

---

**Médecin Inspecteur de Santé Publique**

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **septembre 2009**

---

**Méthodologie de mise en œuvre des  
CSAPA dans les territoires de la ville  
de Paris : quels enjeux ?**

---

**Aminata SARR**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tous les professionnels de la DASS de Paris pour leur accueil et leur aide tout au long de cette année de stage parmi eux, en particulier :

- Docteur Sylvia GUYOT, MISP référent pour ce mémoire ;
- Docteur Christine ORTMANS, MISP responsable de mon stage ;
- Docteur Sylvie RENARD-DUBOIS, MISP ;
- Docteur Catherine BERNARD, MISP responsable du pôle Santé Publique ;
- Monsieur Philippe COSTE, Directeur des affaires sanitaires et sociales de Paris ;
- Tous mes autres collègues MISP de la DASS de Paris.

Je tiens également à remercier les professionnels qui m'ont accordé un entretien pour la réalisation de ce travail :

- Docteur ISNARD et Madame BLOCH, CCAA CAP 14, ANPAA 75 ;
- Docteurs FERRAND et GUIBERT, CSST Cassini ;
- Docteur PEQUART et Madame LUGAL, CSST Charonne ;
- Madame CRETE et Docteur TERRIER, CSST La Corde Raide ;
- Madame CAVALCANTI et Monsieur NEIRA, CSST EGO ;
- Docteurs DUGARIN et VORSPAN, CSST Espace Murger ;
- Docteur AVRIL, CSST Gaïa ;
- Docteur HEBERT, CSST Horizon ;
- Docteur ORIZET, CSST Monte Cristo ;
- Docteur LAQUEILLE et Madame FOUCAT, CSST Moreau de Tours ;
- Docteur WIEVIORKA, CSST Pierre Nicole ;
- Docteur SEBBAH, CSST Sleep In.

Je remercie les responsables des autres structures parisiennes qui ont eu l'amabilité de compléter le questionnaire : 110 Les Halles, Adage, Ceccof, Emergences, La Terrasse, Monceau, Moulin Joly, Nova Dona, Paris La Santé, Vauvenargues.

Je remercie enfin tous les professionnels de l'EHESP, en particulier ceux de la filière MISP, pour leurs contributions dans ma formation d'élève MISP.

---

# Sommaire

---

<b>1. Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Contexte de mise en place des CSAPA.....</b>	<b>6</b>
2.1. Cadre organisationnel et juridique .....	6
2.2. Questions autour de la réforme .....	9
<b>3. Gestion du dossier relatif à la mise en place des CSAPA et action demandée .....</b>	<b>10</b>
3.1. Au niveau régional.....	10
3.2. Au niveau départemental.....	11
3.3. Action demandée.....	11
3.4. Situation professionnelle de l'action .....	12
<b>4. Etude d'évaluation des dispositifs de prise en charge des addictions (action menée).....</b>	<b>13</b>
4.1. Les objectifs et buts de l'étude .....	13
4.2. La méthodologie de l'étude .....	14
4.2.1. La conception des outils pour le recueil d'informations .....	14
4.2.2. La sélection des structures .....	15
4.2.3. La réalisation pratique du recueil de données .....	15
4.2.4. Méthodes d'analyse des données .....	16
4.3. Présentation des résultats.....	17
4.3.1. Fonctionnement actuel des structures parisiennes .....	18
4.3.2. Perspectives d'évolution en CSAPA.....	20
4.4. Actions complémentaires réalisées pour ce dossier.....	24
<b>5. Synthèse et analyse réflexive de l'action réalisée.....</b>	<b>26</b>
<b>6. Conclusion.....</b>	<b>32</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>33</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ADOSPA</b>	ADOLescents et Substances PsychoActives
<b>ANESMS</b>	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
<b>AP-HP</b>	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
<b>ARHIF</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France
<b>ASI</b>	Addiction Severity Index
<b>CAARUD</b>	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CCAA</b>	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
<b>CIRDD</b>	Centre d'Information Régional sur les Drogues et Dépendances
<b>CRIPS</b>	Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
<b>CROSMS</b>	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale
<b>CSAPA</b>	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
<b>CSP</b>	Code de la Santé Publique
<b>CSST</b>	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
<b>CTLC</b>	Comité Thématique Local de Concertation
<b>D3S</b>	Elèves Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
<b>DASS</b>	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DRASS</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DRASSIF</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France
<b>DS</b>	Directeurs des Soins stagiaires
<b>EDH</b>	Elèves Directeurs d'Hôpital
<b>EHESP</b>	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IASS</b>	Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
<b>MILDT</b>	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie
<b>MIP</b>	Module Interprofessionnel
<b>MISP</b>	Médecin Inspecteur de Santé Publique
<b>OFDT</b>	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

<b>ORS</b>	Observatoire Régional de Santé
<b>PMT</b>	Projet Médical de Territoire
<b>PRSP</b>	Plan régional de santé publique
<b>RECAP</b>	Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge
<b>SROS</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

# 1. Introduction

Les addictions aux substances psycho-actives constituent un véritable enjeu de santé publique car sont responsables, chaque année, de plus de 100 000 décès évitables par accidents ou maladies mais également de handicaps, de problèmes familiaux, d'actes de violence et de précarité qui génèrent une souffrance et un coût social majeurs. Selon les données de l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Ile de France, les conduites addictives sont responsables de 30% de la mortalité précoce (avant 65 ans). Outre les consommations de substances, la notion d'addiction englobe actuellement les addictions comportementales, sans substance, notamment le jeu pathologique.

Les addictions sont considérées comme un ensemble de comportements allant de l'usage nocif jusqu'à la dépendance. La dépendance est définie comme un comportement psychopathologique en rupture avec le fonctionnement habituel du sujet. Elle se caractérise selon l'OMS par au moins trois des manifestations suivantes : désir puissant d'utiliser la substance, difficulté à contrôler son utilisation, syndrome de sevrage à l'arrêt, nécessité d'augmenter les doses pour obtenir l'effet désiré, abandon d'autres sources de plaisir et d'intérêt, consommation poursuivie malgré ses conséquences nocives. La dépendance est ainsi avant tout psychologique, la dépendance physique peut être absente.

Concernant les addictions, la proximité des processus neurobiologiques sous-jacents, la fréquence accrue des poly-consommations et des poly-addictions associant plusieurs substances et la convergence des professionnels vers une même conception du phénomène addictif comme résultant de facteurs sociaux, psychologiques et biologiques ont rendu rationnelle la construction d'un seul et même dispositif de prévention et de soins en addictologie, pour mieux répondre aux besoins de la population concernée.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), qui font l'objet de ce mémoire, ont vocation à regrouper sous un même statut juridique les deux dispositifs médico-sociaux actuels que sont les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST). La mise en place des CSAPA comprend d'une part un enjeu organisationnel consistant à un maillage cohérent de la prise en charge médico-sociale sur un territoire de santé (réponse de proximité, complémentarité...), d'autre part un enjeu dans la qualité de prise en charge afin d'assurer ou d'optimiser les compétences des professionnels dans des structures de prise en charge polyvalente ou spécialisée.

Le cadre de ce mémoire professionnel de formation des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) se limite spécifiquement à la mise en place des CSAPA dans la ville de Paris ; mise en place pilotée par la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) de Paris où j'ai effectué mon stage professionnel. De ce fait, l'enquête proposée dans ce document a concerné les 21 CSST et les 6 CCAA parisiens qui ont obligation à s'organiser pour devenir CSAPA d'ici la fin de l'année 2009. Les objectifs de cette enquête ont été notamment d'évaluer le fonctionnement actuel de chaque structure parisienne, d'estimer la capacité des structures à assurer les missions obligatoires demandées aux futurs CSAPA, d'apprécier les démarches et perspectives d'évolution enclenchées par les structures pour assurer les missions des CSAPA et enfin de recueillir les demandes d'accompagnement dans la démarche de mise en place des CSAPA, formulées par ces structures. Ceci permettra secondairement de rationaliser et de rendre visible l'ensemble des structures sur un plan territorial et départemental.

Ainsi, la première partie de ce mémoire va présenter le contexte général de mise en place des CSAPA.

Ensuite, il s'agira de déterminer le cadre régional et départemental de mise en place des CSAPA en Ile de France et à Paris, de définir la tâche qui m'a été confiée dans le cadre de la gestion de ce dossier mais également de préciser la situation professionnelle dans laquelle se situe cette action.

Une troisième partie va présenter les activités réalisées dans le cadre de ce dossier, en termes de méthodologie et de résultats.

Et enfin, une quatrième partie va proposer une synthèse avec analyse réflexive autour des actions effectuées.

## **2. Contexte de mise en place des CSAPA**

### **2.1. Cadre organisationnel et juridique**

L'évolution des problématiques rencontrées avec des substances psycho-actives, telles que les poly-consommations associant drogues illicites, médicaments psychotropes, alcool, tabac, l'apparition de nouveaux modes de consommations plus importants et plus fréquents ainsi que le développement du jeu pathologique ont fait ressortir le concept d'addiction et ont, de fait, entraîné une évolution des pratiques professionnelles. Face à ces évolutions, une réorganisation des soins était nécessaire, axée sur la prise en charge de la personne selon une approche globale pour l'ensemble des addictions et non plus une approche centrée uniquement sur le produit. Cette réorganisation des soins,

préconisée par différents textes législatifs et réglementaires ainsi que par des plans de santé publique, concernera aussi bien les dispositifs sanitaires que les dispositifs médico-sociaux de prise en charge des addictions.

La finalité de cette réorganisation de la prise en charge en addictologie est de rendre visibles et lisibles les structures sanitaires et médico-sociales mais également de faciliter les parcours de prise en charge des personnes présentant des conduites addictives, en articulant les structures médico-sociales, les établissements sanitaires hospitaliers et la médecine ambulatoire. En effet, en France, la prise en charge des addictions est organisée en trois pôles : le secteur sanitaire, le secteur libéral et le secteur médico-social qui ont vocation à s'articuler entre eux, pour une meilleure coordination des différents acteurs.

Le secteur hospitalier comporte trois niveaux d'intervention selon la gravité des troubles. Le niveau 1 intervient pour le repérage, les sevrages simples et la consultation des patients hospitalisés par le biais des équipes de liaison en addictologie. Le niveau 2 propose des prises en charge spécialisées pour des patients présentant des problèmes de comorbidités somatiques et psychiatriques. Le niveau 3 rajoute aux compétences du niveau 2 l'enseignement, la formation et la recherche.

La mobilisation du secteur libéral est essentielle dans le domaine de l'addictologie pour le repérage précoce et la prévention des addictions mais une meilleure organisation et une amélioration des pratiques professionnelles s'avèrent nécessaires concernant ce secteur.

Le secteur médico-social a pour fonction d'offrir un accès simple et de répondre à la diversité des besoins de la population. Il a été constitué historiquement en des structures spécialisées en alcoologie (CCAA) et en des structures spécialisées en toxicomanie (CSST). Or, le constat actuel est qu'il existe une très forte corrélation entre les divers types de consommations : drogues illicites, alcool, tabac et médicaments psychotropes. Cependant, les problèmes d'alcool sont rarement pris en compte par les équipes spécialisées en toxicomanie, la consommation tabagique est rarement prise en charge par les équipes d'alcoologie et inversement.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont inscrits à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et ont été prévus par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. A cette époque, les CCAA avaient déjà le statut d'établissements médico-sociaux et étaient financés par l'assurance maladie par le décret du 29 décembre 1998 alors que les CSST



étaient de simples structures, le plus souvent associatives, ayant passé convention avec l'Etat qui les finançait. La réforme des CSAPA, qui visait entre autre à créer « un cadre juridique et financier unique » pour les structures existantes, n'avaient pas pu se mettre en place, en cette période, faute de consensus sur le dispositif le plus adapté pour répondre aux besoins des personnes. Dans l'attente de la nouvelle réforme, le décret du 26 février 2003 a modifié les conditions d'organisation et de fonctionnement des CSST qui sont ainsi devenus des établissements médico-sociaux financés par l'assurance maladie.

L'objectif des CSAPA est de décloisonner le secteur médico-social en rapprochant les CSST et les CCAA, sous un statut juridique commun, dans le but de créer des structures pouvant offrir des soins et un accompagnement à tous les patients présentant une addiction, quelle que soit cette addiction. En effet, le décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des CSAPA fixe celles obligatoires pour tout public : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage. D'autres missions obligatoires comme la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative ainsi que la réduction des risques peuvent faire l'objet d'une spécialisation des structures, selon le versant toxicomanie ou alcool.

Selon la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, les actuels CSST et CCAA disposent d'un délai de 3 ans, à compter du 22 décembre 2006, pour solliciter une autorisation en tant que CSAPA ; ce qui porte l'échéance à fin décembre 2009. En Ile de France, les dépôts de dossiers doivent se faire au plus tard entre le 1<sup>er</sup> juillet 2009 et le 31 août 2009 dans chaque DDASS. Le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) doit examiner les dossiers pour avis entre fin novembre et début décembre 2009.

La réorganisation de la prise en charge en addictologie est actuellement engagée en Ile de France, et donc à Paris, par le biais de différents chantiers menés de façon concomitante au niveau régional et aux niveaux départementaux, et qui concernent :

- Le volet sanitaire qui s'intègre dans le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération 2006-2010 (SROS III), arrêté en mars 2006 par le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile de France (ARHIF).
- L'évolution des structures médico-sociales, que sont les centres spécialisés en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés en toxicomanie (CSST), en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

- Le schéma régional médico-social d'addictologie, précisé dans la circulaire du 28 février 2008, en application de l'article L.312-5 du CASF. Ce schéma accompagne la mise en place des CSAPA et comporte trois grands axes qui sont : l'articulation entre les différents secteurs sanitaire, médico-social et libéral, l'approche globale pour l'ensemble des addictions et l'amélioration de la structuration territoriale de l'offre.
- L'amélioration de la structuration territoriale de l'offre de soins, dans le cadre des projets médicaux de territoire (PMT), déjà réalisée sur le territoire parisien 75-3, et dont la déclinaison est actuellement en cours sur les territoires 75-1 et 75-2.
- La mise en place des filières hospitalières de soins en addictologie, prévue par la circulaire du 26 septembre 2008.

Cette réorganisation de la prise en charge en addictologie soulève actuellement quelques questions non encore résolues.

## **2.2. Questions autour de la réforme**

L'objectif des CSAPA est de garantir un meilleur service pour l'utilisateur en améliorant son accessibilité au dispositif addictologique ; trois questions restent cependant posées autour de cette nouvelle réforme :

- La question de la prise en charge des comorbidités somatiques et surtout psychiatriques associées aux comportements addictifs n'est pas totalement résolue au vu de l'insuffisance des dispositifs spécialisés dans ce domaine. Cette question des comorbidités serait prévue dans un nouveau plan gouvernemental.
- La question du développement de la prévention, enjeu essentiel pour une politique de santé publique efficace dans le domaine des addictions. Il a été noté que le terme « prévention » dans le sigle CSAPA n'est qu'une mission facultative pour les structures. En effet, conformément à la circulaire du 28 février 2008, les CSAPA peuvent participer ou mettre en œuvre des actions de prévention collective mais celles-ci ne sont pas financées sur la dotation globale de fonctionnement des CSAPA car l'assurance maladie qui finance les CSAPA n'a vocation à financer que le soin. Par conséquent, la prévention dans les CSAPA manque actuellement d'organisation claire et de moyens financiers pérennes. Les actions de prévention

réalisées par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), dont le rôle est d'améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins, restent insuffisantes bien que non négligeables.

- La question de l'évaluation des dispositifs médico-sociaux dont le référentiel est en cours d'élaboration par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESMS).

### **3. Gestion du dossier relatif à la mise en place des CSAPA et action demandée**

#### **3.1. Au niveau régional**

La mise en place des CSAPA s'inscrit dans l'organisation du schéma régional médico-social d'addictologie et une réflexion est en cours autour de l'articulation du secteur médico-social avec le volet addictologie du SROS III. Par conséquent, des réunions mensuelles de coordination sont tenues entre la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile de France (DRASSIF) et les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) dans le but de mener de façon concomitante le volet addictologie du SROS III et le schéma régional médico-social, pour accompagner la mise en place des CSAPA. Des groupes de travail thématiques sont mis en place au niveau de la DRASSIF auxquels participent des représentants des DDASS et des représentants des dispositifs médico-sociaux, identifiés par les DDASS. Trois groupes de travail ont concerné spécifiquement les CSAPA, selon des cahiers de charges préétablis, et qui sont les suivants :

- le groupe de travail "hébergement", qui a eu lieu le 13 février 2009 puis le 17 avril 2009, a concerné les CSST et CCAA disposant d'hébergements individuels et collectifs ;
- le groupe de travail "CSAPA" qui a eu lieu le 27 février 2009, le 15 avril 2009 et le 19 mai 2009, pendant lequel les missions des CSAPA et les modalités et difficultés de mise en place ont été discutées ;
- le groupe de travail "articulation et coordination des dispositifs de prévention et de prise en charge" qui a eu lieu le 13 mars 2009, le 08 avril 2009 et le 06 mai 2009, dont le but est de réfléchir sur les modalités d'articulation des dispositifs sanitaires, des dispositifs médico-sociaux et du secteur ambulatoire.

Le volet fonctionnel de cette réorganisation régionale se déroule au niveau de chaque département sous l'égide de la DDASS concernée.

### **3.2. Au niveau départemental**

La DASS de Paris propose un accompagnement aux CSST et CCAA dans leur démarche d'évolution en CSAPA, à la fois sur un plan individuel et collectif. A cet effet, deux réunions départementales d'informations ont été organisées par la DASS de Paris en 2007 et 2008, avec les responsables des CSST et CCAA parisiens, les exhortant à réfléchir sur les possibilités de rapprochements entre structures afin de répondre aux missions prévues pour les CSAPA, principalement pour ce qui concerne les structures de petite taille.

Une troisième réunion d'information a été organisée le 12 février 2009 avec les mêmes partenaires des CSST et CCAA, dont l'objectif a été notamment d'explicitier le nouveau dispositif des CSAPA :

- en rappelant les fenêtres de dépôts des dossiers d'autorisation CROSMS pour le passage en CSAPA ;
- en rappelant également les missions obligatoires auxquelles aucun CSAPA généraliste (c'est-à-dire prenant en charge tout type d'addiction) ou spécialisé (toxicomanie ou alcool) ne peut déroger. Ces missions obligatoires sont l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation, pour toute personne présentant une addiction, quelle que soit cette addiction. L'accent a été notamment mis sur deux points essentiels que sont l'évaluation médicale et l'orientation adaptée selon l'opportunité.

A ce stade, afin d'appréhender la capacité d'évolution et de réalisation de la mission d'évaluation médicale et le cas échéant d'orientation adaptée, il a paru opportun de mener une étude ciblée, auprès des CSST et CCAA parisiens.

### **3.3. Action demandée**

Il s'agit de la réalisation d'une étude dont l'objectif est d'évaluer les dispositifs parisiens actuels, les programmes d'actions qu'ils ont mis en place ou envisagés et leurs besoins d'accompagnement pour répondre aux missions obligatoires des CSAPA. A l'issue de cette évaluation, le but est de proposer, le cas échéant, des aides individuelles ou collectives par des actions de type formation, échanges de

pratiques, élaboration de référentiels communs ; dans cette période charnière d'évolution des structures et du dispositif.

L'étude d'évaluation a été réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs, au moyen de grilles d'entretien conçues pour la circonstance. Ces entretiens avec les responsables médicaux des structures ont concerné 12 d'entre elles et ont eu lieu dans les locaux de chaque structure. Pour les 15 autres structures parisiennes, des questionnaires ont été envoyés par voie électronique pour être complétés par chacune d'entre elles.

Par ailleurs, la DASS 75 dispose de données telles que le nombre exhaustif de l'ensemble des CSST et CCAA parisiens actuels, la répartition géographique de ces CSST et CCAA au niveau départemental et les rapports d'activités et données d'activités annuels des CSST et CCAA. Les données recueillies par l'enquête d'évaluation seront analysées et rajoutées aux données d'activités 2007. L'ensemble de ces données fera l'objet d'une synthèse destinée à un diagnostic partagé avec les parties, lors de réunions prévues en 3 sous-groupes, correspondant au découpage des trois territoires parisiens par les PMT.

### **3.4. Situation professionnelle de l'action**

L'action demandée se situe dans le cadre d'une analyse de l'état de santé d'une population et de ses déterminants pour mettre en adéquation l'offre de soins et de services avec les besoins des populations. Elle vise à réaliser un état des lieux des dispositifs et des mesures de préparation à la prise en charge de tout public présentant une addiction, et quelle que soit la nature de cette addiction. Il s'agit d'un recueil d'informations par un système d'entretiens combiné d'un recueil de données par questionnaires. Ce recueil d'informations a été suivi d'une analyse statistique de ces informations dans le but d'en tirer des enseignements exploitables en pratique.

Cette action rentre également dans le cadre de l'appui/conseil pour la conception et le pilotage de dispositifs d'actions pour prévenir et/ou gérer un problème de santé publique. L'objectif pour le MISP étant de comprendre les enjeux, le rôle des différents acteurs, les possibilités de coopération et leurs limites, les possibilités de mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales, pour ensuite proposer une planification territoriale des dispositifs.

L'analyse de l'état de santé d'une population et de ses déterminants et l'appui-conseil pour la conception et le pilotage de dispositifs d'actions sont deux compétences essentielles dont le MISp a besoin dans le cadre de ses fonctions.

## **4. Etude d'évaluation des dispositifs de prise en charge des addictions (action menée)**

### **4.1. Les objectifs et buts de l'étude**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, on dénombre 57 CSST et 51 CCAA dans la région Ile de France dont 21 CSST et 6 CCAA dans la ville de Paris. Les 21 CSST parisiens peuvent être classés en 3 groupes selon leur mode de fonctionnement :

- 7 structures rattachées à des établissements hospitaliers ;
- 3 structures associatives de petite taille et qui ont un fonctionnement très spécialisé dans des missions spécifiques ;
- 11 structures associatives de taille plus importante et moins spécifiques dans leur mode de fonctionnement actuel.

Pour ce qui concerne les 6 CCAA parisiens, 4 d'entre eux font partie du même organisme gestionnaire.

La richesse et la diversité organisationnelle et de fonctionnement des structures parisiennes ont rendu nécessaire la mise en place d'une étude d'évaluation dont les objectifs étaient les suivants :

- évaluer le fonctionnement actuel de chaque structure dans un premier temps,
- estimer la capacité de chaque structure à assurer les missions obligatoires demandées aux futurs CSAPA,
- apprécier les démarches et perspectives d'évolution enclenchées à ce stade par les structures, pour assurer les missions des CSAPA ;
- enfin, recueillir les demandes d'accompagnement par la DASS vers la démarche CSAPA, formulées par les structures.

L'intérêt de cette étude d'évaluation est sa réalisation en amont de la période de dépôts des dossiers pour avis par le CROSMS, entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 août 2009. Sa finalité étant, au-delà du diagnostic partagé avec les différentes parties, de proposer des appuis-conseils individuels et adaptés aux besoins de chaque structure. Ces appuis individuels seront proposés en amont des dépôts de dossiers pour le CROSMS et permettront de

traiter de façon plus efficace et adaptée les problèmes éventuels de passage en CSAPA. En effet, une prise en charge individuelle au cas par cas s'avère plus difficile voire impossible dans la fenêtre relativement limitée de dépôts des dossiers pour le CROSMS, si l'on considère les 27 structures parisiennes concernées.

Aucun schéma d'organisation des CSAPA parisiens n'a été prédéfini ; la politique de la DASS de Paris étant, dans un premier temps, de laisser aux structures la possibilité de s'organiser entre elles et selon leurs affinités, pour arriver aux missions dévolues aux futurs CSAPA. Cette organisation entre structures peut prendre plusieurs formes : collaboration, mutualisation ou fusion. Dans un second temps et en cas de nécessité, des orientations ou des ajustements d'organisation pourront être proposés par la DASS.

## **4.2. La méthodologie de l'étude**

### **4.2.1. La conception des outils pour le recueil d'informations**

Pour réaliser cette étude d'évaluation des structures dans de bonnes conditions, une grille d'entretien et un questionnaire ont été conçus dans le but de répondre aux objectifs fixés. La grille et le questionnaire ont fait l'objet d'une relecture et d'une validation à la DASS 75, avant utilisation.

Les deux documents (en **annexes 1 et 2**) sont subdivisés en 3 parties :

- une première partie portant sur des questions d'ordre général, telles que les identifications de la structure et de l'organisme gestionnaire, les fonctions, qualifications et formations en addictologie des médecins responsables ;
- une seconde partie portant sur le fonctionnement actuel de la structure, en termes notamment de type d'addiction pris en charge, de niveau d'accueil et d'évaluation médicale, psychologique et sociale proposé aux usagers ainsi que de niveau de formalisation et de suivi des orientations vers des prises en charge en aval, en cas de nécessité ;
- une troisième partie portant sur les perspectives de passage en CSAPA, en termes d'orientation généraliste ou spécialisée, de dispositions envisagées pour répondre aux missions des CSAPA au cas où certaines compétences leur feraient défaut, de perspectives de fusion ou de collaboration amorcées avec d'autres structures et enfin de leurs besoins éventuels d'accompagnement par la DASS 75, vers la démarche CSAPA.

La grille d'entretien comportait plus d'items que le questionnaire car certaines questions figurant dans la grille ont été supprimées, dans le but d'alléger le questionnaire et de limiter au minimum nécessaire les informations recueillies par ce biais.

#### **4.2.2. La sélection des structures**

Il a été prévu dans un premier temps de mener des entretiens semi-directifs pour l'ensemble des 21 CSST et des 6 CCAA parisiens (cartographie de l'ensemble des structures parisiennes en **annexe 3**). Cependant, au vu du nombre de structures à visiter et du temps imparti pour réaliser ce travail, il a été décidé de réaliser ces entretiens sur site pour une partie des structures et d'envoyer des questionnaires par courrier électronique à compléter pour les structures restantes.

De ce fait, 12 structures ont été préalablement sélectionnées comprenant 11 CSST et 1 CCAA. La sélection des structures, qui ont fait l'objet d'une visite sur site, a été réalisée par le MISP responsable du dossier CSAPA, en fonction notamment de l'importance de leur file active et/ou de la complexité de leur organisation ou fonctionnement actuel.

Les 12 CSST et CCAA qui ont bénéficié de visites sur site pour des entretiens semi-directifs sont ainsi répartis :

- 4 CSST rattachés à des établissements hospitaliers ;
- 7 CSST de type associatif ;
- 1 CCAA de type associatif.

Les 15 CSST et CCAA restants, qui ont reçu un questionnaire par courrier électronique, sont les suivants :

- 3 CSST rattachés à des établissements hospitaliers ;
- 7 CSST de type associatif ;
- 1 CCAA rattaché à un établissement hospitalier ;
- 4 CCAA de type associatif.

#### **4.2.3. La réalisation pratique du recueil de données**

Après sélection des 12 premières structures, un contact téléphonique a eu lieu avec chacune d'entre elles pour prendre un rendez-vous avec les directeurs mais également avec les médecins responsables de ces structures. En effet, il a été déterminé que les médecins responsables devaient être présents lors des entretiens dans la mesure où ils étaient les plus aptes à répondre aux questions relatives à l'évaluation médicale et aux orientations des personnes et/ou de leur entourage.



Préalablement à chaque déplacement dans une structure, le rapport d'activités annuel 2007 a été étudié dans un but informatif, afin de disposer d'un minimum d'informations sur la structure, concernant sa file active, les produits pris en charge et diverses autres informations jugées pertinentes.

L'enquête d'évaluation s'est donc déroulée dans les locaux de chaque structure, sous forme d'entretiens semi-directifs avec une ou plusieurs personnes de la structure, par l'intermédiaire d'une grille conçue pour cet effet, entre le 23 février 2009 au 12 mars 2009. La durée moyenne de chaque entretien a été d'environ 2 heures 30 minutes.

L'acceptation de cette étude d'évaluation par les différentes structures a été optimale. Aucune difficulté et aucun refus n'ont été rencontrés lors des prises de contact téléphonique ni des visites sur site.

Les déplacements sur site ont permis, au-delà de la grille d'entretien, d'aborder d'autres sujets relatifs aux difficultés mais également satisfactions rencontrées dans leurs pratiques quotidiennes. Il a été possible de visiter certaines structures sur proposition de leur part. Ces visites sur site ont également permis de rediscuter et clarifier parfois des points du décret du 14 mai 2007 et de la circulaire du 28 février 2008 relatifs aux missions des CSAPA.

Pour les 15 dernières structures parisiennes, un questionnaire conçu sur le même modèle que la grille d'entretien a été joint à un courrier électronique leur expliquant les objectifs de l'enquête.

#### **4.2.4. Méthodes d'analyse des données**

Le recueil de données a été réalisé à partir de la grille d'entretien pour la moitié des structures parisiennes et du questionnaire pour l'autre moitié. L'ensemble des données a été regroupé sous un même fichier de données et une analyse globale de ces données a été réalisée.

La première méthode utilisée a été une méthode d'analyse disponible sur le site Intranet de l'EHESP ("Traiter l'information – Analyse de contenu des entretiens" par Christine Quélier, sociologue) qui propose une analyse thématique par l'intermédiaire du logiciel Word. Les données regroupées en thèmes sont saisies sous forme de tableaux Word, puis les thèmes ainsi identifiés sont analysés.

Comme suite aux difficultés de faisabilité rencontrées avec cette première méthodologie d'analyse, la saisie des données recueillies puis codifiées a finalement été réalisée grâce

au logiciel EpiData. Le fichier de données, ainsi constitué, a ensuite été exporté vers le logiciel EpiInfo version 3.5.1 par l'intermédiaire duquel l'analyse statistique des données a été réalisée.

Par ailleurs, des items ont été supprimés de la grille d'entretien utilisée pour les 12 premières structures, pour concevoir un questionnaire allégé envoyé aux 15 dernières structures. Les éléments supprimés ont concerné les informations suivantes (tableau d'analyse des informations pour uniquement 12 structures en **annexe 4**) :

- la formation en addictologie du médecin responsable de la structure, dont l'objectif était de mesurer la capacité de la structure à assurer une prise en charge adaptée au tout public ;
- l'utilisation d'outils validés pour le repérage de la dépendance (tels que les questionnaires ASI ou ADOSPA...), l'utilisation des informations recueillies dans la prise en charge de la personne ainsi que l'accès à ces informations par les différents professionnels de la structure. Ceci dans le but de mieux évaluer les modalités actuelles pour l'évaluation médicale, psychologique et sociale de la personne ;
- les modalités d'orientation de la personne vers des structures adaptées et les modalités de retour d'informations sur l'effectivité du relais, ceci pour mieux cerner les articulations avec les autres secteurs de prise en charge en addictologie.

L'analyse et l'interprétation des données recueillies par le biais de cette étude d'évaluation ont permis de dégager quelques résultats descriptifs concernant le fonctionnement actuel des CSST et CCAA parisiens et leurs perspectives d'évolution en CSAPA.

### **4.3. Présentation des résultats**

Au total, 23 des 27 structures parisiennes ont participé à l'étude d'évaluation. Douze structures ont bénéficié d'une visite sur site pour des entretiens semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien. Les 15 autres structures ont reçu par courrier électronique un questionnaire, qui a été complété par 11 d'entre elles. En effet, 4 structures n'ont pas retourné le questionnaire complété : il s'agit de 3 CCAA sur les 6 CCAA parisiens et de 1 CSST sur les 21 CSST parisiens.

Les 23 structures qui ont participé à l'étude sont ainsi réparties :

- 14 CSST de type associatifs (56,5%) ;
- 6 CSST rattachés à des établissements hospitaliers (30,4%) ;
- 3 CCAA de type associatif (13,1%).

#### **4.3.1. Fonctionnement actuel des structures parisiennes**

L'analyse du fonctionnement actuel des 23 structures ayant participé à l'étude a permis de noter que seulement 8 d'entre elles (34,8%) ont déclaré prendre en charge toute addiction ; la notion "toute addiction" correspondant à l'ensemble des addictions quelle que soit la cause.

Au moins 21 sur 23 structures (plus de 90%) recherchent les poly-consommations et prennent en charge aussi bien les addictions liées à l'alcool, que celles liées aux drogues illicites et aux médicaments psychotropes. Le tabac est pris en charge par 15 des 23 structures (65,2%) et les addictions comportementales par 8 des 23 structures (34,8%).

L'accueil des personnes dans les différentes structures est plus souvent réalisé par des psychologues et des travailleurs sociaux (respectivement 11/23 et 10/23) ou à moindre fréquence par les infirmiers et les médecins (respectivement 9/23 et 6/23) ou par des accueillants dédiés pour 4 des 23 structures.

L'évaluation médicale, psychologique et sociale des personnes est une mission obligatoire des futurs CSAPA, qu'ils soient généralistes ou spécialisés. Elle a été déclarée être systématiquement réalisée par 9 des 23 structures interrogées (39%). Cinq de ces 9 structures sont rattachées à des établissements hospitaliers. Cependant, pour un peu plus de la moitié des structures (65,2%), plus de 60% des personnes accueillies sont vues par un médecin de la structure.

Les informations recueillies par les structures parisiennes pour la prise en charge des personnes sont essentiellement limitées aux données nécessaires pour le dispositif de Recueil Commun sur les addictions et les Prises en charges (RECAP). Il s'agit d'un dispositif de recueil à caractère épidémiologique, mis en place en 2005 par l'OFDT et qui s'inscrit dans une démarche d'harmonisation des modes de collecte de données dans le champ des addictions, au niveau national et européen. En plus de RECAP, les informations sur la couverture sociale de la personne sont recueillies la plupart du temps. Par contre, les informations sur le médecin traitant ne sont demandées que par un peu plus de la moitié des structures (13/23).

Le partage des informations et du diagnostic entre les différents professionnels d'une même structure (médecins, infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux) se fait pour 22/23 structures par le biais de réunions hebdomadaires. Le dossier médical de la personne est accessible à l'ensemble des professionnels pour 13/23 structures.

L'orientation systématique vers des structures plus adaptées constitue également une des missions obligatoires pour les futurs CSAPA. L'orientation serait déjà effectuée par 69,6% des structures (16/23) mais seulement 45,5% (10/22) affirment avoir mis en place des conventions formalisées avec les structures d'orientation. Ces structures d'orientation sont principalement des services hospitaliers de psychiatrie ou autres mais aussi d'autres CSST et CCAA ainsi que des centres d'hébergement.

Au vu de ces résultats, un certain nombre de changements et/ou d'améliorations s'avère nécessaire pour le passage en CSAPA :

- Les structures, en particulier celles ayant des perspectives de CSAPA généralistes, doivent élargir leurs activités vers la prise en charge du tabac et probablement des addictions sans substance ; la prise en charge de ces dernières étant une mission facultative des futurs CSAPA.
  
- L'accent doit être mis sur l'évaluation médicale, psychologique et sociale des personnes qui est une mission obligatoire des CSAPA et qui n'est réalisée de façon systématique que par 9 des 23 structures ayant participé à l'étude (39%). Ce faible pourcentage pourrait être expliqué par un manque de clarté pour les structures mais également pour les DDASS, à la date de l'étude, de cette notion d'évaluation. En effet, la circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA ne précise pas le type de professionnel devant réaliser l'évaluation des besoins des personnes. La notion d'évaluation des besoins des personnes a été discutée par la suite et clarifiée lors de réunions de travail entre la DRASS et les DDASS, dans le cadre du schéma régional médico-social d'addictologie. Il a été ainsi indiqué que l'évaluation médicale, psychologique et sociale des besoins des personnes ne nécessite pas forcément une consultation par un médecin et un psychologue. Cependant, il a été laissé à l'appréciation de chaque DDASS de fixer dans son département le niveau d'exigence pour la réalisation de cette évaluation, à savoir par un professionnel qualifié (médecin, infirmier ou psychologue) ou par n'importe quel professionnel de la structure (travailleur social, secrétaire ou autres). L'évaluation médicale, psychologique et sociale doit se faire pour tout public présentant une addiction, quelle que soit cette addiction. La DASS de Paris doit préciser, pour les structures parisiennes, le type de professionnel adapté pour

effectuer l'évaluation des besoins des personnes et par conséquent, le type de professionnel acceptable pour l'accueil du tout public.

De plus, les outils validés de repérage de la dépendance et des poly-consommations pourraient être utilisés plus couramment comme support pour l'évaluation médicale, psychologique et sociale de la personne, qu'ils ne le sont actuellement. En effet, bien que la question sur l'utilisation d'outils de repérage validés n'ait été posée qu'aux 12 premières structures, seulement deux d'entre-elles ont indiqué s'en servir pour l'évaluation des personnes. L'intérêt de l'utilisation des outils de repérage serait principalement de rendre cohérent et exhaustive l'évaluation des personnes par les différents professionnels de la structure.

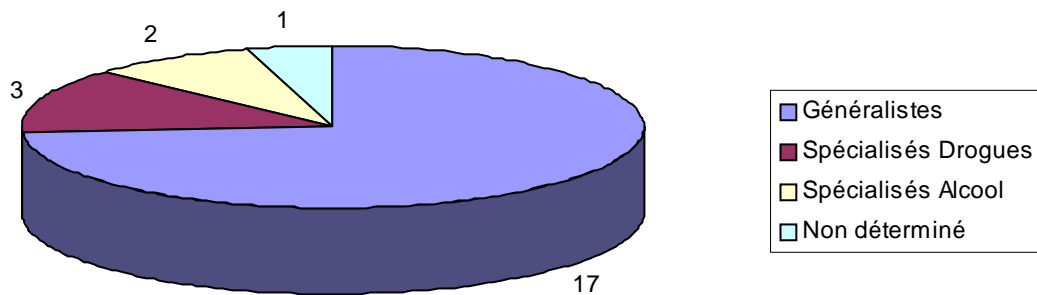
- Des conventions formalisées doivent être mises en place, au moins avec les structures d'orientation les plus sollicitées, afin de rendre plus visibles les articulations avec le secteur sanitaire ainsi que les interactions au sein même du secteur médico-social. En effet, l'orientation des personnes vers d'autres structures de prise en charge est parfois réalisée mais il n'existe pas toujours des conventions formalisées avec ces structures qui sont principalement des services hospitaliers, des CSST, des CCAA et des centres d'hébergement. Il apparaît aussi que les articulations entre le secteur médico-social et le secteur libéral semblent devoir être renforcées si l'on considère que seulement un peu plus de la moitié des structures (13/23) demande des informations sur le médecin traitant et par conséquent dispose par ce biais de la possibilité de pouvoir orienter vers le médecin traitant.

#### **4.3.2. Perspectives d'évolution en CSAPA**

Les perspectives d'orientation en tant que CSAPA sont les suivantes, pour les 23 structures parisiennes ayant participé à l'étude :

- 17 structures (73,9%) préconisent une orientation en tant que CSAPA généralistes ;
- 3 structures (13%) s'orientent vers des CSAPA spécialisés toxicomanie ;
- 2 structures (8,7%) s'orientent vers des CSAPA spécialisés alcool ;
- pour 1 structure, l'orientation n'était pas encore complètement arrêtée.

## Perspectives d'orientation en CSAPA



Pour ce qui concerne les programmes particuliers destinés à des populations spécifiques, tels que prévus par la circulaire du 28 février 2008, 10 structures s'orienteraient vers des populations jeunes, 7 structures vers des populations précaires, 3 structures vers des comorbidités psychiatriques, 3 structures vers des femmes enceintes, 3 structures vers la parentalité, 2 structures vers des populations Crack et 2 structures vers des populations sortant de prison.

Pour certaines structures, le passage en CSAPA semble s'accompagner de perspectives d'évolution dans leur organisation et dans leur fonctionnement, à savoir :

- le recrutement de personnel supplémentaire pour 4 d'entre elles ;
- un déménagement dans de nouveaux locaux pour 5 d'entre elles ;
- l'amélioration des activités actuelles comme par exemple traiter plus de dépendance à l'alcool ou se doter d'un Fibrosan pour détecter de façon optimale les personnes atteintes d'hépatites virales, dans un but d'optimisation du projet thérapeutique.

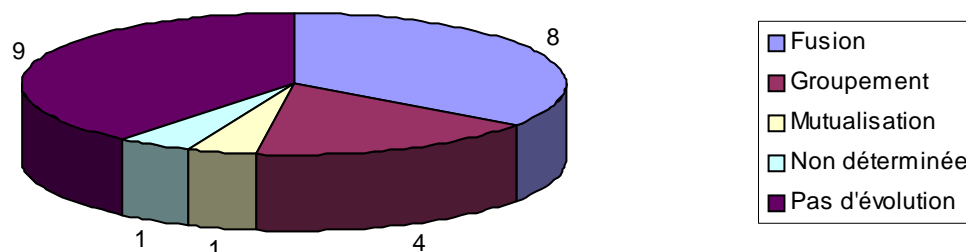
Un seul changement concernant l'organisme gestionnaire a été enregistré sur l'ensemble des 23 structures.

Des évolutions par rapports aux autres structures partenaires ont été annoncées pour le passage en CSAPA, sous forme de

- fusion pour 8 sur 23 structures (34,8%),
- de groupement de coopération pour 4 structures (17,4%),
- de mutualisation des moyens pour 1 structure.

Aucune évolution n'était envisagée pour 9 structures (39,1%).

## Evolution par rapport aux partenaires



Pour les 8 structures ayant annoncé une fusion avec une autre structure, celle-ci ne semblait effective que pour 5 d'entre elles. Les 3 autres cas de fusion n'étaient pas confirmés par la structure identifiée qui a indiqué dans un cas qu'il s'agissait d'un groupement de coopération, dans un autre cas qu'elle ne prévoyait pas d'évolution et dans un 3<sup>ème</sup> cas il n'y a pas eu confirmation par absence de retour du questionnaire par la structure indiquée.

Il faut noter qu'en mars 2009, à la date des visites sur site pour les entretiens semi-directifs, les décisions de rapprochements entre structures ne semblaient pas complètement arrêtées et beaucoup d'interrogations subsistaient au sein des structures sur le type de regroupement à effectuer et avec quelles structures partenaires mais également sur le type d'évolution qui pourrait être acceptable pour la DASS de Paris.

Dix huit des 23 structures (78,3%) ont indiqué avoir effectué des rapprochements avec d'autres structures médico-sociales et sanitaires dans l'objectif de remplir les missions attendues pour les CSAPA. Ces structures approchées pouvaient être des structures identifiées pour une évolution partenariale ou des structures identifiées en vue de l'orientation des personnes. Cependant, les conventions avec les structures partenaires n'ont été à ce stade formalisées que par un plus de la moitié des structures concernées (13/23).

Concernant les compétences nécessaires pour procéder à l'évaluation médicale, psychologique et sociale et à l'orientation des personnes, l'ensemble des structures a indiqué disposer des compétences médicales bien que pour 7 d'entre elles ces compétences médicales soient jugées insuffisantes. Pour ce qui concerne les compétences psychologiques, seulement 3 des 23 structures n'en disposent pas mais elles sont 6 à déplorer une insuffisance de temps de psychologue. Les compétences de prise en charge sociale semblent suffisamment présentes pour toutes les structures, à une exception près.

En définitive :

- 6 des 23 structures ont considéré qu'elles fonctionnaient déjà comme un CSAPA,
- 2 sur 23 ont indiqué qu'elles n'auraient aucune difficulté à devenir CSAPA.

Pour les 15 structures restantes, les insuffisances annoncées dans le cadre de leur passage en CSAPA sont les suivantes : des défauts d'organisation, de formation du personnel, de temps médical et/ou de psychologue suffisants, de conventions partenariales.

Par ailleurs, des demandes d'accompagnement par la DASS de Paris, vers la démarche CSAPA, ont été formulées par certaines structures, il s'agit de :

- demandes d'aide dans les différentes étapes de rédaction et validation du dossier à constituer en vue de l'autorisation par le CROSMS (9/23) ;
- demandes d'aide sur un plan organisationnel ou de rapprochement avec une autre structure (10/23) ;
- demandes d'aide financière pour un projet ponctuel ou demandes de moyens supplémentaires (2/23).

L'accompagnement des structures par la DASS se conçoit principalement au niveau logistique et organisationnel, en conformité avec le schéma régional médico-social d'addictologie, le volet addictologie du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS III), les projets médicaux de territoire (PMT). En effet, aucun moyen financier supplémentaire significatif n'est prévu pour la mise en place des CSAPA.

Comme suite à l'étude d'évaluation, le MISAP de la DASS de Paris, responsable du dossier sur les addictions, a procédé à des entretiens individuels avec certaines structures, à leur demande. Ces entretiens ont permis de discuter des regroupements envisagés par chaque structure et de négocier des ajustements, le cas échéant.

Au final, l'étude d'évaluation réalisée auprès des 27 structures parisiennes (CSST et CCAA) a permis une évaluation ciblée du fonctionnement actuel de 23 structures ayant participé à l'enquête (4 structures n'ont pas retourné le questionnaire qui leur a été adressé par voie électronique), en termes de capacité annoncée à assurer les missions obligatoires demandées aux futurs CSAPA.

Du fonctionnement actuel des structures parisiennes, quelques points ont été soulignés comme nécessitant des améliorations pour le passage en CSAPA et qui sont :

- la prise en charge des addictions liées au tabac ainsi que des addictions comportementales ;
- l'évaluation médicale, psychologique et sociale qui n'est pas toujours systématique pour tout public présentant une addiction. Cette évaluation pourrait s'accompagner d'un usage régulier d'outils de repérage de la dépendance et des poly-



consommations par les professionnels, dans un but d'harmonisation et d'exhaustivité ;

- la mise en place de conventions formalisées pour rendre plus visibles et lisibles les articulations avec le secteur sanitaire mais également à l'intérieur même du secteur médico-social ainsi que l'amélioration des articulations avec le secteur ambulatoire par une meilleure collaboration avec les médecins traitants.

Un autre objectif de l'étude d'évaluation était d'apprécier les démarches et perspectives d'évolution enclenchées par les structures, pour assurer les missions des CSAPA. Il a été noté que plus des  $\frac{3}{4}$  des structures parisiennes envisagent une orientation en tant que CSAPA généraliste et des programmes particuliers destinés à des populations spécifiques sont prévues dans plusieurs structures. Des rapprochements ont été effectués et des projets d'évolution ont été engagés, qu'elle soit organisationnelle en interne et/ou partenariale.

Un dernier objectif était de recueillir les demandes d'accompagnement par la DASS 75, vers la démarche CSAPA, formulées par les structures. Les demandes se sont surtout exprimées sur l'accompagnement dans la rédaction et la validation du dossier destiné au CROSMS et sur l'aide sur un plan organisationnel et de rapprochement avec d'autres structures. Cet accompagnement est actuellement en cours par le biais de réunions individuelles avec les structures qui en ont fait la demande.

Par ailleurs, la mise en place des CSAPA rentre dans un cadre régional d'organisation sanitaire et médico-sociale de la prise en charge de l'addictologie et différents travaux menés de façon concomitante ont dû également être pris en compte dans la gestion du dossier relatif aux CSAPA.

#### **4.4. Actions complémentaires réalisées pour ce dossier**

En parallèle à l'étude d'évaluation réalisée sur les structures parisiennes, il m'a été nécessaire de participer à plusieurs réunions et travaux menés au niveau régional par la DRASSIF dans le cadre du schéma régional médico-social d'addictologie et du volet addictologie du SROS III ; deux programmes de planification sanitaire et médico-sociale qui accompagnent actuellement la mise en place des CSAPA dans la région Ile de France. Ces programmes seront finalisés à la fin du mois de juillet 2009 pour ce qui concerne le schéma et en décembre 2009 pour ce qui concerne le SROS III.

En effet, il s'avère important de faire le lien entre la mise en place des CSAPA, le schéma régional médico-social d'addictologie et le volet addictologie du SROS III, afin d'assurer les articulations mais aussi de vérifier qu'il n'y aura pas de chevauchement entre les

missions des CSAPA et celles addictologiques du secteur sanitaire, sur un même territoire de santé. L'objectif est de clarifier les missions entre structures pour assurer une complémentarité et non une juxtaposition. Il est également essentiel de s'assurer qu'il n'y aura pas de contradiction entre la déclinaison du schéma régional médico-social d'addictologie et l'organisation des dispositifs médico-sociaux au niveau de chaque département de la région.

Pour ce qui concerne la déclinaison du volet addictologie du SROS III sur les trois territoires parisiens 75-1, 75-2 et 75-3, par le biais des projets médicaux de territoire (PMT), elle est toujours en cours sur les territoires 75-1 et 75-2 mais elle a été finalisée en 2008 sur le territoire 75-3 expérimental. A l'issue des réunions de concertation, le constat est notamment le suivant :

- une richesse des dispositifs de prise en charge en addictologie avec une place singulière de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ;
- par contre, une insuffisance notable des articulations entre le secteur médico-social, le secteur sanitaire (en particulier psychiatrique) et le secteur libéral.

Des difficultés plus spécifiques ont également été relevées concernant les domaines suivants : le repérage précoce des addictions, les patients avec des troubles cognitifs dont le syndrome de Korsakoff, la prise en charge des populations précaires et des adolescents, le dépistage des grossesses associées à des problèmes d'alcool et les problèmes de prise en charge mère/enfant, l'accompagnement des familles des personnes ayant des problèmes d'addiction.

Les préconisations à l'issue des trois réunions des comités thématiques locaux de concertation (CTLC) sont les suivantes :

- la constitution de filières addictologiques à partir des services d'urgence ;
- la diffusion à moyen terme d'un répertoire des référents médicaux en addictologie à destination des professionnels de la médecine de ville ;
- le développement à termes d'unités "hybrides" d'addictologie et de psychiatrie ;
- le rapprochement de la psychiatrie et du secteur médico-social.

Pour ce qui concerne le schéma régional médico-social d'addictologie, les différents éléments diagnostiques, issus de l'enquête régionale sur questionnaire auprès des structures médico-sociales mais également des groupes de travail thématiques, montrent notamment qu'il existe une diversité de l'offre mais avec une répartition régionale hétérogène. Les propositions présentées le 3 juillet 2009 à la Commission régionale des addictions sont les suivantes :

- assurer une prise en charge continue, adaptée, de proximité et développer la prévention ;

- améliorer l'articulation des différents secteurs sanitaire, médico-social et libéral en renforçant l'implication de la médecine de ville et des réseaux, en renforçant la complémentarité des secteurs médico-social et sanitaire surtout psychiatrique. Ces articulations doivent se faire par l'intermédiaire de partenariats formalisés ;
- garantir l'accès aux soins y compris pour les populations spécifiques (populations précaires, populations jeunes...) ;
- renforcer la formation des professionnels.

De plus, deux entretiens ont été réalisés, l'un auprès de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) et l'autre auprès du bureau MC2 des conduites addictives de la Direction générale de la santé (DGS). Ces entretiens, je les ai effectués dans le cadre du module Interprofessionnel (MIP) organisé par l'EHESP, par l'intermédiaire du groupe 12 auquel je faisais partie et dont la thématique était relative à la mise en place des CSAPA.

L'entretien dans les locaux de la DGS (liste des questions posées **en annexe 5**) a surtout abordé des questions relatives à l'historique de la réforme des CSAPA et ses implications pour les professionnels mais également pour la prise en charge des usagers et de leur famille.

L'entretien téléphonique avec la MILDT (liste des questions posées **en annexe 5**) a surtout abordé des questions sur les motivations qui ont engendré les changements dans la prise en charge des addictions et le rôle de la MILDT dans la naissance de ces changements.

## **5. Synthèse et analyse réflexive de l'action réalisée**

Au vu de la richesse et de la diversité organisationnelle et de fonctionnement des structures parisiennes, la DASS de Paris a préconisé dans un premier temps une organisation des structures basée sur des rapprochements et interactions volontaires de celles-ci. Dans un second temps, la DASS se proposait de rationaliser cette organisation des structures au niveau des trois territoires de santé parisiens. Cependant, un état des lieux circonstancié s'est avéré nécessaire afin d'apprécier les démarches et perspectives enclenchées sur le terrain par les structures, dans leur évolution en CSAPA.

La méthodologie utilisée pour cet état des lieux a été une étude dont les objectifs étaient d'évaluer le fonctionnement actuel de chaque structure, d'estimer la capacité de chaque structure à assurer les missions obligatoires demandées aux futurs CSAPA, d'apprécier les démarches et perspectives d'évolution enclenchées par les structures, pour assurer

les missions des CSAPA et enfin de recueillir les demandes d'accompagnement par la DASS vers la démarche CSAPA, formulées par les structures.

Il était prévu de réaliser cette étude d'évaluation par le biais d'entretiens semi-directifs au moyen d'une grille d'entretien, lors de visites sur site pour l'ensemble des 21 CSST et 6 CCAA parisiens. Cependant, pour des problèmes de faisabilité, notamment du fait du temps relativement court dont je disposais pour réaliser les visites des 27 structures parisiennes, les déplacements sur site se sont limités à 12 structures et les 15 autres structures ont reçu par voie électronique un questionnaire à renvoyer, complété par leurs soins.

Le choix méthodologique d'une étude d'évaluation, pour réaliser un état des lieux sur l'avancement des structures vers la démarche CSAPA, était surtout facilité par la présence d'une personne ressource, en l'occurrence un MISP stagiaire. En effet, pour le MISP responsable du dossier CSAPA, réaliser une étude d'évaluation n'était pas réalisable, pour des problèmes de calendrier. En effet, pendant la même période, outre la mise en place des CSAPA, plusieurs autres chantiers auxquels elle était impliquée étaient également en cours de réalisation : le volet addictologique du SROS III, le schéma régional médico-social d'addictologie et les projets médicaux de territoire en addictologie.

Le scénario idéal pour l'étude d'évaluation aurait été d'effectuer des visites sur site de l'ensemble des structures, pour des entretiens semi-directifs au moyen du même outil de recueil de données. Des déplacements sur site, tels que je les ai effectués, auraient permis au MISP responsable du dossier CSAPA, de clarifier avec les structures certains points de la circulaire, mais aussi de jouer directement son rôle d'appui et de conseil auprès de chaque structure, d'indiquer des pistes de rapprochements et de pouvoir procéder à des ajustements, si nécessaire.

Mes limites en tant que MISP stagiaire, lors de ces déplacements, ont été de ne pas disposer de toutes les informations nécessaires sur les orientations pressenties par la DASS 75 pour les structures médico-sociales et par conséquent, de ne pouvoir suggérer des pistes de rapprochements alors même qu'il y avait une demande dans ce sens de la part des interlocuteurs. Cela m'a donné l'impression d'une contribution inachevée sur ce dossier.

Le choix des 12 structures visitées (11 CCST et 1 CCAA) a finalement été un choix basé sur l'importance de la file active et/ou la complexité de l'organisation et du fonctionnement actuel de ces structures. Or, le meilleur moyen de choisir les structures à visiter parmi l'ensemble des CSST et CCAA parisiens aurait probablement été par tirage au sort en

équilibrant sur chaque type de centres CSST et CCAA, dans une proportion de 3 à 4 fois plus de CSST que de CCAA (au moins deux CCAA au lieu d'un seul CCAA devaient figurer parmi les 12 structures visitées).

Les prises de rendez-vous pour les visites sur site n'ont pas été très aisées pour des problèmes de calendriers. En effet, il a fallu organiser les visites de 12 structures, à raison d'une demi-journée par structure, pendant une période de 20 jours entre des vacances scolaires et la reprise des enseignements à l'EHESP. D'autant plus, qu'il y avait une contrainte supplémentaire dans la mesure où la présence du médecin responsable de la structure était jugée nécessaire pendant l'entretien, car plus apte à répondre aux questions relatives à l'évaluation médicale et aux modalités d'orientation vers d'autres structures.

L'acceptation des visites sur site a été optimale, par l'ensemble des 12 structures contactées. L'annonce de ces visites par le MISP responsable du pôle de santé publique de la DASS de Paris, lors d'une réunion préalable avec l'ensemble des responsables des structures parisiennes, a vraisemblablement facilité l'adhésion. Ces visites sur site ont été l'occasion, pour les responsables des structures, au-delà même de la grille d'entretien, de discussions autour des dispositions du décret et de la circulaire relatifs aux CSAPA mais également autour des projets et programmes envisagés pour leurs évolutions en CSAPA.

Pour moi, ces visites sur site ont été l'occasion de me rendre compte de l'agencement des structures médico-sociales, lors de visites guidées des locaux spontanément proposées par les structures. Ces déplacements ont également été l'occasion, pour un MISP stagiaire, de connaître l'organisation des structures médico-sociales et de se constituer un réseau régional d'interlocuteurs dans le domaine des addictions.

Par ailleurs, la conception des outils de recueil de données, que sont la grille d'entretien et le questionnaire, n'a pas posé de difficulté particulière du fait de mes formations et pratiques antérieures de la recherche clinique et de l'épidémiologie au niveau de l'hôpital et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Les deux documents (grille et questionnaire) ont été soumis aux commentaires d'autres collègues MISP et ont été par la suite validés par le MISP référent pour ce mémoire.

Un allègement du questionnaire par rapport à la grille d'entretien a été décidé au vu de la charge de travail des structures. En effet, elles devaient notamment, pendant la même période, préparer leurs rapports d'activités annuels, préparer leur passage en CSAPA par la constitution du dossier d'autorisation mais également la mise en place de conventions

partenariales, participer à une étude sur questionnaire dans le cadre du schéma régional médico-social d'addictologie. Certains items de la grille ont alors été supprimés pour simplifier le questionnaire envoyé par courrier électronique. Par conséquent, des informations comme la formation en addictologie du médecin responsable de la structure, l'utilisation d'outils de repérage de la dépendance, les modalités d'orientation des personnes et les modalités de retour sur l'effectivité du relais n'ont été recueillies que pour les 12 structures visitées. Ceci limite l'interprétation de ces informations et leur application à l'ensemble des structures parisiennes. On peut penser, *a posteriori*, que cet allègement aurait pu être évité car ne concerne finalement que très peu de données.

Au total, 4 structures sur les 15 structures ayant reçu le questionnaire par courrier électronique (3 CCAA et 1 CSST), n'ont pas complété ni renvoyé le questionnaire. Une relance par courrier électronique a permis de récupérer 2 sur 6 questionnaires. Une relance téléphonique à chacun des responsables des structures concernées aurait probablement permis la récupération de l'ensemble des questionnaires. Cette relance téléphonique n'a pas eu lieu pour des problèmes de délais concernant l'analyse des données. En réalité, le taux de participation de 23 structures (3/6 CCAA et 20/21 CSST) parmi les 27 parisiennes m'a paru relativement correct.

Pour l'analyse statistique des données, un fichier de données unique a été constitué avec les informations recueillies par l'intermédiaire des grilles d'entretien et des questionnaires. Le regroupement de données recueillies par l'intermédiaire des supports distincts ne pose pas de problème méthodologique notable.

La saisie et l'analyse des données ont été débutées sur le logiciel Word en utilisant d'une méthodologie développée sur l'Intranet de l'EHESP, concernant l'analyse des entretiens. Cette méthode s'étant révélée plus compliquée que prévue, la saisie des données a été réalisée grâce au logiciel EpiData et l'analyse des données par le logiciel EpiInfo. Le choix des logiciels EpiData et EpiInfo se justifie par le fait d'avoir déjà utilisé le logiciel EpiInfo lors de travaux antérieurs, il ya une quinzaine d'années. Une remise à niveau sur EpiInfo a donc été nécessaire par mes propres moyens car les demandes d'aide à l'EHESP et au service informatique de la DASS de Paris n'ont pas abouti.

Une des difficultés dans la saisie des données sur EpiData a été le codage préalable des données. Le codage d'informations en textes en des données binaires "Oui" ou "Non" n'est pas toujours aisé. Les limites de ce type de codage sont la possibilité d'omettre certaines informations importantes. Pour éviter ces omissions, l'ensemble des questionnaires et grilles a été revu manuellement, afin de lister tous les types de réponses possibles pour chaque question. Cette exploitation manuelle et rudimentaire de chacune

des fiches de données a été rendue possible par le nombre limité de fiches (23 fiches). Un nombre de fiches plus important aurait limité cette possibilité.

L'analyse statistique des données sur le logiciel EpilInfo a été plus commode car il s'agissait d'une analyse descriptive plus simple à réaliser sur un plan statistique.

La présentation des résultats de l'étude d'évaluation a essayé de tenir compte des objectifs qui consistaient notamment à faire un état des lieux du fonctionnement actuel des structures, à apprécier les démarches d'évolution en CSAPA et à enregistrer les demandes d'accompagnement par la DASS de Paris.

L'interprétation des résultats de l'étude a tenté de dégager des propositions d'amélioration ou de changement dans le fonctionnement actuel des structures parisiennes, concernant :

- la prise en charge des addictions liées au tabac ainsi que des addictions comportementales. L'insuffisance de prise en charge des addictions liées au tabac dans les structures médico-sociales parisiennes est relevée dans le rapport daté de février 2009, établi par le Crips-Cirdd (Centre régional d'information et de prévention du sida – Centre d'information régional sur les drogues et dépendances) et l'ORS d'Ile de France. Ce rapport souligne qu'un peu plus de la moitié des consultations de tabacologie, en Ile de France, sont implantées dans un établissement hospitalier. Il y a donc nécessité pour que les futurs CSAPA, qui sont en première ligne de prise en charge des addictions, s'occupent plus de celles liées au tabac ;
- l'évaluation médicale, psychologique et sociale qui n'est pas systématique pour tout public présentant une addiction. Cette évaluation pourrait s'accompagner d'une utilisation régulière d'outils de repérage de la dépendance et des poly-consommations par les professionnels, dans un but d'harmonisation et d'exhaustivité ;
- la mise en place de conventions de partenariat formalisées avec les autres acteurs de prise en charge des addictions.

Pour ce qui concerne les démarches et perspectives d'évolution enclenchées par les structures, pour assurer les missions des CSAPA, l'interprétation des résultats a voulu souligner les perspectives d'évolution et de mise en place d'offres de soins diversifiées et complètes par le fait que :

- les  $\frac{3}{4}$  des structures parisiennes envisagent une orientation en tant que CSAPA généraliste ;
- des programmes particuliers destinés à des populations spécifiques (précaires, jeunes, avec comorbidités psychiatriques...) sont prévues dans plusieurs

structures. La prise en charge de ces populations constitue actuellement une difficulté majeure soulignée par les travaux du SROS III ;

- plusieurs rapprochements ont été effectués et des projets d'évolution organisationnelle en interne et/ou partenariale ont été engagés.

Enfin, les demandes des structures se sont surtout exprimées sur l'accompagnement dans la rédaction et la validation du dossier destiné au CROSMS et sur l'aide sur un plan organisationnel et de rapprochement avec d'autres structures.

L'étude d'évaluation réalisée dans le cadre de ce mémoire montre que le MISP peut avoir accès à plusieurs types d'informations et de données qui peuvent apporter des enseignements intéressants quand elles sont utilisées à bon escient et que les outils nécessaires pour les exploiter sont disponibles.

Cependant, il me semble difficile, dans mon futur métier de MISP, d'être en charge de dossiers en cours d'élaboration avec des échéanciers peu flexibles car nationaux ou régionaux et de pouvoir réaliser ce type d'étude qui apporte une charge supplémentaire en termes d'organisation, de recueil et d'analyse de données. Il est nécessaire dans ce cas de mesurer le rapport bénéfices/risques dans la gestion du dossier concerné.

Dans le cadre du dossier CSAPA, une synthèse préalable manuelle des grands thèmes de l'étude a été réalisée en amont de l'analyse statistique des données, car l'évolution du dossier ne permettait pas de se caler aux délais d'analyse.

Par ailleurs, une autre difficulté de ce mémoire a été la recherche d'informations sur les propositions et préconisations arrêtées au niveau régional par le volet addictologie du SROS III et le schéma régional médico-social d'addictologie et au niveau départemental par les PMT. En effet, il s'est avéré difficile de suivre l'évolution des différents chantiers qui accompagnent la mise en place des CSAPA, dans la mesure où des réunions ou groupes de travail pouvaient se dérouler en dehors des périodes de stage.

Une autre difficulté a été l'accès aux documents, suite à une recherche bibliographique. En effet, très peu d'articles sur les addictions sont disponibles à titre gratuit sur Internet et l'accès à ces documents par le biais du service documentaire de l'EHESP n'a pas été toujours possible.

En définitive, le rôle du MISP n'est pas toujours aisé concernant l'application des politiques de santé publique. En effet, le MISP se retrouve en première ligne sur le terrain pour veiller à la déclinaison des plans de santé publique et de la réglementation alors qu'il n'a pas participé aux discussions les concernant. Il dispose des mêmes éléments



d'informations que les autres acteurs, en l'occurrence les décrets et circulaires d'application de ces politiques de santé.

## **6. Conclusion**

La lutte contre les addictions est prévue dans le plan 2007-2011 relatif à la prise en charge et la prévention des addictions. Elle représente également l'une des 12 thématiques majeures de santé identifiées dans le plan régional de santé publique (PRSP) d'Ile de France, pour les années 2006-2010.

L'apparition du concept d'addiction et l'évolution des pratiques professionnelles ont rendu nécessaire une réorganisation des soins axée sur la prise en charge de la personne, selon une approche globale pour l'ensemble des addictions et non plus une approche centrée uniquement sur le produit.

La mise en place des CSAPA, qui regroupe sous un même statut juridique les CSST et CCAA actuels, doit être finalisée en fin décembre 2009. Elle s'articule avec la déclinaison en parallèle du schéma régional médico-social d'addictologie, du volet addictologique du SROS III et des projets médicaux de territoire. En effet, il est apparu important de clarifier les missions des différents secteurs de prise en charge de l'addictologie (sanitaire et médico-social) afin d'assurer une complémentarité et non plus une simple juxtaposition des dispositifs. Cette réorganisation intervient dans le but de faciliter le parcours de soins des personnes présentant des conduites addictives.

Au niveau départemental, le dossier relatif aux CSAPA est sous la responsabilité du médecin inspecteur de santé publique. Le MISP est l'interlocuteur de terrain, en relation directe avec les dispositifs médico-sociaux qu'avec les dispositifs sanitaires. Il a un double rôle de planification des structures mais également d'appuis et de conseils dans la démarche d'évolution des CSST et CCAA actuels en CSAPA, sur un plan individuel et collectif.

Une difficulté majeure reste cependant à résoudre autour de la réforme relative aux CSAPA et qui concerne la prévention. En effet, le terme "prévention" figure dans le sigle "CSAPA" mais son financement pérenne reste à déterminer. De plus, des solutions doivent être trouvées concernant la prise en charge des comorbidités psychiatriques dont le syndrome de Korsakoff qui sont de plus en plus fréquentes chez des usagers vieillissants. Enfin, les modalités et référentiels d'évaluation du dispositif addictologique restent à mettre en place.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

### Lois et ordonnances

1. Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (articles 2. L.312-1 à L.314-13 du code de l'action sociale et des familles).
3. Articles L.3311-2, L.3411-2 et L.3411-5 du code de la santé publique ?
4. Articles L.162-24-1, L.174-7, L.174-8 et L.174-9-1 du code de la sécurité sociale ?
5. Article 92 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 ?

### Décrets

1. 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.
2. Décret N°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
3. Décret N°2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
4. Décret N°98-1229 du 29 décembre 1998 relatif aux centres mentionnés à l'article L.355-1-1 du code de la santé publique dénommés "centres de cure ambulatoire en alcoologie".

### Arrêté

1. Arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L.6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

### Circulaires

1. Circulaire N°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.
2. 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.
3. Circulaire N°DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

4. Circulaire N°DGS/SD 6B n°2006-119 du 10 mars 2006 relative au renouvellement des autorisations des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
5. Circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.
6. Circulaire DGS/DHOS N°2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.
7. Circulaire DHOS/02 – DGS/SD6B n°2000 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

### **Plans de santé publique et Schémas**

1. Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012.
2. Plan 2007 – 2011 : la prise en charge et la prévention des addictions.
3. Plan régional de santé publique (PRSP) en Ile de France 2006-2010.
4. Le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération 2006-2010 (SROS III).
5. Plan régional de santé publique en Ile de France (PRSP – Mai 2006).
6. Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

### **Articles, rapports, mémoires**

1. Les conduites addictives (Morel A. et Reynaud M. – Traité de Santé Publique 2<sup>ème</sup> édition, Flammarion).
2. Bientôt les CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Quelles nouvelles perspectives de prise en charge des addictions dans un secteur sanitaire et social en mutation. EHESP (Module Interprofessionnel 2009 - D3S, DS, EDH, IASS, MISP).
3. Eléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile de France (Sandrine Halfen, Davis Michels, Marie Cheron-Launay, Adrien Saunal – ORS Ile de France – Commission plénière addictologie 3 juillet 2009).
4. Indicateurs relatifs au champ des drogues et des dépendances en Ile de France (Rapport Crips-Cirdd Ile de France, ORS Ile de France – Actualisation de février 2009).
5. Schéma régional d'addictologie de la région centre 2009-2013 (Rapport DRASS Novembre 2008).
6. Le fonctionnement des établissements médico-sociaux en alcoologie et en toxicomanie dans la perspective de la mise en place des C.S.A.P.A. – Exemple de la Région Haute-Normandie ( Libermann J. : Mémoire IASS 2008 – EHESP).

7. L'alcoologie et la toxicomanie sont-elles solubles dans l'addictologie ? (Philippe Batel : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
8. L'expérience d'Aubagne (Claude Fontanarava : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
9. Le défi d'adaptation : une expérience hospitalière (Sabine Joffre, Hélène Krieger : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
10. Regard d'un CSST, une offre élargie (Marie Villez : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
11. L'expérience d'une structure municipale (Anne Toulouse : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
12. De l'alcoologie vers l'addictologie (Anne-Violaine Dewost : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
13. La mission d'accueil (Monique Mahieu : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
14. Accompagner... (Marie-Alice Citti : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
15. L'avis d'un patient (Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
16. Quelles préventions dans les CSAPA (Jean-Pierre Couteron : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
17. Les CSAPA, une histoire qui commence (Christelle Lemieux, Pascal Mélihan-Cheinin : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
18. La mise en place des CSAPA : continuités et nouvelles approches de la prise en charge médico-sociale en addictologie. Point de vue de la DRASS Ile de France (Delphine Vilain, Albert Herszkowicz : Les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie - Revue Actal Septembre 2008).
19. Prévenir les addictions : état des lieux et concepts (Pascal Gayraud, Pierre Poloméni : Revue ADSP n°60 Septembre 2008).
20. Addictologie : les CSAPA au cœur de l'offre médico-sociale (Dossier – TSA Hebdo n°1170 et n°1171 juillet 2008).

21. Des données pour décider en médecine générale (Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc – Revue Médecine Janvier 2008).
22. Journée mondiale sans tabac 2008 (Numéro thématique du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire BEH du 27 mai 2008).
23. Abus, dépendances et poly-consommations : stratégies de soins (Rapport de la commission d'audit de la Haute Autorité de Santé :– Mai 2007).
24. Abus, dépendances et poly-consommations : stratégies de soins (Rapport de la commission d'audit de la Haute Autorité de Santé :– Février 2007).
25. Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006 (Christophe Palle, Christelle Lemieux, Nicolas Prisse, Hélène Morfini – Rapport OFDT, DGS, 2006).
26. Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions (Jean-Pierre Lépine, Alain Morel, François Paille, Michel Reynaud, Alain Rigaud – Rapport Octobre 2006).
27. Addiction, pourquoi changer et comment ? (XVIII Colloque national de l'association "Généralistes et Toxicomanies" – Nice Décembre 2005).
28. Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004 (Christophe Palle, Chaheir Chabane, Christelle Lemieux, Nicolas Prisse – Rapport OFDT, DGS, 2004).
29. Rapprochement des dispositifs spécialisés (Duburcq A., Sannino N. – OFDT Septembre 2003).
30. Addictions et partage d'informations (XIV Colloque national de l'association "Généralistes et Toxicomanies" – Reims Octobre 2001).
31. Places faites et places prises en prévention (XI Colloque nationale de l'association "Généralistes et Toxicomanies" – Metz Novembre 1998).
32. Le généraliste et les toxicomanies : s'entendre ou s'écouter (IX Colloque national de l'association "Généralistes et Toxicomanies" – Lille Octobre 1996).

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Questionnaire

Annexe 3 : Cartographie des 21 CSST et 6 CCAA parisiens

Annexe 4 : Tableau d'analyse des informations recueillies pour uniquement 12 structures

Annexe 5 : Guide d'entretien avec la DGS et la MILDT

# ANNEXE 1 :                    Grille d'entretien CSAPA

## I- INFORMATIONS GENERALES

---

1- Nom et adresse de la structure :-----  
-----

2- Identité de l'organisme gestionnaire :-----

3- Type de structure : CSST       CCAA       Autres  préciser-----

4- Fonction(s) et qualification(s) du ou des répondants - **Formations en addictologie\***:

-----  
-----

---

## II- FONCTIONNEMENT ACTUEL

---

1- Type d'addiction pris en charge : Alcool       Drogues illicites       Tabac   
Médicaments psychotropes       Addictions sans substance (jeu pathologique...)   
Poly-consommations  préciser-----

-

2- Assurez-vous l'évaluation médicale, psychologique et sociale des personnes ?

- De façon systématique ?                    Oui       Non

- **Avec quels outils de repérage ?** (Ex : ADOSPA pour les adolescents, ASI pour toute addiction...)

• Alcool : -----                    • Tabac : -----

• Drogues illicites : -----                    • Autres : -----

- Quelles sont les informations recueillies ? → **(Objectiver avec un dossier médical)**

→ Informations sur couverture sociale      Oui  Non

→ Informations sur Médecin traitant      Oui  Non

→ Autres informations, lister : -----  
-----

- **Utilisez-vous ces informations dans la prise en charge de la personne, dans ses différentes dimensions ?**                    Oui  Non

→ **Qui a accès à ces informations ?** Préciser : -----

→ Comment partagez-vous le diagnostic ? Précisez : -----

### 3- Concernant l'accueil des personnes :

- Qui accueille les personnes dans la structure ? -----

- A quel moment sont-elles vues par un médecin ? -----

### 4- Recherchez-vous systématiquement les poly-consommations ? Oui Non

### 5- Que proposez-vous à un patient présentant des poly-consommations ?

- Prise en charge localement des poly-consommations

→ Lesquelles -----

- Prise en charge localement de la seule addiction à laquelle la structure s'est spécialisée

- Orientation systématique vers des structures adaptées Oui  Non

→ Si oui, lesquelles ? -----

- Y'a t'il des conventions formalisées ? Oui  Non

→ Si oui lesquelles ? -----

---

## III- PASSAGE EN CSAPA

*(Missions obligatoires : L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage.*

*Missions selon la spécialisation ou non en alcool ou drogue : Réduction des risques. Prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative (le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion).*

### 1- Quelle orientation avez-vous choisi en tant que CSAPA ? :

• Addictions  • Drogues illicites  • Alcool

• Pop. spécifiques (femmes, jeunes, précaires...), précisez : -----

### 2- Quelles dispositions ont été prises pour répondre aux missions obligatoires des CSAPA, concernant le public tout venant ?

- Disposez-vous des compétences pour procéder à l'évaluation médicale, psychologique et sociale des personnes ? Oui  Non

Si oui, précisez : -----

Si non, quelles perspectives pour remplir cette mission ?-----

-----



**3- Comment envisagez-vous votre évolution en CSAPA ?**

- Par rapport à l'organisation et au fonctionnement de la structure ? -----  
-----

- Par rapport aux partenariats ? -----

- En tant que structure gestionnaire, envisagez-vous une évolution ?    Oui     Non

Si oui, de quel ordre : -----

- Si l'orientation vers des structures plus adaptées est nécessaire :

→ **Modalités envisagées pour l'orientation de la personne** ?

• Info personne     • Contact avec la structure     • Contact avec les soignants

• Autres  précisez : -----

→ **Quelles modalités pour le retour d'info sur l'effectivité du relais** ? -----

→ Quelles structures identifiées pour l'orientation ? :-----

→ Rapprochements déjà effectués ?                                    Oui                                     Non

Si oui, de quel type ? Préciser : -----

Si non, perspectives de rapprochements ? :-----  
-----

→ Conventions "CSAPA" formalisées avec d'autres structures ?    Oui                                     Non

Si oui, lesquelles :-----

De quel type : -----

**4- De votre point de vue, qu'est-ce qui vous manque pour remplir la mission CSAPA ?**

Précisez :-----  
-----

**5- Avez-vous besoin d'être accompagné dans votre démarche CSAPA ?** Oui  Non

Expliquer : -----  
-----

\* Informations de la grille d'entretien qui ne figure pas dans le questionnaire en annexe 2

## **ANNEXE 2 :**

## **Questionnaire CSAPA**

### **I- INFORMATIONS GENERALES**

---

1- Nom et adresse de la structure : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2- Identité de l'organisme gestionnaire : \_\_\_\_\_

3- Type de structure : CSST  CCAA  Autres  préciser \_\_\_\_\_

4- Fonction (s) et qualification (s) du ou des répondants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### **II- FONCTIONNEMENT ACTUEL DE VOTRE STRUCTURE**

---

1- Type d'addiction pris en charge (une ou plusieurs réponses possibles) :

Alcool  Drogues illicites  Tabac

Médicaments psychotropes  Addictions sans substance (jeu pathologique...)

Poly-consommations  préciser \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2- Pouvez-vous préciser si toutes les personnes qui se présentent dans votre

structure voient le médecin de la structure, de façon systématique ? Oui  Non

- Si non, à combien estimez-vous (en pourcentage annuel) le nombre de personnes qui bénéficie d'une évaluation médicale au sein même de votre structure ? / \_\_\_\_\_ /

3- Quels types d'informations recueillez-vous systématiquement sur les personnes que vous recevez ?

→ Informations sur la couverture sociale Oui  Non

→ Informations sur le médecin traitant Oui  Non

→ Autres informations, lister les grands thèmes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4- Comment partagez-vous le diagnostic entre professionnels de la structure (médecins, psychologues, travailleurs sociaux...), pour la prise en charge de la personne ?**

Réunions  Dossier médical  Autres moyens

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5- Concernant l'accueil des personnes :**

- Quels professionnels accueillent les personnes dans la structure, en première ligne ?

\_\_\_\_\_

- A quelle étape sont-elles vues par un médecin ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6- Recherchez-vous systématiquement les poly-consommations ?** Oui  Non

**7- Que proposez-vous à un patient présentant des poly-consommations ?**

- Prise en charge localement des poly-consommations

→ Lesquelles -----

- Prise en charge localement de la seule addiction à laquelle la structure s'est spécialisée

- Orientation systématique vers des structures adaptées Oui  Non

→ Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Y'a t'il des conventions formalisées avec ces structures d'orientation ? Oui  Non

→ Si oui lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### III- PERSPECTIVES DE PASSAGE EN CSAPA DE VOTRE STRUCTURE

---

*(Missions obligatoires : L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage.*

*Missions selon la spécialisation ou non en alcool ou drogue : Réduction des risques. Prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative (le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion).*

**1- Quelle orientation avez-vous choisi en tant que CSAPA ? (plusieurs réponses possibles) :**

- Addictions
  - Drogues illicites
  - Alcool
  - Pop. spécifiques (femmes, jeunes, précaires...), précisez : \_\_\_\_\_
- 

**2- Pour ce qui concerne les dispositions pour répondre aux missions obligatoires des CSAPA, concernant le public tout venant :**

- Disposez-vous actuellement des compétences pour procéder à :

- l'évaluation médicale, Oui  Non
- l'évaluation psychologique Oui  Non
- l'évaluation sociale Oui  Non

Si non, quelles perspectives pour remplir cette mission ? \_\_\_\_\_

---

**3- Pour votre évolution en CSAPA, envisagez-vous des changements ?**

- En tant que structure gestionnaire : Oui  Non

Si oui, de quel ordre : \_\_\_\_\_

---

- Par rapport à l'organisation et au fonctionnement actuels de la structure : Oui  Non

→ Si oui, de quel type ? préciser \_\_\_\_\_

---

- Avez-vous effectué des rapprochements avec d'autres structures ? Oui  Non

→ De quel type ? (préciser le type de rapprochement et le nom de la ou des structures concernées)

- Fusion  \_\_\_\_\_
- Groupements de coopération  \_\_\_\_\_

• Autres , précisez : \_\_\_\_\_

→ Si non, avez-vous des perspectives de rapprochements en cours ou envisagées ?

Oui  Non , précisez : \_\_\_\_\_

- Conventions formalisées avec d'autres structures ? Oui  Non

Si oui, quelles structures et quel type de convention : \_\_\_\_\_

---

---

---

**4- De votre point de vue, qu'est-ce qui vous manque pour remplir la mission CSAPA ?**

Précisez : \_\_\_\_\_

---

---

---

**5- Avez-vous besoin d'être accompagné par la DASS dans votre démarche**

**CSAPA ?** Oui  Non

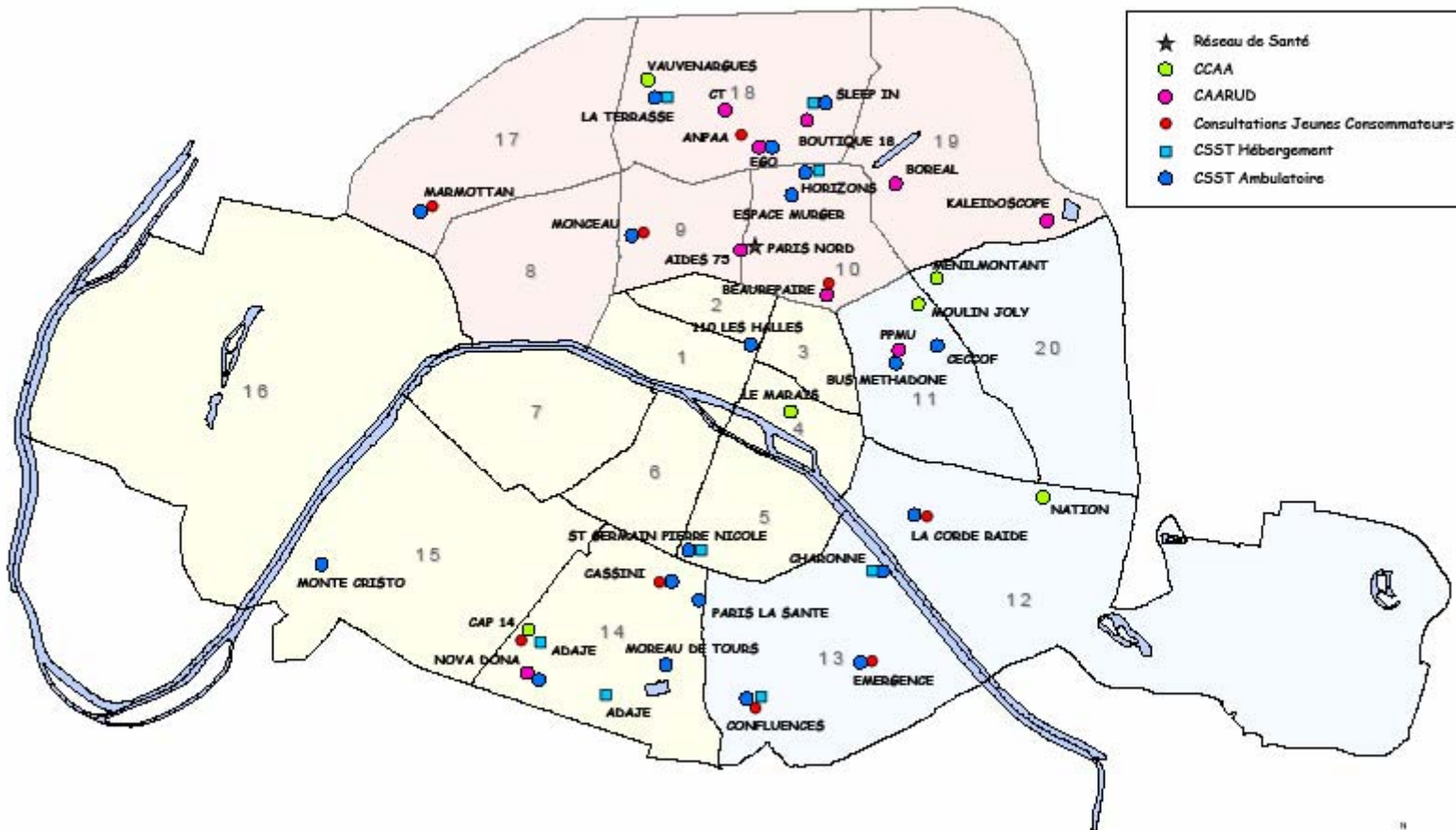
Expliquer : \_\_\_\_\_

---

---

---

## ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX - PARIS



- ★ Réseau de Santé
- CCAA
- CAARUD
- Consultations Jeunes Consommateurs
- CSST Hébergement
- CSST Ambulatoire



©DASS de Paris - Service Santé Publique et Populations - mise à jour le 27/01/2009  
 Source : IGN - Géoroute Raster (Cartosphère-IGN)

**ANNEXE 4 : Tableau d'analyse des informations recueillies  
pour 12 structures**

<b>Intitulés des Questions et des Réponses</b>	<b>Nombre de Réponses Positives</b>	<b>Pourcentage de Réponses Positives</b>
<u>Formation en addictologie du médecin responsable</u>		
- Enseignant en addictologie	5	41,7%
- Ancienneté en toxicomanie	4	33,3%
- Oui, formation en addictologie	3	25%
- Absence totale de formation en addictologie	0	0%
<u>Utilisation d'outils de repérage de la dépendance</u>		
- Dossier médical et/ou questionnaire interne	6	50%
- Pas d'outil de repérage	4	33,3%
- Questionnaire ASI	1	8,3%
- Questionnaire Abécédaire	1	8,3%
<u>Utilisation des informations dans la prise en charge de la personne</u>	11	91,6%
<u>L'accès aux informations recueillies</u>		
- Médecins	12	100%
- Infirmiers	6	50%
- Travailleurs sociaux	5	41,7%
- Psychologues	4	33,3%
<u>Modalités pour l'orientation de la personne</u>		
- Information de la personne	11	91,7%
- Contact avec la structure d'orientation	11	91,7%
- Contact avec les soignants de la structure d'orientation	9	75%
- Accompagnement physique	5	41,7%
<u>Retour d'informations sur l'effectivité du relais</u>		
- Par téléphone	4	33,3%
- Par le patient et sa famille	4	33,3%
- Par courrier	3	25%
- Par réunions mensuelles avec les autres structures	2	16,7%
- Réponse non précisée	1	8,3%

## **ANNEXE 5 : Interviews autour de la réforme mettant en place les CSAPA**

### **I- Interview auprès du bureau MC2 des pratiques addictives de la Direction Générale de la Santé (DGS)**

- 1- Quels sont vos rôles dans la réforme mettant en place les CSAPA ?
- 2- Comment s'est déroulée la mise en place des CSAPA ?
- 3- Pourquoi n'a-t-on pas mis en place des structures généralistes d'emblée ? Et, pourrait-on craindre avec les CSAPA un simple changement d'appellation pour un fonctionnement identique avec les structures actuelles ?
- 4- Quel changement pour l'utilisateur et sa prise en charge ?
- 5- Pensez-vous que les professionnels de l'addiction soient prêts à assumer les changements de pratiques qu'implique la réforme des CSAPA ?
- 6- Pourquoi le terme prévention dans le sigle CSAPA n'est qu'une mission facultative pour les structures ?
- 7- Quelles autres informations pouvez-vous nous donner sur les CSAPA ?

### **II- Interview auprès de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT)**

- 1- Qu'est-ce qui justifie les changements dans la prise en charge des addictions ?
- 2- Quel est le rôle de la MILDT dans la mise en place des CSAPA et dans la prise en charge des addictions ?
- 3- Est-il prévu que la MILDT finance le volet prévention des CSAPA ?
- 4- La mise en place des CSAPA peut-elle constituer une réponse suffisante aux problèmes des addictions en France ?