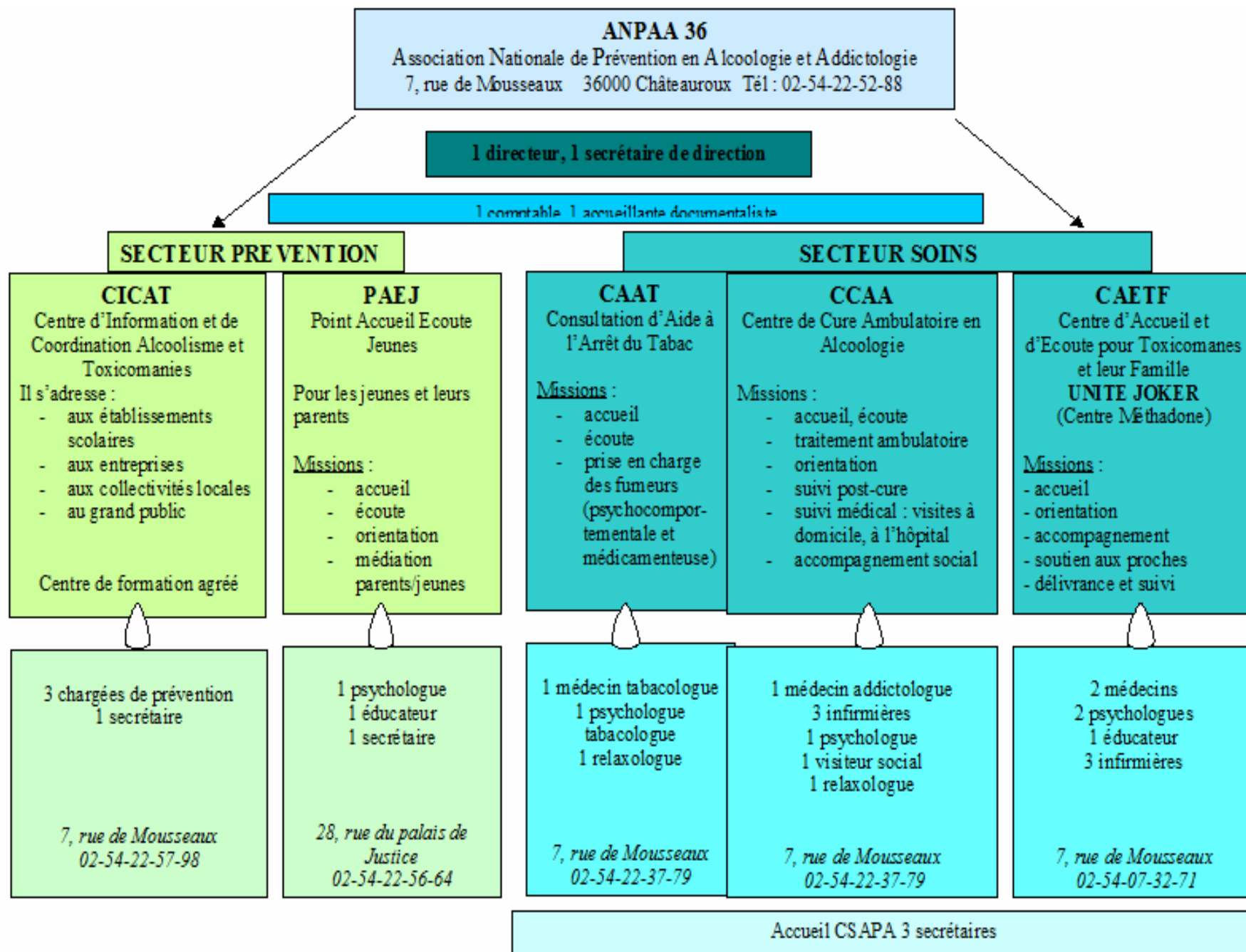
La délibération du Conseil d'administration national créant un Comité régional doit être notifiée à la préfecture de région sous délai de huitaine.

Chaque Comité régional est animé par une Commission exécutive régionale composé du président et d'un élu de chaque Comité départemental, ainsi que des administrateurs nationaux résidant dans la région. Les directeurs départementaux siègent à la Commission exécutive avec voix consultative. La Commission exécutive régionale élit pour trois ans un Bureau composé d'au moins un président et un trésorier, le secrétaire général étant de droit, le délégué régional.

Dans chaque département est constitué un Comité départemental dénommé A.N.P.A.A. suivi du numéro du département. Il a pour mission de favoriser la déclinaison départementale de la politique nationale de l'Association en cohérence avec les politiques publiques territoriales.

A.N.P.A.A. Statuts adoptés par l'assemblée générale du 30 novembre 2002 et celle du 23 octobre

2004- p 6/10



	Aigurande	Argenton / creuse	Buzançais	Issoudun	La châtre	Le blanc	Valençay
lundi							
mardi		1ère semaine 3ème semaine de chaque mois <i>9h00 – 12h30</i>					2ème semaine 4ème semaine de chaque mois <i>13h30 – 16h30</i>
mercredi	1ère semaine de chaque mois <i>10h00 – 12h30</i>				4 fois par mois <i>13h30 – 16h30</i>		
jeudi			4ème semaine de chaque mois <i>9h30 – 16h30</i>			4 fois par mois <i>13h30 – 16h30</i>	
vendredi				4 fois par mois <i>13h30 – 16h30</i>			



QUEL EST VOTRE RAPPORT AUX JEUX ?

Usager/ère de notre établissement, votre rapport aux jeux nous intéresse.
Merci par avance de vos réponses à ce questionnaire qui nous aideront à améliorer les prestations proposées et notre fonctionnement.
Les réponses apportées doivent correspondre à votre situation à ce jour.
Le respect de l'anonymat dans le traitement de vos réponses vous est garanti.

① POURRIEZ-VOUS VOUS PRÉSENTEZ ?

Je suis Un homme Une femme Age ___ ans
C'est mon 1^{er} rendez-vous ? Oui Non
Si non, je suis suivi/e depuis ? Moins d'1 an 1 an 2 ans Plus de 2 ans

② CONDITIONS DE VIE

Ma situation au regard de l'emploi ?

Activité rémunérée continue Demandeur/euse d'emploi Retraité/e Autre
Activité rémunérée intermittente Etudiant/e -élève Inactif/ve

Ma situation familiale ?

Célibataire En couple PACS Marié/e
Divorcé/e - Séparé/e Veuf Autre Préciser : _____
Enfants à charge ? Oui Non Si oui, combien _____

Ma situation au regard du logement ?

Indépendant stable Stable chez des proches Précaire chez des proches
Autre précaire hors institution Stable en institution Précaire en institution
Hébergement d'urgence CHRS Autre

③ PRODUIT AYANT JUSTIFIÉ VOTRE DEMANDE DE SOIN

Ne cocher qu'un seul produit

Alcool Cannabis Médicaments Tabac
Cocaïne Héroïne Autre préciser : _____

Actuellement êtes-vous abstinent/e de la consommation de ce produit ?

Oui Non Si oui, depuis moins d'1 mois 1 à 6 mois Plus de 6 mois

④ PROBLÈMES AYANT MOTIVÉ VOTRE DÉMARCHÉ

Cochez plusieurs réponses si c'est le cas

De santé Dans ma famille Avec la justice D'argent Au travail Autre

⑤ CONCERNANT L'ALCOOL

Entourer les réponses

Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	- d'1 fois / mois ou -	2 à 4 fois / mois	2 à 3 fois / semaine	Au - 4 fois / semaine
Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	- 3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou +
Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus lors d'une occasion particulière ?	Jamais	- d'1 fois / mois	1 fois / mois	1 fois / semaine	Tous les jours ou presque
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	- d'1 fois / mois	1 fois / mois	1 fois / semaine	Tous les jours ou presque
Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché/e de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	- d'1 fois / mois	1 fois / mois	1 fois / semaine	Tous les jours ou presque
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	- d'1 fois / mois	1 fois / mois	1 fois / semaine	Tous les jours ou presque
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	- d'1 fois / mois	1 fois / mois	1 fois / semaine	Tous les jours ou presque
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	- d'1 fois / mois	1 fois / mois	1 fois / semaine	Tous les jours ou presque
Avez-vous été blessé/e par quelqu'un d'autre ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non	Oui mais pas au cours de l'année écoulée		Oui au cours de l'année	
Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non	Oui mais pas au cours de l'année écoulée		Oui au cours de l'année	

⑥ CONCERNANT LE TABAC

Fumez-vous ? Non (allez en 7) Oui ↘

Entourer les réponses

Combien de temps après vous être réveillé/e, fumez-vous votre 1 ^{ère} cigarette ?	- de 5 min	6 à 30 min	31 à 60 min	Après 60 min
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits (ex : restaurant, café...)?	Oui	Non		
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	La première	Une autre		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	11 à 20	21 à 30	31 ou plus
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la 1 ^{ère} heure après le réveil que pendant le reste de la journée	Oui	Non		
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui	Non		

⑦ CONCERNANT LE JEU

Cochez les cases concernées	Fréquence						Dépense	Temps consacré		
	Jamais	- d'1 fois / mois	1 à 2 fois / mois	1 fois / semaine	1 fois / jour	Plusieurs fois / jour		Somme dépensée / semaine	- d'1 h / jour	1 à 2 h / jour
Jouez vous au ? ↘										
Cartes										
Courses chevaux autres animaux										
Loto / Euro million										
Loto sportif										
Casino - roulette										
Machines à sous										
Rapido										
Jeux de grattage										
Jeux vidéo : internet, consoles										
Autres : préciser										

Cochez les cases concernées	Presque toujours ou très souvent	Souvent	A l'occasion	Rarement	Jamais
Depuis un an, avez-vous connu des périodes où vous avez longuement pensé au jeu, soit en pensant à vos expériences passées de jeu ou à vos futures tentatives de jeu ?					
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà parié plus que vous en aviez l'intention ?					
Au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous retourné/e jouer pour vous refaire (regagner l'argent perdu auparavant) ?					
Depuis un an, vous êtes-vous senti nerveux ou irritable après avoir essayé de diminuer ou d'arrêter vos habitudes de jeu ?					
Depuis un an, avez-vous caché ou tenté de cacher vos habitudes de jeu aux autres (ex : aux membres de votre famille) ?					
Depuis un an, avez-vous demandé à des gens de vous prêter de l'argent à cause de vos problèmes financiers dus au jeu ?					

Merci de remettre votre questionnaire au secrétariat.
Et merci pour votre participation.

Partie réservée à l'établissement : Département : CSAPA CCAA CCST CAARUD

Evolution du cadre des consultations jeunes consommateurs

La présente annexe abroge et remplace le cahier des charges des consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille, mises en place, en application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, par la circulaire n°DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 afin d'en prévoir les conditions d'évolution.

Elle vise notamment à préciser les missions, le public et les substances considérées, compte tenu du bilan des consultations précitées et de la volonté d'intégrer, pour le secteur médico-social, les consultations existantes dans le nouveau cadre constitué par les CSAPA (mesure 14 du Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007 – 2011). Ainsi le décret relatif aux missions des CSAPA prévoit que ces derniers assurent l'accueil, l'information, l'évaluation, l'orientation de la personne ou de son entourage. Dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs. (Les consultations pour jeunes consommateurs sont une illustration de la mission d'intervention précoce ainsi confiée aux CSAPA).

Par ailleurs, les consultations rattachées aux établissements de santé ont vocation à intégrer les consultations hospitalières d'addictologie.

Le rapport de l'enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005 est disponible sur le site de l'OFDT : <http://www.drogues.gouv.fr/article5000.html>

I LE NOUVEAU CADRE DES CONSULTATIONS POUR JEUNES CONSOMMATEURS

A. Objectifs

Les consultations destinées aux jeunes consommateurs s'adressent, en priorité, aux jeunes y compris les mineurs, qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psychoactives. L'objectif est d'agir dès les premiers stades de la consommation (usage, usage nocif). Elles accueillent les usagers, qui se présentent spontanément ou adressés par un tiers (famille, professionnel de santé, milieu scolaire, justice), parce qu'ils présentent des difficultés attribuées à un usage simple, à risque ou nocif de substances psychoactives. Les personnes présentant une addiction à des comportements sans consommation de substance associée (jeux, internet, travail ...) peuvent également être accueillies ; dans ce cas, les équipes devront justifier d'un projet thérapeutique adapté.

Une attention particulière doit être portée aux adolescents et aux jeunes adultes, sans pour autant totalement exclure des patients plus âgés pour lesquels ce type d'intervention s'avère utile.

L'entourage doit également pouvoir être accueilli. Il doit pouvoir trouver, auprès des professionnels de la consultation, une écoute et un soutien dans les difficultés qu'ils ressentent vis-à-vis des consommations ou comportements addictifs de leurs proches. En réponse à leurs interrogations et leurs préoccupations, ils doivent pouvoir recevoir une information sur les substances, leurs effets et leurs risques ainsi que sur les divers types de recours possibles pour le diagnostic et la prise en charge. Les parents doivent être soutenus dans leur rôle éducatif et le dialogue avec leurs enfants sur les consommations de produits illicites, d'alcool et de tabac. Des consultations conjointes peuvent être proposées.

Les consultations autorisées depuis 2004 ont vu leur activité largement centrée sur la consommation de cannabis, au point qu'elles sont aujourd'hui le plus souvent appelées « consultations cannabis ». Tout en conservant ce savoir-faire particulier concernant le cannabis, ce dispositif doit désormais répondre aux mêmes besoins pour l'ensemble du champ de l'addictologie, en insistant particulièrement sur les consommations d'alcool, de cannabis, de cocaïne et de psychostimulants, ainsi que sur les polyconsommations.

Consultations de proximité assurant le repérage précoce des usages nocifs

L'article D.3411-1 du code de la santé publique prévoit, dans son premier alinéa, que les CSAPA assurent l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne et de son entourage. Ils assurent cette mission dans les locaux du CSAPA mais ils peuvent également l'assurer à l'extérieur du centre. Pour cela, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité.

Ces consultations de proximité ont pour but d'assurer le repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce.

Comme indiqué dans la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, l'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes de la consommation de substances psychoactives avant que celle-ci ne devienne problématique.

L'intervention précoce consiste, d'une part, dans le repérage initial des personnes rencontrant des difficultés attribuables à leur consommation de substances psychoactives et, d'autre part, dans l'intervention auprès de ces personnes en vue de susciter un changement avant que leur comportement ne s'aggrave ou ne devienne chronique, et/ou pour faciliter le recours au système de soins.

Ainsi les consultations de proximité s'adressent à des personnes dans leurs premières étapes de la consommation et dont la consommation de substances psychoactives peut être qualifiée d'usages à risque, d'usage nocif, d'abus ou d'usages problématiques selon les classifications. Pour permettre le repérage, les consultations de proximité doivent aller à la rencontre de ce public (par exemple : les jeunes, les personnes sous main de justice, les personnes en situation de précarité...) en intervenant dans les lieux fréquentés par ces personnes (services éducatifs, sociaux, sanitaires, judiciaires...). A l'exemple des consultations pour jeunes consommateurs et des consultations avancées en direction des personnes en situation de précarité.

Le repérage précoce des personnes en difficulté suppose un étroit travail de collaboration et d'information avec les personnels des lieux et des services d'implantation, pour que l'ensemble des acteurs agissent de façon cohérente et soient en mesure d'orienter vers la consultation.

Cette phase de repérage est complétée par l'intervention de proximité dans une démarche brève de quelques entretiens. Celle-ci consiste en premier lieu en une évaluation de l'usage de substances psychoactives de la personne et vise à aider la personne à s'interroger sur son comportement par rapport à sa consommation et aux risques qui y sont associés et à le modifier pour éviter que son comportement ne devienne chronique ou grave...

Références :

Textes européens :

- Stratégie anti-drogue 2005-2012 de l'Union Européenne
<http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/04/st15/st15074.fr04.pdf>
- Plan d'action drogue de l'Union européenne (2005-2008)
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2005/c_168/c_16820050708fr00010018.pdf

Dans le domaine des addictions :

- Québec : Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>
- Suisse : stratégie de prévention pour les communes face aux dépendances, à la violence et à l'exclusion sociale, Office fédéral de la santé publique

rapport RASCAS paru en 2001 dans le cadre du plan 1999-2001 de la MILDT, a mis en lumière les éléments communs aux différentes addictions. En voici quelques éléments.

Points communs aux addictions justifiant d'un rapprochement des dispositifs

En perturbant les sécrétions de dopamine, ces substances, quelles qu'elles soient, induisent une pharmacodépendance identique.. Tout cela plaide bien en faveur d'une approche globale des comportements de consommation psychoactives. » (étude sociologique H Bergeron)

Des facteurs individuels communs comme des psychopathologies se retrouvent (INSERM)

Toutes structures mentales peut conduire a une addiction (BERGUET, 2001)

Dimension autothérapeutique, souffrance psychique préexistante à la conduite de consommation.

Prolématique de l'assujettissement (« la perte de la liberté de s'abstenir »). Ce qui renvoie à l'étymologie de addiction (la contrainte par corps, l'état d'esclavage).

Trajectoires communes des usagers: Initiation, usage régulier, dépendance, arrêt de la consommation, rechute.

Idem pour les prises en charge: Accueil, projet d'abstinence, diminution des dommages, préparation au sevrage, sevrage, Post cure, prévention de la récurrence.

Émergence des thérapies cognitivo comportementaliste (TCC) ont instruit un mode de traitement commun: finalité= améliorer la qualité de la vie.

Traits spécifiques à certaines addictions posant les limites d'un rapprochement des dispositifs

- Différences en terme d'épidémiologie et de santé publique.
- Différences en terme de représentations sociale ; l'opprobre est portée sur l'alcoolodépendant qu'« utilise » mal le bon produit. L'héroïnomanie joue avec l'interdit, la réprobation est portée sur le dealer.
- La drogue fait le toxicomane, contrairement à l'alcool. Le produit dominant impacte sur la relation au monde et donc sur l'identité.
- La moyenne d'âge du public accueilli en CSST est de 26 ans (23 ans pour 1/3 d'entre eux) et de 42 ans en CCAA(OFDI, Tendances n°54).
- 44% des patients en CCAA vivent en couple contre 20% en CSST(OFDI, Tendances n°54).
- Les consommateurs de cannabis sont pour 50% d'entre eux orientés par la justice.

VIOLENCE DES PUBLICS, VIOLENCE DES PRATIQUES

Programme en évolution permanente

Formatrice

Catherine FLEURIET, psychologue clinicienne, médiatrice familiale, formatrice externe à l'A.N.P.A.A.

Objectif général

Permettre aux professionnels de l'A.N.P.A.A. d'évaluer et gérer au mieux la violence des usagers et des autres acteurs.

Public

Tout public.

Méthodologie

Interactive, apports théoriques, échanges, études de cas, mises en situation.

Horaires

A fixer avec la formatrice.

4 jours

Lieu

FIAP
30 Rue Cabanis
75014 PARIS
Tél. : 01.43.13.17.00
Métro : Glacière

Formule

Résidentielle

Objectifs opérationnels :

Travailler le rapport à l'agressivité et à la violence.
Questionner et comprendre les réponses institutionnelles à la violence des publics.

- Présentations et attentes des participants
- Travaux de groupes sur les représentations de la violence
- Les situations de violence auxquelles les stagiaires sont confrontés.

12h Déjeuner au self

Intervention de Michèle Drida, psycho-sociologue du travail, Consultante en entreprise, sur le thème : « Quand la violence des publics rencontre ou se heurte à la violence institutionnelle »

- Agressivité et violence : définitions.
- Etudes de cas.

Objectif opérationnel :

Comprendre les mécanismes psychologiques et relationnels.

Travaux de groupe : Quand la violence vient de soi et/ou de l'autre

- Les peurs, les tensions, les émotions
- La communication
- La gestion de la distanciation.

Déjeuner au self

Intervention du Dr Robert Bres, psychiatre au CHU de Montpellier, responsable de l'Unité de Soins pour Grands Adolescents à l'Hôpital de La Colombière.

- Les mécanismes en jeu
- Du normal au pathologique.

Objectif opérationnel :

Prendre en compte le contexte conjugal et familial des publics

Intervention de Patrick Poisson, thérapeute familial, directeur de Processus Recherche, sur le thème des violences conjugales et familiales au regard de l'approche systémique.

Déjeuner au self

Travaux de groupe à partir de situations professionnelles présentées par les stagiaires.

Objectif opérationnel :

Travailler les réponses professionnelles aux situations de violence des publics

Travaux de groupe.

12h Déjeuner au self

Synthèse et bilan de la formation avec Florence Poisson, responsable de la formation.

Département Ressources Humaines A.N.P.A.A. - Stage n° 01991007
Enregistrement au Ministère de la Formation Professionnelle N° 11 75 11836 75

ANPAA 36
Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
7, rue de Mousseaux 36000 Châteauroux Tél : 02-54-22-52-88

1 directeur, 1 secrétaire de direction

**1 comptable
1 agent d'entretien**

PÔLE PREVENTION

**Centre d'information et de
Coordination en Addictologie**

CICA
Centre d'Information et de
Coordination Addiction
Il s'adresse :
- aux établissements
scolaires
- aux entreprises
- aux collectivités locales
- au grand public
- Structures d'insertion

Centre de formation agréé



3 chargées de prévention
1 secrétaire

7, rue de Mousseaux
02-54-22-52-88

Point Accueil E coute Jeunes

PAEJ
Point Accueil Ecoute Jeunes

Pour les jeunes de 10 à 25 ans et
leurs parents.

Missions :
- accueil
- écoute
- orientation
- médiation parents/jeunes



1 psychologue
1 éducateur
1 secrétaire

28, rue du palais de Justice
02-54-22-56-64

PÔLE SOINS

**Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
Généraliste**

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance.

- Accueil
- Information
- Evaluation médico-psycho-social
- Orientation

Prise en charge médical, psychologique
Réduction des risques
Consultation de proximité
Consultation jeunes

8 permanences départementales
Visites à domicile



1 médecin coordinateur
3 secrétaires
4 médecins (1 tabacologue et 3 addictologues)
3 infirmières
2 psychologues
2 éducateurs spécialisés
1 relaxologue

7, rue de Mousseaux
02-54-22-52-88