



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

« BIENTOT LES CSAPA : CENTRE DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE. QUELLES NOUVELLES PERSPECTIVES DE PRISE EN COMPTE DES ADDICTIONS DANS UN SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL EN MUTATION ? »

Groupe n°12

- ABEL Caroline – D3S
- ANCEL Sylvie - IASS
- AUBERT Cécile – EDH
- BEILLEVAIRE Xavier – IASS
- BOUCETTA Kamel – D3S
- FRUGIER Véronique – D3S
- LELAQUET Frédéric – EDH
- ROSTAING Régine – DS
- SARR Aminata – MISP
- VAISSEIX Aurélie - IASS

Animatrice

Martine VALADIE JEANNEL

Sommaire

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : L'ADDICTOLOGIE, UNE DISCIPLINE REFORMANT LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS	3
1.1. UN DISPOSITIF HISTORIQUEMENT ORGANISE AUTOUR DES PRODUITS « CONSOMMES »	3
1.1.1 / <i>Le dispositif médico-social de lutte contre l'alcool</i>	3
1.1.2 / <i>Le dispositif médico-social de lutte contre les drogues</i>	4
1.2. UNE APPROCHE MEDICALE, PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE SE SUBSTITUANT A UNE APPROCHE PAR PRODUIT	6
1.3. LES CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE PROMOTEURS D'UN DECLOISONNEMENT DES PENSEES ET DES PRATIQUES	7
1.3.1 / <i>Les addictions, un enjeu de santé publique, une gestion au fil du temps</i>	7
1.3.2 / <i>Favoriser une prise en charge globale de l'usager dans une logique de parcours de soins</i>	9
1.3.3. <i>Nouvelles addictions, nouveaux enjeux pour les acteurs de santé publique</i>	11
PARTIE 2 : LA TRANSPOSITION PRATIQUE DE LA REFORME ENTRE DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE ET LIMITES	13
2.1. UNE LIBERTE LAISSEE POUR UNE CONSTITUTION COHERENTE DE CSAPA DANS LE CADRE D'UN CALENDRIER RESTREINT	13
2.2. LA MISE EN PLACE DE LA REFORME DES CSAPA : LES OBSTACLES ET LIMITES.....	15
2.2.1 / <i>Obstacles liés à la mise en œuvre</i>	15
2.2.2 / <i>Obstacles en termes de logiques d'acteurs</i>	16
2.2.3 / <i>Les indéniables limites de la réforme</i>	17
PARTIE 3 : PISTES, PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS POUR UN DISPOSITIF PLUS EFFICIENT	19
3.1. VERS UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCE DU CHANGEMENT	19
3.2. L'EQUILIBRE A TROUVER ENTRE CULTURE COMMUNE « TOUTES ADDICTIONS » ET SAUVEGARDE DES IDENTITES PROPRES	20
3.3. UN « NIVELLEMENT » DE LA PRISE EN CHARGE POUR UN MEILLEUR MAILLAGE TERRITORIAL	22
3.4. LA PREVENTION, ACTION INCONTOURNABLE POUR LUTTER CONTRE LES ADDICTIONS, POURTANT LIMITEE PAR SON MODE DE FINANCEMENT	23
3.5. L'EVALUATION : MODALITE INDISPENSABLE POUR MESURER L'EFFICACITE D'UNE POLITIQUE.....	24
CONCLUSION	25

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier les professionnels qui nous ont accordé un entretien téléphonique:

- Monsieur BEAUTIER, ANPAA Landes, Mont de Marsan ;
- Madame BLASQUEZ, Association Béarn Toxicomanie, Pau ;
- Monsieur CAMPAGNE, Association ELSA / CH Bayonne, département d'addictologie, Bayonne ;
- Monsieur CASTERA, médecin réseau AGIR 33, Bordeaux ;
- Monsieur DINTRAS, CSST Périgueux ;
- Madame DUSSAU, CIAT, Pau ;
- Madame GOZLAN, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie, Paris ;
- Madame HERRAN, CIAT, Bayonne ;
- Monsieur PATISSOU, ANPAA Dordogne, Périgueux ;
- Monsieur SPINHIRNY, Association La source, Mont de Marsan.

Nous remercions chaleureusement les personnes qui nous ont reçus dans leurs services pour nous faire part de leur approche du sujet:

- Monsieur AURIACOMBE, CHU PELLEGRIN / CHS Charles PERRENS, Département d'addictologie, Bordeaux ;
- Monsieur CASTET, CSST La Ferme Merlet, Saint-Martin de Laye ;
- Monsieur DELILE, Association CEID, Bordeaux ;
- Monsieur DUBERNET, Réseau RENAPSUD, Bordeaux ;
- Madame GUARGUIL, Association GRRITA, Bordeaux ;
- Madame LE BIHAN, CSAPA Doir-Nevez, Lorient ;
- Monsieur LEELOT, Association l'Envol, Rennes;
- Madame LEMIEUX, Direction générale de la santé, Ministère de la santé et des sports, Paris.

Nous remercions également Madame VALADIE-JEANNEL, Médecin-inspecteur à la DRASS d'Aquitaine, pour son investissement dans l'animation de notre module inter-professionnel.

Nous remercions enfin l'EHESP pour nous avoir offert l'opportunité de travailler entre filières sur un sujet d'actualité en santé publique et pour nous avoir donné les moyens de mener à bien notre étude de terrain.

Liste des sigles utilisés

AGIR 33 : Réseau addictions Gironde

ANESM : Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale

ANPAA : 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 chez les usagers de drogues

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie

CDPA : Comité départemental de prévention de l'alcoolisme

CEID : Comité d'étude et d'information sur la drogue

CH : Centre hospitalier

CHAA : Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie

CHRS : Centre d'hébergement et de réadaptation sociale

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIAT : Centre d'intervention en alcoologie et toxicomanie

CROSMS : Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale

CRS : Conférence régionale de santé

CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSST : Centre de soins spécialisés pour toxicomanes

D3S : Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGS : Direction générale de la santé, ministère de la Santé

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques -
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (ex-SESI)

DS : Directeurs des soins

EDH : Elèves Directeurs d'hôpital

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

ELSA : Equipes de liaison et de soins en addictologie

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GIE : Groupement d'intérêt économique

GIP : Groupement d'intérêt public

GRRITA : Groupe régional de recherche et de réflexion des intervenants en toxicomanie et addictologie d'Aquitaine

GRSP : Groupement régional de santé publique

IASS : Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut de veille sanitaire

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

MIP : Module interprofessionnel

MISP : Médecins Inspecteurs de santé publique

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

PAEJ : Point accueil écoute jeunes

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRS : Programme régional de santé

PSPH : Établissements privés participant au service public hospitalier

RASCAS : Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différents addictions

RECAP : Recueil à caractère épidémiologique

RENAPSUD : Réseau nord aquitain des professionnels pour les soins aux usagers de drogues

SRMSA : Schéma régional médico-social d'addictologie

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

INTRODUCTION

Dans le cadre du module interprofessionnel 2009 organisé par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), différents groupes de travail ont été constitués pour analyser une problématique de santé publique. Le thème de travail qui nous a été confié porte sur la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), alors que le secteur de la prise en charge des personnes dépendantes connaît un bouleversement structurel conséquent. En effet, jusqu'à présent, deux types de structures coexistaient dans le secteur médico-social, les unes spécialisées en alcoolisme (centres de cure ambulatoire en alcoologie – CCAA), les autres en toxicomanie (centres de soins spécialisés en toxicomanie – CSST). L'objectif de la mise en place des CSAPA est de décroiser ce secteur pour une prise en charge globale de la personne dépendante qui ne serait alors plus seulement axée sur le produit consommé. Cette approche est la traduction institutionnelle d'une nouvelle discipline qui a mis du temps à émerger : l'addictologie.

Selon le psychiatre Marc VALLEUR, chef du service de soins aux toxicomanes de l'hôpital Marmottan, la notion d'addictions sert à décrire quantité de formes de dépendance au point que des habitudes quotidiennes peuvent devenir, pour certaines, des maladies de notre époque. Les termes « nouvelles addictions » constituent une variante de dépendance ou toxicomanie et s'appliquent à des « *pans entiers de notre existence quotidienne* ». L'intérêt croissant des pouvoirs publics sur les facteurs de mort prématurée et de morbidité a eu pour conséquence le passage d'une approche centrée sur le produit à une approche globale relative aux addictions. Il peut être pris pour exemple « *des situations d'habitudes envahissantes de perte de contrôle, de dépendance ordinaire ou passionnelle* ». La frontière entre une pathologie avérée comme la toxicomanie et la normalité est difficile à tracer.

L'animation du groupe a été assurée par le Docteur Martine VALADIE-JEANNEL, médecin-inspecteur de santé publique à la DRASS d'Aquitaine. De ce fait notre champ d'investigation s'est centré prioritairement sur la région Aquitaine. Toutefois, des entretiens auprès de directeurs de structures fonctionnant déjà en CSAPA, situées en région Bretagne, nous ont paru pertinents, afin de compléter notre étude. De plus, deux entretiens à Paris ont été menés, l'un auprès du bureau des pratiques addictives de la Direction Générale de la Santé (DGS), l'autre avec un représentant de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT).

Au sein de notre groupe, cinq filières sont représentées : trois élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, deux élèves directeurs d'hôpital, une directrice des soins stagiaire, trois élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale et un médecin inspecteur de santé publique.

Pour organiser notre travail, nous avons décidé de procéder en plusieurs étapes (cf. Fiche méthodologique - annexe 1-). Nous avons consacré les premiers jours à l'appropriation du sujet, à la définition d'une problématique et à la détermination des axes de réflexion et d'investigation, et ce, en présence de notre animatrice. Parallèlement, des contacts ont été pris afin d'organiser des rendez-vous téléphoniques et des entretiens auprès de professionnels de terrain, préalablement informés de notre démarche par le Docteur Martine VALADIE-JEANNEL. Ainsi, des membres du groupe se sont rendus à Bordeaux, Paris et en région Bretagne. D'autres ont mené, depuis l'EHESP, des entretiens téléphoniques et ont approfondi, par une recherche documentaire, les connaissances dans le champ de l'addictologie. Ensuite, les données recueillies ont été mises en commun, analysées, et utilisées pour alimenter la rédaction du rapport final.

Aussi, à l'heure de la mise en place des CSAPA, notre réflexion porte sur les enjeux et les perspectives de prise en charge des addictions. Il s'agit également de déterminer comment s'organisent les structures pour répondre à cette réforme, qui pour certaines vient largement modifier leurs conceptions et pratiques.

Ainsi, dans une première partie, nous nous proposons de présenter le contexte de la réforme en évoquant, d'une part, l'historique de la prise en charge des addictions et d'autre part, les évolutions juridiques qui s'y rapportent. Ensuite, nous abordons la mise en place de cette réforme et nous en présentons les limites. Enfin, dans une dernière partie, nous avons dégagé, à partir des entretiens des professionnels, des pistes de propositions et de recommandations.

PARTIE 1 : L'ADDICTOLOGIE, UNE DISCIPLINE REFORMANT LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Fruit d'une lente évolution dans la prise en charge des addictions, l'addictologie substitue à une approche fondée sur les produits, une approche axée sur les comportements des personnes addictes. Cette prise en charge globale trouve sa traduction institutionnelle par la création des CSAPA.

1.1. Un dispositif historiquement organisé autour des produits « consommés »

La constitution de champs spécifiques à l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie s'est faite en parallèle pendant des années. Cette organisation institutionnelle distincte montrait à la fois des similitudes fortes et des différences plus ou moins prononcées suivant les époques. L'évolution historique pour les deux champs se déroule de la même façon :

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

Une politique de santé publique commune à l'ensemble des addictions est donc très récente en France. Par ailleurs, la prise de conscience des conséquences de la consommation de substances psycho-actives sur la santé et l'efficacité des actions de prévention ont été rendues difficiles par les enjeux en termes économiques, ainsi que par d'importantes habitudes socioculturelles.

1.1.1 / Le dispositif médico-social de lutte contre l'alcool

En raison d'une conception de l'alcoolodépendance en tant que maladie, le dispositif médico-social mettra beaucoup de temps à émerger. Quant aux pathologies dues à l'alcool, elles seront essentiellement vues à travers les complications somatiques survenant à long terme (cirrhose du foie, syndromes neuropsychiatriques, etc.).

Les mesures législatives de lutte contre l'alcoolisme ont longtemps été essentiellement répressives :

- loi du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux pour autrui, dont l'objet était de rééduquer la personne en l'obligeant à se soigner ;
- à partir de 1970, plusieurs mesures législatives contre l'alcool au volant sont prises : diminution du taux d'alcoolémie toléré, intensification des contrôles d'alcoolémie et les mesures pénales qui s'en suivent.

Jusqu'aux années 1960, les initiatives d'entraide sont pour la plupart privées: Eglises, associations laïques, mouvements d'anciens buveurs, etc. Puis, progressivement, un dispositif spécialisé de prise en charge financé par le budget de l'Etat jusqu'en 1998 se met en place. Ce dernier était essentiellement composé des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) et des Comités Départementaux de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA).

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions organise le transfert des CHAA vers un statut juridique d'établissement médico-social. En 1999, les CHAA deviennent des CCAA, désormais financés par l'Assurance maladie.

Les CCAA ont des missions d'accueil, de diagnostic, d'orientation et/ou de prise en charge des personnes ayant un problème de dépendance alcoolique. Ils assurent l'accompagnement social de celles-ci et de leurs familles. Ils peuvent également participer à des actions de prévention, de formation et de recherche en matière de lutte contre l'alcoolisme. C'est à partir du développement hors champ hospitalier des CCAA que prend réellement forme pour la première fois ce que l'on appellera « l'approche globale » de la personne. Approche globale à l'intersection de plusieurs disciplines incluant à la fois prévention, soins et intervention sociale.

En 2006, les CCAA étaient au nombre de 230, de statut privé, associatif ou public.

1.1.2 / Le dispositif médico-social de lutte contre les drogues

Pour la toxicomanie, l'émergence dans les années 1960 de techniques substitutives (essentiellement la Méthadone¹) a permis de mettre en place une prise en charge

¹ La Méthadone est un opioïde analgésique utilisé comme substitut des opiacés chez les consommateurs d'héroïne. Son utilisation est légale en France depuis 1995, bien que toujours gérée comme un stupéfiant. Le

ambulatoire plus respectueuse des libertés individuelles évitant l'enfermement. Dans les années 1970, la constitution d'espaces cliniques spécifiques pour les personnes toxicomanes s'est d'ailleurs accompagnée d'une rupture avec l'institution psychiatrique, d'où la naissance de lieux « expérimentaux » dénommés « free clinics », puis centres d'accueil ou centres de post-cure.

Le cadre législatif de la politique française de lutte contre les toxicomanies est posé par la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, de la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Elle s'articule autour de trois volets : la répression du trafic et l'interdiction de l'usage, la possibilité d'une alternative thérapeutique à la sanction pénale ainsi que la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers. Elle a été complétée par plusieurs circulaires demandant aux juges de privilégier l'orientation sanitaire et sociale afin d'éviter l'incarcération pour usage.

En revanche, la loi du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants instaure de nouvelles sanctions pénales. Ces nouvelles mesures législatives vont dans le sens d'une répression plus sévère assortie de mesures visant à sensibiliser les consommateurs aux dangers de l'usage du cannabis et autres drogues illicites.

Considérée comme trop axée sur le volet répressif et peu sur la prévention, elle n'a pas permis de faire diminuer la consommation de drogues illicites. Par ailleurs, on a constaté une augmentation du nombre d'infections par le VIH et de décès par overdose chez la population toxicomane.

Les structures spécialisées de soins aux usagers de drogues sont nommées CSST. Ces structures relèvent aujourd'hui de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et sont financées par l'Assurance maladie.

Elles assurent des missions de prévention, d'accueil, d'orientation, d'information et de prise en charge des personnes ayant une consommation à risque ou un usage nocif de produits stupéfiants ou présentant des addictions associées, ainsi qu'un soutien à leur entourage familial.

traitement par Méthadone vise la stabilisation du patient parce qu'elle est un opiacé de longue durée d'action, entretenant la dépendance.

Il existe trois types de structures : ambulatoire, avec hébergement collectif, intervenant en milieu pénitentiaire. En 2006, on en dénombrait 270, appartenant tant au secteur privé associatif que public.

Des structures de réductions des risques se sont développées à partir des années 1990 en complément des CSST, afin de prendre en charge les usagers non encore engagés dans une démarche de soins.

1.2. Une approche médicale, psychologique et sociale se substituant à une approche par produit

Jusqu'à la fin des années 1990, prévalait un cloisonnement selon les types de produits consommés distinguant l'alcool et le tabac (drogues licites mais réglementées) des substances illicites (stupéfiants).

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

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

Au cours de cette période d'expertise scientifique, le constat d'une augmentation des multiconsomptions et des polyaddictions, incluant de plus en plus les médicaments psychotropes, s'est fait jour. Les comportements addictifs sans substances : jeux pathologiques, boulimie, cyber-addictions et autres, sont encore peu pris en compte.

C'est avec le plan triennal 1999/2002 de la MILDT qu'une véritable impulsion politique est donnée en termes de nouvelles législations et de développement d'un dispositif de prévention et de soins en « addictologie », basé sur une approche globale des comportements de consommation et non plus sur une approche par produits.

De plus, le rapprochement des secteurs de l'alcoologie et de l'intervention en toxicomanie a été rendu possible par une approche partagée du phénomène addictif comme résultant de

facteurs sociaux, psychologiques et biologiques : c'est le lien entre le modèle systémique et écologique de Pierre FOUQUET, fondateur de l'alcoologie française et le principe de la « *rencontre entre une personnalité, une substance et un moment socioculturel* » de Claude OLIVENSTEIN, fondateur de l'intervention en toxicomanie. Ce modèle dit « bio-psycho-social » prévaut également aujourd'hui dans bien d'autres pays, notamment au Québec et en Suisse.

Pour ces raisons, une réflexion autour de la construction d'un seul et même dispositif de prévention et de soins en addictologie a vu le jour à partir des années 2000 afin de mieux répondre aux besoins des usagers. Ce dispositif s'articule autour de trois pôles : médico-social, ville et hôpital. Son architecture et ses objectifs spécifiques ont été repris dans le plan gouvernemental addictions 2007/2011.

Cette organisation en trois pôles rend difficile la coordination et la mise en cohérence du dispositif par l'Etat dans le domaine des addictions. En effet, elle nécessite une définition claire des missions de chacun des acteurs et la désignation d'instances locales, régionales et nationales assurant leur articulation.

C'est pourquoi la mise en place des CSAPA prévue par la loi du 2 janvier 2002 s'accompagne de la mise en place de schémas régionaux d'addictologie.

1.3. Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie promoteurs d'un décloisonnement des pensées et des pratiques

Les CSAPA, traduction institutionnelle d'un changement de philosophie dans l'accompagnement des personnes dépendantes, assurent une plus grande cohérence du parcours de soin et offrent une prise en charge globale pour toutes ses addictions.

1.3.1 / Les addictions, un enjeu de santé publique, une gestion au fil du temps

En France, la MILDT a consacré en 1999 l'approche « conduites addictives », à travers le plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie. En 2001, le rapport RASCAS a synthétisé et mis en perspective l'ensemble des aspects communs et des aspects spécifiques aux différentes addictions.

Les addictions sont en effet un problème majeur de santé publique et on estime que les conduites addictives, notamment les consommations de tabac, les abus d'alcool et dans une moindre mesure, les substances psycho actives, interviennent dans 30 % de la mortalité précoce. Elles sont aussi souvent à l'origine de handicaps, d'isolement, de violences et de précarité parce qu'elles atteignent gravement ceux qui en dépendent, mais aussi leur entourage et plus largement l'ensemble de la société.

A partir des années 1990, conscients des insuffisances des mesures adoptées et face au risque de voir se développer l'épidémie du sida, les pouvoirs publics décident d'enrichir le volet médical de leur politique de lutte contre les produits illicites. L'accès aux traitements par substitution (Méthadone, Subutex², etc.) est alors encouragé ainsi que la réduction des risques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse avec notamment le développement des programmes d'échange de seringues. Aujourd'hui, selon l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), environ 15 000 personnes bénéficient d'un traitement de substitution à la Méthadone et 89 000 au Subutex.

Ces mesures ont permis de faire diminuer considérablement les cas d'overdoses à l'héroïne et les contaminations par le virus du sida. En effet, en 1994, près de 1 500 utilisateurs de la voie intraveineuse sont déclarés malades du sida, moins de 100 le sont en 2004. De même, les cas d'overdoses sont divisés par dix entre 1994 et 2004.

En matière de lutte contre les drogues licites (alcool, tabac) plusieurs mesures ont été adoptées au fil des années. On peut citer en matière de lutte contre le tabagisme, la loi Veil³ de 1976, la loi Evin⁴ de 1991 et le décret du 15 novembre 2006. L'objectif de ces lois est de protéger les non-fumeurs du tabagisme passif et surtout d'encourager les jeunes à ne jamais commencer à fumer, en interdisant notamment la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, ainsi que l'interdiction de fumer dans des lieux affectés à un usage collectif.

² Le buprénorphine ou subutex est un médicament utilisé pour le traitement substitutif de la dépendance aux opiacés.

³ Loi n°76-616 du 9 juillet 1976, dite « loi Veil », relative à la lutte contre le tabagisme

⁴ Loi n°91-32 du 10 janvier 1991, dite « loi Evin », relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Concernant la lutte contre la consommation d'alcool, la loi Evin encadre la publicité en faveur des boissons alcoolisées. Elle garantit également une protection des mineurs ainsi qu'une meilleure information du consommateur.

Plus récemment la loi de santé publique du 9 août 2004 et le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, se sont fixé comme objectif la diminution de la consommation de produits licites en favorisant notamment le développement d'actions d'information et de prévention.

Aujourd'hui, avec la banalisation de la consommation d'alcool et surtout l'émergence de nouveaux comportements d'alcoolisation massive et brutale comme le « binge drinking » chez les jeunes, le législateur se dirige vers l'adoption de nouvelles mesures comme l'interdiction des « open bar » et la vente d'alcool aux mineurs (cf. projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires »).

1.3.2 / Favoriser une prise en charge globale de l'utilisateur dans une logique de parcours de soins

Les conduites addictives ont de nombreux points communs. Les données médicales et épidémiologiques confirment les intrications entre les différents modes de consommations et la grande fréquence des polytoxicomanies.

Longtemps, le cloisonnement des pensées et des pratiques a été dommageable aux patients qui ne bénéficiaient pas d'un traitement adapté à leurs autres dépendances. C'est le cas par exemple des patients polytoxicomanes consommateurs d'alcool qui sont pris en charge au sein des CSST.

Afin de permettre un décloisonnement, le dispositif de prise en charge s'est réorganisé avec le regroupement des CSST et des CCAA au sein des CSAPA. Ce regroupement

s'inscrit dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002⁵. Le décret du 14 mai 2007⁶ fixe leurs missions.

Un tel rapprochement doit permettre de prendre en charge les conduites addictives en général et l'individu dans sa globalité. Les CSAPA pourront accueillir également des personnes présentant des addictions sans substances.

En matière de réduction des risques, ils mettent en oeuvre des mesures de prévention à destination du public qu'ils prennent en charge. La réduction des risques s'adresse aux personnes qui, du fait de leur addiction, peuvent avoir des comportements à risques liés aux produits eux-mêmes, aux modes d'usage ou aux circonstances de consommation. Ce dispositif complémentaire d'accompagnement s'est concrétisé à partir de 2006 par la mise en place des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques auprès des Usagers de Drogues (CAARUD).

Les CSAPA sont composés de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs et d'assistants sociaux. Ils assurent l'accueil, l'information, l'évaluation et l'orientation de la personne présentant des addictions et/ou de son entourage.

Dans le cadre de la prise en charge médicale et psychologique, ils élaborent le diagnostic et fournissent des prestations de soins adaptées à l'utilisateur (substitution aux opiacés, sevrage...). Une prise en charge sociale et éducative est également proposée afin de favoriser l'accès aux droits sociaux, l'insertion ou la réinsertion de l'utilisateur. Au sein de ces établissements, des programmes particuliers destinés à des publics spécifiques (femmes, jeunes, précaires, sortants de prison...) ou à des consommations déterminées (crack, drogues de synthèse...) peuvent être mis en oeuvre. C'est le cas par exemple des « consultations jeunes consommateurs » où l'on propose un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis ainsi qu'à leurs familles. Ces consultations ont accueilli entre 2005 et 2007, 45 000 usagers de produits et 26 000 personnes de leur entourage. Ils peuvent également participer ou mettre en oeuvre des actions de prévention collectives en milieu

⁵ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁶ Décret 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des CSAPA.

scolaire et professionnel. Ils participent également au système de veille et d'alerte sur les évènements inhabituels liés à la consommation de produits psychotropes.

1.3.3. Nouvelles addictions, nouveaux enjeux pour les acteurs de santé publique

De nouvelles addictions sans substances sont apparues ces dernières années. Le Docteur Michel REYNAUD souligne que le point commun à toutes les addictions est « *la recherche du plaisir et l'irruption de la souffrance si l'objet de l'addiction quel qu'il soit vient à manquer* »⁷.

Parmi les addictions sans substances, on peut citer la dépendance à Internet, au téléphone portable, au travail, au sport ou au jeu. Ces nouveaux comportements sont souvent révélateurs d'une volonté de fuir un contexte social ou familial pesant ou stressant.

Avec l'adoption du Plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions, la politique de lutte contre les addictions marque un tournant car, pour la première fois, toutes les addictions liées ou non aux substances se trouvent réunies au sein d'un même programme. Cette approche globale de prévention et de prise en charge des addictions conduit à une adaptation de l'offre de soins hospitalière et médico-sociale.

Au sein des établissements de santé, une nouvelle organisation permet le regroupement dans un même lieu des consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addictions sans substances afin d'offrir un suivi spécialisé.

Avec le renforcement des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie, le repérage des patients en difficultés pendant leur hospitalisation est amélioré. Il est prévu que tous les hôpitaux disposent d'une consultation d'addictologie ou d'une équipe de liaison.

Ainsi, les urgentistes devraient pouvoir mieux répondre aux besoins des personnes ayant des problèmes aigus liés à leur addiction (crise, alcoolisation aiguë, surdosage, etc.).

⁷ « Les addictions : sous le signe du plaisir », article du Figaro daté du 24 novembre 2007, Professeur Michel REYNAUD, Chef du service de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul-Brousse.

Pour les patients nécessitant une prise en charge plus spécifique ou une hospitalisation, 120 services d'addictologie proposant des sevrages simples ou complexes seront créés d'ici 2011, pour tout territoire de santé supérieur à 500 000 personnes.

Chaque centre hospitalier universitaire comportera un pôle d'addictologie qui aura pour vocation d'être à la fois un service de recours et un centre régional de référence, de formation et de recherche.

Concernant l'offre médico-sociale, de nouvelles « consultations jeunes consommateurs de cannabis » seront créés au sein des CSAPA. Le renforcement des communautés thérapeutiques permettra d'accroître le nombre de places d'hébergement en aval de l'hospitalisation.

Afin d'évaluer les besoins de la population et d'améliorer les prises en charge sur le territoire, des Schémas Régionaux Médico-Sociaux d'Addictologie (SRMSA) seront mis en œuvre dans chaque région. Ceux-ci s'articuleront avec le dispositif sanitaire et la médecine de ville. Ainsi, on constate qu'à travers les propositions du plan de prise en charge et de prévention des addictions, une organisation des soins cohérente se dessine.

Cette réforme ambitieuse, telle que décrite auparavant, connaît toutefois des difficultés dans les modalités de mise en œuvre et des limites identifiées.

PARTIE 2 : LA TRANSPOSITION PRATIQUE DE LA REFORME ENTRE DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE ET LIMITES

Notre étude sur la réforme mettant en place les CSAPA se centre principalement sur la région Aquitaine à la demande de notre référente, le Docteur Martine VALADIE-JEANNEL, Médecin Inspecteur de Santé Publique à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) d'Aquitaine.

La région Aquitaine⁸ est une région administrative du sud-ouest de la France, composée de cinq départements : la Dordogne, la Gironde, les Landes, le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques. Son chef-lieu, Bordeaux, en est aussi la plus grande ville. Sa population totale est de 3 119 778 habitants avec une densité de 76 habitants par km². Avec ses 41 309 km², l'Aquitaine est la troisième région métropolitaine française par sa superficie et correspond ainsi à 8% du territoire national.

2.1. Une liberté laissée pour une constitution cohérente de CSAPA dans le cadre d'un calendrier restreint

La réforme vient bouleverser le montage juridique des structures traitant des addictions, en identifiant les CSAPA comme des établissements médico-sociaux. En effet, la Loi du 2 janvier 2002 vise à regrouper le statut juridique des CCAA et des CSST en une même entité. Cependant la fusion administrative n'est pas obligatoire.

La coopération entre les structures s'organise sous forme de syndicats inter-établissements, Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), Groupement d'Intérêt Economique (GIE) et Groupement d'Intérêt Public (GIP), ou par simple convention.

Il revient au SRMSA d'élaborer en concertation avec la Commission Régionale Addiction et d'organiser le maillage territorial en délivrant des autorisations de création de CSAPA. Le décret du 14 mai 2007 donne également la possibilité aux communautés thérapeutiques expérimentales de solliciter une autorisation de transformation en CSAPA.

⁸ Voir annexe 7

A compter du 21 décembre 2006, date de publication de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) assurant le financement des CSAPA par l'Assurance maladie, un délai de trois ans était laissé aux CCAA et CSST pour solliciter leur autorisation en tant que CSAPA. Ces derniers bénéficieront dès lors d'une période d'autorisation transitoire de trois ans, à l'issue de laquelle une visite de conformité prévue à l'article L 313-5 du CASF accordera ou non une autorisation d'une durée de 15 ans.

La circulaire d'application DGS-DHOS du 16 mai 2007 précise les modalités d'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, insérant les volets médico-social, sanitaire et médecine de ville et leur articulation.

La circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 demande aux CSAPA d'assurer des missions dont certaines sont obligatoires et d'autres facultatives dans le respect de l'anonymat des usagers (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des usagers et la qualité du système de santé).

Quatre missions obligatoires sont prévues:

- l'accueil : temps d'écoute, d'établissement d'un premier lien et d'apport de premier élément de réponse ;
- l'information : droits et modalités de prise en charge ;
- l'évaluation médicale, psychologique et sociale : niveau de consommation, situation sociale, difficultés et besoins ;
- l'orientation : vers une structure plus adaptée si besoin.

Deux missions obligatoires appréhendées de manière généraliste ou spécialisée pour l'alcool ou les drogues illicites sont également définies :

- la réduction des risques ;
- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

Le décret du 14 mai 2007 prévoit que les CSAPA assurent la prescription, le suivi des traitements médicamenteux dont traitement de substitution à l'exception des anciennes communautés thérapeutiques. La gestion des médicaments comprenant l'approvisionnement, la détention, le contrôle, la gestion et la dispensation des médicaments est sous la responsabilité du pharmacien, ou à défaut, par un médecin intervenant dans la structure nommément autorisé par le Préfet.

Les CSAPA participent au dispositif de veille et d'alertes sanitaires sur les évènements inhabituels liés à la consommation de produits psychotropes.

En plus des missions obligatoires, quatre missions facultatives leur sont attribuées :

- les consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs ;
- les activités de prévention, de formation et de recherche ;
- la prise en charge des addictions sans substances ;
- l'intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

Le décret du 14 mai 2007 précise que l'ensemble de ces missions est mené dans le cadre d'un hébergement individuel ou collectif, en ambulatoire associé ou non à un hébergement individuel. La structure réunit une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels médicaux, paramédicaux, socio-éducatifs, de psychologues et personnels administratifs et de direction.

Le financement des CSAPA par l'Assurance maladie est acté par la LFSS pour 2007. En vertu de la circulaire du 28 février 2008, les activités de prévention, de formation et de recherche font l'objet d'un budget annexe pour les établissements publics ; d'un budget propre pour les autres établissements si les moyens attribués dépassent le seuil de 153 000 euros.

2.2. La mise en place de la réforme des CSAPA : les obstacles et limites

La réforme, mue par un projet d'amélioration de prise en charge globale des personnes dépendantes, se trouve confrontée à des obstacles quant à sa mise en œuvre. L'un est lié aux modalités pratiques qu'elle impose et l'autre à des logiques d'acteurs en décalage avec l'esprit de la réforme. De plus, la réforme se heurte en terme d'application à certaines limites.

2.2.1 / Obstacles liés à la mise en œuvre

Tout d'abord, le premier obstacle relevé au cours de nos recherches porte sur les délais impartis pour mettre en place les CSAPA, qui ont été imposés, semble-t-il de manière trop abrupte de l'avis de certains centres. En pratique, la formalisation juridique de la réforme

s'avère chronophage. Si pour les structures de taille conséquente, le respect du calendrier imposé par les tutelles n'a pas posé de difficultés, pour les petites structures, celui-ci s'est avéré trop contraignant. En effet, elles devaient faire face à l'élaboration d'un dossier complexe d'autorisation de transformation en CSAPA, tout en continuant à assurer en parallèle la gestion quotidienne du centre, le tout avec des ressources logistiques limitées. Certaines ont d'ailleurs dû avoir recours à des cabinets d'audits extérieurs.

Cette contrainte calendaire a été accentuée par le fait que le schéma régional en addictologie n'est à ce jour toujours pas finalisé. Même si les acteurs ont une vision de l'architecture globale du schéma du fait de leur participation à la Commission Régionale Addictologie, la conception d'un projet de CSAPA est problématique en l'absence de directives précises.

De plus, cette réforme est réalisée à moyens constants alors qu'initialement elle s'accompagnait de ressources financières supplémentaires en Aquitaine. A cela s'ajoute une méconnaissance des financements à moyen terme pour mettre en œuvre le cahier des charges, en particulier en ce qui concerne les missions facultatives.

Le manque d'articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et la médecine de ville est révélé de façon encore plus criante par la réforme. En effet, pour être efficaces dans la prise en charge des addictions, tous ces acteurs doivent travailler de manière coordonnée et en partenariat, chacun étant une étape ou un relais dans le parcours de l'utilisateur. C'est à ce niveau que les réseaux de santé ont leur rôle à jouer, pourtant la circulaire de 2007 ne leur consacre que quelques lignes restreignant de fait leur investissement dans la réforme.

2.2.2 / Obstacles en termes de logiques d'acteurs

Nous avons noté une certaine forme de réticence de la part des professionnels au contact du public qui, avec la prise en charge globale des addictions, se voient confrontés à la rencontre de nouveaux types d'utilisateurs. Ainsi, ils se trouvent dans une situation où leurs pratiques doivent s'inscrire dans un nouveau projet thérapeutique du fait d'une approche modifiée des personnes accueillies. La nouvelle discipline nommée « addictologie » prend en charge toutes personnes souffrant de dépendances aux substances psychoactives ou addictions sans substances, alors que la plupart des professionnels a été formée à la prise en charge de personnes dépendantes à un produit spécifique. Le produit primait sur la

notion de comportement de consommation qui prévaut aujourd'hui (consommation « socialement réglée », consommation à risque, consommation à problème, avec ou sans dépendance). Les cultures professionnelles des deux secteurs se sont au départ ancrées dans des champs différents. Pour la toxicomanie, la prise en charge était plutôt psychosociale et pour l'alcool, axée autour du soin.

Par ailleurs, les personnes toxicomanes évoluent souvent vers une poly-consommation, notamment d'alcool et de tabac, qui a aguerri les équipes de CSST à une prise en charge globale de la dépendance.

Pour les petites structures, une certaine peur de perte d'identité est prégnante. Les CCAA manifestent des réticences quant au regroupement de structures et à la mise en commun de leurs moyens. Pour celles qui sont de petite taille, disposant de peu de moyens humains et matériels et loin des grandes agglomérations, existe une peur de perte d'identité et d'autonomie face à d'anciennes structures « concurrentes » sans doute mieux préparées.

De plus, la réforme impose un rapprochement physique des structures qui, selon la manière dont il sera organisé, peut heurter certaines équipes et mettre potentiellement en sursis une possibilité d'entente.

La taille conséquente due au regroupement de structures risque d'amoindrir leur réactivité et leur dynamisme, de même que l'homogénéisation de leurs pratiques peut en réduire leurs spécificités intrinsèques.

2.2.3 / Les indéniables limites de la réforme

Parmi les points faibles que les acteurs de terrain nous ont pointés, celui de l'existence de missions facultatives reste important. En effet, une certaine incohérence du texte imposerait la création de centres dont le nom comprend le terme de prévention, alors que le texte ne prévoit cette dernière que dans le cadre d'une mission facultative.

L'article 27 du projet de Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » crée au sein de la Conférence Régionale de Santé, à compter du 1^{er} janvier 2010, des sous-commissions spécialisées à vocation consultative (une sur la prévention et une sur la prise en charge et l'accompagnement dans le secteur médico-social) en remplacement des Commissions

Régionales d'Organisation Sociale et Médico-sociale. Cet article impacte la procédure de demande d'autorisation des CSAPA en termes de délais. En effet, compte tenu de ces changements institutionnels, les structures vont devoir déposer leur demande dans un délai raccourci, faute de quoi, elles seront soumises à la nouvelle procédure d'autorisation valable dès janvier 2010, à savoir le système d'appel à projets.

De plus, la liberté octroyée aux centres de pouvoir rester spécialisés induit une complexification en terme d'orientation des usagers notamment pour les coordonnateurs de réseaux qui devront, au préalable de toute orientation vers les centres, vérifier s'ils sont restés ou non spécialisés.

La réforme a donc pour conséquence la mise en place d'un guichet unique qui certes simplifie le parcours de la personne prise en charge mais lui restreint la possibilité de choisir les intervenants qu'elle souhaite rencontrer. En cas de conflit avec l'équipe chargée de son suivi, l'utilisateur n'a plus aucune autre alternative de soins.

PARTIE 3 : PISTES, PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS

POUR UN DISPOSITIF PLUS EFFICIENT

Les complexités décelées ainsi que les limites observées, pour l'instauration des CSAPA, peuvent pour certaines, être appréhendées et atténuées en suivant certaines recommandations. Les pistes d'action et de positionnement, décrites dans cette dernière partie, doivent être entendues comme de simples propositions issues des échanges dans le cadre de nos entretiens avec les professionnels et des réflexions menées au sein du groupe. Par ailleurs, ces propositions peuvent apparaître particulièrement difficiles à mettre en œuvre voire parfois illusoire au regard des spécificités locales multiples sur quelques territoires aquitains.

Toutefois, dans le cadre d'une démarche positive se voulant « force de proposition », plusieurs pistes d'action peuvent être recensées.

3.1. Vers un accompagnement renforcé du changement

Tout d'abord, certaines structures se heurtent à des difficultés conséquentes et craignent un retard pour la mise en place des CSAPA prévue le 22 décembre 2009. Ce constat, évoqué précédemment, s'explique notamment par la taille, l'organisation structurelle du territoire dans le domaine de l'addictologie, les difficultés de concertation entre les structures mais également par la complexité de la réforme et ses impacts juridiques, économiques, identitaires, etc.

Ainsi, l'accompagnement des structures vers le changement de politique doit être approfondi. La DRASS, en collaboration avec les directions départementales, intervient déjà de manière active pour aider les structures dans leur démarche en rencontrant les professionnels et en mettant en relation les différentes structures qui pourraient s'associer. Cette action et ce rôle de coordinateur sont essentiels et doivent être pérennisés dans un sens facilitateur de dialogue entre les intervenants de terrain.

Toutefois, ce rôle de médiateur semble parfois délicat pour les services de l'Etat qui ont pour but « d'imposer » la réforme. En effet, sur certains territoires, plus spécifiquement en Pyrénées Atlantiques, le dialogue n'a pu aboutir. La DDASS s'oriente donc vers une

démarche plus directive pour que le dispositif instauré soit en adéquation avec l'esprit de la loi de 2002.

Malgré tout, le maintien du dialogue et de la concertation pour la mise en place de dispositifs plus efficaces apparaît comme le maître mot pour réussir intelligemment le changement.

Ainsi, une meilleure coordination dans la mise en place de CSAPA sur les territoires peut également s'appuyer, pour plus d'efficacité, sur les réseaux qui, eux, peuvent tenir ce rôle de médiateur. Ces réseaux ont l'avantage de réunir des professionnels dépositaires d'une très bonne connaissance de terrain et recherchent a priori une optimisation de la prise en charge de l'utilisateur.

3.2. L'équilibre à trouver entre culture commune « toutes addictions » et sauvegarde des identités propres

La description des limites à la réforme a mis en lumière une peur de perte d'identité et des spécificités de certaines structures.

La réforme des CSAPA marque un tournant par la promotion de la prise en charge de toutes les addictions par les structures. Ainsi, d'après les constats tirés des entretiens menés, les formations des professionnels du secteur doivent être favorisées, multipliées et réalisées sur l'ensemble du territoire aquitain et non concentré sur Bordeaux.

Ce besoin de formation et d'accompagnement se ressent plus spécifiquement pour les associations oeuvrant dans le domaine de l'alcoologie qui n'ont pas toujours senti, en raison de leur mission et de leur public, la nécessité d'intervenir sur le domaine des poly-addictions. Cet accompagnement au changement ne peut s'envisager sans une impulsion des instances nationales, très impliquées dans la prise de décision, y compris au niveau local.

Ainsi, les formations en addictologie doivent permettre aux professionnels de faire face à toutes les addictions, sans omettre celles dont la prise en charge n'est pas encore toujours effective, comme par exemple les comportements alimentaires (boulimie) ou les addictions sans substances.

En revanche, la prise en charge de toutes les addictions ne doit pas conduire à une uniformisation des pratiques a minima. En raison de leur histoire et identité personnelles, les acteurs de terrain ont acquis un savoir-faire spécifique dans les modalités de prises en charge de certaines addictions parfois novatrices. A titre d'illustration, des structures mettent en place des équipes de liaisons sur le terrain permettant d'aller aux contacts de personnes « addictes » ; d'autres développent des techniques de soins spécifiques comme l'aromathérapie, l'art-thérapie, etc.

Ces modalités de prise en charge peuvent se transmettre ou être formalisées au travers d'un guide de bonnes pratiques. Il est également envisageable qu'elles s'additionnent lors du regroupement de structures. Lorsque plusieurs CSAPA interviennent sur le même territoire, chaque structure peut développer des actions spécifiques tout en gardant pour objectif la recherche d'une meilleure complémentarité avec les autres. A titre d'exemple, cette complémentarité s'est mise en place naturellement dans l'agglomération bordelaise, mais mériterait d'être formalisée afin d'identifier les derniers manques.

Toujours dans un souci de sauvegarde d'identité, la création de groupements de coopération sociale et médico-sociale semble être un compromis acceptable. Cette entité permet à la structure d'origine de garder une autonomie de fonctionnement (conseil d'administration avec des bénévoles attachés à la philosophie de la structure...). Ceci est d'autant plus prégnant pour les petites structures qui, dans le cadre d'une fusion, craignent de voir leur approche et spécificités ignorées. Toutefois, pour rester dans l'esprit de la réforme, le groupement ne doit pas être un simple arsenal administratif. Une réflexion importante doit alors être menée en amont pour établir un projet thérapeutique commun en cohérence avec les besoins territoriaux identifiés.

Ce point est l'un de ceux sur lesquels insiste notamment le Professeur Marc AURIACOMBE. Ainsi, pour lui, « *avant de procéder à un rapprochement, il faut s'attacher à fédérer l'ensemble des personnes concernées, puis les amener à partager et mutualiser leurs cultures et expériences propres pour générer une culture commune plus fructueuse* ». Or, cette acculturation n'est pas un processus qui s'effectue du jour au lendemain.

3.3. Un « nivellement » de la prise en charge pour un meilleur maillage territorial

De même, la réforme des CSAPA associée au schéma régional d'addictologie a pour objectif l'amélioration du maillage territorial, enjeu important surtout pour les zones rurales traditionnellement mal desservies.

Face à ces disparités, plusieurs pistes de réflexion peuvent être avancées. Une première solution viserait l'implantation et la multiplication de CSAPA en zone rurale. Toutefois cette structure peut apparaître lourde, rigide et ne semble pas en adéquation avec les spécificités de ces territoires vastes et à faible densité.

Une autre optique viserait plutôt à créer différents niveaux d'action de lutte contre les addictions impliquant la mise en place d'un réel maillage. Le premier niveau s'appuierait principalement sur les médecins généralistes avec pour principale mission la détection d'une addiction. Dès qu'ils se trouveraient dans l'incapacité d'évaluer le degré d'addiction, ils redirigeraient la personne vers le CSAPA qui dispose de l'ensemble des outils d'évaluation. A ce niveau, doivent être également associés les pharmaciens pour la délivrance de produits de substitution. Ce rôle peut être également assuré par des antennes « CSAPA ».

Le CSAPA, intervenant de deuxième niveau, accueillerait l'utilisateur pour procéder à une évaluation de son addiction et réfléchir à une prise en charge globale des différentes problématiques propres à la personne. Ensuite, le CSAPA pourrait assurer lui-même le suivi de l'utilisateur ou le rediriger vers la médecine de ville.

Le troisième niveau concernerait le secteur sanitaire dans lequel devrait se mettre en place des départements d'addictologie. Ce niveau hospitalier interviendrait uniquement en cas d'urgence médicale.

Ce dispositif assez complexe ne peut fonctionner qu'avec une articulation organisée entre les acteurs. Ainsi, la première difficulté apparaît à travers une collaboration parfois difficile ou inexistante entre le sanitaire et le médico-social. La loi a d'ailleurs identifié cette problématique car elle confie à la commission régionale d'addiction la mission d'assurer l'articulation entre ces deux secteurs, qui devrait logiquement être accélérée par la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS).

Un exemple d'articulation des deux secteurs existe déjà à Bordeaux. Le département d'addictologie, commun au CHU PELLEGRIN et au CH Charles PERRENS, inclut un CSST, ce qui permet de regrouper dans les mêmes locaux des professionnels qui collaborent étroitement. Ainsi, dans cette structure l'utilisateur est reçu en consultation par un médecin et une assistante sociale. Une évaluation globale des problèmes liés aux addictions de la personne est réalisée. Cela permet alors aux professionnels de la diriger soit vers le secteur sanitaire soit vers le secteur médico-social. L'utilisateur bénéficie donc d'une prise en charge globale continue par les mêmes interlocuteurs et passe d'un secteur à un autre sans rupture.

De plus, le dispositif ne peut être pleinement efficient sans une implication des médecins généralistes, ce qui demeure encore parfois problématique. En conséquence, des actions de formation de ces professionnels doivent être menées dans différents champs. Tout d'abord, les compétences des professionnels quant à la détection des addictions doivent être développées. En effet, la précocité de la reconnaissance d'une addiction est un élément déterminant de la réussite de la prise en charge du patient. Par ailleurs, un travail sur les représentations devra être effectué car il ressort de nos entretiens que la personne « addicte » est souvent perçue comme largement désocialisée. La réalité nous montre que si une partie de ces usagers se trouve marginalisée, la plupart sont parfaitement insérés.

Les addictions touchant toutes les couches de la société, les CSAPA vont devoir mener des actions d'information pour se faire connaître auprès du grand public et communiquer sur le concept d'addictologie, qui centre désormais l'action sur la personne et son comportement et non plus sur le produit.

3.4. La prévention, action incontournable pour lutter contre les addictions, pourtant limitée par son mode de financement

La pluralité des financements et leurs caractéristiques propres constituent des éléments avec lesquels devront composer les CSAPA. En effet, avant la circulaire du 28 février 2008, nombreux étaient les acteurs du champ de l'addictologie qui espéraient voir l'ensemble de leurs missions, et plus particulièrement celles de prévention, bénéficier de financements globalisés et pérennes. Or la distinction entre missions obligatoires et facultatives, telle que posée par la circulaire, maintient en partie le dispositif de financement préexistant. Ainsi, en excluant la prévention des missions obligatoires et de ce

fait d'un financement par l'Assurance maladie, les CSAPA devront solliciter l'octroi de crédits non pérennes (comme ceux des groupements régionaux de santé publique – puis du dispositif mis en place dans le cadre des ARS - par exemple). Le choix, pour les établissements, d'exercer des missions dans le champ de la prévention n'est donc pas facilité. N'ayant pas de visibilité à court terme sur la stabilité du financement, un directeur de CSAPA pourrait hésiter à recruter du personnel pour ces missions.

Une des solutions envisageable et adoptée par certaines structures consiste, en cas de variations de crédits d'une année sur l'autre, à ne positionner les salariés qu'à temps partiel sur la prévention, afin de pouvoir réajuster l'organisation sans avoir recours au licenciement.

Cette modalité de financement n'apparaît pas satisfaisante au regard du rôle déterminant de la prévention dans le cadre de la lutte contre les addictions. En effet, les CSAPA, en tant qu'acteurs de proximité tiennent une place prépondérante dans ce champ. Ceci leur permet d'agir auprès de populations ciblées au plus proche des problématiques locales identifiées. Ces initiatives complètent les campagnes nationales portées notamment par la MILDT.

3.5. L'évaluation : modalité indispensable pour mesurer l'efficacité d'une politique

Tant au niveau national qu'au sein de chaque établissement, un système d'évaluation devra être réfléchi et mis en place sur la base d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs. La difficulté aujourd'hui réside notamment dans le fait qu'il n'existe pas de consensus sur la définition précise des termes utilisés (actes, consultations Méthadones, etc..). Un référentiel commun paraît donc incontournable afin de mesurer la plus-value amenée aux usagers, non seulement pendant la prise en charge mais aussi, dans la mesure du possible, à la sortie du dispositif CSAPA.

CONCLUSION

« Dans la vie j'ai eu le choix entre l'amour, la drogue et la mort. J'ai choisi les deux premières et c'est la troisième qui m'a choisi ». Jim MORRISON

Les addictions, reflet de la société contemporaine marquée par une recherche compulsive et immédiate du plaisir, restent un enjeu central en matière de santé publique. Par l'apparition de l'addictologie en tant que discipline, les addictions atteignent toutes les strates de la société en raison de la prise en compte globale du phénomène de dépendance. Cette dernière n'est, en effet, plus seulement associée à une substance, mais à un comportement. Ainsi, l'ensemble de la société doit être impliqué dans la lutte contre les addictions impulsée par les pouvoirs publics.

Ce faisant, en tant que professionnel du secteur sanitaire, social et médico-social, les travaux demandés, dans le cadre du module interprofessionnel, ont trouvé ici un écho tout particulier puisque chacun a pu s'investir à travers le prisme de ses futures fonctions. Nous avons pu, tous, nous nourrir de la réflexion commune et quitter ainsi les limites et déterminants de nos approches respectives. La mutualisation des compétences a été une ressource indéniable pour mener à bien ce projet. De même, l'implication et l'adhésion de chacun ont été indispensables pour faire face aux contraintes, notamment temporelles et géographiques. Il a fallu, en outre, coordonner le travail d'un groupe important avec des membres collaborant pour la première fois.

Dans l'exercice à venir de nos métiers, l'addictologie, déclinée institutionnellement par la mise en place des CSAPA, sera, à un moment ou à un autre, une problématique qu'il s'agira de traiter à son niveau avec les autres acteurs du secteur.

Dans ce cadre, une fois le dispositif ancré dans le paysage institutionnel, plusieurs défis s'imposeront à lui. En effet, pour une optimisation de la prise en charge de l'utilisateur, les CSAPA devront à la fois être des entités juridiques fortes pour mettre en œuvre des actions ambitieuses tout en conservant la souplesse nécessaire afin de s'adapter aux évolutions du profil des personnes addictes, aux nouvelles addictions et aux progrès de la médecine...

Pour finir, l'autre défi est de donner une déclinaison concrète et pérenne au P « prévention » de CSAPA car lutter contre les addictions, sans action préventive, est illusoire.

Bibliographie

Ouvrages généraux sur l'addictologie

- **Traité d'addictologie** (sous la direction de Michel REYNAUD - Paris - Flammarion Médecine, 2007 - Coll. Traités)
- **Les addictions** (VALLEUR Marc, MATYSIAK Jean-Claude - Paris - Armand Colin, 2006)
- **Drogues et dépendances, données essentielles** (OFDT - Paris - La Découverte, 2005)
- **Les nouvelles formes d'addictions** (VALLEUR Marc, MATYSIAK Jean-Claude - Paris - Flammarion, 2004)
- **Dictionnaire des drogues et des dépendances** (RICHARD Denis, SENON Jean-Louis, VALLEUR Marc - Paris - Larousse/SEGER, 2004)
- **La dangerosité des drogues : mécanismes neurobiologiques des addictions et approches thérapeutiques** (ROQUES Bernard – Paris - Odile Jacob, 1998)

Ouvrages sur l'alcool

- **Alcool : de l'esclavage à la liberté. Récits de vie commentés** (BATEL Philippe, NEDELEC Serge - Paris - Demos, 2007)
- **Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse** (HUERRE Patrice, MARTY François - Paris - Albin Michel, 2007)
- **Grandir dans l'ombre d'un parent alcoolique** (ALLAIN-VOVARD J., DEMARIA Dominique - Paris - Chroniques sociales, 2007)
- **Pour en finir avec l'alcoolisme. Réalités scientifiques contre idées reçues** (BATEL Philippe - Paris - La Découverte, 2007)

Ouvrages sur le tabac

- **Le tabac en 200 questions** (LE MAITRE Béatrice - Paris - De Vecchi, 2005)
- **Le tabac en France. Les vrais chiffres** (HILL Catherine, LAPLANCHE Agnès - Paris - La Documentation française, 2004)
- **Tabac : comprendre la dépendance pour agir** (Paris - INSERM, 2004)

Ouvrages sur le cannabis

- **Cannabis, données essentielles** (sous la direction de Jean-Michel COSTES - Paris - OFDT, 2007)
- **Halte au cannabis** (COSTENTIN Jean - Paris - Odile Jacob, 2006)
- **Cannabis et santé. Vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge** (sous la direction de Michel REYNAUD - Paris - Flammarion Médecine-Sciences, 2004 - Coll. Monographies)

Articles et ouvrages sur les addictions sans substance

- **Le jeu pathologique** (VALLEUR M. ; BUCHERC. – Paris - PUF, 1997)
- **Sport, alcool et internet : discussion autour d'une cyberaddiction** (SCHWAGERC., BLIN L. - Nervure, 2000)
- **La fièvre des achats. Le syndrome des achats compulsifs** (CADES J., LEJOYEUX M. – Paris - Synthelabo, 1999)
- **Anorexies et boulimies à l'adolescence** (ALVIN P., ARCHAMBEAUD M.P., ATHEA N., CAFLISCH M., GERBER F., JACQUIN P., LEVY J.M., LEVY-LEBLOND E., REY C., DE TOURNEMIRE R. - Rueil-Malmaison - Doin, 2001)

Textes

- **Code de l'action sociale et des familles**, art. L. 313-1 et suivants, L. 314-8, R. 313-1 et suivants, R. 314-49, R. 314-105, R. 314-196-1 et D. 312-153.
- **Code de la santé publique**, art. L. 3411-4, L. 3414-1, R. 5132-10, R. 5132-76 et D. 3411-1 à D. 3411-9.
- **Code de la sécurité sociale**, art. L. 162-4-2.
- **Loi n°54-439 du 15 avril 1954** sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui
- **Loi n°76-616 du 9 Juillet 1976** relative à la lutte contre le tabagisme, dite « loi Veil »
- **Loi n°91-32 du 10 janvier 1991** relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite « loi Evin »
- **Loi n°98-657 du 29 juillet 1998** d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- **Loi n°98-657 du 29 juillet 1998** d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale
- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- **Loi n°2003-87 du 3 février 2003** relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants
- **Loi n°2004-806 du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique

- **Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006** de financement de la sécurité sociale pour 2007
- **Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006** fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif
- **Décret n°2007-877 du 14 mai 2007** relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- **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 n° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007** 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
- **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
- **Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires**, dit projet de loi« HPST » (2008-2009 – texte n° 290 transmis au Sénat le 18 mars 2009)

Rapports et plans

- Rapport « **Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives** », dit « rapport Parquet » (Professeur Philippe-Jean PARQUET - 1997)
- Rapport sur « **Les problèmes posés par la dangerosité des drogues** »
- Rapport sur « **Les personnes en difficulté avec l'alcool** » (Professeur Philippe-Jean PARQUET, Professeur Michel REYNAUD - 1998)
- Rapport sur les « **Pratiques addictives** » (Professeur Philippe-Jean PARQUET, Professeur Michel REYNAUD, Professeur Gilbert LAGRUE – 2000)
- Rapport de « **Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions** » dit « rapport RASCAS » (MILDT - 2001)
- **Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2002** (MILDT – 1999)
- **Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011** (Ministère de la santé et des solidarités – 2006)
- **Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2004-2008** (MILDT- 2004)
- **Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011** (MILDT- 2008)

Liste des annexes

- **Annexe n°1** : « Méthodologie »
- **Annexe n°2** : « Budget prévisionnel »
- **Annexe n°3** : « Syndrome de dépendance »
- **Annexe n°4** : « Définitions »
- **Annexe n°5** : « Grille d'entretien »
- **Annexe n°6** : « Compte-rendu de l'entretien avec le Professeur Marc Auricombe »
- **Annexe n°7** : « Structures supports en addictologie en région Aquitaine »

Annexe 1 : METHODOLOGIE

<p>Phase 1 : Appropriation du sujet et organisation du travail</p> <p>Du lundi 4 mai à 10H au jeudi 7 mai à 14H</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cadrage du sujet avec Madame VALADIE-JEANNEL - Recherche documentaire - Prise de rendez vous avec les personnes ressources désignées par le référent - Recherche d'autres personnes qualifiées hors région aquitaine - Répartition du travail entre les différents membres du groupe (division en deux : recherche documentaire et groupe entretien) - Rédaction d'une grille d'entretien - Réalisation du budget prévisionnel et modalités pratiques de déplacement - Réflexion sur les modalités de restitution (choix de filmer certaines rencontres) et demande de matériel au service multimédia
<p>Phase 2 : rencontre des personnes ressources et approfondissement du sujet</p> <p>Du jeudi 7 mai à 14H au mercredi 13 mai à 21H</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 5 entretiens sur place : déplacement durant deux journées à Bordeaux (rencontre avec le Professeur Marc AURIACOMBE, le Docteur DELILLE, le Docteur DUBERNET, Madame GARGUIL (psychologue), visite d'un CSST « La ferme Merlet », déplacement à Paris (MILDT, DHS), déplacement à Rennes (CSST) et à Lorient (CSAPA)... - 9 entretiens téléphoniques : CSST, CCAA, Réseaux - Rédaction pour chaque entretien d'un compte rendu transmis à l'ensemble du groupe pour suivre l'évolution du travail de chacun - Recherche documentaire approfondie sur les différentes approches de l'addictologie (clinique, historique...) et analyse poussée des textes.
<p>Phase 3 : Rédaction</p> <p>Du jeudi 14 mai à 9H au vendredi 15 mai à 18H</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de coordination pour la rédaction - Répartition des parties à rédiger entre les différents membres du groupe
<p>Phase 4 : Correction</p> <p>Du lundi 18 mai à 9H au mardi 19 mai à 18H</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de relecture pour corriger et uniformiser le style - Relecture commune - Transmission du rapport au référent
<p>Phase 5 : préparation de la restitution et remerciement des personnes ressources</p> <p>Le mercredi 20 mai</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise au point d'un calendrier en vue de la restitution - Préparation du témoignage vidéo - Mise en place d'un power point - Envoi du rapport aux personnes ressources

ANNEXE N°2 : Budget prévisionnel

Déplacements:

Bordeaux:

- essence et péage : aller retour Rennes/Bordeaux: 200 euros
- frais de déplacement dans Bordeaux (bus...) : 60 euros
- le parking journée et nuit: 40 euros
- trajet Bordeaux-Libourne: 20 euros

Lorient:

- 130 euros: transport en train et sur place.

Paris:

- dans Paris: 20 euros
- Rennes-Paris: 70 euros

Frais documentation et papeterie:

60 euros

Total: 600 euros

Remarques: Ce budget est présenté à titre indicatif de manière à illustrer la manière dont le groupe a élaboré les frais liés aux déplacements des différents membres afin de réaliser leurs entretiens. Il a été largement inférieur aux calculs qui ont été réalisés, du fait d'un prêt de véhicule par l'EHESP pour nous rendre à Bordeaux.

Annexe 3 : SYNDROME DE DEPENDANCE

Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- a) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- b) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
- c) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- d) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants) ;
- e) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
- f) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple, atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

ANNEXE N°4 : Définitions

1 / La définition des addictions selon GOODMAN

- A) impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B) Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C) Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D) Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E) Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants:
 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 2. Intensité ou durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.
 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
 8. Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement de même intensité.
- F) Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

D'après Aviel GOODMAN, 1990.

2 / Syndrome de dépendance (C.I.M. 10)

Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- a. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- b. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;

- c. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- d. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants) ;
- e. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
- f. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple, atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

SOURCE : *Les addictions; Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge.*

Marc VALLEUR, Jean-Claude MATYSIAK. Editions Armand Colin. 2006. Dernière édition.

ANNEXE N°5 : Grille d'entretien

1 . Les structures.

Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

Pouvez-vous nous présenter votre structure :

- date de création,
- file active,
- types de professionnels intervenant,
- types d'addictions prises en charge,
- interventions extérieures (consultations extérieures, CHRS, éducation nationale, PAEJ...)
- délivrance de produit de substitution sur place ou sur prescription, hébergement...

2 . Prise en charge des usagers

Quelles évolutions avez-vous vécues quant à la prise en charge des patients et usagers au sein de votre structure ?

Comment articulez-vous une prise en charge médicale, psychologique et sociale? Travaillez-vous en transdisciplinarité (comment partagez-vous les diagnostics et les projets thérapeutiques entre professionnels ?)

3 . La mise en place de la réforme,

Avez-vous participé à la réflexion engagée à partir de 2000 sur la réforme de la prise en charge des addictions ? Avez-vous été consulté ou sollicité pour élaborer ou mettre en place au niveau local la réforme des CSAPA ?

Avez-vous participé à la commission régionale addictions, groupe de travail, la conception du schéma régional d'addictologie ... en rapport avec la réforme ?

Le fait de traiter toutes addictions au sein d'une même structure vous semble-t-il pertinent ?

La création de ces nouvelles structures vous semble-t-elle opportune pour répondre aux besoins identifiés des populations susceptibles d'être prises en charge, tant au niveau national que sur votre zone géographique d'intervention ?

La mise en place des CSAPA implique souvent une modification de l'entité de la structure : qu'en a-t-il été pour vous ? Quelles réflexions ont été les vôtres dans le cadre de cette démarche ? Quels questionnements ont accompagné ces changements structurels ?

Votre projet d'établissement prévoit-il d'intégrer dans vos missions celles facultatives mentionnées dans la circulaire du 28 février 2008 ?

Le réseau de prise en charge de l'addictologie vous apparaît-il efficient ? Avez-vous le sentiment de faire partie intégrante de ce dernier, d'être intégré dans une filière identifiée ? Cette dernière répond-elle à vos attentes ? La mise en place des CSAPA va-t-elle améliorer la situation actuelle ?

Des périodes de formation ont-elles été prévues pour les professionnels de la structure afin d'appréhender cette nouvelle prise en charge globale de l'addiction ?

4 . Les obstacles et limites

Selon vous, quels sont les freins ou difficultés essentiels pour la mise en place des CSAPA ? Avez-vous identifié des carences à la réforme ?

Quels problèmes liés au rapprochement de structures (CSST et CCAA) avez-vous rencontrés ?

Quid de la faisabilité de la réforme en terme de calendrier et de logique propre? Quels sont les défis d'adaptation de la réforme ?

Avez-vous identifié un besoin supplémentaire d'accompagnement (tutelle, associations nationales...)?

Quelles sont vos craintes et préoccupations ?

5. Recommandations et observations globales

Quelles propositions et recommandations faites-vous sur la réforme, les projets à venir ?

ANNEXE N°6 : Entretien avec le Professeur Marc Auriacombe

Rendez-vous à Bordeaux, le mercredi 13/05 de 9h15 à 10h30

Positionnement professionnel :

Marc Auriacombe est professeur de médecine (PU-PH). Il est responsable du département d'addictologie commun au CHU PELLEGRIN et au CH Charles PERRENS. Il a également des activités importantes dans de nombreuses structures traitant de l'addictologie (exemple : présence au Conseil d'administration de RENAPSUD).

La structure du département d'addictologie commun :

Afin d'optimiser leurs moyens dans le cadre de la prise en charge des patients souffrant d'addictions, le CHU PELLEGRIN et le CH Charles PERRENS ont choisi de créer une structure commune : le département d'addictologie. Il comprend trois entités :

- l'équipe de liaison de soins en addictologie (ELSA) ;
- le CSST ambulatoire (accueil, soins, usagers et entourage) ;
- le CSST Maison d'arrêt à Gradignan

Un des points forts de ce département est de gérer directement des CSST, donc de créer un lien entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social au niveau local. Ce lien a notamment permis d'avoir une meilleure répartition dans le déploiement des ressources humaines. En effet, d'ordinaire, le secteur sanitaire (hôpital) est bien doté en ressources médicales mais manque de ressources sociales (éducateurs, travailleurs sociaux). Or, c'est justement le contraire dans le secteur médico-social. Avec la structure commune, les transferts et les interventions d'un même professionnel sur deux entités sont facilités.

L'ensemble du département comprend 40 ETP dont environ 10 ETP pour les travailleurs sociaux et éducateurs, 10 ETP pour les médecins (le reste recouvre les psychologues, les infirmiers et les personnels administratifs).

D'une certaine manière, l'organisation du département d'addictologie préfigure les rapprochements qui sont amenés à se produire dans le cadre des futures réformes. Ce phénomène n'est pas le fruit du hasard. Marc Auriacombe est en effet un fervent défenseur de la promotion de l'addictologie en tant que discipline transverse et des mutations administratives qui doivent en découler (créer des structures polyvalentes pour toutes les addictions). Ainsi, l'existence du département d'addictologie peut apparaître comme une preuve de la faisabilité des rapprochements et de leur intérêt pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Les addictions :

Une addiction peut se définir comme une modalité d'usage particulier, à savoir inappropriée, d'une substance (alcool, tabac, héroïne...) ou d'une activité (jeu, alimentation...).

Ainsi, la nature de la substance ou de l'activité n'entre pas en jeu pour borner le champ des addictions : de nombreuses sources d'addictions peuvent se rencontrer et elles sont amenées à évoluer au fil du temps (exemple : arrivée de l'addiction aux jeux en réseau).

En revanche, dans tous les cas, l'usage addictif répond à des besoins profonds de la part de l'utilisateur : la consommation est systématiquement, sous une forme ou une autre, source de plaisir ou de réconfort.

C'est la prépondérance de cette recherche d'un usage agréable qui fait que les patients peuvent être amenés au fil du temps à vouloir l'assouvir et l'expérimenter sous différents moyens (à savoir, différentes substances ou activités), ce qui se traduit alors par des polyconsommations.

L'addictologie :

L'addictologie peut se concevoir comme la science traitant de toutes les addictions au sens médical. Ceci ne signifie pas qu'elle se limite aux seuls médecins. Au contraire son champ recouvre les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire à travers des dimensions somatiques, psychiques et sociales.

L'intérêt de la discipline est d'avoir un point de vue transverse, sans se cloisonner à des produits particuliers car le phénomène addictif (usage inapproprié pour répondre à un besoin) est identique quelque soit la substance ou l'activité.

Pour autant, en fonction de la nature de l'addiction ou des addictions (polyconsommation qui a tendance à se développer) et du profil du patient (inséré dans la société, exclu...), la nature de la prise en charge thérapeutique sera naturellement spécifique et adaptée.

L'approche polyvalente pour les patients :

L'expérience menée d'un accueil commun à toutes les addictions au sein du département d'addictologie montre que la « cohabitation » entre personnes souffrant d'addictions variées n'est pas un problème en soi.

Au contraire, les échanges et dialogues qui peuvent émerger dans les espaces communs (exemple : dans la salle d'attente) paraissent plutôt positifs. Les personnes, tout en ayant conscience d'avoir des pathologies avec des traits spécifiques, se considèrent souffrir de problèmes analogues de dépendances (hypothèse : faire une analogie avec le cancer ; un

cancer du poumon n'est pas un cancer du sein, mais dans tout les cas il s'agit d'un cancer). A titre d'illustration, dans les discours que tiennent les patients, de telles analogies peuvent parfois être identifiées : un alcoolique va par exemple se définir comme « drogué » pour décrire le phénomène de dépendance qui le lie à l'alcool.

La réforme pour le secteur médico-social : la mise en place des CSAPA

L'addictologie consiste à adopter une approche transverse des différentes addictions. La réforme des CSAPA est sa déclinaison concrète dans le secteur médico-social avec le dépassement du cloisonnement entre les CSST et les CCAA. Il s'agit de structurer en tant que telle l'addictologie, qui existait de manière sous-jacente.

Concrètement, les CSAPA furent créés par la loi en 2002. Cependant, pour la mise en œuvre concrète des structures, il a fallu attendre la parution des décrets à partir de 2007.

La réforme pour le secteur sanitaire : les services hospitaliers d'addictologie

Dans le secteur sanitaire, une réforme analogue à celle du secteur médico-social est en cours pour offrir l'approche transverse prônée par l'addictologie. Elle consiste à créer des services d'addictologie clairement identifiés avec des moyens conséquents et directement affectés. En particulier, l'émergence de lits propres d'addictologie doit être recherchée. En effet, aujourd'hui, dans la plupart des hôpitaux, les patients souffrant de pathologies addictives sont placés dans des lits de médecine (en fonction des co-morbidités associées, par exemple : un problème de foie pour un alcoolique).

La mise en œuvre des CSAPA en Gironde :

A priori, des fusions entre CSST et CCAA ne sont pas envisageables dans le département pour l'année 2009. Il est plutôt probable que, dans un premier temps, chacun se transforme en CSAPA.

A long terme, la création d'un unique CSAPA pourrait être possible. Cependant, la question du nombre exact de CSAPA (1, 2 ou 3) ne semble pas le point le plus important. En effet, pour un soignant, l'objectif véritable n'est pas la détermination des formes juridiques des structures, mais la qualité de l'offre locale fournie aux patients. Dans ce cadre, une coopération efficace entre CSAPA via des conventions ou des GCSMS peut s'avérer aussi pertinente que la fusion.

En particulier, il faut noter qu'en Gironde, les moyens sont plutôt conséquents et la taille des structures actuelles globalement élevée. A ce titre, l'intérêt d'une fusion paraît plus faible que dans le cas de structures de tailles réduites dans des départements plus ruraux.

Les points forts des 2 réformes (CSAPA et sanitaire) :

1 / Le principal intérêt de ces deux réformes est de supprimer le morcellement excessif des structures qui interviennent dans les parcours des patients souffrant de troubles addictologiques. Ce morcellement s'illustre dans le secteur médico-social avec l'existence séparée des CCAA et des CSST ou à l'hôpital avec le passage dans différents services lors du séjour (pour traiter toutes les co-morbidités liées). Il était source de problèmes et de ruptures éventuelles dans le parcours de prise en charge globale du patient (somatique, psychique, sociale). Or, l'idéal doit être que l'organisation administrative soit transparente pour ce dernier. Les deux réformes constituent une étape vers cet objectif de long terme.

2 / Dans un contexte de forte tension sur les moyens financiers disponibles (déficit récurrents de l'ONDAM), une meilleure articulation entre les structures doit permettre de réaliser des économies sur leurs coûts de fonctionnement. Ces économies pourraient être judicieusement utilisées pour renforcer d'autres aspects de la prise en charge aujourd'hui insuffisamment budgétés (meilleur maillage dans les territoires sous-dotés, renforcement des actions de prévention...).

3 / En structurant l'addictologie en tant que discipline propre, l'amélioration globale des connaissances des acteurs est favorisée (partage des expériences de chacun, lancement de nouveaux projets de recherches...). Dans ce cadre, la notion d'expertise technique en addictologie (c'est-à-dire transverse aux produits) a un sens. A titre d'exemple, les méthodes mises en œuvre pour le repérage des comportements inappropriés sont communes pour tous les produits.

4 / L'approche polyvalente (multi produit) est enfin un gage d'adaptabilité face aux évolutions et à l'apparition des nouveaux phénomènes addictifs qui écloront nécessairement dans le futur.

Les difficultés, les points faibles et les limites de la réforme :

1 / Le fait de fusionner les structures et de plus les encadrer pourrait avoir un effet pervers, si des dérives « bureaucratiques » apparaissent : elles pourraient brider la réactivité des structures, qui est justement un point fort du mode d'organisation actuel).

2 / Il faut également veiller à ce que chaque structure (sanitaire, CCAA, CSST...) puisse garder sa propre personnalité. Ainsi, une fusion n'est pas qu'une opération administrative. Elle concerne avant tout des personnes, qui ont chacune leur propre vision de l'addictologie. Avant de procéder à un rapprochement, il faut s'attacher à fédérer

l'ensemble des personnes concernées, puis les amener à partager et mutualiser leurs cultures et expériences propres pour générer une culture commune plus fructueuse. Or, cette acculturation n'est pas un processus qui s'effectue du jour au lendemain.

3 / La multiplication de CSAPA polyvalents (exemple : 3 CSAPA sur Bordeaux) pourrait être sources d'éventuels doublons (dispositifs d'accueil redondants...) et donc générer des coûts de fonctionnement accrus et non pas des synergies comme annoncé ! Ainsi, il faudra tracer précisément les frontières et définir le rôle de chacun dans le paysage. Cet objectif nécessitera de disposer d'un outil de planification performant pour assurer des coopérations efficaces au niveau local.

4 / Le dispositif de prévention est insuffisamment considéré. Le mode de financement actuel (hors ONDAM) est conservé. Or, il n'est pas très pertinent (il génère des difficultés pour les financements à long terme). Ceci est d'autant plus préjudiciable que la prévention apparaît comme un levier très efficace pour améliorer les déterminants de santé liés aux addictions.

Les pistes de progrès :

La qualité de la réponse territoriale est le fondement pour répondre avec pertinence aux besoins des personnes souffrant d'addictions. Elle passe par la mise en œuvre de dispositifs de coopération entre l'ensemble des acteurs concernés sur un territoire.

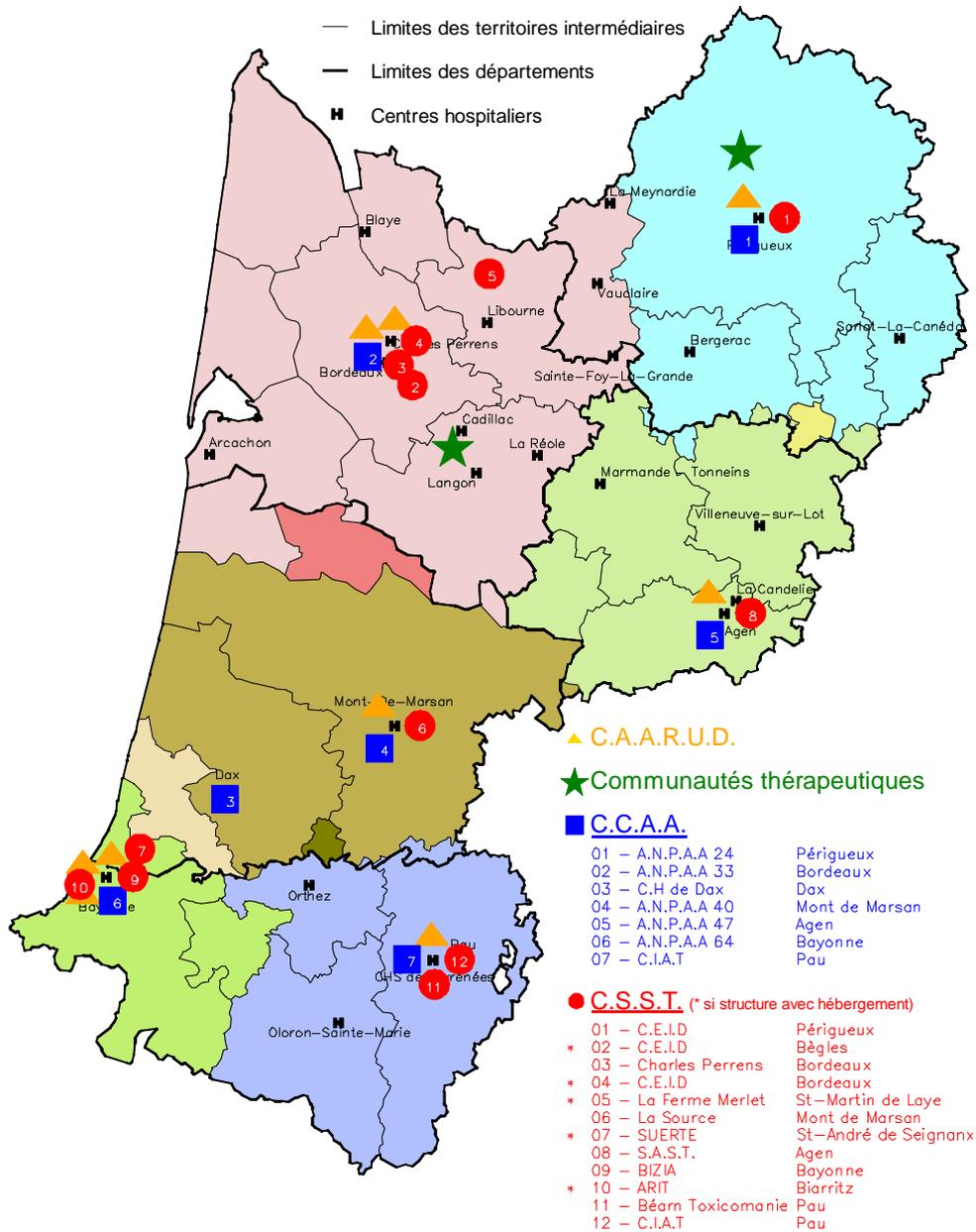
Ainsi, après les rapprochements au sein de chacun des secteurs (sanitaire et médico-social) via les réformes, il faudra s'attacher à favoriser les modalités de coopération entre les deux secteurs. Pour y parvenir, le déploiement des ARS pourrait s'avérer un outil pertinent et fécond.

Enfin, comme la prise en charge globale du patient ne se limite pas aux structures (sanitaires ou médico-sociales) mais recouvre également une dimension ambulatoire, des réseaux avec les professionnels de ville (médecins ou pharmaciens par exemple) devront être favorisés et formalisés.

ANNEXE N°7 : Structures supports en addictologie en région Aquitaine

Structures supports en addictologie en Aquitaine

Colorisation des pseudos territoires de recours



Cartographie : DRASS Aquitaine et fonds IGN®

Addictologie Aquitaine.emf