



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Médecin-Inspecteur de Santé Publique**

*Date du Jury : Avril 2001*

---

**L'addictologie : du concept  
à la mise en place d'un réseau  
L'exemple rennais**

---

**Manuel MUNOZ RIVERO**

## **REMERCIEMENTS :**

Au Dr BRUNET Christine pour la qualité de son accueil,  
sa disponibilité et ses conseils.

A Mr PALICOT pour son aide méthodologique au cours de  
ce mémoire.

A toutes les personnes rencontrées à l'occasion de ce  
travail.

# SOMMAIRE

<b>TABLE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>1</b>
<b>1 - INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>2 - L'ADDICTOLOGIE : UN PROCESSUS DE COMPRÉHENSION DE L'USAGE DE PRODUITS .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Quelques définitions .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 Les pratiques addictives : un problème de santé publique.....</b>	<b>7</b>
2.2.1 Des enjeux économiques .....	7
2.2.2 Des enjeux sanitaires .....	8
<b>2.3 Les pratiques addictives : l'évolution des consommations .....</b>	<b>10</b>
2.3.1 Approche par produit.....	10
2.3.2 La polyconsommation des jeunes : un phénomène massif.....	12
2.3.3 Un problème inquiétant : le tabagisme des femmes .....	12
<b>2.4 Vers une approche commune des pratiques addictives.....</b>	<b>13</b>
2.4.1 Des bases neurobiologiques communes .....	13
2.4.2 Une approche comportementale commune.....	14
<b>2.5 Conclusion et limites du concept .....</b>	<b>15</b>
<b>3 - ETAT DES LIEUX DANS L'AGGLOMÉRATION RENNAISE : UN BILAN CONTRASTÉ, MAIS UN DYNAMISME MANIFESTE.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Les structures spécialisées dans la prise en charge des addictions dans     l'agglomération de Rennes .....</b>	<b>16</b>
3.1.1 En alcoologie.....	16
3.1.2 En toxicomanie.....	19
3.1.3 En tabacologie.....	20
<b>3.2 Analyse quantitative de l'existant : un bilan contrasté .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Analyse qualitative du système de prise en charge des pratiques addictives     dans l'agglomération de Rennes : une volonté manifeste d'amélioration.....</b>	<b>25</b>
3.3.1 Une multiplicité d'idées et d'actions .....	25
3.3.2 Un système perfectible .....	26
<b>4 - ENTRETIENS ET RENCONTRES : ENJEUX ET LIMITES D'UN RÉSEAU EN ADDICTOLOGIE .....</b>	<b>28</b>

<b>4.1</b>	<b>La perception des acteurs sur les aspects communs et les aspects spécifiques</b>	<b>28</b>
4.1.1	Une approche selon la population concernée	29
4.1.2	Une approche selon les modalités de prise en charge	33
4.1.3	Une approche par produit	38
4.1.4	Synthèse	42
<b>4.2</b>	<b>Vers la création d'un réseau en addictologie</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>MISE EN PLACE D'UN RÉSEAU D'ADDICTOLOGIE SUR</b>	
	<b>L'AGGLOMÉRATION DE RENNES</b>	<b>45</b>
<b>5.1</b>	<b>Intérêt de la mise en place d'un réseau en addictologie</b>	<b>45</b>
5.1.1	Intérêts d'un travail en réseau	45
5.1.2	Intérêts d'un réseau en addictologie	46
<b>5.2</b>	<b>Faisabilité de la mise en place d'un réseau en addictologie</b>	<b>48</b>
5.2.1	Les obstacles culturels	48
5.2.2	Les obstacles institutionnels	49
5.2.3	Les obstacles juridiques	50
5.2.4	Les obstacles financiers	52
<b>5.3</b>	<b>Les modalités de mise en place d'un réseau d'addictologie dans</b>	
	<b>l'agglomération de Rennes</b>	<b>56</b>
5.3.1	L'état des lieux	57
5.3.2	Définition d'un thème fédérateur et d'objectifs communs	57
5.3.3	Définition de la population visée par le réseau	58
5.3.4	Définition du territoire géographique	61
5.3.5	Les activités du réseau	62
5.3.6	Organisation médico-sociale du réseau d'addictologie	64
5.3.7	Fonctionnement du réseau	66
5.3.8	Financement du réseau	66
5.3.9	Proposition de portrait-robot du futur réseau d'addictologie rennais	67
<b>6</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>68</b>
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>70</b>

## TABLE DES ABREVIATIONS

**ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

**AP – HP** : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

**ARH** : Agence régionale d'hospitalisation

**CCAA** : Centre de cure ambulatoire en alcoologie

**CCAS** : Centre communal d'action sociale

**CDAS** : Circonscription départementale d'action sociale

**CH** : Centre hospitalier

**CHGR** : Centre hospitalier psychiatrique Guillaume Régnier (Rennes)

**CHR** : Centre hospitalier régional

**CHS** : Centre hospitalier spécialisé (Centre hospitalier psychiatrique)

**CHU** : Centre hospitalo-universitaire

**CIM 10** : Classification internationale des maladies (10<sup>ième</sup> édition)

**CIRDD** : Centre d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances

**CNAMTS** : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

**CNIL** : Commission nationale de l'informatique et des libertés

**COSRA** : Coordination des soins et de la recherche en alcoologie (association)

**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

**CSP** : Code de la santé publique

**CSS** : Code de la sécurité sociale

**CSST(P)** : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (et pharmacodépendants)

**DDASS** : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

**DGS** : Direction générale de la santé

**DRASS** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

**DSM IV** : Diagnostic et statistiques des troubles mentaux (4<sup>ième</sup> édition)

**DU** : Diplôme universitaire

**FAQSV** : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

**Groupe RASCAS** : groupe de Réflexion sur les aspects communs et spécifiques à la prise en charge des différentes addictions

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

**MISP** : Médecin inspecteur de santé publique

**OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONDAM** : Objectif national de dépenses de l'assurance maladie

**ORS** : Observatoire régional de la santé

**PRS** : Programme régional de santé

**Réseau TREND** : Réseau Tendances récentes et nouvelles drogues

**SMPR** : Service médico-psychologique régional

**UCT** : Unité de coordination de tabacologie

**URCAM** : Union régionale des caisses d'assurance maladie

## 1 - INTRODUCTION

Il existe en France une volonté politique forte de modifier la représentation des consommations à problèmes de produits licites ou illicites, chez les soignants et la population. Sous l'impulsion de certaines personnalités du corps médical et de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie s'est développée progressivement une prise de conscience par les producteurs de soins de zones de convergences, de similitudes entre les différentes consommations.

Le Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, publié en juin 1999, réaffirme comme une priorité la lutte contre la drogue et a pour ambition le développement d'une culture commune à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, des soins et de la répression.

Historiquement, la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie s'est développée séparément et hors du droit commun, aboutissant à des structures spécialisées et cloisonnées. Le Plan Triennal propose une prise en charge plus précoce des consommateurs abusifs et préconise un rapprochement progressif des différents services. Un des objectifs du Plan Triennal est le développement et la structuration de réseaux ville-hôpital, compétents pour l'ensemble des conduites addictives.

En Bretagne, la Conférence régionale de santé de 1996 a retenu l'alcoolisme comme une des huit priorités régionales de santé. En 1998, le préfet adopte le Programme régional de santé (PRS) « Contre les alcoolisations excessives, les Bretons s'organisent ». En 1999, le lancement du Plan triennal et la nomination des chefs de projets départementaux de la MILDT entraîne l'élargissement du PRS alcool aux autres addictions. En 2000, le préfet nomme un coordonnateur régional de la MILDT.

A Rennes, certaines préconisations du Plan triennal avaient été anticipées par les professionnels de santé, en particulier dans le domaine de la prévention. Le système de soins spécialisé, relativement étoffé, apparaissait cloisonné.

Parti de l'hypothèse que l'amélioration de la coordination des équipes soignantes est un gage de qualité de prise en charge, la mise en place d'un réseau d'addictologie dans l'agglomération rennaise est apparue comme une réponse adéquate, non seulement aux priorités nationales et régionales, mais aussi aux modifications récentes de consommations de produits psychoactifs constatées dans la population française. La recherche des points communs et spécifiques aux différentes addictions<sup>1</sup>, avec les principaux responsables médicaux des services d'alcoologie, tabacologie et toxicomanies, permet de dégager des axes communs de prise en charge et d'initier une réflexion sur le futur réseau.

Ce travail se propose, après un bref rappel des bases théoriques de l'addictologie, de faire un état des lieux quantitatif et qualitatif du système spécialisé de prise en charges des conduites addictives sur l'agglomération rennaise. Puis sera dégagé à partir d'entretiens semi-directifs avec les principaux médecins responsables de ces services, les enjeux et les limites d'un système de soins coordonné en addictologie. Dans la dernière partie sera proposée une approche méthodologique de l'aide que peut apporter un médecin inspecteur de santé publique à la création d'un réseau d'addictologie sur l'agglomération de Rennes.

---

<sup>1</sup> Au niveau national, la Présidente de la MILDT a réuni le groupe de travail RASCAS (groupe de Réflexion sur les aspects communs et les aspects spécifiques à la prise en charge des addictions) avec pour objectifs « une réflexion méthodologique sur les aspects communs et spécifiques aux divers usages des différentes substances psychoactives et un réexamen des fondements théoriques et cliniques qui ont conduit à cette organisation de soins»



## **2 - L'ADDICTOLOGIE : UN PROCESSUS DE COMPREHENSION DE L'USAGE DE PRODUITS**

L'addictologie permet une approche conceptuelle nouvelle de la prise en charge des consommateurs à problèmes de produits licites et illicites.

Centrée sur les comportements, et non plus sur les produits, elle utilise des termes et des concepts nouveaux qu'il convient de définir (1-1).

Un bref rappel des conséquences en terme de santé publique (1-2) et de l'évolution des consommations en France (1-3) donne du relief aux enjeux sous-jacents à une approche commune des pratiques addictives (1-4).

### **2.1 QUELQUES DEFINITIONS**

Le mot addiction est un emprunt à la langue anglaise et désigne un attachement exclusif à quelque chose. Mais ce mot anglais (addict) dérive d'un ancien terme français désignant la situation d'asservissement d'un vassal endetté envers son suzerain.

Un concept nouveau se doit d'utiliser des termes précis, qui permettent à chacun des interlocuteurs de parler de la même chose, de se comprendre. Ce premier paragraphe définit les termes les plus fréquemment employés en addictologie.

**LE CONCEPT D'USAGE** correspond à un usage individuellement et socialement réglé, n'entraînant aucun dommage sanitaire et n'attendant aucune réponse en terme de prise en charge par le système de soins.

**L'USAGE A RISQUE** est un usage socialement admis, mais qui peut dans certaines circonstances entraîner des dommages potentiels (consommation d'alcool et conduite automobile par exemple)

### **L'USAGE NOCIF (ou l'abus) :**

Les définitions d'usage nocif ou d'abus sont tirées respectivement de la CIM 10<sup>2</sup> ou de la DSM IV<sup>3</sup>. Elles se caractérisent par un comportement répété de consommation et des dommages biologiques, psychologiques, sociaux, économiques et culturels induits.

### **LA DEPENDANCE :**

On utilisera la définition issue de la DSM IV(1994) où la dépendance est un comportement psychopathologique particulier associant désir compulsif de produit, syndrome de sevrage et accoutumance. La recherche et la consommation du produit organisent le temps et la vie du consommateur dépendant.

**L'USAGE A PROBLEMES** regroupe les notions de dépendance et d'abus.

**LA NOTION D'ADDICTION** : définition de Goodman (1990) qui peut-être résumée par : <<l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne. >>.

**L'ADDICTION = Usage nocif (ou abus) + dépendance**

---

<sup>2</sup> Classification Internationale des Maladies éditée par l'OMS

<sup>3</sup> Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux éditée par l'Association Américaine de Psychiatrie

**LES PRATIQUES ADDICTIVES** ne doivent pas être confondues avec la seule dépendance. Le concept de pratiques addictives, issu du constat d'un continuum évolutif et de déterminants communs, inclut l'usage, l'usage nocif et la dépendance.

Mais la reconnaissance de ce continuum entraîne la nécessité de s'accorder sur des seuils, qui permettent une définition précise, mesurable, reproductible de chaque comportement. Ainsi, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a défini le consommateur régulier d'alcool comme une personne ayant bu au moins un verre d'alcool la veille<sup>4</sup>, le consommateur régulier de tabac celui ayant fumé au moins une cigarette la veille. Mais où se termine l'usage et où commence l'abus ou de façon plus pragmatique, où se trouvent les limites entre la tolérance et la nécessité d'une intervention du système de soins ?<sup>5</sup>

**PRATIQUES ADDICTIVES = Usage + Usage à risque + Usage nocif (ou abus) +  
Dépendance**

## **2.2 LES PRATIQUES ADDICTIVES : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE**

### **2.2.1 Des enjeux économiques**

Selon le rapport 2000 de l'observatoire géopolitique des drogues, l'Union européenne serait devenue le plus important marché de stupéfiants au monde. Pierre Kopp, économiste chargé par la MILDT de chiffrer le coût des consommations abusives d'alcool, de tabac et de drogues illicites en France, est arrivé à la somme de 218 milliards de francs (2,68 % du PIB) :

- 115,4 milliards pour l'alcool
- 89,2 milliards pour le tabac
- 13,4 milliards pour les drogues illicites

---

<sup>4</sup> OFDT Indicateurs et tendances - 1999

<sup>5</sup> La Direction Générale de la Santé a mis en place un groupe de réflexion, chargé d'affiner ces seuils et de proposer des conduites à tenir.

Ce chiffre comprend les déficits de revenu et de production induits par les conséquences de ces consommations, ainsi que les dépenses de santé, les pertes sur les prélèvements obligatoires et les frais occasionnés aux assurances et aux administrations publiques<sup>6</sup>.

### 2.2.2 Des enjeux sanitaires

Mais derrière ces enjeux financiers colossaux se cachent des vies brisées :

- 60000 décès prématurés par an sont liés directement au tabac (3,5 millions par an dans le monde).
- 40 à 50000 décès prématurés par an sont directement liés à la consommation abusive d'alcool. Ces chiffres n'incluent pas les décès consécutifs à l'usage à risque d'alcool (accidents de la voie publique, accidents du travail, suicide...).
- On ne dispose pas en France de vision globale sur la mortalité des usagers de drogues illicites, mais elle est estimée à 547 décès par an, avec une diminution des décès par surdose depuis le milieu des années 1990 et plus récemment des décès par Sida.

La prévalence des consommations interpelle d'emblée :

- 15 millions de fumeurs réguliers,
- 3,3 millions de consommateurs d'alcool à problèmes,
- 150000 héroïnomanes en France<sup>7</sup>

La disproportion entre les besoins théoriques de la population et les moyens sanitaires en place nous oblige à réfléchir sur la place et le rôle que peut, et que doit jouer le système de soins sur des comportements éminemment sociaux.

---

<sup>6</sup> Pour mémoire, le chiffre d'affaire annuel de l'industrie mondiale du tabac est estimé à 2440 milliards de francs. En France, pour 1 franc de recette sous forme de taxe sur le tabac, la collectivité en dépense 2 pour les maladies qui lui sont imputables.

<sup>7</sup> Selon Indicateurs et tendances -1999 de l'OFDT, il y aurait en France 7,1 millions d'expérimentateurs occasionnels de drogues illicites (dont 6,8 millions pour le cannabis)

Différentes enquêtes montrent qu'en moyenne :

- 18 % des patients hospitalisés en médecine, chirurgie ou obstétrique ; 25% en psychiatrie ont un problème avec l'alcool.
- 20 à 25% des admissions aux urgences sont liées à des consommations excessives d'alcool réparties de la façon suivante :
  - 10% sont des intoxications alcooliques aiguës ou des situations de crises liées à l'abus d'alcool
  - 10% sont liées à une alcoolisation excessive et ses conséquences (traumatismes crâniens, traumatismes après rixes, accidents de la voie publique..)
  - 5% sont en rapport avec des complications de l'alcoolodépendance.
- 15,9% des patients adultes vus en médecine générale ont des problèmes avec l'alcool

Mais toute prise en charge a un préalable : le diagnostic ou le repérage, avec toutes ses difficultés pour définir une population de consommateurs puis pour les reconnaître en tant que tel. Un consensus semble se dégager autour de questionnaires standardisés qui permettent d'identifier des conduites à risque (le test DETA, version française du questionnaire CAGE, pour l'alcool et le test de Fagerström pour le tabac en sont deux exemples)

## 2.3 LES PRATIQUES ADDICTIVES : L'EVOLUTION DES CONSOMMATIONS

### 2.3.1 Approche par produit

#### 2.3.1.1 Le tabac

Le tabagisme, après une diminution de 12 % consécutive à la loi Evin, augmente de nouveau.

En France, un tiers de la population adulte fume régulièrement (au moins une cigarette par jour), avec un taux équivalent de fumeurs dans les professions de santé. Ce pourcentage atteint 50 % chez les jeunes adultes entre 18 et 24 ans.

Le tabac (avec un âge moyen d'initialisation de 14 ans) est devenu la porte d'entrée dans l'addiction et la dépendance :

- Non-fumeurs : 13 % de consommateurs occasionnels de haschich
- Fumeurs réguliers non dépendants : 40 % de consommateurs occasionnels de haschich
- Fumeurs dépendants : 56 à 82 % de consommateurs occasionnels de haschich selon les enquêtes.

#### 2.3.1.2 Les drogues illicites

L'usage de cannabis (usage occasionnel ou usage fréquent) est banalisé chez les jeunes, associé systématiquement à un tabagisme plus ou moins intense.

On retrouve en 1997 et 1998 un usage d'héroïne en diminution, en raison de la diffusion des produits de substitution et d'une certaine désaffection des jeunes vis à vis de ce produit.

Par contre l'usage des drogues de synthèse (psychostimulants ou hallucinogènes) et de la cocaïne se répand chez les jeunes.

### 2.3.1.3 Les médicaments psychoactifs

La consommation régulière de médicaments psychoactifs toucherait un Français sur 10 avec une prédominance nette chez les femmes. Il faut préciser que la distinction entre l'usage thérapeutique et le mésusage est impossible, mais un autre chiffre nous permet d'appréhender la gravité du problème : 8,7% des 18-19 ans ont pris un médicament psychoactif au cours de l'année.

### 2.3.1.4 L'alcool

La consommation d'alcool est un phénomène particulièrement étendu en France, malgré une diminution de la consommation moyenne d'alcool par habitant (exprimée en litre d'alcool) :

- 1 Français sur 5 consomme de l'alcool tous les jours
- 3 à 5 millions de personnes seraient buveurs à problème (défini par le test DETA)
- 1 à 2 millions seraient alcoolo-dépendants
- Chez les jeunes, on note une augmentation nette du nombre d'ivresse (un peu plus du quart des 12-19 ans ont déjà été ivres au cours de leur vie) et de la proportion des consommateurs réguliers pour des alcools autres que le vin.

### **2.3.2 La polyconsommation des jeunes : un phénomène massif**

La polyconsommation n'est pas un phénomène récent (alcool-tabac, héroïne-alcool-tabac...) mais son caractère massif et ses formes nouvelles chez les jeunes doivent être une source d'interrogation sur les compétences du système de soins à répondre à cette problématique.

La consommation festive avec association de multiples produits (licites ou illicites) chez les jeunes est devenue aujourd'hui un phénomène majeur. Le réseau Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues) a identifié une quarantaine d'associations différentes, dont les effets sur la santé sont méconnus. Mais plutôt que de polyconsommation, il est préférable de parler d'usages combinés dans le but de modifier les effets des différentes substances avec 4 grandes finalités :

- La maximalisation des effets
- L'équilibrage des effets
- La maîtrise des effets
- La fonction de rechange

### **2.3.3 Un problème inquiétant : le tabagisme des femmes**

Le tabagisme est depuis 10 ans en progression chez les jeunes en particulier chez les jeunes filles. Elles sont désormais plus fumeuses que les garçons, ce qui fait craindre une augmentation rapide des conséquences sanitaires (décuplement des décès féminins liés au tabac à l'horizon 2025 et doublement des décès masculins durant la même période). Les cancers du poumon pourraient devenir, comme aux Etats-Unis, la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Autre évolution importante, la proportion des femmes enceintes qui fument est passée de 10% en 1972 à 25% en 1995 avec des conséquences néfastes sur la grossesse et le nouveau-né (prématurité, retard de croissance intra-utérin, augmentation du risque de mort subite du nourrisson..).



## **2.4 VERS UNE APPROCHE COMMUNE DES PRATIQUES ADDICTIVES**

Le concept d'addictologie cherche à regrouper différentes pratiques (avec ou sans consommation de produits) qui peuvent aliéner la liberté d'une personne.

Ce concept tente, à partir du constat de l'asservissement de la vie d'un homme à une pratique, de dégager des bases communes aux différentes conduites de consommation pathologique et à certaines activités compulsives (conduite de jeu, d'achat, certaines formes de sexualité...)

### **2.4.1 Des bases neurobiologiques communes**

La complexité des phénomènes neuronaux mis en jeu lors de la consommation de produits psychoactifs a été étudiée et décrite par le rapport Roques et récemment par le rapport Reynaud-Parquet-Lagrue.

L'installation d'une pratique addictive serait la conséquence d'une dysrégulation des réseaux neuronaux d'adaptation de l'homme à son environnement. Quel que soit le produit entraînant une dépendance (alcool, nicotine, héroïne...), les substances activent les systèmes de récompense par l'intermédiaire des circuits dopaminergiques mésolimbiques.

L'analyse de ces bases biologiques communes amène à 3 questions pratiques :

- La notion de seuil

Il existe un seuil autour duquel fluctue la libération de dopamine par les neurones. Au-dessus du seuil, l'individu ressent la satisfaction, au-dessous un malaise, un manque.

La consommation de produits toxicomanogènes entraîne, non seulement la libération de dopamine et la sensation de bien être, mais aussi une augmentation du seuil. Cette élévation chronique du seuil augmente la probabilité de se retrouver en dessous et de ressentir un malaise poussant à rechercher la drogue.

Ce seuil est variable d'un individu à un autre, dépendant de facteurs génétiques et il se module au cours de la vie des personnes, en particulier lors des premières années de développement.

- La mémorisation des consommations

Les produits toxicomanogènes induisent une libération intense de dopamine, produisant des effets se prolongeant des dizaines de minutes, durant lesquelles tous les éléments de l'environnement seront associés à la récompense. Cette mémorisation des associations se maintient des mois, voire des années en l'absence de drogues et expliquent de nombreuses rechutes lors du contact de l'individu avec ces stimuli environnementaux (par exemple ancien héroïnomanes retrouvant ses compagnons de quartier, ancien fumeur retournant dans un bar...)

- Le déterminisme génétique

Différentes études sont en faveur d'un certain degré de déterminisme génétique des troubles addictifs, probablement d'origine polygénique et toujours fortement influencé par des facteurs environnementaux.

#### **2.4.2 Une approche comportementale commune**

Les addictions sont définies comme un processus par lequel un comportement, visant à produire du plaisir ou à soulager un malaise, s'organise et entraîne une perte de contrôle, malgré la connaissance par l'individu des effets négatifs (Goodman, 1990).

Dans l'approche psychodynamique, et notamment psychanalytique, la dépendance à un comportement répétitif serait le reflet d'un lien de dépendance à l'entourage le plus proche par achoppement du travail de l'adolescence (séparation-individualisation)

## 2.5 CONCLUSION ET LIMITES DU CONCEPT

Ces approches des pratiques addictives relativisent le rôle joué par le produit, et mettent en avant la spécificité personnelle, indissociable du milieu socioculturel.

Les réponses thérapeutiques en sortent bouleversées. La reconnaissance de l'usage nocif entraîne celle de l'usage réglé, récréatif, non pathologique de produits illicites. Ce bouleversement conceptuel permet le passage d'une réponse univoque à la dépendance : l'abstinence, à une réflexion plus large sur une politique de réduction des risques au niveau individuel, familial et social.

Loin des vocables stigmatisant d'alcooliques, de toxicomanes...le système de soins doit s'organiser pour aider les personnes à éviter le passage de l'usage réglé à l'usage à risque ou à l'usage abusif; et de l'usage abusif à la dépendance.

Cette approche a néanmoins ses limites : le respect des libertés individuelles. Il ne faut pas au nom de la Santé Publique partir à la recherche d'un monde ou d'une société utopique, où l'homme à la recherche d'une hypothétique liberté vis à vis de son environnement, nierait son plaisir, où la recherche de l'indépendance deviendrait elle-même une véritable addiction comportementale.

### **3 - ETAT DES LIEUX DANS L'AGGLOMERATION RENNAISE : UN BILAN CONTRASTE, MAIS UN DYNAMISME MANIFESTE**

La réflexion sur la mise en place d'un réseau coordonné de soins en addictologie passe par un inventaire précis des structures de prise en charge des addictions et de leurs modalités de fonctionnement. Cet inventaire, réalisé à partir de documents administratifs et de la rencontre des chefs de services, sera suivi d'une analyse quantitative et qualitative de l'existant.

#### **3.1 LES STRUCTURES SPECIALISEES DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS DANS L'AGGLOMERATION DE RENNES**

##### **3.1.1 En alcoologie**

- **Le Centre hospitalo-universitaire (CHU) de Rennes**

Dans le service d'hépatologie du CHU de Rennes existent actuellement 5 lits de sevrage, de début de cure et orientation, avec projet d'individualisation d'une *unité* fonctionnelle d'alcoologie au sein du service (5 à 8 lits de préparation au post cure).

Depuis 1995, une consultation interne d'alcoologie fonctionne dans le service d'hépatologie. Une équipe de liaison en alcoologie est en cours de constitution. Mais, dès à présent un médecin propose des conseils de soins à des patients hospitalisés dans d'autres services à la demande du médecin responsable. Le médecin alcoologue assure une permanence quotidienne au niveau du service d'accueil urgences du CHU (1h30 à 2h00 par jour ; une à deux consultations de patients sélectionnés par le service des urgences ; entretien bref et remise d'un document avec des coordonnées de soignants et des conseils simples).

Le renforcement de l'équipe de liaison doit permettre la mise en place :

- D'une permanence alcoologique par des infirmiers au niveau des urgences et un passage hebdomadaire dans les services pour le suivi des patients hospitalisés
- la constitution de groupes de thérapie collective comportementale assurés par un psychologue qui pourrait jouer le rôle de superviseur de l'équipe de liaison
- D'un programme de sensibilisation de l'ensemble des services du CHU aux différents types de consommations.

- **Le centre hospitalier spécialisé Guillaume Régnier (CHGR)**

L'ensemble des services de psychiatrie (8 secteurs) est amené à accueillir des patients en difficulté avec l'alcool, mais une réponse spécifique est apportée par : **Les IRIS**.

C'est une unité de 10 lits spécialisée dans la prise en charge de la pathologie alcoologique au centre Guillaume Régnier.

- **Le CCAA de Rennes**

Le département d'Ille et vilaine possède 5 Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), dont un situé à Rennes et rattaché au CHGR depuis 1995, initialement comme Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) devenu CCAA par le décret d'application de la loi de juillet 1975 paru le 29 décembre 1998. Depuis janvier 1999, les CCAA sont financés par l'assurance-maladie.

- **Le service médico-psychologique Régional (SMPR)**

Le SMPR, géré également par le CHGR a pour mission la prise en charge des pathologies mentales chez les détenus. Il a créé par ailleurs une unité fonctionnelle des comportements addictifs structurée en 2 pôles : un pôle pour la prise en compte des problèmes liés aux substances licites (alcool et psychotropes, une réflexion est en cours sur le tabac) et un pôle pour la prise en compte des problèmes liés aux substances illicites.

Dans le cadre de la consommation à problème de substances licites, et en particulier d'alcool, l'intervention comprend 5 temps distincts :

- Un dépistage médical systématique et global
- Un dépistage infirmier, qui constitue la première rencontre alcoologique, avec passation du test DETA
- Une réunion d'information sur les problèmes liés à l'alcool et les recours possibles
- Un groupe de parole
- Un atelier de relaxation

- **Le foyer de post-cure : L'Escale**

Il n'existe qu'un seul foyer de post-cure dans le département. Situé à Rennes, « L'escale » est orientée vers l'insertion professionnelle des anciens alcooliques.

- **La clinique privée Saint-laurent**

Clinique privée à but non lucratif, elle dispose de lits de médecine, chirurgie et psychiatrie. Elle assure de façon dispersée des cures de sevrage alcoologique (à compter du 1 juin 2000, mise en place d'une consultation de sevrage tabagique)

- **Les Associations d'anciens buveurs et la COSRA (Coordination des soins et de la recherche en Alcoologie)**

La COSRA, association loi 1901 créée en 1983 à partir des expériences professionnelles de ses membres fondateurs, a pour volonté de regrouper des compétences variées et d'initier un partenariat entre psychologues, médecins, acteurs sociaux, associations d'aide aux malades et aux familles. Cette association, très dynamique, travaille localement avec les principaux intervenants en alcoologie, tout en menant une réflexion plus large au niveau départemental, régional et national.

La COSRA a mis en place, en décembre 1999, une expérience de formation du personnel des urgences, du CHU et des centres hospitaliers du département, particulièrement intéressante à double titre :

- par son caractère innovant ( une seule expérience de ce type semble avoir été mise en place à l'hôpital Beaujon de l'AP-HP d'après des sources ANAES)
- par la prise en compte des différents types d'usage

L'objectif principal de cette formation est de définir des protocoles adaptés aux diverses situations de consommation excessive, en soulignant l'intérêt d'une intervention brève (sensibilisation des personnes à l'occasion de leurs passages aux urgences).

Les associations d'anciens buveurs sont nombreuses au niveau du département et très présentes au sein de la COSRA.

### **3.1.2 En toxicomanie**

- **Au centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR)**

Le CHGR gère le Centre spécialisé de soins aux toxicomanes et pharmacodépendants<sup>8</sup> (CSSTP) qui se compose :

- De l'Envol : un centre de séjour qui assure des cures, des post-cures et la prise en charge en résidentiel de personnes toxicomanes sous traitement de substitution et présentant des difficultés psychologiques.
- D'un centre d'accueil : espace de consultation, d'orientation et prescription de traitement de substitution (buprénorphine).
- D'un « centre méthadone » : où est assuré la prescription et la distribution initiale de ce produit de substitution.
- De 3 places d'appartements thérapeutiques-relais pour toxicomanes et pharmacodépendants
- D'antennes de consultations sur St-brieuc, St-malo, Vitré et Fougères.
- D'un réseau ville-hôpital toxicomanie

L'Agence régionale d'hospitalisation a voté, en juillet 2000, une allocation de 600000F pour la création d'une équipe de liaison en addictologie.

Le CHGR gère le Service médico-psychologique régional (SMPR) où a été créée une unité fonctionnelle des comportements addictifs liés aux consommations de produits licites et illicites.

Le SMPR travaille en partenariat avec le CSSTP.

### **3.1.3 En tabacologie**

- **Au CHU de Rennes**

Il existe une unité d'aide au sevrage tabagique développée dans le service de pneumologie. Ces consultations sont réalisées, au cours de 2 vacations par semaine, par un pneumologue terminant un diplôme inter-universitaire de tabacologie.

La commission exécutive de l'Agence régionale d'hospitalisation a voté le renforcement des moyens des sites existants de sevrage tabagique. Le projet vise à augmenter le nombre de vacations à 5 par semaine avec pour objectif la prise en charge de 500 personnes par an et a incité au développement d'unité de coordination de tabacologie, à partir du CHU de Rennes. Le réseau hôpital sans tabac est actuellement au point mort<sup>9</sup>.

- **La clinique St-Laurent**

Clinique privée à but non lucratif, elle a pour projet de développer une consultation d'aide au sevrage.

---

<sup>8</sup> Conformément au décret n° 92-590 du 29 juin 1992

<sup>9</sup> L'ANAES a rajouté dans son manuel d'accréditation et dans le référentiel concernant la prise en charge des patients, 2 critères :

<< l'établissement met en œuvre une politique de prévention du tabagisme >>

<< le patient bénéficie d'action d'éducation pour la santé correspondant à ses besoins >> (sont cités la prévention et le sevrage du tabagisme et de l'alcoolisme)



### 3.2 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'EXISTANT : UN BILAN CONTRASTE

Les remarques faites par la MILDT sur le système de prises en charge des addictions au niveau national peuvent être retranscrites au niveau de l'agglomération de Rennes (265 652 habitants)<sup>10</sup> :

- Le dispositif de prise en charge des toxicomanes est relativement étoffé et performant.
- Le dispositif de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool est modeste au vu des besoins théoriques de la population. Une extrapolation des estimations nationales au niveau départemental donne les résultats suivants (avec une hypothèse basse) :
  - 32 000 alcoolo-dépendants
  - 76 000 buveurs abusifs

parmi la population des plus de 20 ans.

- Le dispositif de lutte anti-tabac reste embryonnaire, sans commune mesure avec l'importance (sanitaire et économique) de ce problème de santé publique. Selon le rapport Tobelem 2000, pour prendre en charge 10% des fumeurs qui désirent s'arrêter de fumer, il conviendrait de mettre en place 1 consultation pour 10 000 fumeurs ou 30 000 habitants<sup>11</sup>. Quelle que soit l'unité géographique retenue, département, zone d'emploi ou agglomération, le déficit du dispositif est marqué.

---

<sup>10</sup> Source INSEE (recensement 1999) : le département d'Ille et Vilaine est peuplé de 867 873 habitants, dont 578 873 sur la zone d'emploi de Rennes. L'agglomération rennaise est composée de plusieurs communes où se trouve un ensemble d'habitations qui présentent entre elles une continuité et comportent au moins 2000 habitants. L'agglomération de Rennes enregistre la troisième croissance de population au niveau national, après l'agglomération de Toulouse et de Montpellier.

<sup>11</sup> Seule la région Nord-Pas de Calais peut se prévaloir de ce ratio

Il est intéressant de comparer l'existant sur l'agglomération de Rennes au référentiel proposé par le rapport Reynaud-Parquet-Lagrue (1999). Ce référentiel a une valeur normative relative et propose de faire une liste des éléments nécessaires à un dispositif coordonné et efficace de soins en addictologie.

### Tableau comparatif

(du système de soin actuel dans l'agglomération de Rennes à celui du système coordonné de soins en addictologie proposé par le rapport Reynaud-Parquet-Lagrue)

Référentiel	Agglomération de Rennes (265 652 hab.)
Outils de prévention et d'information efficaces et coordonnés	CDPA <sup>12</sup> ; CIRDD <sup>13</sup> ; AATPF <sup>14</sup> ; CODESS <sup>15</sup> , FMC <sup>16</sup> ...
Réseau ville-hôpital (s'appuyant sur les CCAA, CSST, les associations de médecins généralistes...)	1 réseau spécialisé en toxicomanie s'appuyant sur le CSST
CCAA (1/100000 hab.)	1 CCAA sur Rennes fonctionnant 40 h par semaine
CSST	1 CSST
Un centre de tabacologie (équipe pluridisciplinaire, centre de référence)	Non
Consultations spécialisées	Dispositif complet (tabac-alcool-toxicomanie)
Equipe d'addictologie de liaison (tous les hôpitaux)	Equipe d'alcoologie de liaison au CHU et une équipe d'addictologie de liaison au CH psychiatrique, mais il faut noter l'absence d'unité de coordination de tabacologie (UCT)
Unité hospitalière d'addictologie	Non, mais une unité cure et post-cure toxicomanie et 2 unités d'alcoologie de 5 lits au CHU et de 10 lits au CH psychiatrique
Hôpital de jour	Non

<sup>12</sup> CDPA : Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme

<sup>13</sup> CIRDD : Centre d'Information et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances

<sup>14</sup> AATPF : Association d'Aide aux Toxicomanes, de Prévention et de Formation

<sup>15</sup> CODESS : Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale

<sup>16</sup> FMC : Formation Médicale Continue

Les structures de prévention sont multiples. Le CIRDD, ouvert en avril 2000, devrait en favoriser la coordination. Il a été créé par les principales structures chargées de la prévention dans le département (AATPF, CODESS, CDPA et CPAM). Il a pour missions :

- De recenser et de diffuser l'information sur l'ensemble des drogues et des dépendances
- De développer au niveau local des dynamiques de prévention
- De dynamiser un réseau de compétences et de correspondants locaux
- D'assurer un conseil et un soutien méthodologique auprès des professionnels locaux
- D'aider le chef de projet MILDT

Le plan départemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, élaboré avec l'ensemble des services concernés de l'Etat, des collectivités territoriales et des associations, doit permettre de fixer des objectifs communs, de coordonner leurs actions et mettre en commun des moyens.

La création d'une unité hospitalière spécialisée en addictologie ne fait pas pour l'instant l'unanimité dans le milieu scientifique français. Doit-on créer des lits d'addictologie ou utiliser l'existant en fédérant les compétences ?

Deux structures font cruellement défaut à ce système de soins : le centre de référence en tabacologie et un hôpital de jour en addictologie.

- **Le centre de référence en tabacologie** (encouragée par la Ligue Nationale contre le cancer) a pour objectif premier la prise en charge des cas graves de dépendance tabagique. A ses missions thérapeutiques s'associent des missions d'enseignement (intra et extra-hospitalier), de recherche et d'animation d'un travail coordonné en réseau pour ses patients<sup>17</sup>. La mise en place d'un centre de tabacologie impose le financement d'une équipe multidisciplinaire, proposant une activité hebdomadaire à temps complet. Actuellement, seul 15 centres de tabacologie fonctionnent sur le territoire national, alors que le rapport Tobelem préconise la création d'un centre par département.

---

<sup>17</sup> Conférence de consensus « Arrêt de la consommation de tabac » 8-9 octobre 1998

- **L'unité de coordination de tabacologie (UCT)** est une équipe de liaison en tabacologie, chargée de former et soutenir les équipes soignantes, d'intervenir auprès des patients hospitalisés et de mener des actions de formation et de prévention au sein des établissements de santé<sup>18</sup>. Ce rôle de coordination et d'actions dans la prise en charge du tabagique est primordial, cependant en présence d'un centre de référence en tabacologie, les missions de l'UCT pourraient être déléguées à une équipe de liaison en addictologie<sup>19</sup> renforcée, avec pour mission une prise en charge globale du patient, non plus centrée sur le produit, mais bien sur le comportement de consommation.
  
- **L'hôpital de jour en addictologie** ou du moins dans un premier temps un hôpital de jour en alcoologie apparaît prioritaire dans un système coordonné de soins. En effet, les alternatives ambulatoires proposent une prise en charge multidisciplinaire, moins discriminante pour le patient qui peut garder une activité professionnelle et surtout une vie familiale et sociale normale. Ces alternatives pourraient peut-être se révéler moins coûteuses. La prise en charge ambulatoire ne doit pas être proposée au cas les plus difficiles ou aux patients ayant besoin d'une rupture avec leurs milieux de vie habituels. Mais elle paraît logique dans :
  - Dans 70 à 90% des sevrages de patient alcoolodépendants<sup>20</sup>
  - Dans la prise en charge des dépendances fortes au tabac et des polyconsommation alcool/tabac.

---

<sup>18</sup> Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie

<sup>19</sup> Circulaire DHOS/O2-DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives

<sup>20</sup> Selon la conférence de consensus « Objectifs, indications et modalités de sevrage du patient alcoolodépendant » 1999, seuls 10 à 30% des patients dépendants de l'alcool devraient être exclus du sevrage ambulatoire.

La création ou le renforcement des équipes de liaison au CH psychiatrique ou au CHU améliore le recrutement et la prise en charge des consommateurs à problème.

Il est nécessaire, dès à présent, de réfléchir au renforcement des structures d'aval. Les CCAA doivent être renforcés en nombres ou en effectifs. Les médecins généralistes doivent retrouver une place centrale dans la prise en charge des conduites addictives. Si la formation initiale et continue est nécessaire, l'expérience montre qu'elle n'est pas suffisante. La reconnaissance, y compris financière, des difficultés et du temps nécessaire à un travail de qualité reste un préalable.

### **3.3 ANALYSE QUALITATIVE DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DES PRATIQUES ADDICTIVES DANS L'AGGLOMERATION DE RENNES : UNE VOLONTE MANIFESTE D'AMELIORATION**

#### **3.3.1 Une multiplicité d'idées et d'actions**

La volonté nationale de la MILDT, à travers le Plan triennal de lutte contre la drogue et les dépendances (1999-2001) est répercutée dans la politique menée au niveau local. Des fonds ont été débloqués pour renforcer les moyens de lutte contre le tabagisme. Une équipe de liaison en alcoologie au CHU et une équipe de liaison en addictologie au CH psychiatrique ont été financées en 2000, et vont se mettre en place. La prise en charge des personnes détenues a été améliorée, avec en particulier des interventions novatrices en matière de prise en charge des consommations à problèmes liées aux substances licites.

Cette volonté institutionnelle est relayée par les principaux acteurs du système de soins. Le dynamisme des intervenants spécialisés est manifeste avec une volonté de réfléchir sur leurs propres modes d'exercice et à la promotion de nouvelles stratégies de soins.

- Exemples en alcoologie : formation du personnel des urgences en intégrant les différents types d'usage par la COSRA, mise en place de permanences d'accueil aux urgences proposant un entretien bref et la remise d'un petit document...
- Exemple en toxicomanie où les structures spécialisées proposent une palette complète de réponses (au sevrage, à la substitution... par le biais de consultations, de centre de séjour, centre méthadone, d'un réseau ville-hôpital...)
- Exemple en tabacologie, où malgré des moyens très faibles, a débuté un travail de formation et de sensibilisation à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

Le CHU, le CHGR et les centres hospitaliers de Fougères, Redon et Vitré ont adhéré à la communauté d'établissement<sup>21</sup> du secteur sanitaire n°5, dont un des objectifs est la prise en charge des patients alcooliques ou souffrant d'autres conduites addictives.

### **3.3.2 Un système perfectible**

Le système de prise en charge des pratiques addictives reste néanmoins perfectible. Les différentes structures sont cloisonnées, axées principalement sur la dépendance et son versant thérapeutique : le sevrage. Conséquence historique de l'approche par produit, ces structures spécialisées, outre leurs cloisonnements, aggravent la stigmatisation des patients pris en charge : les alcooliques, les héroïnomanes, tout en négligeant le type de consommateur (simple consommateur, consommateur à risque, consommateur abusif et dépendant). Un travail récent sur les dispositifs départementaux de lutte contre les dépendances dans le département d'Ille et Vilaine conclut que le principe de la démarche volontaire du patient alcoolo-dépendant (motivation-contrat) conduit à une sélection des patients par le corps médical qui permet d'adapter la demande à l'offre, quels que soient les besoins. L'apparente (et relative) homogénéité des populations prises en charge résulterait du type de sélection plutôt que d'une orientation raisonnée à partir de critères cliniques et thérapeutiques. Cette homogénéité artificielle des groupes (âge, sexe, niveau social..) dans les différents services n'est pas le reflet de la répartition des consommateurs dans la population générale, elle aggrave la stigmatisation du consommateur d'alcool, réduit à l'alcoolo-dépendant, du consommateur de drogues illicites réduit au "drogué" et accentue le sentiment de non-appartenance à ce groupe des autres consommateurs excessifs. Cette approche spécialisée par produit et pour un groupe précis de consommateurs, les dépendants, trouve ses limites lors de la prise en charge des polyconsommateurs (alcool-tabac, héroïne-alcool-tabac...). En général, la ou les autres addictions sont minimisées ou parfois négligées.

---

<sup>21</sup> circulaire DH/EO n°277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements

Dernière faiblesse, les liens avec la médecine de ville et le secteur social extra-hospitalier sont réduits et rarement formalisés. Il existe une relative méconnaissance réciproque entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire. Les médecins hospitaliers se plaignent du peu d'intérêt manifesté par les médecins de ville durant l'hospitalisation de leurs patients, les médecins de ville de la difficulté à identifier et à contacter des référents hospitaliers. Cette absence de relation a une conséquence importante sur l'orientation des patients selon leurs caractéristiques vers l'intervenant spécialisé qui proposera une prise en charge adaptée à un comportement ou à un profil de consommation particulier. Aujourd'hui le choix de l'unité est le plus souvent fonction des places disponibles et du produit posant problème dans le moment. L'orientation est rarement la conséquence d'un bilan et d'un diagnostic du soignant aboutissant au choix du service le mieux adapté à une prise en charge globale du comportement de consommation du patient. La méconnaissance ou la non-reconnaissance des compétences de chacun entraînent une perte d'efficacité de la filière de soins.

Cette analyse quantitative et qualitative du système de soins, centré sur les conduites addictives, mérite d'être affinée par une série d'entretiens avec les principaux responsables de ces services. Ces entretiens devraient permettre de percevoir les capacités de changement, les enjeux et les zones de résistance à la mise en place d'un réseau d'addictologie.

## **4 - ENTRETIENS ET RENCONTRES : ENJEUX ET LIMITES D'UN RESEAU EN ADDICTOLOGIE**

Les entretiens ont consisté en une série de rencontres individuelles avec les principaux intervenants hospitaliers en alcoologie (versant psychiatrique et versant somatique), en toxicomanie et en tabacologie, ainsi qu'avec un médecin généraliste, coordonnateur d'un réseau ville-hôpital toxicomanie et un médecin inspecteur régional du travail. Cette étude a été menée sur l'agglomération de Rennes durant le second semestre 2000.

Cette première série d'entretiens a permis de dégager la perception des acteurs sur les aspects communs et les aspects spécifiques des différentes pratiques addictives. L'objectif de cette partie est la mise en évidence d'un socle commun dans la prise en charge chez les professionnels rennais.

Cette phase de travail a permis, dans un second temps, d'organiser des réunions entre l'ensemble de ces personnes. Ces rencontres ont été organisées à la DDASS d'Ille et Vilaine, sous la responsabilité d'un médecin inspecteur de santé publique, chef de projet MILDT autour du thème : mise en place d'un système coordonné de soins en addictologie dans l'agglomération de Rennes.

### **4.1 LA PERCEPTION DES ACTEURS SUR LES ASPECTS COMMUNS ET LES ASPECTS SPECIFIQUES**

Sans avoir la prétention de faire une enquête sociologique, l'analyse des entretiens individuels sera agrémentée de phrases tirées des interviews. Sans citer les auteurs, il sera précisé la spécialité dans laquelle ils travaillent.

L'analyse a permis de structurer cette partie en 3 approches :

- Une approche populationnelle, cernant l'enjeu d'un lieu commun de consultation
- Une approche thérapeutique avec ses enjeux de coordination, de coopération et d'interprofessionnalité
- Une approche produit structurant le système de soins actuel



## 4.1.1 Une approche selon la population concernée

### 4.1.1.1 Des populations qui apparaissent différentes

- **Une différence : reflet de la perception des acteurs**

*« il existe des différences majeures entre l'héroïne, interdite, l'alcool, interdit dans certaines circonstances, et le tabac autorisé. Il existe un risque de stigmatisation du fumeur. Pourquoi pas de l'obèse...tout le monde est dépendant de la nourriture, seuls quelques uns ont des problèmes »* (Médecin généraliste, coordonnateur de réseau)

*« une prise en charge sur un lieu commun nous fait craindre que certains patients puissent découvrir de nouveaux produits »* (Alcoologue)

Les intervenants se représentent les populations comme différentes les unes des autres sans pour autant nier qu'une partie de celle-ci reste inclassable. Où placer les polyconsommateurs dans une segmentation catégorielle de tabagique, alcoolique ou toxicomane. Trois raisons principales semblent à l'origine de cette perception artificiellement découpée :

- L'opinion des médecins n'est que le reflet de celle de la société dans laquelle ils exercent.
- Durant la formation médicale initiale, les addictions sont abordées par produit, sans approche transversale du comportement de consommation.
- La spécialisation des intervenants est garante d'excellence, mais rend difficile une approche globale de la personne.

- **Une différence : reflet de la perception de sa propre consommation**

*« il existe une population commune et une population plus spécifique qui ne désire pas être mélangée...elles ne peuvent pas s'identifier l'une à l'autre...c'est déjà difficile à l'intérieur d'un groupe d'alcooliques » (Alcoologue)*

Selon les médecins rencontrés, ces populations refusent de s'identifier les unes aux autres ce qui justifient des lieux de consultation séparés.

Ce constat est le reflet de la stigmatisation ou à contrario de la tolérance de telle ou telle pratique addictive. Elles apparaissent hiérarchisées sur une échelle de tolérance selon le produit (le tabagisme en haut de l'échelle, la toxicomanie en bas, l'alcoolisme entre les deux) mais aussi selon les pratiques de consommation (l'exemple de l'alcoolisme est caricatural avec une consommation festive valorisée, y compris l'ivresse et une alcoolodépendance "honteuse"). Il est intéressant de constater que l'abstinence n'est pas toujours en haut de l'échelle de représentation, mais surtout que sa position est mobile et peut s'améliorer comme dans le cas de l'abstinence tabagique.

- **Une différence liée à l'âge des patients**

*<< comment faire cohabiter un "papi" cirrhotique, bien inséré et un jeune adulte ayant une consommation abusive d'alcool ?>> (Alcoologue)*

Mais ce n'est pas tant l'âge de la consommation abusive qui distingue les populations que l'âge de prise en charge proposé par le système de soins aujourd'hui.

Actuellement, le système de soin spécialisé se limite, dans la grande majorité des cas, à la prise en charge des dépendances.

L'addictologie propose une prise en compte des usages abusifs, précédant dans le cas de l'alcool d'une quinzaine d'années la dépendance.

- **Une différence liée aux profils psychopathologiques**

« on trouve chez les tabagiques, tous les profils psychopathologiques » (Tabacologue)

Les profils psycho-pathologiques de l'alcoolique, du tabagique ou du toxicomane apparaissent le plus souvent différents les uns des autres, mais chacun des intervenants souligne, dans le même temps, l'existence d'un substratum psychique commun.

« le profil psychologique de très gros fumeurs et de certains héroïnomanes est assez similaire » (Médecin généraliste, coordonnateur de réseau)

L'approche par produit apparaît de nouveau non pertinente. S'il est difficile de trouver des composants psychiques communs à un fumeur régulier d'une cigarette par jour et un alcoolo-dépendant, ce n'est pas le cas entre un fumeur compulsif de 3 paquets par jour, par exemple, et un alcoolo-dépendant. Ne peut-on pas trouver un profil psycho-pathologique similaire chez les jeunes consommateurs d'alcool à la recherche d'une "défonce" rapide et l'héroïnomane qui se "shoote" ?

Le simple changement d'angle de vision modifie l'image des consommateurs, et plus que le produit, c'est bien le type de consommation qui prévaut.

#### 4.1.1.2 Aspects communs des populations

Même si les acteurs rencontrés pointent certaines caractéristiques spécifiques à chacune des addictions, ils soulignent dans le même temps les nombreux points communs qui les rapprochent.

- **Un fondement clinique commun**

*« certains aspects (du profil psychopathologique) sont communs, par exemple la fragilité narcissique, les conduites de répétition, la recherche d'un effet rapide par rapport à un produit »* (Spécialiste de la toxicomanie)

D'autre part des situations de vie sont signalées comme particulièrement fréquentes chez les consommateurs à problèmes, en particulier les dépendants :

- carence ou trop plein émotionnel,
- difficultés rencontrées dans l'enfance,
- traumatismes affectifs

- **Un type commun de rapport au produit**

*« L'addiction est un type de rapport aux produits ou plutôt au monde »* (Médecin généraliste, coordonnateur de réseau)

Les addictions peuvent être considérées comme un type de rapport aux produits et plus généralement au monde extérieur avec une difficulté à respecter une limite dans la consommation ou l'utilisation d'un produit ou d'un bien. Ce constat oblige les soignants à réfléchir sur le rôle de "béquille" que peut jouer la consommation d'un produit et sur les conséquences, pour le patient, de l'abandon de cette béquille pour continuer à marcher sur le long chemin de la vie.

*« tant que nous vivons, nous sommes dépendants (de quelqu'un ou de quelque chose) »*  
(Médecin généraliste, coordonnateur de réseau)

La question est posée en qualité de dépendance qui permet de s'épanouir, de donner le meilleur de nous même, sans nous aliéner.

- **Des formes de consommation communes**

*« il existe une difficulté à intégrer une limite dans la consommation de ces produits »*

(Alcoologue)

On retrouve le même type de consommateurs pour les différents produits (fumeur occasionnel- buveurs occasionnels – héroïnomanes occasionnels ou à l'autre extrémité le gros fumeur, l'alcoolodépendant et l'héroïnomanes)

Si on oublie le produit pour se concentrer sur les modalités de consommation, on s'aperçoit que des frontières infranchissables s'estompent. Les approches thérapeutiques, à priori très différentes entre le sevrage tabagique d'un "gros fumeur" et le sevrage d'un héroïnomanes ne sont plus aussi nettes, l'un et l'autre nécessitent une approche médico-psycho-sociale.

#### **4.1.2 Une approche selon les modalités de prise en charge**

##### 4.1.2.1 Aspects spécifiques dans l'approche thérapeutique des différentes pratiques addictives

- **Des protocoles de soins spécifiques plus ou moins adaptés aux patients**

*« Le contrat de soins est incontournable, sauf au début de la prise en charge de l'addiction »*

(Alcoologue)

La démarche volontaire de demande de sevrage est un mode d'évaluation de la motivation du patient par le corps médical. Cette demande entraîne une forme de sélection préalable du patient, qui exclut la grande majorité des consommateurs abusifs, mais aussi des dépendants. Dans ce cadre, les patients apparaissent plus ou moins bien adaptés aux traitements proposés. L'alcoolique apparaît ainsi « plus lisse », et il apparaît plus difficile à un spécialiste de la toxicomanie d'établir avec lui une relation thérapeutique efficace. A l'inverse les spécialistes de l'alcoologie peuvent être désarmés devant les revendications d'un jeune toxicomanes.

« le toxicomane s'adapte moins bien à un contrat... (dans le cadre d'une psychothérapie de groupe) il risque de créer une "incohésion" du groupe, d'être un leader qui déstabilise le groupe » (Alcoologue)

« L'alcoolique a besoin d'un étayage alors que le toxicomane a plus souvent besoin de s'affranchir » (Alcoologue)

- **L'absence de substitution en alcoologie (contrairement au tabac ou à l'héroïne)**

« le timbre (nicotinique) est exactement l'équivalent du traitement par la méthadone » (Médecin généraliste, coordonnateur de réseau)

Le tabagisme est un facteur de risque majeur de pathologie cardio-vasculaire et pneumologique. A ce titre, il doit être recherché systématiquement et faire l'objet d'une proposition de prise en charge. Si l'abstinence est la solution idéale, il n'y a aucune raison de négliger toute forme de réduction des risques ( en particulier la diminution de consommation).

« on doit chercher des produits de substitution dans le cadre du sevrage d'alcool, sinon il y aura une recrudescence de la prise de produits psychoactifs » (Spécialiste de la toxicomanie)

Dans le cadre de la prise en charge alcoologique, non seulement il n'existe pas de produit de substitution, mais la politique de réduction des risques reste insuffisante.

#### 4.1.2.2 Aspects communs dans l'approche thérapeutique des différentes addictions

- **La place centrale du médecin dans la prise en charge**

Les acteurs interrogés estiment que le médecin a une place centrale et unique à jouer dans un dispositif coordonné de soins pour 2 raisons principales :

- La nécessité d'un bilan préalable avec pour objectif la recherche des complications liées aux consommations.
- La nécessité d'une surveillance médicalisée, essentiellement lors du sevrage de l'alcoolique ou du toxicomane.

Ce constat est vrai dans le contexte actuel d'un système de soins orienté principalement sur le sevrage. L'enjeu principal de l'addictologie est de s'ouvrir sur l'ensemble des usages induisant des conséquences négatives sur la santé d'une personne. Dans ce cadre là, le rôle du médecin reste majeur, mais plus obligatoirement central. Vu les besoins théoriques et la déflation de la démographie médicale, le développement d'un système de soins coordonnés ne pourra se passer d'une réflexion de fond sur la valorisation des compétences de l'ensemble du personnel du système de soins et sur la place spécifique que doivent y jouer les médecins spécialisés et les médecins généralistes.

- **Des modalités thérapeutiques communes**

Sans remettre en cause les spécificités thérapeutiques de chaque spécialité, les personnes interviewées reconnaissent l'intérêt des thérapies de groupe et des politiques de réduction des risques dans la prise en charge des différentes addictions.

*« le traitement du tabagisme bénéficierait beaucoup d'une approche médico-psycho-sociale »* (Médecin généraliste, coordonnateur de réseau)

Tous s'accordent sur l'importance d'une prise en charge médico-psycho-sociale par une équipe multidisciplinaire.

*« il faut laisser du temps aux personnes pour expérimenter la solitude (liée à l'absence du produit) »* (Spécialiste de la toxicomanie)

Autre élément primordial, les projets de soins s'inscrivent tous dans le long terme.

Cet élément doit nous faire réfléchir aux adaptations nécessaires du système de soins qui doit dans le même temps proposer une prise en charge durable, acceptable financièrement et veillant à maintenir ou à réinsérer le patient dans son environnement social et familial.

- **Une réponse thérapeutique adaptée au type d'usage**

*« dans certains cas, il faut remplacer un geste par un autre à priori moins dangereux »*  
(Médecin généraliste, coordonnateur de réseau)

*« la politique de modulation de la consommation, de recherche d'un nouvel équilibre apparaît en opposition avec les groupes d'anciens buveurs »* (Spécialiste de la toxicomanie)

Quel que soit le produit, les intervenants spécialisés ont intégré la nécessité de réponses thérapeutiques différentes pour une consommation aiguë de fin de semaine à la recherche d'une "défonce" et une consommation chronique, mais ils mettent en avant les difficultés à définir le seuil à partir duquel une consommation devient pathogène, à définir des protocoles de prise en charge en fonction du type de consommation et leurs manques de connaissance des autres pratiques addictives.

*« l'idéal de non-consommation (d'alcool en fin de semaine) est intenable, l'idéal serait une consommation modérée, quotidienne et réglée »* (Médecin généraliste, coordonnateur de réseau)

Pour l'un des médecins, l'idéal de l'abstinence est un discours déconnecté de la réalité : un idéal utopique. Le modèle serait une consommation sans risque pour la personne et la société. Si le grand éthylique ne peut pas maîtriser sa consommation, la prise en charge visera l'abstinence complète, mais comment rester crédible, avec le même objectif devant un jeune, sous l'emprise de l'alcool, hospitalisé en urgence après un accident de la voie publique.



- **Une physiopathologie commune**

Trois éléments cliniques ont été soulignés par les acteurs interrogés. Ils ont, en raison de leur importance, un effet structurant sur les réponses thérapeutiques.

*« un rebond dépressif semble commun au sevrage des différentes addictions, avec 2 phases : une première précoce régressant spontanément et une seconde plus durable avec "anhédonie", perte du goût de la vie... » (Tabacologue)*

*« l'existence des même étapes vers la dépendance, même si le chemin qui y mène est plus ou moins long selon le produit consommé » (Tabacologue)*

*« Il existe 3 formes de dépendance : psychique, physique et comportementale dans chacune des pratiques addictives » (Alcoologue)*

- **Les rechutes : une étape dans le parcours**

*« il faut accepter les dérapages...travailler dans la souplesse » (Spécialiste de la toxicomanie)*

*« la rechute est vécue comme une mise en échec de l'équipe soignante » (Alcoologue)*

La fréquence des rechutes est un élément commun, vécue souvent par le patient et par le soignant comme un échec. Il a été souligné que les rechutes étaient bien souvent une étape vers l'arrêt définitif. Quel que soit le produit, le système de soins doit se préparer, et préparer le patient à une éventuelle rechute, qui devra être capitalisée pour aboutir à l'abstinence, si tel est l'objectif.

### 4.1.3 Une approche par produit

#### 4.1.3.1 Les aspects spécifiques de l'approche par produit

- **Tolérance sociale / image du produit dans la société**

*« l'alcool est un produit licite, éventuellement assimilé à un aliment alors que dans la toxicomanie, les produits sont hors normes » (Spécialiste de la toxicomanie)*

La tolérance sociale de l'alcool et du tabac favorise une large diffusion de ces produits parmi la population française. Au moment de l'adolescence, le jeune adulte sera tenté de les utiliser comme facteur d'insertion et de reconnaissance au sein du groupe des adultes.

- **La reconnaissance de la dangerosité du produit**

- Par l'individu consommateur

*« l'alcool n'a pas le même message de dangerosité » (Spécialiste de la toxicomanie)*

*« la consommation de tabac est très bien admise, voire valorisée chez les jeunes » (Tabacologue)*

Faire passer le message de dangerosité du tabac et de l'alcool auprès de la population française reste une priorité ou plutôt une première étape vers la reconnaissance d'une consommation à risque et la recherche d'un nouvel équilibre, avec ou sans produit<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Selon les résultats de l'enquête de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (Drogues et toxicomanie, l'état des perceptions et opinions en 1999), la population française a hiérarchisé les produits selon leur dangerosité perçue. L'héroïne (41%), la cocaïne (20%) et ecstasy (17%) sont les produits les plus cités, alors que l'alcool (6%), le cannabis (3%), le tabac (2%) sont rarement perçus comme dangereux.

- Par le groupe, y compris l'environnement familial

*« il existe souvent un déni de l'addiction, qui nécessite un travail préalable à la demande de soins...un travail de maturation avec le milieu familial, le milieu de travail, le médecin traitant...c'est une série de demandes extérieures qui entraîne chez l'alcoolique une demande de soins » (Alcoolologue)*

La "complicité" du milieu familial, du milieu professionnel et bien souvent du médecin traitant, à l'interface entre choix de vie et choix de santé, est le témoin du déni général des consommations abusives. La demande de soins apparaît au niveau de l'entourage familial, l'entreprise ou le médecin généraliste lorsque les dégâts sociaux, psychiques et somatiques, parfois irréversibles, sont bien installés.

- Par la société (législation, remboursement par l'assurance maladie ...)

*« le tabac doit être considéré comme un facteur de risque pour la santé au même titre que l'hypertension, l'hypercholestérolémie...à ce titre les timbres nicotiniques doivent être pris en charge par la collectivité » (Tabacologue)*

Pour un des médecins, la réglementation en vigueur, plus ou moins tolérante en fonction du produit, s'explique par l'image de dangerosité de celui-ci dans la société. Ainsi le tabagisme, très largement répandu et sans répercussion majeure sur le fonctionnement de la société a été longtemps peu ou pas réglementé. A l'inverse, le remboursement des substituts nicotiniques traduirait la reconnaissance sociale du "tabac : facteur de risque pour la santé" à la place du "tabac : choix personnel de vie".

- **La reconnaissance de sa propre dépendance par un sujet est variable par rapport au produit**

*« la reconnaissance de son état de dépendance par un tabagique est très précoce, contrairement à un alcoolique par exemple...peut-être parce ce que le tabagisme est bien accepté...en l'absence d'opprobre » (Tabacologue)*

Si le tabagique reconnaît facilement sa dépendance, il juge dans le même temps que sa consommation découle d'un choix personnel et réfléchi, implicitement il ne reconnaît pas son asservissement au produit.

- **Les effets du produit sur l'intellect**

*« le tabagisme est une toxicomanie "clean", sans altération intellectuelle, ce qui explique qu'elle est bien admise socialement » (Tabacologue)*

Nous n'aborderons pas dans ce travail les aspects du dopage à la recherche de performance physique et dont la lutte est désormais intégrée dans les missions de la MILDT.

La recherche d'effets positifs sur l'intellect, et le psychisme en général, est une des raisons de la consommation de produits psychoactifs chez les jeunes (cocaïne, ecstasy, tabac, association médicaments psychoactifs/alcool...).

*« un professeur de cardiologie peut revendiquer son tabagisme sans répercussion sur sa carrière, ce qui serait plus difficile avec l'alcool » (Tabacologue)*

La proportion de médecins fumeurs, identique à celle de la population générale, constitue un obstacle majeur à l'extension de la politique anti-tabac. Elle nous prouve, si cela est nécessaire, l'écart qui peut exister entre connaissance des risques et changement de comportement.

#### 4.1.3.2 Les aspects communs de l'approche par produit

- **Le phénomène de polyconsommation**

*« le problème de l'association alcool/benzodiazépine est peut-être plus important que la consommation ecstasy » (Spécialiste de la toxicomanie)*

*« il faut savoir anticiper (la dépendance), les jeunes ont souvent des consommations multiples » (Alcoologue)*

Notre système de soins actuel n'est pas préparé à la prise en charge des polyconsommations. Les doubles prises en charge (alcool-tabac, héroïne-alcool..) sont peu documentées. Elles sont cependant évoquées dans la conférence de consensus « objectifs, indications et modalité du sevrage du patient alcoolo-dépendant » de 1999<sup>23</sup>.

- **Le passage d'un produit à un autre**

« *Vous voulez arrêter de fumer...par quoi voulez-vous remplacer la cigarette ?* » (Médecin généraliste, coordonnateur de réseau)

« *Docteur, je vais mieux. J'ai tout arrêté. Je ne prends plus que de la kétamine* » (Expert de la MILDT)

- **Tendance à l'uniformisation des types de consommation alcool /produits illicites**

« *certaines personnes utilisent l'alcool de façon dipsomaniaque, intensive, pour se défoncer* » (Spécialiste de la toxicomanie)

« *dans certains endroits, la rencontre avec l'héroïne est parfois aussi facile qu'avec l'alcool* » (Médecin généraliste, coordonnateur de réseau)

Il existe une uniformisation des consommations des produits licites et illicites. L'alcool est consommé à la recherche de sensation rapide et intense, associé ou non à d'autres psychoactifs comme l'ecstasy, la cocaïne... La prise du produit, quel qu'il soit, devient la raison principale de la rencontre.

---

<sup>23</sup> La conférence de consensus précise quelles modalités pratiques proposer lorsque l'alcoolodépendance est associée à la dépendance à une ou plusieurs autres substances psychoactives. Sont évoqués les prises en charge des associations suivantes :

Alcool et tabac

Alcool et benzodiazépines

Alcool et opiacés

Alcool et cocaïne

- **Les drogues licites (alcool/tabac) : les produits starter**

« *Le tabac ? C'est une toxicomanie. Non seulement son association (aux produits illicites) est très fréquente, mais c'est souvent le produit starter avec l'alcool* » (Spécialiste de la toxicomanie)

Selon le rapport Reynaud-Parquet-Lagrange sur les pratiques addictives, le tabagisme chez l'enfant et l'adolescent est le meilleur prédicteur de la consommation abusive d'alcool et de drogues illicites<sup>24</sup>.

#### **4.1.4 Synthèse**

Artificiellement découpés en paragraphes bien distincts, les aspects spécifiques et communs des différentes addictions ont été présentés lors des entretiens de manière le plus souvent intriquée. Si un accord semblait se dégager autour d'une plate forme commune de prise en charge, dans le même temps chacun soulignait la spécificité de son service et de sa spécialité.

Aujourd'hui la question fondamentale n'est plus vraiment de savoir s'il existe suffisamment de points communs dans la prise en charge des addictions pour proposer un système coordonné, car un consensus, tous les jours plus marqué, apparaît au niveau national. Mais décloisonnement n'est pas synonyme d'amalgame et de fusion. Travailler sur les points spécifiques repérés par les acteurs est un préalable à l'approche des points d'achoppement susceptibles d'apparaître lors de la réflexion sur la mise en place d'un réseau d'addictologie. Tout ne doit pas être fait par tout le monde, mais chacun se doit de connaître les autres et de reconnaître leurs compétences. L'enjeu n'est pas la fusion des services, mais bien la coordination. Au-delà de la multidisciplinarité, c'est l'interdisciplinarité qui doit être recherchée.

La dynamique impulsée par la MILDT est une source majeure de légitimation de ce problème de santé publique, mais les réponses à des besoins locaux doivent être trouvées localement.

---

<sup>24</sup> Une enquête effectuée aux USA retrouve parmi les jeunes de 10 à 17 ans fumant un paquet de cigarettes par jour ou plus et ceci par rapport à des non-fumeurs :

3 fois plus de buveurs d'alcool

10 à 30 fois plus de consommateurs de drogues illicites

Les DDASS et les DRASS ont une compétence sur l'organisation des soins, son articulation avec le social et la recherche d'une cohérence dans les actions menées par les différents financeurs. A ce titre, le chef de projet MILDT a une place centrale à jouer dans l'impulsion d'une réflexion sur les modalités de mise en place, sinon d'un réseau, d'un système coordonné de prise en charge des addictions ayant deux objectifs principaux :

- La coordination des acteurs
- L'orientation adéquate d'un patient dans une filière de soins adaptée à ses besoins

## **4.2 VERS LA CREATION D'UN RESEAU EN ADDICTOLOGIE**

Lors des premiers entretiens, les professionnels de santé ont exprimé leurs désirs de se rencontrer, de mieux se connaître. Une rencontre a été organisée à la DDASS, lieu neutre, hors des enjeux internes aux hôpitaux. L'organisateur, le MISP, chef de projet MILDT, par sa double casquette de médecin et de représentant de l'Etat, a facilité les échanges entre professionnels de santé sans les formaliser. Il est apparu impartial vis à vis des enjeux culturels sous-jacents aux différentes approches.

L'analyse des entretiens préliminaires avait été envoyée à l'ensemble des personnes réunies ce qui permit d'entamer une discussion sur les différentes approches cliniques et leurs complémentarités. Les entretiens individuels semblaient avoir enclenché une dynamique de coopération inter services. Un rapprochement significatif des différentes structures s'était opéré par l'intermédiaire de réunions entre les professionnels de santé et parfois leurs directions. Cette collaboration se traduisait, déjà, en actes concrets :

- Mise en place du double sevrage alcool/tabac pour certains patients au CHR
- Travail sur des groupes de malades par interventions conjointes du service d'alcoologie et de tabacologie.
- Intégration de modules de tabacologie et de prise en charge de la toxicomanie dans le programme du diplôme universitaire d'alcoologie.
- Réflexion sur la mise en place de consultations croisées entre le CHR (alcool, tabacologie) et le CHS (toxicomanies, alcool).
- Fédération d'addictologie au CHGR entre les services d'alcoologie et de toxicomanies.

Non seulement, la dynamique partenariale s'accélérait et se traduisait en actes concrets, mais pour la première fois la question de la mise en place d'un réseau en addictologie était formulée par les personnes présentes. Une deuxième réunion fut organisée, dans le même lieu, en l'étendant à un médecin du CCAA et un médecin du SMPR avec pour ordre du jour :

- La présentation mutuelle de la COSRA et du réseau ville hôpital-toxicomanie
- La définition des missions d'un réseau en addictologie et des moyens nécessaires à sa mise en œuvre.
- Une réflexion sur les formalisations possibles d'un réseau en addictologie

A ce jour, l'assemblée générale de la COSRA a validé le projet de création d'un réseau d'addictologie. Ce projet sera prochainement présenté à l'assemblée générale du réseau Ville-hôpital toxicomanie.



## **5 - MISE EN PLACE D'UN RESEAU D'ADDICTOLOGIE SUR L'AGGLOMERATION DE RENNES**

Cette partie abordera deux questions préalables à la mise en place d'un réseau en addictologie :

- L'intérêt d'une telle structure : pourquoi vouloir mettre en place un réseau en addictologie ?
- La faisabilité : quels sont les obstacles à lever ?

Puis sera proposée une méthodologie pour la mise en place d'un réseau en addictologie dans l'agglomération rennaise.

### **5.1 INTERET DE LA MISE EN PLACE D'UN RESEAU EN ADDICTOLOGIE**

#### **5.1.1 Intérêts d'un travail en réseau**

Le réseau sera défini comme « une forme organisée d'actions collectives apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus ou d'une population, à un moment donné, à un endroit donné »<sup>25</sup>. Cette aire de concertation et de coordination des actions conduites à un niveau local est censée surmonter les cloisonnements du système de santé.

Les réseaux ne sont pas seulement un phénomène de mode. Ils préfigurent une nouvelle organisation des soins, centrée sur la prise en charge globale du patient dans son environnement. Ils nouent des partenariats entre des acteurs parfois culturellement éloignés, entre des logiques différentes, mais toujours avec le même objectif : redonner une place centrale au patient et à sa santé au sein de l'organisation des soins.

---

<sup>25</sup> Définition retenue par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)

La mise en réseau de partenaires divers n'est pas synonyme d'uniformisation. Au contraire, l'expérience et le savoir-faire de chacun doivent être valorisés. Chaque membre du réseau doit :

- Savoir donner
- Savoir recevoir
- Connaître ses limites et celles des autres
- Avoir confiance et savoir déléguer (à qui ?, quand ?, comment ?)

La multiplicité des partenaires doit se traduire pour le patient par la multiplicité des portes d'entrée dans le réseau. Pour le patient, la richesse du réseau se résume dans cette apparente contradiction, où différentes filières de soins cheminent vers un objectif commun. Le succès d'un réseau passe par l'intérêt partagé que peuvent y trouver tous les participants :

- Les hospitaliers : qui doivent faire face à une mutation de l'activité hospitalière, en particulier le transfert d'une partie de leurs activités vers l'ambulatoire et la médecine de ville...
- Les libéraux : pour qui avoir une entrée à l'hôpital est synonyme de label de qualité, de formation continue pointue, de fidélisation de leurs patients...
- Pour l'ensemble des soignants, le réseau est synonyme de partage de savoir-faire, de soutien et d'expertise.
- Enfin pour le patient, qui aura un rôle actif à jouer dans son traitement.

### **5.1.2 Intérêts d'un réseau en addictologie**

L'analyse du système de soins spécialisé dans la prise en charge des addictions, cloisonné et centré sur les dépendances à un produit, aboutit à un constat d'échec relatif. L'intrication des différents types de consommation et le phénomène de polyconsommation sont mal appréhendés par l'offre de soins. L'apparition rapide de nouvelles molécules, consommées en général par des jeunes, reste un défi pour les spécialistes de la toxicomanie.

Une conceptualisation globale des pratiques addictives peut permettre au système de soins, sinon d'anticiper, de s'adapter continuellement aux modifications de consommation. Quel que soit le produit, c'est le comportement de consommation qui guidera la prise en charge.

Ainsi, l'usage à risque et l'abus seront également pris en charge à la limite de la prévention et du soin. La prévention, parent pauvre du système de santé français, retrouve ainsi sa place, y compris au sein des pôles techniques d'excellence que constituent les hôpitaux. A une réponse monolithique à la dépendance : l'abstinence, toute une gamme de réponses se développe entre la réduction des risques, la prise en charge et les soins.

Le réseau en addictologie tient une place centrale dans le développement de cette nouvelle approche globale des consommations à risques.

- Un réseau en addictologie est un pôle d'excellence, un référent dont la dynamique impulse une prise de conscience plus générale du problème par la société et par les soignants.
- Ce réseau, garant de la qualité de la prise en charge, de la formation et de l'information délivrée, est le fer de lance d'une culture commune entre l'ensemble des professionnels de santé.
- Sa structure multi partenariale permet une remise en cause du cloisonnement des idées et des pratiques et reste le garant de la plasticité du dispositif. En effet, celui-ci doit être réactif face aux mutations rapides de la société et doit s'adapter aux réalités locales du terrain.
- Ce réseau, en multipliant les portes d'entrée, multiplie les contacts entre des soignants (formés et motivés) et des consommateurs à problème. Chaque patient, à l'intérieur du réseau, doit pouvoir trouver le ou les soignants en qui il a confiance et qui pourront, avec son accord, l'accompagner dans une filière de soins personnalisée. Le soignant, choisi par le patient, devient son référent et son tuteur.
- Pour les participants, le réseau est une source de valorisation personnelle et professionnelle. En proposant une offre de soins complète et de haut niveau, sans hiérarchie entre ses membres, il permet d'échanger et de capitaliser du savoir, mais aussi d'être moins seul face à des demandes complexes.

La mise en place d'un réseau d'addictologie sur l'agglomération de Rennes ne vise pas la création d'une nouvelle structure se rajoutant en couches sur un système de soins relativement étoffé, mais cloisonné. Ce réseau en addictologie aurait plutôt la prétention, d'augmenter l'efficacité des moyens existants dans deux directions principales :

- La prise en charge centrée sur les pratiques addictives, et non plus sur les produits.
- La prise en charge précoce des usages à risques et des abus.

## **5.2 FAISABILITE DE LA MISE EN PLACE D'UN RESEAU EN ADDICTOLOGIE**

L'énumération des difficultés de mise en place d'un réseau en addictologie permet d'aborder de façon pratique la question de la faisabilité.

Ces difficultés se divisent en :

- Obstacles culturels
- Obstacles institutionnels
- Obstacles juridiques
- Obstacles financiers

### **5.2.1 Les obstacles culturels**

Les obstacles culturels existent tant du côté des soignants que des soignés. La segmentation et la spécialisation des prises en charge est le reflet de l'histoire des institutions, mais aussi de la représentation sociale du produit et du consommateur. Le comportement du professionnel de santé apparaît le plus souvent comme le simple reflet de l'opinion de la société dans laquelle il exerce et de sa formation initiale. Le travail en réseau nécessite une profonde modification des représentations des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux. Il exige le passage d'une médecine individuelle fondée sur le colloque singulier à une médecine plus collective, fondée sur des échanges permanents d'informations entre un ensemble de personnes.

Face à ces difficultés, la création d'un réseau demande comme préalable une série de rencontres durant lesquelles les professionnels pourront acquérir des habitudes et un langage commun. Ultérieurement, la formation interne<sup>26</sup> contribuera à l'acquisition d'une culture commune, sans perdre le bénéfice de la pluridisciplinarité. Connaître et reconnaître les compétences des autres permet de déterminer la place des divers professionnels et de définir leurs complémentarités au sein d'un système transversal.

Ces approches culturelles diverses sont certes enrichissantes, mais demanderont un effort de coordination important, clé de la réussite et de la pérennisation d'un réseau.

### **5.2.2 Les obstacles institutionnels**

La formalisation des réseaux se heurte à la complexité de la législation et à la multiplicité des organismes de tutelle (caisses d'assurance maladie, Agence régionale d'hospitalisation, Direction générale de la santé, MILDT).

Il existe deux options législatives pour créer un réseau :

- Les réseaux de soins dit du code de la santé publique, prévus par l'art L 6121-5 du CSP (ancien L 712-3-2), complété par la circulaire DH/EO 97-277 du 9 avril 1997. Ils doivent être agréés par le directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation et doivent s'engager dans une procédure d'accréditation.
- Les réseaux de soins dit du code de la sécurité sociale, prévus dans l'art L 162-31-1 du CSS, qui visent à promouvoir de nouvelles formes de tarification adaptées aux nouvelles exigences de prise en charge. La procédure d'autorisation pour les réseaux expérimentaux est détaillée aux articles R 162-50 à R 162-50-5 du CSS. Les projets d'intérêt régional sont agréés par la commission exécutive de l'ARH, sur avis conforme du directeur de l'URCAM<sup>27</sup>. Les autres projets sont agréés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé après avis du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux (Commission " Soubie "). Les projets d'actions expérimentales sont agréés pour 3 ans par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils doivent présenter un double intérêt au regard de la qualité et de la continuité des soins et un intérêt économique au

---

<sup>26</sup> La circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux rappelle la nécessité de formation interne

<sup>27</sup> Loi de financement de la sécurité sociale 2001

regard de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. La loi de financement de la sécurité sociale 2001 a prorogé la période de validité des expérimentations jusqu'au 31 décembre 2006

La complexité et les lourdeurs administratives des procédures peuvent paralyser l'action des professionnels. Au niveau des institutions, elles sont responsables d'une méconnaissance relative des projets financés par les autres opérateurs. Le groupe de travail national, animé par F. de Pailleret, a proposé la mise en place d'une procédure régionale commune d'agrément des réseaux.

L'hypothèse de création d'Agences régionales de santé a été avancée. La décentralisation de la commission Soubie et la création d'un comité régional chargé de la politique régionale des réseaux ont été évoquées.

Dans cette même optique de simplification, la circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI 99-648 du 25 novembre 1999 instaure l'obligation pour tout réseau, candidat à un financement de l'Etat, de remplir un dossier unique répondant à un cahier des charges commun.

### **5.2.3 Les obstacles juridiques**

Les obstacles juridiques à la création d'un réseau sont de 3 ordres :

- ✓ Le droit du patient à son information et au libre choix de son médecin
- ✓ Le partage des informations au sein d'un réseau et le respect du secret médical
- ✓ La détermination des responsabilités, en particulier médicales.

- Information du patient et libre choix de son soignant

L'obligation d'information du patient s'applique à tout professionnel de santé<sup>28</sup>, mais prend une dimension particulière dans le cadre de l'exercice en réseau. La circulaire ministérielle DH/EO 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements précise que la convention constitutive du réseau doit prévoir l'engagement de ses membres de recueillir le consentement des patients avant toute orientation en son sein. Ce recueil de consentement, éventuellement par écrit, est le garant d'une information complète et précise sur le parcours proposé et le libre choix du patient.

- Partage des informations et respect du secret médical

La circulation de l'information entre les membres est un des éléments structurels du réseau. Les nouvelles technologies de l'information constituent un outil séduisant de ce partage.

Le Réseau Santé Social (RSS) peut permettre dans ce cadre l'échange d'informations sécurisé et confidentiel.

Le dossier médical du patient doit être réalisé en conformité avec un modèle existant (circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs et palliatifs ou faire l'objet d'une modélisation spécifique aux objectifs du réseau). Il doit respecter les règles énoncées par le code de déontologie médicale et par la loi informatique et libertés<sup>29</sup>.

Selon la délibération de la CNIL du 4 février 1997, l'utilisation de données de santé à caractère médical est légitime dans les cas suivants :

- Le suivi et la continuité des soins (art 45 du code de la déontologie)
- Pour les actions de prévention, de veille sanitaire et de déclaration obligatoire (art 226-14 du code pénal et L 11 du code de la santé publique).
- En cas de nécessité, pour la recherche médicale (loi du 1<sup>er</sup> juillet 1994)

Dans tous les cas, « les données de santé à caractère personnel ne peuvent être utilisées que dans l'intérêt direct du patient et dans les conditions déterminées par la loi, pour les besoins de santé publique »

---

<sup>28</sup> En matière civile, suite au revirement de la jurisprudence opéré par la cour de cassation du 25 février 1997, le praticien doit être en mesure de démontrer, par tous moyens, que l'obligation d'information a été respectée.

<sup>29</sup> La CNIL a édité en mars 1998 le rapport « La CNIL et les réseaux d'information médicale »

- La détermination des responsabilités

La responsabilité médicale est un domaine complexe, où prime de plus en plus l'indemnisation de la victime. L'exercice partagé dans le cadre d'un réseau peut être responsable d'une dilution de responsabilité et rendre difficile la détermination du responsable payeur. Même si à ce jour, il ne semble pas exister de jurisprudence spécifique à la recherche de responsabilité au sein d'un réseau, deux précautions semblent souhaitables :

- La convention constitutive devra préciser le rôle, la place et les modalités d'intervention des praticiens dans les différents locaux
- Une assurance de responsabilité commune à tous les intervenants devra couvrir les dommages survenus dans le cadre de cet exercice (ou du moins les assureurs devront être prévenus du nouveau mode de travail)

#### **5.2.4 Les obstacles financiers**

Les modalités de financement d'un réseau restent extrêmement complexes et peuvent relever de multiples dispositifs.

Les obstacles financiers sont de deux ordres :

- ✓ La rémunération de professionnels de santé de statuts et d'horizons divers
- ✓ Le financement de l'entité réseau

- La rémunération des professionnels de santé

Le réseau est par définition multidisciplinaire et le partage de la rémunération d'une prise en charge globale d'un patient sera par nature complexe, voire conflictuelle.

L'exemple des différents statuts des médecins permet d'appréhender cette complexité.

Les praticiens hospitaliers des établissements publics de santé sont en règle salariés et doivent consacrer l'intégralité de leur temps à des tâches hospitalières. Ils peuvent, dans des situations précises, avoir une activité libérale et recevoir des rémunérations sous forme d'honoraires.



Les praticiens des établissements privés participant au service public hospitalier ont un statut de salarié régi par le droit privé (art. R 715 - 6- 10 du code de la santé publique).

Les praticiens libéraux sont rémunérés sous forme d'honoraires ou de vacations.

- Le financement de l'entité réseau

Le financement d'une structure transversale de type réseau se heurte à la logique actuelle d'allocation budgétaire. L'ONDAM<sup>30</sup> est en fait constitué d'une multitude d'enveloppes financières opposables, étanches entre elles et qui reproduisent les cloisonnements institutionnels ou par spécialité. Cette contradiction entre une gestion sectorielle et un objectif de prise en charge globale du patient se retrouve dans la répartition des compétences entre les différents organismes susceptibles de financer un projet.

Des questions récurrentes apparaissent :

- Comment rémunérer le travail de coordination, le temps passé à l'élaboration de protocoles...pour les professionnels de santé issus du secteur libéral ?
- Se pose la question de la valorisation en points ISA (Indice Synthétique d'Activité) des actions en réseau du personnel hospitalier ?
- Comment financer un fonctionnement pérenne du réseau (secrétariat, système d'information..) ?

Enfin, pour le patient, le déplacement de la prise en charge hospitalière vers le domicile peut avoir des répercussions sur son niveau de remboursement et oblige à se poser des questions de fond sur les relations entre régimes obligatoires et régimes complémentaires.

Les réponses législatives et réglementaires existent, mais présentées comme transitoires, elles restent complexes et incomplètes.

---

<sup>30</sup> ONDAM : objectif national de dépenses de l'assurance maladie

Le financement d'un réseau dépend de son statut juridique :

### ***Pour les réseaux du code de la sécurité sociale***

- Les ordonnances de 1996 introduisent par l'intermédiaire des procédures «Soubie» la possibilité de modes de rémunération expérimentaux (art. L162-61-1 du code de la sécurité sociale).
- La loi de financement de la sécurité sociale 2000 a modifié dans ce sens le code de sécurité sociale afin que les conventions puissent favoriser la coordination des soins et l'émergence des réseaux.
- La loi de financement de la sécurité sociale 2001 autorise l'assurance maladie « à financer tout ou partie des dépenses du réseau, y compris les frais exposés pour organiser la coordination et la continuité des soins.. »

### ***Pour les réseaux du code de la santé publique***

✓ **Le versant ville du réseau peut-être financé par :**

- Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

La loi de financement de la sécurité sociale 1999 l'a créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie pour une durée de 5 ans. Le décret 99-940 du 12 novembre 1999 organise sa gestion. Le FAQSV apporte un soutien à la mutation de l'exercice de la médecine ambulatoire et à ce titre peut concerner le financement d'un réseau à partir de deux de ces objectifs :

L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville

Le cas échéant, l'aide au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant les professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé

Les demandes de financement sont envoyées pour avis :

- Soit au niveau du Comité national de gestion au sein de la CNAMTS pour les projets à caractère national
- Soit à un comité régional de gestion pour les projets à vocation régionale

Les fonds ne sont débloqués que pour un ou des praticiens exerçant à titre libéral.

La loi de financement de la sécurité sociale 2001 ajoute, à ce Fonds, 700 millions de francs venant s'additionner aux 500 MF non utilisés.

- L'enveloppe de crédits de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui peut proposer, après examen du projet, un financement pérenne.
- ✓ **Le versant hospitalier du réseau** peut-être financé par
- L'enveloppe de crédits de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (A.R.H) qui propose un financement pérenne
  - L'enveloppe de crédits MILDT<sup>31</sup> est allouée au financement d'actions, essentiellement de prévention. Le statut non pérenne de ces crédits les rend inutilisables pour le financement d'une structure.

Dans ce contexte, les crédits d'Etat ont bénéficié de nouvelles modalités d'instruction des demandes de financement, précisées dans la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux. Le cofinancement des projets, notamment auprès des collectivités territoriales et des caisses d'assurance maladie, est fortement encouragé.

---

<sup>31</sup> Enveloppe de crédits MILDT pour la région Bretagne en 1999 : 176 000 F, en 2000 : 1 544 000 F (dont 540 000 F pour la convention santé-justice)

### **5.3 LES MODALITES DE MISE EN PLACE D'UN RESEAU D'ADDICTOLOGIE DANS L'AGGLOMERATION DE RENNES**

Dans le cadre de ce mémoire professionnel sera souligné le rôle et la place d'un médecin inspecteur de santé publique (MISP) dans le montage d'un réseau de soins en addictologie. La problématique de la toxicomanie, dans son sens large, appelle des réponses inter institutionnelles et inter ministérielles sources d'une multiplicité d'approches et d'une certaine richesse de pensée. Elle impose, par là même, une coordination assurée par la MILDT. Le chef de projet départemental de la MILDT est nommé (par le préfet) parmi les cadres d'un des ministères concernés<sup>32</sup>. Les grandes orientations de la politique départementale, encadrée par le plan triennal, sont influencées par la culture de l'administration d'origine du chef de projet. En Ille et Vilaine, le chef de projet est un médecin inspecteur de santé publique exerçant à la DDASS. Cette situation a facilité l'éclosion et la légitimité du dialogue et de l'aide proposée aux professionnels de santé. L'excellente connaissance du système de soins dans le département, des liens partenariaux indéniables avec les professionnels et son expertise des politiques de santé dans le domaine des drogues et de la toxicomanie ont été d'incontestables catalyseurs du projet de réseau en addictologie.

Le rôle du MISP n'est pas le montage d'un réseau. Il peut, néanmoins, impulser une dynamique (si elle n'existe pas), faciliter son éclosion et accompagner la création d'un réseau en addictologie. Cette dernière partie fait le point sur les différentes étapes de la formalisation d'un réseau d'addictologie à Rennes. Elles ont fait l'objet de réunions et de validation par les partenaires.

---

<sup>32</sup> En 1999, les postes de chef de projet se répartissaient principalement entre les services de la préfecture et l'administration sanitaire et sociale (directeur départemental, inspecteur principal et médecin inspecteur de santé publique).

### **5.3.1 L'état des lieux**

Avoir une image complète et la plus fine possible de l'ensemble des partenaires exerçant sur une même zone géographique est un préalable indispensable à chacun. Les objectifs sont multiples :

- Connaître les autres acteurs et leurs actions
- Se situer par rapport à eux
- Avoir un premier contact informel et réfléchir à d'éventuelles articulations

Cette première étape est allée, dans notre cas, au-delà de nos espérances. Une série d'entretiens individuels sur les aspects spécifiques et communs entre les différentes addictions a accéléré la réflexion sur la mise en place de liens fonctionnels entre les différents acteurs. Suite aux questions soulevées lors de ces entretiens, les professionnels ont débuté des réunions de travail entre eux et avec leurs directions afin de proposer des pistes de formalisation de cette coopération et de préparer la première réunion sur la mise en place d'un réseau d'addictologie.

### **5.3.2 Définition d'un thème fédérateur et d'objectifs communs**

Le thème central de ce réseau d'addictologie serait la prise en charge des pratiques addictives, centrée sur les comportements et non plus sur les produits.

Deux grands ordres d'objectifs communs pourraient être définis :

- Proposer à chaque patient, une prise en charge médico-sociale globale de l'ensemble de ses consommations à risques, quel que soit le produit (la prise en charge ne se limite pas aux soins, elle correspond aussi à des actes de prévention ou de réduction des risques). Cette prise en charge serait mise en place à la demande du médecin traitant, après un bilan initial des pratiques addictives par un médecin du réseau et accord écrit du patient. Un tuteur, chargé du suivi personnalisé du patient au sein du réseau, serait chargé de faciliter les relations avec le milieu de vie de celui-ci, ainsi que de son suivi ultérieur.

- Proposer à chaque acteur du secteur sanitaire ou social : une formation, une information et une aide à la prise en charge de ses patients présentant une ou des conduites addictives. Le réseau se propose d'être un pôle de référence dans la prise en charge des pratiques addictives. La création et la diffusion gratuite d'un bulletin trimestriel d'addictologie pourrait être un outil servant de lien avec les professionnels de santé.

**Thème : Prise en charge des pratiques addictives**

Prise en charge médico-sociale des patients  Pôle de référence pour les soignants

### 5.3.3 Définition de la population visée par le réseau

La population cible est constituée de 2 grands groupes : les patients et les professionnels de santé

- Tout patient présentant une ou des conduites addictives dangereuses pour sa santé, quel que soit le produit et en fonction du stade de consommation (usage à risque, abus ou dépendance) doit pouvoir trouver une réponse à sa problématique au sein d'un réseau d'addictologie. Deux populations méritent un intérêt particulier : les jeunes (en raison de la complexité de la polyconsommation et de la pauvreté actuelle des réponses du système de soins) et les femmes enceintes (en raison des tendances épidémiologiques et des risques pour l'enfant à venir).
- Tous les professionnels du secteur médico-social doivent pouvoir faire appel au réseau. Certains professionnels doivent être des partenaires privilégiés :

#### Les médecins généralistes

Les médecins généralistes, et encore plus les médecins de famille, apparaissent souvent comme les personnages centraux de la prise en charge des conduites à risque. Ils sont souvent perçus par les patients, non seulement comme des soignants, mais encore comme des confidents. Cette intrusion dans la vie privée des personnes permet d'aborder des sujets

difficiles, souvent perçus par les patients comme une liberté, un libre choix : conduites sexuelles à risque, abus d'alcool, consommation tabagique...Aujourd'hui, la place des médecins généralistes est en pleine mutation dans le système de santé français. Un réseau d'addictologie sur Rennes doit se mettre à la disposition de chacun d'entre eux, non seulement pour assurer une formation en accord avec la spécificité de l'exercice libéral des médecins généralistes, mais aussi pour les aider, les soutenir et être un relais dans la prise en charge des cas les plus difficiles.

Si quelques médecins généralistes motivés ont un rôle primordial à jouer dans le réseau d'addictologie, c'est bien l'ensemble du corps médical, et au-delà des professionnels de santé qui sont visés par les activités du réseau.

### Les médecins du travail

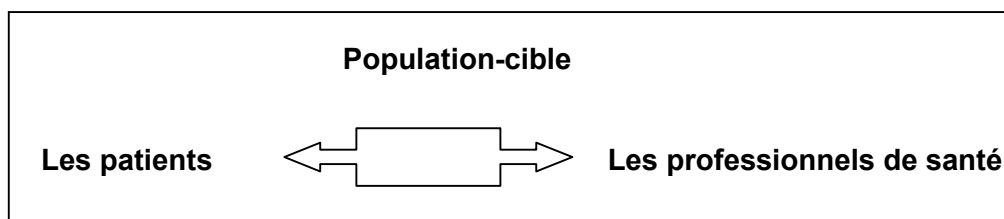
Le manque d'indépendance des médecins du travail vis à vis de leurs employeurs reste un sujet d'inquiétude et de réticence chez les spécialistes de la toxicomanie et de l'alcoologie. Cette opinion néglige le rôle joué par les médecins du travail en matière de prévention et de détection précoce des consommations (en particulier en matière d'alcool et de tabac). Lors d'une rencontre avec le médecin inspecteur régional du travail, il a souligné les attentes de ces professionnels très souvent confrontés au problème de l'alcoolisme au travail et à ses conséquences en terme d'accidents du travail. Il décrit deux grandes périodes dans le parcours d'un alcoolique au travail :

- Une période de complicité, où collègues et employeurs ferment les yeux sur les excès (usage à risques et abus)
- Une période de rejet, où les mêmes collègues ou employeurs demandent aux médecins du travail de trouver une solution, le plus souvent radicale, l'inaptitude partielle ou totale au poste de travail.

Dans le cadre de l'addictologie, les médecins du travail sont des partenaires indispensables à un système efficace. Ils sont souvent les seuls professionnels de santé à rencontrer les adultes jeunes, en bonne santé mais qui peuvent avoir des conduites addictives dangereuses pour leur santé.

## Les travailleurs sociaux

L'intrication des champs du sanitaire et du social n'est plus à prouver, en particulier dans le champ des pratiques addictives. Le réseau devra orienter une partie de ses actions vers l'ensemble des acteurs sociaux. Formation, information et mise à disposition d'une écoute, et éventuellement prise en charge des urgences sociales des patients présentant des pratiques addictives.





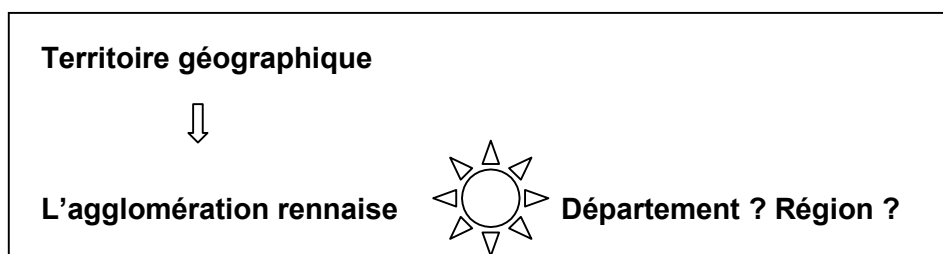
### 5.3.4 Définition du territoire géographique

Le terme de réseau est aujourd'hui galvaudé. Il correspond à une entité, intellectuellement idéale, où les relations inter humaines seraient parfaites. Pour être efficace, il est parfois nécessaire d'être moins ambitieux et de coller aux réalités locales du terrain (historique des institutions sanitaires, bassin d'attraction des établissements, épidémiologie..)

Pourquoi avoir choisi, de travailler sur la mise en place d'un réseau en addictologie sur l'agglomération rennaise ?

La motivation des professionnels du secteur sanitaire et social est manifeste. La ville de Rennes, agglomération étudiante et en forte croissance, a pris conscience des risques liés à toutes les formes de toxicomanies et travaille sur les réponses qu'elle peut y apporter<sup>33</sup>.

En cas de réussite du réseau rennais d'addictologie, il pourrait exister une dynamique d'extension de celui-ci au niveau du département ou par son exemplarité, impulser la création d'autres réseaux de proximité (éventuellement, coordonnés au niveau départemental ou régional)



---

<sup>33</sup> Lors du colloque du CIRDD en novembre 2000, M. Edmond Hervé, maire de Rennes, disait « En Bretagne, il n'y a pas les drogues et l'alcool mais les drogues dont l'alcool et le tabac »

### 5.3.5 Les activités du réseau

Le médecin inspecteur n'a pas à définir les activités d'un réseau. Il peut, néanmoins faire des propositions et négocier ses priorités.

Les activités du réseau seront tournées vers :

- L'extérieur :

formation initiale et continue de professionnels du secteur sanitaire et social ;

information sur les activités du réseau (bulletin trimestriel, éventuellement site Internet..) et sur les ressources disponibles

aide aux professionnels (conseils, orientation et prise en charge au sein du réseau..)

- Un travail interne au réseau :

- ✓ mise en place d'un dossier médico-social commun au réseau en respectant la réglementation
- ✓ échanges de pratiques
- ✓ élaboration de protocoles d'orientation ou d'admission
- ✓ élaboration de protocoles de soins (par exemple de double prise en charge alcool-tabac, de jeunes consommateurs abusifs d'alcool...)
- ✓ mise en place de consultations croisées
- ✓ observation épidémiologique en lien avec le CIRDD et l'Observatoire régional de la santé (ORS)
- ✓ travaux de recherche clinique en respectant la réglementation (nouveaux modes de prise en charge..)
- ✓ évaluation

Le travail multipartenarial est consommateur de temps de coordination. Il est indispensable d'envisager, dès la première étape de construction du réseau, une instance de coordination et prévoir un financement pérenne de celle-ci. Dans notre cas, il est envisageable que la cellule de coordination soit constituée par un médecin coordonnateur (dans un premier temps à mi-temps puis à plein temps lors de la montée en charge de l'activité) et une secrétaire d'emblée à temps plein.

Cette cellule serait chargée d'animer, d'organiser et de coordonner le travail du réseau.

Elle serait responsable de la politique d'évaluation du réseau. En dehors du bilan annuel d'activité, l'évaluation, désormais demandée par tous les organismes financeurs, pourrait être particulièrement centrée sur une ou deux activités ayant posé problème durant l'année écoulée à la recherche de nouvelles pistes et d'une dynamique nouvelle pour le groupe. L'étude de l'impact des nouveaux protocoles de prise en charge sera plus difficile, mais devra faire l'objet de recherche.

### 5.3.6 Organisation médico-sociale du réseau d'addictologie

Le réseau d'addictologie serait constitué :

- De professionnels de santé du secteur hospitalier spécialisé (médecins, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux..) :

- Dispositif d'alcoologie
- Dispositif de tabacologie
- Dispositif centré sur les toxicomanies illicites
- Unité conduites addictives du Service médico-psychologique régional (SMPR)
- Equipes de liaison

- De professionnels du secteur ambulatoire de soins :

#### Spécialisé :

- CCAA
- CSST
- Réseau ville-hôpital toxicomanie

#### Non spécialisé :

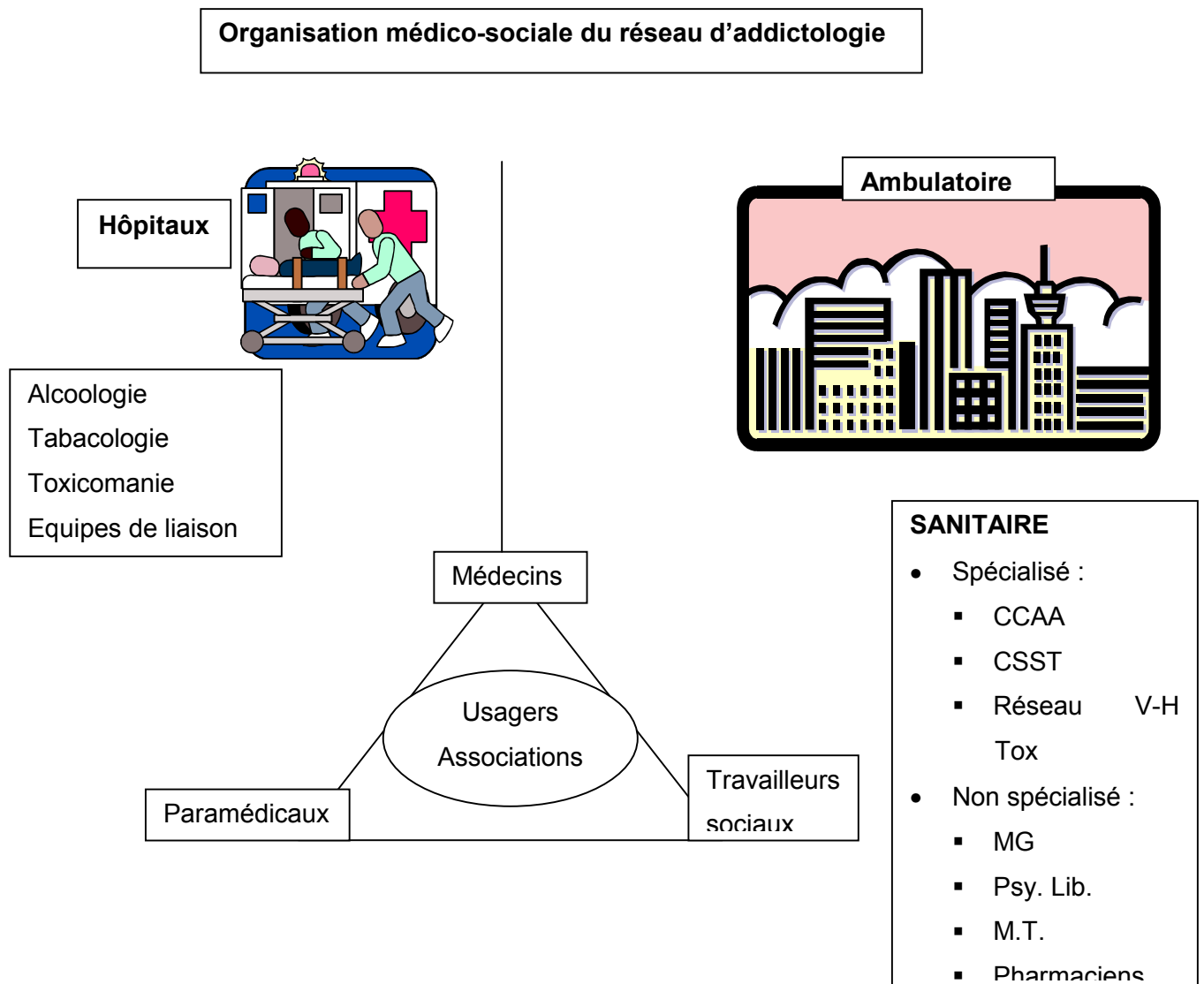
- Des représentants des médecins généralistes : ces médecins généralistes motivés seront impliqués dans la vie quotidienne du réseau. Ils apporteront leurs expertises sur leurs pratiques professionnelles et faciliteront la diffusion d'informations adaptées aux réalités quotidiennes de leurs pairs
- Des représentants des psychiatres libéraux
- Des représentants des médecins du travail
- Des pharmaciens

- Des professionnels du secteur social :

- De la circonscription départementale d'action sociale (CDAS)
- De la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)
- Du centre communal d'action sociale (CCAS)

- Des représentants des usagers et/ou d'associations

La COSRA regroupant des professionnels de santé et des associations néphalistes pourrait jouer un rôle central dans la constitution d'un réseau d'addictologie. Cette association, fonctionnant depuis 17 ans, a élaboré de nombreux projets de soins et d'accompagnement des malades alcooliques. Son organisation originale est organisée en groupes de réflexion et de recherche action sur des thématiques touchant divers aspects de la maladie. Une réflexion sur l'élargissement de son champ d'action aux autres addictions dans le cadre des polyconsommations se fait jour avec semble-t-il très peu d'opposition.



### **5.3.7 Fonctionnement du réseau**

Le statut pourrait prendre 2 formes :

- Soit la création d'une nouvelle association
- Soit la signature d'une convention entre les différents membres

Les instances seraient les suivantes :

- 1 ou 2 coordonnateurs
- 1 secrétariat
- Une cellule de coordination ou comité de pilotage, regroupant les principaux partenaires
- Un conseil de réseau regroupant tous les membres
- Des groupes de travail en fonction des thèmes retenus

Une charte des droits et des devoirs serait signée par chaque membre.

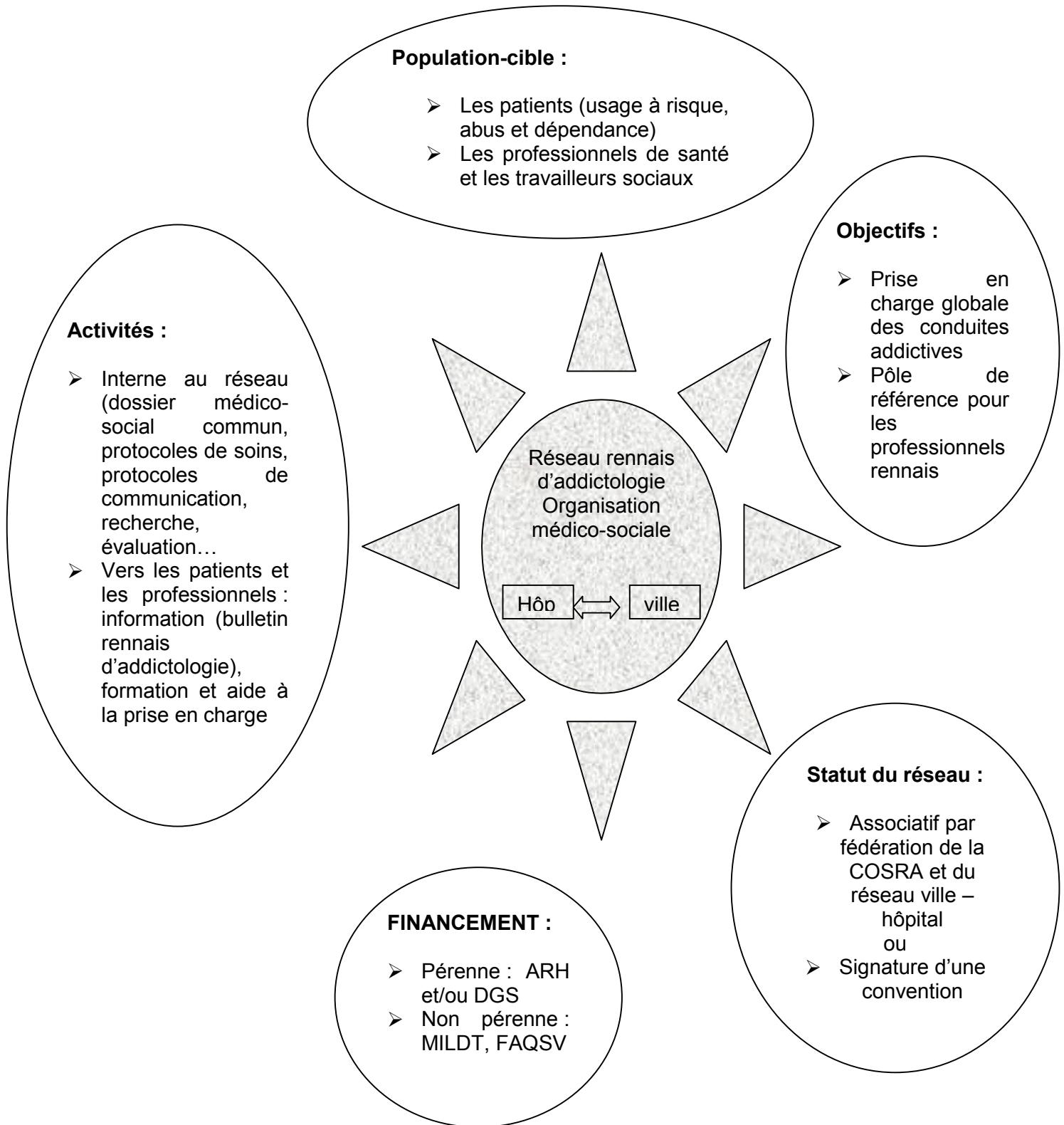
### **5.3.8 Financement du réseau**

L'état d'avancement des négociations permet d'éliminer la piste des procédures expérimentales type réseau « Soubie ».

Le montage financier du réseau dépendra de l'organisation interne choisie par les partenaires. L'origine, essentiellement hospitalière, du "noyau dur" du réseau l'orienter néanmoins vers un cofinancement : ARH pour le "versant hospitalier", DGS et/ou FAQSV pour le "versant ville" et MILDT pour des actions spécifiques.

Le financement du médecin coordonnateur et de la secrétaire pourrait être obtenu sur des crédits ARH par la création d'un poste de praticien hospitalier à mi-temps et d'un poste de secrétaire.

### 5.3.9 Proposition de portrait-robot du futur réseau d'addictologie rennais



## 6 - CONCLUSION

Ce mémoire professionnel avait pour objectif d'évaluer l'intérêt et la faisabilité de la mise en place d'un réseau d'addictologie à Rennes, et dans ce cadre de situer la place et le rôle d'un médecin inspecteur de santé publique (MISP). L'agglomération rennaise, ville jeune et en forte croissance, s'est largement investie dans une politique sanitaire et sociale. Les professionnels de santé spécialisés en alcoologie, en tabacologie et en toxicomanie travaillaient avec des moyens variés, sans véritables connaissances mutuelles des autres acteurs. A partir d'un exemple concret, ce mémoire peut servir d'aide méthodologique à la création d'un réseau. L'état des lieux et les entretiens semi-directifs ont créé, chez les responsables médicaux des services hospitaliers, une dynamique de questionnement, d'auto expertise de leurs pratiques. Les premières rencontres, demandées par les acteurs et organisées dans un lieu neutre (la DDASS) par un professionnel perçu comme impartial face aux enjeux internes aux services et aux hôpitaux (le MISP) ont permis la confrontation de logiques contradictoires et la naissance d'un savoir collectif.

A l'heure actuelle, le réseau d'addictologie n'est pas formalisé mais le processus enclenché est irréversible. La coopération entre les services se traduit en actes concrets, mais surtout le noyau dur du futur réseau s'étend vers les professionnels sociaux, vers les professionnels libéraux, les médecins du travail... La définition des objectifs communs au réseau, étape centrale de la formalisation, vient être actée.

Le MISP avait dans cette partie de l'élaboration du projet un rôle d'impulsion, de négociation et de facilitation d'une politique publique. Mais les attentes des professionnels de santé sont ailleurs. Ils attendent de la DDASS, un avis technique sur la formalisation du projet, le montage financier et l'orientation vers les différents opérateurs potentiels. La dualité du MISP est particulièrement intéressante dans le montage d'un réseau. A la frontière entre le monde médical et le monde administratif, entre des logiques professionnelles et des logiques institutionnelles, il est le lien privilégié entre les services de l'Etat et les professionnels du secteur sanitaire et social.

La généralisation d'un travail en réseau se heurte à la complexité juridique, réglementaire et financière de sa formalisation. Face à ce défi, le MISP doit rechercher des articulations entre une logique transversale de soins, centrée sur le patient, et les objectifs, souvent sectorisés par produits, des organismes susceptibles de financer un réseau.



Le réseau, entité nouvelle, s'intègre dans une véritable évolution du système de soins. Anciennement construit autour de la relation duale entre le médecin et le patient, il évolue aujourd'hui vers un exercice partagé d'une équipe soignante autour d'une approche globale du patient dans son environnement.

Si la coordination des professionnels est un objectif louable, la finalité d'un réseau d'addictologie est de proposer une meilleure prise en charge des conduites addictives et à terme une amélioration de l'état de santé de la population. L'évaluation, activité à part entière du réseau, reste la garante de l'adaptation de la structure aux besoins des personnes.

## 7 - BIBLIOGRAPHIE

- BARRE Stéphanie, HOUDART Laurent**, « *Les statuts juridiques des réseaux* », Actualités et dossier en santé publique, septembre 1998, n°24 pp 18-19
- BERGERON Henri**, *L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*-Paris, Presse universitaire de France, collection sociologie, 1999
- BLOCH-LAINE J.-F.**, « *Toxicomanie : la nouvelle donne* », L'information psychiatrique, janvier 1999, n°1 pp56-59
- BRISSEAU Sarah, AURIACOMBE Marc, FRANQUE Pascale, DALOUEDE Jean-pierre, TIGNOL Jean**, « *L'addiction severity index* », Le courrier des addictions, décembre 1999, n°5 pp200-202
- D'ABOVILLE Fleur, DANAN Emmanuel, PASTERNAK Roland, DE SAULCE LATOUR Benoit**, *Les dispositifs départementaux de lutte contre les dépendances : l'exemple de l'Ille et Vilaine*, Mai 2000
- DENIS Baudouin, HOFFMAN Axel, JACQUES Christian, LAFONTAINE Jean-baptiste, ROMAIN Jean-georges**, « *Apport des usagers de drogue aux médecins généralistes* », Psychotropes, vol.5 n°2 pp9-16
- DUPRE Christine**, « *Les réseaux vus de l'hôpital* », Actualités et dossier en santé publique, septembre 1998, n°24 pp 30-34
- GILBERT Pierre**, « *Les réseaux et l'hôpital* », Actualités et dossier en santé publique, septembre 1998, n°24 pp 35-36
- GREMY François**, « *Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés* », Actualités et dossier en santé publique, septembre 1998, n°24 pp 26-29
- HAEHNEL Pierre, DUSEHU Etienne**, « *Problèmes éthiques et réseaux* », Actualités et dossier en santé publique, septembre 1998, n°24 pp 45-46
- LAGRUE Gilbert**, « *La nicotine est-elle un anti-dépresseur* », Le courrier des addictions, juin 1999, n°3 pp100-103
- LAGRUE Gilbert**, « *Tabagisme et comportements à risque associés* », Le courrier des addictions, décembre 1999, n°5 pp190-192
- LAGRUE Gilbert, CORMIER Solange, MAUTRAIT Catherine**, « *Le traitement de substitution nicotinique dans l'aide à l'arrêt du tabac* », Le courrier des addictions, décembre 1999, n°5 pp148-151
- LARCHER Pierre**, « *Les enseignements des réseaux existants* », Actualités et dossier en santé publique, septembre 1998, n°24 pp 18-19

- LOMBRAIL P., BOURGUEIL Y., DEVELAY A., MINO J.-C., NAIDITCH M.** « *Repères pour l'évaluation des réseaux de soins* », Santé publique 2000, volume 12, n°2 pp 161-176
- MALET Laurent, REYNAUD Michel**, « *Le système de soins encore peu pertinent pour la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool* » THS La revue des addictions, juin 2000, volume 2 n°6, pp 407-410
- MARADEIX B., PLANCHE R.**, « *Soigner seul ou en réseau* », Impact médecin hebdo, 21 janvier 2000, n°476 pp 4-6
- MENECIER P., MENECIER-OSSIA L., VIALLE A., DEBATTY D.**, « *Qui sont les malades rencontrés dans l'unité d'alcoologie d'un centre hospitalier général* », Le concours médical, 17 octobre 1998, pp2419-2421
- PAILLE F.**, « *Repérer les formes précoces* », Impact médecin hebdo, 21 janvier 2000, n°476 pp 4-6
- PLANTET Joël**, « *Toxicomanie : pourquoi deux poids deux mesures ?* », Le lien social, 17 juin 1999, n°491 pp 4-6
- REYNAUD Michel, PARQUET Philippe Jean, LAGRUE Gilbert**, *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives*- Rapport rédigé à la demande de Monsieur Joël MENARD, Directeur Général de la Santé, Juillet 1999
- RICHARD Denis, SENON Jean-louis**, « *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances* », Larousse, année ?
- ROY Philippe**, « *Addictions : l'AP-HP organise la prise en charge globale* », Le quotidien du médecin, 20 juin 2000, n°6730 p11
- SAINT-GUILY Jean**, « *Prise en charge de l'alcoolisme : le rôle du médecin généraliste* », Actualités et dossier en santé publique, septembre 1998, n°24 pp 53-54
- TOBELEM Georgette**, *Repérage précoce des pratiques addictives à l'hôpital*- Rapport rédigé à la demande de Madame Dominique Gillot, secrétaire d'état à la santé et aux handicapés, Mai 2000
- VABRET François, DAVY Annie**, « *Comment aider les alcooliques non demandeurs de soins ?* », La revue du praticien-médecine générale, 10 avril 1995, n°294 pp11-15