



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**La création d'une unité de recours
et de référence en addictologie dans le
cadre d'une coopération sanitaire :
Contexte et faisabilité du projet**

L'exemple du CHRU de TOURS et du CH Louis Sevestre

Benoît LAUZE

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Anne OULES, Directrice de la Coopération au CHU de TOURS, Maître de stage, pour m'avoir si bien accompagné dans ma découverte du CHU et offert la possibilité d'y appréhender la variété des spécialités médicales dont l'addictologie.

Merci également à Monsieur Fabrice PRIGNEAU, Directeur référent du Pôle de Psychiatrie, qui a accepté d'être mon encadrant mémoire et qui dans ce cadre, n'a pas manqué de me conseiller sur la conduite d'un projet tel que la création de l'unité de recours et de référence en addictologie.

Je voudrais aussi remercier Madame Christine QUELIER, référente mémoire de l'EHESP, pour les précieux commentaires qu'elle a pu formulés sur mon plan détaillé et ma démarche de mémoire.

Mes remerciements vont aussi à Monsieur Joseph FERNANDEZ, Directeur du Centre Hospitalier Louis Sevestre (CHLS), pour son enthousiasme si communicatif ainsi que pour la qualité de son accueil.

Cette liste ne serait pas complète si j'omettais de remercier également l'ensemble des partenaires médicaux du dossier au premier rang desquels Mrs le Docteur Jean-Yves BENARD, Médecin Chef du Pôle Alcoologie-Addictologie du CHLS, Mr le Professeur Philippe GAILLARD, Responsable Médical du Pôle de Psychiatrie et les Docteur Damien MAUGE et Jérôme BACHELLIER du CHU. Sans leur volonté de coopérer, l'intérêt pour ce dossier n'aurait pu être le même.

Mes remerciements vont aussi à Mr Nicolas THIERCELIN, Interne au SIMEES du CHU de TOURS pour son étude du PMSI du CHU ainsi que pour la bibliographie communiquée.

Je tiens à remercier également Mmes SOLINA, LEMAIN, CHUY, Cadre supérieure de Santé, Cadre de Santé, Cadre socioéducatif pour les entretiens qu'elles m'ont consacrés ainsi que les informations transmises.

Il me faut aussi saluer Mmes Véronique PASQUIER et Céline RAVENEAU, collaboratrices administratives de Mme OULES pour leur disponibilité ainsi que pour leur aide logistique.

Que l'ensemble de l'équipe administrative et encadrante du Pôle de Psychiatrie du CHU, la filière EDH de l'EHESP ainsi que ceux qui m'ont aidé et que je n'ai pas cité soient aussi sincèrement remerciés.

Enfin, merci à Fabienne et à tous ceux qui me sont chers pour leur soutien indéfectible dans la préparation du concours et la réalisation de la formation d'EDH.

Sommaire

Introduction	3
1 L'implantation d'une unité de recours et de référence en addictologie en Indre et Loire : une réponse à un impératif de santé publique	6
1.1 L'émergence de l'addictologie dans le champ de la santé publique :.....	6
1.1.1 Le caractère polysémique et novateur de la notion d'addiction :.....	6
1.1.2 Le développement de l'addictologie en tant que discipline médicale à part entière :.....	8
1.2 L'impact des données épidémiologiques sur la planification de l'offre de soins en addictologie :	11
1.2.1 L'exploitation des données statistiques et leurs déclinaisons nationale, régionale et locale :	11
1.2.2 Les priorités retenues par les autorités de planification et leur incidence sur le projet présenté.....	18
2 La faisabilité de la création d'une unité de recours et de référence en addictologie dans un cadre coopératif :	27
2.1 La faisabilité du projet naît de la volonté des acteurs du territoire de santé de travailler ensemble.....	27
2.1.1 Présentation des acteurs du projet et de leurs motivations :	27
2.1.2 La définition en cours d'un projet commun d'unité d'addictologie de niveau 2 : ..	35
2.2 Une volonté des acteurs qui doit cependant être garantie et étendue.....	46
2.2.1 Une volonté à garantir par un cadre contractuel :.....	46
2.2.2 Une volonté à étendre aux autres versants de la prise en charge addictologique :	50
Conclusion.....	55
Bibliographie	57
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ELSA	Équipes de Liaison Hospitalière en Addictologie
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
CHU	Centre hospitalier universitaire
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre spécialisé de soins en toxicomanie
CSP	Code de la Santé Publique
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CHLS	Centre Hospitalier Louis Sevestre
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires d'Addictologie
DO	Dans œuvre
DU	Diplôme Universitaire
ETP	Équivalents temps plein
GHM	Groupe homogène de malade
GCS	Groupement de coopération sanitaire
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'Aide à la contractualisation
MILDT	Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie
OFDT	Office Français des Drogues et des Toxicomanies
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PH	Praticien Hospitalier
PUPH	Praticien Hospitalier Professeur des Universités
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SIMEES	Service Information Médicale, Épidémiologie et Économie de la Santé

TCA	Trouble des conduites alimentaires
T2A	Tarifcation à l'activité
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Introduction

Le 17 juillet dernier, Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative déclarait en lançant la campagne de sensibilisation des jeunes aux risques immédiats liés à la consommation excessive d'alcool : « La mode du Binge drinking est bien le signe d'un mal-être que la psychosociologie la plus élémentaire a tôt fait de désigner comme un indice alarmant d'absence de repères, comme l'expression spectaculaire de cette anomie qui touche toujours, en premier lieu, les plus vulnérables. »¹

Au-delà du discours réitérant la méfiance des autorités sanitaires vis-à-vis de la consommation chez les jeunes de boissons sucrées fortement alcoolisées, ce type de comportement traduit la banalisation de l'expérience addictive dans le monde occidental. Il renvoie à la fois à une dimension individuelle (estime de soi, faille narcissique) et collective (pression du groupe, lobby de l'industrie viticole). L'alcool y occupe une place ambivalente tant considérée dans nos sociétés comme un rite initiatique que représenté par l'image dévalorisée de Diogène dans son tonneau.

Pour autant, réduire le champ des addictions au seul alcool serait une erreur. Il ne tient qu'à rappeler, le discours inaugural de la Commission Addictions prononcé le 25 novembre 2006 par Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités de l'époque dans lequel il déclarait : « Toutes les addictions sont à prendre en compte, qu'elles soient liées ou non aux substances : tabac, alcool, drogues, médicaments, ou jeux. Elles atteignent gravement ceux qui en dépendent, mais aussi leur entourage, et l'ensemble de la société, au travers notamment du tabagisme passif ou des accidents liés à l'alcool...Elles constituent un problème de santé publique majeur. » Il ajoute qu' « il n'y a pas de réponse simple face aux addictions »².

La publication le 22 juillet dernier du rapport collectif de l'INSERM coordonné par Mr le Professeur Jean Adès, Service Psychiatrie de l'Hôpital Louis Mourier à Colombes, sur les jeux de hasard et d'argent, addiction qui touche en France plus de 600 000 personnes, est une illustration supplémentaire de la diversité des addictions³. Il convient de noter que les addictions sont responsables de plus de 100 000 décès évitables chaque année en France⁴.

¹ Site du ministère www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/discours

² Discours inaugural de la Commission Addictions sur www.sante.gouv.fr

³ INSERM, Expertise collective, Jeux de hasard et d'argent, Contextes et addictions, Juillet 2008 sur www.inserm.fr

⁴ Circulaire DGS.6 B.DHOS.02.2007.203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation de la prise en charge et des soins en addictologie

La définition de l'addiction que donne Mr. Xavier BERTRAND dans son allocution rappelle celle qu'a établie en 1990 le psychiatre anglais Aviel Goodman. Ce dernier la décrit comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives »⁵. L'acception proposée renforce le caractère polymorphe de cet impératif de santé publique. Par conséquent, la nécessaire transversalité de la prise en charge des addictions s'inscrit dans le cadre de la planification tant nationale que régionale ou locale. Si la réponse apportée n'est pas univoque quel que soit le territoire de santé car l'addictologie est à la croisée du somatique et de la psychiatrie, elle appelle toutefois la participation de professionnels aux cultures différentes tel que le gastro-entérologue, le psychiatre, l'infirmier, l'assistante sociale ou encore l'éducateur spécialisé. Aux objectifs du Plan Addictions 2007-2011, répondent les orientations du volet addictologie du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) à partir desquelles se déclinent les projets d'établissement ou orientations stratégiques.

Le Plan précité programme, à côté du secteur médico-social et de celui de la médecine de ville, la mise en place d'une filière sanitaire d'addictologie d'ici 2011 au travers de trois niveaux d'intervention. Au niveau 1, sont positionnées les équipes de liaison hospitalière en addictologie (ELSA). Le niveau 2 consacre les unités de recours et de référence en addictologie. Enfin, le niveau 3 appelle la création d'un pôle universitaire et de recherche en addictologie au sein de chaque Centre hospitalo-universitaire (CHU).

Le mémoire professionnel s'inscrit dans l'application locale du volet addictologie du SROS de la Région Centre dont la publication est imminente. Il participe de la réflexion menée autour de la nécessaire implantation d'une unité de recours et de référence en Indre et Loire, département où se situe le terrain de stage, le CHU de Tours.

Dans le cadre des missions définies dans le contrat d'objectifs du second stage hospitalier a été inscrit le projet de constitution d'une unité de ce type entre le CHU et le Centre Hospitalier Louis Sevestre (CHLS), situé à 7 km du premier, qui est un établissement spécialisé dans l'alcoologie. Les deux établissements travaillent déjà ensemble pour l'accomplissement des missions de l'ELSA. Rattachés au CHLS, le médecin et l'infirmier de liaison de l'ELSA exercent leurs missions au sein des services du CHU. Le dossier auquel je participe est porté par le Pôle Psychiatrie, la Direction de la Coopération du CHU ainsi que par le Pôle Alcoologie-addictologie du CHLS.

⁵ A. Goodman, Addiction: Definition and Implication, British Journal of Addictions, 1990,85,1403-1408

En l'espèce, la problématique posée est double. Dans un premier temps, elle interroge sur les raisons qui motivent l'implantation en Indre et Loire d'une unité de niveau 2. Dans ce cadre, il convient de s'attacher à la sémantique des notions d'addiction et d'addictologie à leur impact épidémiologique mais aussi en terme de planification de l'offre de soins. Derrière la création d'une unité d'hospitalisation en addictologie, apparaissent des objectifs qu'elle est censée véhiculer et qui caractérisent le contexte particulier dans lequel elle doit s'implanter. Dans un second temps, elle conduit à se demander si le cadre coopératif pour sa déclinaison sur le territoire de santé observé est faisable sur un plan tant médical que financier. La prise en charge hospitalière des addictions s'opère en effet dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). Elle ouvre droit à la cotation de deux groupes homogènes de malade (GHM) 20Z04Z « éthylisme avec dépendance- soins complexes » et 20Z02Z « toxicomanie non éthylique avec dépendance –soins complexe » pour un séjour d'une durée de 11 jours.⁶ Aucune subvention n'est intégrée dans le plan de financement car cette modalité a été écartée d'emblée par les autorités de tarification.

La rédaction du mémoire centré autour de cette double interrogation a pour but d'éclairer la pratique prochaine de la fonction de directeur d'hôpital. Elle se situe dans une optique de santé publique, de territoire de santé mais aussi stratégique. En particulier, quelles sont les conditions à respecter pour porter et favoriser la réussite d'un dossier au sein d'un environnement contraint ? La participation à la phase de conception du projet a pour but de me permettre d'appréhender la dimension médicale en assistant aux travaux relatifs à la définition du projet médical.

En premier lieu, la méthodologie consiste à recenser les ressources bibliographiques de même qu'à analyser les données épidémiologiques de l'échelon national au niveau local pour alimenter la démarche d'un apport théorique. La rencontre des acteurs du projet au travers de la participation aux réunions ainsi que la visite d'unités déjà installées permettent en second lieu de concevoir l'unité dans sa globalité. Y sont envisagées en particulier sa finalité, ses modalités de fonctionnement, son orientation clinique ainsi que sa forme juridique d'exercice.

Aussi, si l'implantation d'une unité de recours et de référence en Indre et Loire répond à un impératif de santé publique dans le contexte singulier des addictions (1), la faisabilité de sa création dans un cadre coopératif est indéniable (2).

⁶ Arrêté « prestations » du 25 février 2008, article 2, [http : www.atih.sante.fr/index.php?id=00240008FFF](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=00240008FFF)

1 L'implantation d'une unité de recours et de référence en addictologie en Indre et Loire : une réponse à un impératif de santé publique

Se situant dans le champ de la santé publique (1-1) mais aussi dans celui de la planification de l'offre de soins (1-2), l'unité d'addictologie appelle de la pluridisciplinarité et des décloisonnements.

1.1 L'émergence de l'addictologie dans le champ de la santé publique

1.1.1 Le caractère polysémique et novateur de la notion d'addiction

Le caractère polysémique de la notion d'addiction tient tout d'abord à la tri dimensionnalité de la notion d'addiction (A), tridimensionnalité qui appelle une prise en charge pluridisciplinaire (B).

A) La tri dimensionnalité de la notion d'addiction

Sa racine latine ad-dicere manifeste une situation de servitude, d'esclavage. L'individu doit donner son corps en gage pour une dette non payée. Si ce sens va longtemps perdurer dans l'histoire, lui est aujourd'hui adjoint celui de dépendance. Le Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances définit pourtant les addictions comme des « comportements autoaliénants des êtres humains » et « des pratiques de consommation de substances psychoactives pouvant engendrer des dommages et des dépendances »⁷. Cette définition distingue donc l'addiction de la dépendance dans la mesure où la première engendre la seconde.

Cette approche doit être cependant complétée en s'inscrivant « dans le triptyque (bio-socio-psycho) » selon Mr le Professeur Michel REYNAUD. Au-delà de l'état de subordination à un produit ou à un comportement qu'implique l'addiction, sa définition doit être enrichie d'autres aspects que la dimension biologique. L'approche sociologique situe la personne addictée dans un contexte qui est favorable à sa dépendance. La psychologie révèle « des traits de caractère conduisant à amorcer et à entretenir son addiction »⁸.

⁷ Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances, 2^{ème} édition, Paris : Larousse 2004

⁸ Site <http://www.centre.des.addictions.org>.

La tridimensionnalité de la notion d'addiction complexifie sa prise en charge d'autant qu'il n'y a pas une seule mais des addictions. Il y a les addictions les plus nombreuses qui renvoient à la consommation d'un produit licite ou illicite tels que l'alcool, le tabac, les drogues ou encore les tranquillisants. L'addiction se crée à force d'un usage répété, excessif qui crée un mécanisme de dépendance tant physique que psychologique chez le consommateur.

a) *Précisions sur le mécanisme de la dépendance*

La dépendance physique est un état d'accoutumance à la présence d'un produit ou à un comportement qui peut engendrer des troubles graves en cas de manque, l'ensemble de ces troubles étant dénommé syndrome de sevrage. La dépendance psychologique se manifeste par le désir irrésistible de consommer un produit ou reproduire un comportement. Cet aspect s'attachant plus particulièrement aux habitudes et modes de vie de l'individu, rappelle les dimensions biologiques et sociales. S'il existe de nombreux critères de la dépendance selon les experts qui les répertorient, il est possible de se référer aux critères simples de la dépendance retenus en 1992 par l'Organisation Mondiale de la Santé⁹.

Il convient de relever enfin les addictions sans produit ou comportementales qui ne sont pas liées à une substance mais à des conduites. Elles ont trait à la dépendance sexuelle, au jeu pathologique, aux achats compulsifs, aux troubles des conduites alimentaires (TCA), à la cyberdépendance ou au travail pathologique que certains, reprenant son origine anglo-saxonne, qualifient de workaholism. Même si les addictions par produit demeurent largement majoritaires, ces dernières peuvent être considérées comme les « maladies emblématiques de notre société »¹⁰, qui bien que répertoriées et analysées depuis une vingtaine d'années, restent sous évaluées car leur prise en charge n'est pas centrée sur un produit mais sur un sujet.

⁹ Si au moins trois des manifestations suivantes sont réunies au cours de la dernière année, il y aura dépendance :

- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho active
- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance
- syndrome de sevrage physiologique quand la personne diminue ou arrête la consommation
- tolérance de plus en plus importante à la substance
- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psycho active
- poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences manifestement nocives

CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic (1992 b). Genève, Organisation mondiale de la Santé

¹⁰ Marc Valleur, Dan Velea, Les addictions sans drogue(s) Revue Toxibase n°6- juin 2002 p 2

Ces nouvelles formes d'addictions renvoient à un état que le sociologue Alain Ehrenberg qualifiait il y a près de dix ans de « fatigue d'être soi »¹¹. L'addiction est la seule alternative à la dépression pour l'homme moderne, condamné à la performance tant personnelle que professionnelle.

B) La nécessité d'une prise en charge tournée sur cette tridimensionnalité

La définition de l'addiction, donnée par Aviel Goodman, a le mérite de viser à la fois les addictions comportementales et celles liées à la dépendance à une substance. Elle focalise l'attention des professionnels aussi bien sur la problématique de ceux qui s'y adonnent que sur la nature des produits ou l'environnement dans lequel se réalise le comportement addictif. Privilégiant une approche plus globale de l'addiction, ceci permet de favoriser l'autonomie et le développement de l'addictologie en tant que discipline à part entière « à la croisée de toutes les disciplines qui s'intéressent à l'homme et à ses conduites »¹². Si l'addiction est en soi tridimensionnelle, sa prise en charge n'est donc pas univoque. Elle appelle une pluridisciplinarité voire pour certains une « transdisciplinarité »¹³ de la prise en charge. Cela sera souligné quand sera évoqué le projet médical commun porté par les médecins du CHU de TOURS et du CHLS.

1.1.2 Le développement de l'addictologie en tant que discipline médicale à part entière

A) Historique de la discipline

L'émergence de l'addictologie en tant que discipline médicale à part entière permet de comprendre la difficulté qu'elle rencontre encore aujourd'hui pour se distinguer de son rattachement historique en tant que réponse clinique face à un produit nocif tout comme celle qu'elle a pour sortir du champ strictement médical lors de la prise en charge du patient.

Pour se faire, il est intéressant de se reporter à l'article consacré aux « fondements historiques et cliniques d'un rapprochement » entre l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie par Mr le Docteur Alain Morel, Psychiatre et Secrétaire Général de la

¹¹ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Éditions Odile Jacob, 1999

¹² Le champ de l'addiction, site de la Fédération française d'addictologie <http://www.addictologie.org>

¹³ Alain Morel, Jean-Pierre Couteron, *Les conduites addictives Comprendre, prévenir, soigner*, page 260-261, Éditions Dunod, 2008

Fédération Française d'Addictologie en 2002¹⁴. Il introduit son propos en déclarant que « sous l'égide de la notion fédératrice d'addictologie, l'heure est au rapprochement entre intervention en toxicomanie, alcoologie et tabacologie, à la révision des frontières conceptuelles et à la recomposition des dispositifs institutionnels. » Il ajoute que l'on se situe face à « un mouvement de fond, déjà à l'œuvre depuis longtemps parmi bon nombre de professionnels convaincus de la nécessité de remettre en question les catégories sur lesquelles les séparations s'étaient établies jusque-là.¹⁵ » Ces changements sont liés aux patients accueillis qui bien souvent présentent des poly consommations. Ils le sont aussi au regard que porte chacun d'entre nous sur les substances psycho actives.

L'auteur, reprenant en parallèle la construction du soin en alcoologie et en toxicomanie, insiste sur la personnalité des pères fondateurs de ces disciplines que sont Pierre Fouquet et Claude Olievenstein. De par leur vécu et leur caractère « humaniste », découle « le même triptyque : l'écosystème entre l'individu, l'alcool et l'environnement » pour Fouquet, « la rencontre entre une personne, un produit et un moment socioculturel chez Olievenstein »¹⁶. Sur cette base, s'établit le modèle bio-psychosocial.

Il termine son propos en écrivant que « l'addictologie apporte selon nous au moins trois éléments de progrès ». Il cite en premier lieu le respect de la dignité de la personne soignée loin de toute volonté de discrimination. Il ajoute « une approche plurifactorielle et transdisciplinaire dont la problématique est avant tout systémique en ce sens qu'elle s'intéresse aux liens entre les trois éléments du triptyque : la personne, la substance, la société ». Il retient enfin « une approche sociale et médicale plus appropriée »¹⁷ car décloisonnée d'une stricte orientation clinique.

S'il appelle de ses vœux une politique de santé publique et la révision des statuts légaux des différentes substances, on peut regretter le fait qu'il n'aborde pas la question des addictions comportementales, signe s'il en est qu'il est parfois difficile de s'affranchir de sa formation initiale. Au travers de cet article, la prise en charge addictologique ne peut être limitée à un produit spécifique ou à un traitement médical particulier. Elle appelle une nouvelle fois de la pluridisciplinarité voire de la « transdisciplinarité ».

Dans le champ du management et de la conduite d'un projet tel que celui de l'unité de recours et de référence en addictologie, la coopération sanitaire pour la déclinaison du concept de la « transdisciplinarité », semble appropriée pour la prise en charge des conduites addictives.

¹⁴ Alain Morel Alcoologie et Intervention en toxicomanie, Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement, Alcoologie et Addictologie 2002 : 24 (4 suppl.) 10S-19S

¹⁵ Ibid. page 10S

¹⁶ Ibid. page 13S

¹⁷ Ibid. page 13S

B) Consécration de la discipline

La reconnaissance en tant que spécialité est réalisée depuis la publication au Journal Officiel du 20 octobre 1999 du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires d'Addictologie (DESC).

Mr le Professeur Michel Reynaud note à ce sujet que « l'addictologie se place, en conformité avec les classifications internationales, dans une perspective d'unification de l'ensemble des comportements de consommation des différentes substances psychoactives licites et illicites. Elle vise, au-delà du clivage du produit, à étudier les pratiques de consommation et les conduites addictives ; elle s'intéresse aux mécanismes d'acquisitions de la dépendance et notamment aux déterminants biologiques, psychologiques et sociaux, affine le traitement et la prévention de ces pratiques et analyse leurs conséquences économiques et sociales.¹⁸ »

Cette consécration a été favorisée selon l'auteur par l'appropriation du concept d'addiction par les professionnels mais aussi par la société dans son ensemble. Balayant les frontières entre les spécialités d'origine des internes et médecins spécialistes, le DESC reconnaît, au-delà d'une compétence universitaire, des pratiques professionnelles, « une meilleure organisation de l'ensemble du dispositif de soins tant spécialisés que généralistes, et une meilleure efficacité des soins.¹⁹ »

L'accent mis sur la nécessaire prise en compte de la globalité de la personne renverse les clivages particuliers. Il fait de la prise en charge addictologique une compétence particulière qui a « d'intéressants débouchés ...dans le public avec la création d'équipes de liaison et, nous l'espérons, d'Unités Fonctionnelles et de Services d'Addictologie²⁰ ».

Mr le Professeur Reynaud, écrivant son article en 2000, annonce la publication 7 ans plus tard du Plan Addictions qui organise la filière hospitalière en 3 niveaux. Le projet présenté dans ce mémoire, s'inscrit pleinement dans ce contexte. Au-delà de la création de l'unité d'hospitalisation sur le niveau 2, il appelle à conduire la réflexion au sein du CHU de Tours, autour de la création sur le niveau 3 d'une « véritable interface entre la clinique et la recherche fondamentale »²¹. Celle-ci devrait permettre de coordonner l'enseignement, la formation et la recherche. L'unité à créer constituerait donc un parfait terrain de développement de ces trois thématiques car elle serait dédiée aux addictions.

¹⁸ Michel Reynaud, Le DESC d'addictologie : l'addictologie reconnue comme une discipline ; Revue THS, septembre 2000, page 426

¹⁹ Ibid. page 426

²⁰ Ibid. page 427

²¹ Cf. Circulaire précitée du 16 mai 2007

C) Ancrage de la discipline dans le champ sanitaire et social

Il est assuré par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui liste, au titre des établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans son article 15 alinéa 9, les « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie »²² (CSAPA) qui réunissent les Centres spécialisés de soins en toxicomanie (CSST) et les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Pour la première fois, la notion d'addictologie est mentionnée dans un texte législatif ou réglementaire. Elle établit un lien entre l'addictologie et la prévention et transcende les clivages entre social, sanitaire et médecine de ville. Apparaît en filigrane, l'idée de filière addictologique qui sera consacrée cinq ans plus tard dans le Plan Addictions.

Cette filière addictologique est constituée à la fois du sanitaire et du médico-social. Le projet présenté de création d'unité d'hospitalisation ne peut être détaché de la mise en place des CSAPA. L'addictologie s'inscrit sur le terrain de la santé publique par la mention faite à la prévention.

1.2 L'impact des données épidémiologiques sur la planification de l'offre de soins en addictologie

Il convient de montrer tout d'abord que l'exploitation des données statistiques impose une nécessaire planification de l'offre de soins (1-2-1) pour décrire ensuite les priorités retenues par les autorités de planification et leur incidence sur le projet présenté (1-2-2)

1.2.1 L'exploitation des données statistiques et leurs déclinaisons nationale, régionale et locale

A) La reconnaissance de la nocivité avérée des conduites addictives sur le plan national

Elle est davantage mise en évidence pour les addictions avec produits (alcoolisme, tabagisme et toxicomanie) que pour celles liées aux comportements (achat compulsif, cyber addiction...). La population addictée est en effet caractérisée par un nombre plus important de personnes consommatrices de produits que de comportements à risque.

Les addictions comportementales ne sont mises en évidence que depuis le Plan Addictions 2007-2011. Leur apparition est liée en grande partie au développement des nouvelles technologies.

²² JO n°2 du 3 janvier 2002 page 124 et suivantes

Elle vient aussi de la promotion du concept d'addictions et de l'émergence de l'addictologie qui mettent en évidence les poly consommations au-delà de l'addiction par produit. Le jeu pathologique ne fait l'objet d'un rapport officiel spécifique que depuis juillet 2008 au travers des travaux de la Commission Adès.

a) *Les addictions par produit*

- L'alcool : une consommation à risque majoritairement masculine et de plus en jeune

Le Plan précité note que le risque de consommation nocive et de dépendance concerne pour cette substance « sur l'ensemble des 18-75 ans, 10% des individus » pouvant « être considérés comme ayant, ou ayant connu par le passé, un usage problématique d'alcool », l'usage étant plus « fréquent chez les hommes que chez les femmes (15% vs 5%) »²³. Il existe « environ 3 millions de personnes en difficulté avec l'alcool » selon le Plan susvisé. Le chiffre de 3 millions est estimé au moyen du test de dépistage Alcohol Use Disorders Identification Test de l'OMS²⁴. Sur cette population à risque, seuls 132 000 consommateurs ont été vus dans un centre spécialisé note l'Office Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) dans son rapport de décembre 2007 relatifs aux chiffres clés des drogues²⁵.

S'il est constaté depuis 30 ans, une diminution de la consommation qui est passée de 15,7 litres d'alcool par an et par habitants en 1970 à 11,7 litres en 1998, il convient de relever un changement de l'âge des comportements à risque, l'ivresse étant de plus en plus fréquente chez les jeunes ainsi que les phénomènes liées à « un alcool défoncé »²⁶. Les ivresses graves nécessitant une hospitalisation augmentent d'environ 50% chez les 15 à 24 ans selon l'enquête ESCAPAD²⁷. Les ivresses répétées connaissent la même tendance. Si elles touchaient en 2003, 19,2% des jeunes, elles en concernent en 2005, 26%. 57% des jeunes de 17 ans déclarent avoir été ivres au cours de leur vie, 49% l'ont été au cours des douze derniers mois. Un jeune de 17 ans sur 10 a été ivre au moins dix fois au cours des 12 derniers mois. Les garçons sont là encore presque trois fois plus nombreux que les filles à avoir connu au moins 10 ivresses dans l'année.

²³ Plan Addictions 2007-2011 page 19

²⁴ Cf. DREES Etudes et résultats Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins n°405-juin 2005 page 2

²⁵ OFDT, Drogues, Chiffres Clés, décembre 2007 sur le site www.ofdt.fr

²⁶ Cf. campagne publicitaire « TROP » évoquée en introduction

²⁷ ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense, 2005

- Les indicateurs relatifs à l'alcool :

- taux de mortalité :

On estimait en 1998 à 23110 le nombre de décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique, mais environ 45 000 décès seraient imputables à l'alcool chaque année. Il serait notamment responsable de 70% des cancers du foie et de 39% des cardiopathies ischémiques. Un décès sur 4 avant 65 ans et un décès sur 10 ensuite lui seraient attribués, de même qu'un suicide sur deux et un accident de la circulation sur trois. En terme de mortalité prématurée, les catégories socioprofessionnelles ouvrières et agricoles ont un indice de surmortalité trois fois plus important que les cadres ou professions libérales. En outre, on note une mortalité inégalement répartie sur le territoire avec un arc de cercle dominant entre la Région Champagne-Ardenne et la Bretagne, le Sud de la France étant plus épargné.

A l'échelle communautaire, la France connaît la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool, de 30% supérieure à la moyenne européenne. Les ivresses répétées constituent en particulier la première cause de décès chez les jeunes hommes en Europe.

- taux de morbidité :

La consommation d'alcool est directement à l'origine de certaines pathologies telles que la cirrhose du foie et le syndrome d'alcoolisme fœtal. L'alcoolisme est impliqué dans la survenue d'autres maladies comme les cancers des voies aérodigestives et les maladies de l'appareil respiratoire, les troubles psychiques. Il est également à l'origine de 30 à 40% des accidents de la route, de 10 à 20% des accidents du travail et au moins 20% des accidents domestiques. La consommation d'alcool excessive entraîne chez les jeunes des comportements à risque tels que l'exposition aux violences physiques, à des rapports sexuels à risque (grossesses non désirées, infections sexuellement transmissibles) ou à l'échec scolaire et à un isolement familial et amical.

- Le tabac : une consommation généralisée, facteur de surmortalité

Le phénomène de tabagisme peut être actif ou passif. Il génère 60 000 morts par an en France. Même si le nombre de fumeurs diminue de 12% entre 1999 et 2003, le nombre de fumeurs s'élève à 13,5 millions soit plus de 30% de la population. ¼ des femmes enceintes continuent à fumer au cours de leur grossesse. La consommation de tabac augmente avec l'âge et en parallèle, l'âge de la première cigarette est à 13 ans en moyenne. Associé à l'alcool, « sa consommation est hautement pathogène » selon le Plan Addictions. Le tabac est identifié comme un facteur de risque majeur dans la survenue des cancers du poumon ou du larynx. Le Plan Addictions note que pour le tabac « le constat est encore plus accablantpuisque plus de 20 000 décès par cancer du poumon peuvent lui être attribués. »

- Les autres drogues : des données tout aussi fournies

En effet, depuis la création de l'OFDT, chaque année celui-ci produit un rapport annuel sur les drogues. Au-delà du tabac et de l'alcool, les données recensées ont trait au cannabis, à l'héroïne et opiacés, cocaïne et autres drogues illicites. Est ainsi mis en exergue dans le rapport 2007, les informations suivantes :

- 2,3% des adultes de 18 à 75 ans et 10,8% des jeunes de 17 ans sont des fumeurs réguliers de cannabis,
- 35 000 consommateurs sont reçus dans les structures spécialisées
- la consommation de cannabis entraîne un risque de mortalité multiplié en cas de consommation conjointe d'alcool,
- 1% des 15-39 ans ont consommé de la cocaïne dans l'année,
- 150 000 à 180 000 usagers présentent des difficultés au plan sanitaire, social ou judiciaire,
- 45 000 à 50 000 consommateurs ont été vus au cours de l'année dans les centres spécialisés

Tous ces chiffres peuvent être complétés par le constat fait par Jean-Michel COSTES : « pour les trois produits consommés par les jeunes (tabac, cannabis, alcool), la diffusion au sein d'une génération est maximale entre 14 et 15 ans, âge stratégique pour la prévention »²⁸.

b) Et les addictions sans produit ?

Deux remarques peuvent être formulées à partir du panorama dressé des addictions par l'auteur. Tout d'abord quand JM COSTES apporte un éclairage de santé publique sur les addictions en France, il n'aborde pas la question des addictions comportementales. Ces dernières font l'objet d'un chapitre particulier au sein du Traité d'Addictologie. Aucun chiffre n'est par exemple donné pour les addictions sexuelles ou les achats compulsifs, preuve s'il en est du retard français dans le repérage de ces formes nouvelles de dépendance. L'épidémiologie n'a pas encore connu la voie de l'unification.

Ensuite, toutes les formes d'addiction semblent s'inscrire précocement dans l'existence humaine si bien que l'éducation ou la prévention sont des axes qui devraient être encore plus privilégiés au-delà du volet curatif.

²⁸ Jean Michel COSTES, Principales données épidémiologiques concernant les addictions en France page 124 dans Michel REYNAUD Traité d'Addictologie, Médecine-Sciences Éditions Flammarion 2006

Une question se pose derrière ces deux remarques : l'unité de recours et de référence en addictologie s'inscrivant dans ce contexte, la vision des acteurs sera-t-elle rivée sur les addictions par produit alors même que le Plan Addictions prône la mise en œuvre d'un lieu globalisant addictions avec ou sans produit ?

B) Sur le plan régional : des statistiques relayées par le volet addictologie du SROS

Le même message est adressé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) Centre quand est décliné suite au Plan Addictions, le volet addictologie du SROS. Ainsi, les rédacteurs ont mis en évidence au titre des consommations, des besoins et des demandes de la Région, les éléments suivants :

- pour le tabac, « la Région Centre est au neuvième rang national en ce qui concerne le nombre de cigarettes vendues par habitant. Tous les départements de la région sont au dessus de la moyenne nationale, à l'exception de l'Indre et Loire. En extrapolant les données ressortant d'études nationales à la population de la Région Centre âgée de 12 à 74 ans au premier janvier 2005, on peut estimer les consommateurs quotidiens de tabac de la région à plus de 475 000 personnes et les consommateurs de 10 cigarettes ou plus à plus de 260 000 personnes. En 2005, 1242 personnes y sont décédées par tumeur de la trachée, des bronches et des poumons, soit 5,2% de l'ensemble des décès, dont 509 avant 65 ans soit 13% des décès survenus chez les 35-64 ans.
- pour l'alcool, « on peut estimer les consommateurs quotidiens d'alcool à plus de 260 000 personnes ; plus de 130 000 hommes et près de 50 000 femmes de la Région Centre présenteraient un risque d'usage problématique d'alcool. L'alcool aurait été impliqué dans 1626 décès (7,8% de tous les décès et 11,1% chez les hommes) en 2005.
- pour le cannabis, « le nombre de personnes résidant en Région Centre et consommant du cannabis 10 fois ou plus dans le mois se situe aux alentours de 44 000 personnes dont 34 000 hommes et 10 000 femmes »²⁹.

Il est noté par ailleurs que les niveaux d'expérimentation des autres produits illicites tels que l'ecstasy et la cocaïne sont moins élevés en Région Centre que dans le reste de la métropole.

²⁹ Volet Addictologie du SROS Région Centre version du 16/07/08 page 2

La Région observée semble donc présenter des caractéristiques similaires à la tendance nationale à savoir une forte proportion de consommateurs. Il est regrettable toutefois que le panorama régional ne fasse pas apparaître des informations relatives aux poly consommations qui constituent pourtant un paramètre incontournable en terme de prise en charge hospitalière à mettre en œuvre ainsi que des données concernant les addictions sans produit. Là encore, on peut imaginer que l'état d'avancement des travaux de recherche sur ces nouvelles formes étant ce qu'il est, elles ne sont pas mentionnées car occultées par la cohorte d'addictés aux produits licites ou illicites.

C) Sur le plan local : une patientelle potentielle au travers de l'étude du PMSI du CHRU de Tours

Une étude a été réalisée par un Interne du SIMEES du CHU TOURS, à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) afin de situer le CHU face à ce « problème de santé publique majeur ». De ce travail, ressortent des constats et des remarques très instructives sur les pratiques actuelles, notamment le sous codage des actes médicaux ou encore les limites que présente le PMSI en terme de planification.

Tel qu'indiqué en introduction de l'étude relative aux séjours codés en rapport avec une addiction en court séjour/MCO, le PMSI est un outil médico économique et non un instrument épidémiologique. Il ne produit qu'une représentation des motifs médicaux de mise en œuvre des moyens. Ainsi, « d'autres affections peuvent être plus prégnantes pour le patient mais être négligées par les modalités de saisie de l'information. »³⁰ Il est noté qu' « environ 18 à 26% des patients présents à l'hôpital présentent une consommation à risque d'alcool³¹. »

L'article auquel l'Interne renvoie souligne que pour certaines classes d'âge (notamment les moins de 25 ans) ou encore dans le cadre de la prise en charge en psychiatrie, les addictions pour alcool tendent à être limitées. Le cadre de l'étude réalisée par l'Interne du SIMEES concerne pourtant le secteur MCO. Ne peut-on pas penser qu'au-delà de la psychiatrie, chaque spécialité accueillant une personne présentant une addiction ait le réflexe instinctif de mettre en avant l'organe affecté par la dépendance plus que la personne dans sa globalité ?

³⁰ N. THIERCELIN, Séjours codés en rapport avec une addiction en court séjour/MCO

³¹ M. REYNAUD, Alcohol use disorders in French Hospital Patients, Alcohol and Alcoholism Vol 32 N°6, pp 769-775, 1997

Les deux objectifs poursuivis dans cette étude sont de mettre en évidence le sous codage PMSI des addictions alcool, substance psycho active et TCA et de déterminer l'importance du sous codage.

Les conclusions sont les suivantes :

- en 2007, 61 162 patients ont été pris en charge au CHU en court séjour/MCO. 2285 de ces patients ont un diagnostic PMSI codés comprenant dans leur intitulé le mot alcool, soit 3,74% des patients
- si on se réfère à l'étude précitée de 1997 ainsi qu'aux travaux de la DREES cités en note 25, jusqu'à 26% de patients pris en charge un jour donné dans un établissement de santé présentent un risque d'alcoolisation excessif
- rapporté au CHU, cela représente 11 à 16 000 patients dans cette configuration
- le constat fait pour la consommation d'alcool peut être étendu aux autres substances psycho actives de même qu'aux TCA

Partant de l'arrêté précité du 25 février 2008 ouvrant droit à la cotation de deux GHM 20Z04Z « éthyliste avec dépendance- soins complexes » et 20Z02Z « toxicomanie non éthyliste avec dépendance –soins complexe », A été repérée la part des GHM de ce type avec une durée de séjour de 11 jours permettant la facturation d'un « sevrage complexe ». Cela donne le tableau suivant :

GHM	2005	2006	2007	Total
20Z04Z	16	28	25	69
Dont > 11 jours	3	3	6	12
20Z02Z	5	10	12	27
Dont > 11 jours	1	1	0	2
Total	21	38	37	96
Total > 11 jours	4	4	6	14

Source : SIMEES/Données PMSI 2005 2006 2007

Seuls 6 séjours en auraient été cotés en sevrage complexe si une unité d'hospitalisation de niveau 2 existait au CHU.

Cette situation peut s'expliquer par différentes hypothèses parmi lesquelles l'absence de diagnostic en tant qu'addiction, la mobilisation non nécessaire de moyens particuliers de prise en charge ou encore la présence d'autres pathologies, qui sollicitant des dispositifs plus conséquents que l'addiction elle-même, l'occulte au niveau du codage.

Il est intéressant de constater une nouvelle fois combien les impératifs de la prise en charge addictologique, au premier rang desquels l'appréhension globale du patient addicté s'efface derrière l'organe, sujet de l'attention des autres spécialités médicales. Une telle étude ne doit pas conduire l'observateur et plus encore le décideur hospitalier à conclure que n'existe pas un besoin de santé publique. Au contraire, des chiffres aussi bas sont significatifs d'une nécessaire évolution des pratiques médicales et paramédicales quant aux addictions.

Rappelons que le sujet de l'étude n'avait pas trait aux addictions comportementales, qui semblent encore plus marginalisées tant leur connaissance par les acteurs de santé est encore balbutiante.

Il y a urgence à réagir au regard et par delà ces données épidémiologiques. En effet, elles constituent une légitimité et un levier incontournable pour les autorités chargées de la planification. Elles renforcent cet impératif de santé publique que représente la prise en charge des addictions. Elles sont la toile de fond des unités de recours et de référence à implanter localement.

1.2.2 Les priorités retenues par les autorités de planification et leur incidence sur le projet présenté

A) Les priorités nationales en matière d'addictions

a) *L'importance du Plan « Prévention et prise en charge des addictions » 2007-2011*

Principe

Le caractère novateur du Plan Addictions 2007-2011 réside dans le fait qu'il apporte tout d'abord une définition commune aux addictions par produit et comportementales. Reprenant la conception globalisante de l'addiction telle que défendue par Aviel GOODMAN, il transcende les catégories pour faire émerger un concept d'addiction multiforme et favoriser la prise de conscience de chacun sur son caractère prioritaire.

Notre propos ne consiste pas à reprendre ou lister chacune des mesures proposées mais de dégager les apports les plus significatifs sur le champ sanitaire, non sans oublier les volets médico social et médecine de ville qui complètent la filière addictologique.

Aussi, le Plan vise par les six priorités retenues et les 14 objectifs déclinés à améliorer :

- la visibilité du dispositif au moyen d'une meilleure organisation au sein d'une filière addictologique articulée dans le champ sanitaire autour de trois niveaux d'intervention, coordonnée dans le secteur médico social à partir des CSAPA et cela en lien avec la médecine de ville.

- l'accessibilité par un accès aux soins pour tous que l'on soit par exemple un jeune, une femme enceinte ou une personne précaire. Il fait de la prévention la 4^{ème} de ces priorités. Il inscrit ainsi le renforcement de l'éducation à la santé en matière d'addictions dans son 9^{ème} objectif.
- la proximité en faisant du territoire de santé, du bassin de vie, l'échelon privilégié de l'intervention en addictologie. La planification régionale du dispositif d'addictologie doit être ainsi harmonisée au sein du volet addictologie des SROS.
- la qualité en mettant en place une évaluation du dispositif au moyen notamment d'indicateurs de suivi.

Portée dans le secteur sanitaire

Le Plan constate qu'il existe très peu de services spécialisés en addictologie. Il souligne la disparité et l'inégalité dans la répartition des territoriales des moyens ainsi qu'un problème de tarification en MCO. Il vise à organiser la prise en charge hospitalière en améliorant l'organisation de la prise en charge des addictions au sein des établissements de santé et en la valorisant financièrement.

L'amélioration de l'organisation de la prise en charge est conçue autour de trois niveaux d'intervention :

- le niveau 1 qui comprend : les consultations spécialisées d'addictologie (tabacologie, alcoologie...) qui sont regroupées et organisées dans tout établissement doté d'une structure d'urgences. Cette disposition a pour but d'établir un suivi personnalisé notamment aux jeunes ayant une dépendance à un voire plusieurs produits. Actuellement, la prise en charge est limitée à un simple accueil aux urgences. Le niveau 1 est complété des ELSA qui repèrent, bilantent et orientent les patients dans le parcours de soins. Le Plan souhaite que tous les établissements en soient dotés ou tout du moins que des consultations y soient organisées Enfin, ce premier palier de proximité est constitué des structures d'hospitalisation avec personnel formé permettant un sevrage simple qui chapeauteront au sein d'une unité fonctionnelle les deux premiers dispositifs. L'ensemble est étendu aux maternités et centres anticancéreux qui doivent organiser une réponse de niveau 1. Face à cette dernière mesure, on peut mesurer l'ambition des instances nationales d'englober tout type de patients dans une logique de santé publique d'accès de tous aux soins en addictologie
- le niveau 2 est celui du recours. Il est le « niveau spécifiquement addictologique, il comprend des structures bénéficiant de personnel formé à l'addictologie et proposant des prises en charge spécialisées ». Il est composé :

- par les soins de suite et de réadaptation (SSR) addictologiques
- ainsi que des unités de recours et de référence pour les sevrages et soins résidentiels complexes. Il doit être installé au moins une unité au sein d'un bassin de population de 500 000 habitants (priorité n°1, objectif n°1, mesure n°2). Son positionnement au sein du Plan n'est pas anodin. Elle occupe une place centrale entre le repérage effectué dans la structure d'urgence et le pôle d'addictologie à créer au sein de chaque CHU.

Précisions sur le niveau 2 des unités de recours et de référence

- les patients accueillis

Cette unité accueille des patients fragiles, présentant une dépendance majeure et en situation d'échec après une ou plusieurs tentatives de sevrage et de maintien de l'abstinence. Sont aussi admis les patients les plus lourds nécessitant une hospitalisation prolongée et un programme thérapeutique intensif du fait du nombre et de l'importance de leurs problèmes et n'arrivant pas à maintenir une abstinence par des prises en charge moins lourdes. Peuvent être accueillis également les patients nécessitant des bilans somatiques ou des évaluations neuropsychiatriques et cognitives approfondies. Enfin, l'unité peut prendre en charge les patients nécessitant une rupture plus ou moins longue par rapport à leur milieu de vie habituel, ou à l'inverse isolés sur le plan social et affectif ou en situation de précarité sociale ou professionnelle .

- Une évaluation complète à réaliser :

L'unité permet une évaluation et un bilan addictologique somatique, social et psychiatrique approfondis. Tous les bilans, examens et surveillances doivent pouvoir être pratiqués : bilans ORL, pulmonaire, hépatique, digestif complets, ainsi qu'une évaluation neurologique (avec scanner ou IRM), neuropsychologique et psychiatrique. De même, une évaluation précise de la situation sociale (droits sociaux, logement, famille, travail...) doit être faite pour faciliter un projet de soins global.

Force est de constater que les notions de pluridisciplinarité ou de « transdisciplinarité » chères au Docteur MOREL irriguent ce bilan complet conçu autour d'un patient pris dans sa globalité.

- Des soins addictologiques spécifiques

Ils consistent en des « thérapies de groupe qui comprennent des ateliers » (stimulation cognitive, groupe de parole et groupe d'éducation pour la santé) et des « thérapies cognitivo-comportementales » (renforcement motivationnel, prévention de la rechute, entraînement aux compétences sociales et gestions des émotions négatives), en des « psychothérapies individuelles », en « la possibilité de thérapie familiale ou de couple », en « des consultations sociales et des ateliers de réinsertion ou de recherche d'emploi »,

en « des thérapies à médiation corporelle » (relaxation, balnéothérapie, sport...), en « des consultations diététiques » et en « un espace de rencontre avec les associations de patients ou mouvements d'entraide ».

En résumé, le niveau 2 de recours et de référence concentre en une unité de lieu et de temps une pluralité de compétences reconnues au service de prises en charges individualisées permettant le recours à des soins complexes, des activités thérapeutiques ou encore un plateau technique innovant.

Aucun établissement seul du département de l'Indre et Loire ne concentre dans les conditions telles que fixées par le Plan, les dispositifs adaptés. Par conséquent, il semble que le cadre coopératif ne puisse être de prime abord écarté.

- le niveau 3 qui correspond à celui de la région renvoie à la création d'un Centre d'Addictologie Universitaire : centre régional de ressources et de formation, et lieu de recherche au sein de chaque CHU. Il constituerait « un véritable pôle régional addictologique permettant la coordination de l'enseignement et de la recherche, véritable interface entre la clinique, la recherche fondamentale et les structures de recherche institutionnelles »³². L'instauration du niveau 3 s'inscrit dans une démarche institutionnelle de création de postes fléchés de praticiens en addictologie, d'une représentation médicale à la CME.

La publication du Plan « Prévention et prise en charge des addictions » 2007-2011 est complétée par celle de la circulaire n° DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16/05/07 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie qui, coordonnant les différents volets de la prise en charge addictologique, souligne que la filière addictologique hospitalière « s'inscrit dans une dynamique d'organisation territoriale et s'appuie sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation »³³. Il convient de noter qu'une nouvelle fois le contexte des réformes addictologiques renvoie à la dimension partenariale, ce que ne contredira point le Rapport LARCHER ainsi que le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires ». Il faut relier maintenant la parution du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011 du 9 juillet 2008 à celle du Plan Addictions car celui-ci « enrichi par l'ajout de nouvelles propositions, représente le volet prise en charge du plan gouvernemental.³⁴ »

³² Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions, Un enjeu majeur de santé publique, 2/10/2006 sur le site Internet du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, de la Vie Associative pages 28 à 40

³³ Circulaire n° DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16/05/07 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie page 4

³⁴ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, fiche 3-1 page 39

b) Le rappel d'objectifs et de méthodes par le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011

Notre propos ne consiste pas à reprendre en détail les 193 mesures de ce plan établi par la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT)³⁵, mais de souligner la parenté entre les objectifs et méthodes proposées dans ce document et le Plan précité 2007-2011. Ainsi, il vise à « prévenir les premières consommations de produits illicites et d'éviter les consommations excessives d'alcool, particulièrement chez les plus jeunes ». En second lieu, il souhaite « conduire une action résolue pour que l'offre des produits diminue de manière significative ».

Le Plan souhaite enfin, et c'est ce qui se rattache à la problématique de mise en place d'une unité d'addictologie de recours et de référence, « diversifier davantage la prise en charge sanitaire des drogues et d'alcool, en ciblant particulièrement les populations les plus exposées et les plus vulnérables ». « Le développement et la diversification du dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des addictions doit être poursuivi » au travers de la formation de « l'ensemble des professionnels de santé au repérage précoce des addictions », du ciblage des « populations les plus exposées et les plus vulnérables », de la création « de nouvelles communautés thérapeutiques »³⁶ autour de la problématique de soins et d'hébergement des patients addicts.

Ce dernier élément rappelle l'impératif de coopérer dans le domaine de la prise en charge préventive ou curative des comportements addictifs. Il est réitéré en ce qui concerne la volonté de « former, chercher, observer » présente dans le plan. Monsieur le Premier Ministre rappelle ainsi en introduction du plan que « le développement d'un dispositif de recherche fondamentale et thérapeutique dédié aux addictions, notamment au travers d'échanges et de collaborations européennes, permettra de mieux soigner les personnes dépendantes »³⁷.

Est envisagé par ailleurs de mettre en place dans chaque établissement de santé un correspondant local d'addictovigilance chargé de collecter les cas d'abus et de dépendance.

³⁵ Installée en France depuis 1982 et dénommée ainsi depuis le décret du 24/04/1996, elle est chargée de coordonner l'action du gouvernement dans le domaine de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, de la répression, de la formation, de la communication, de la recherche et des échanges internationaux.

³⁶ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, grandes lignes et mesures phares pages 1 à 4 sur le site Internet du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, de la Vie Associative

³⁷ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, page 6

c) *Influence des réformes actuelles sur le champ des addictions*

Il s'agit de retenir trois expressions clefs qui caractérisent le contexte entourant la mise en œuvre d'une unité de recours et de référence en addictologie en Indre et Loire : prévention, territoire et coopération.

❖ *Le Rapport LARCHER ou l'accent mis sur les coopérations pour défendre l'offre de soins hospitalière publique*

Le rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital public, présidée par le sénateur Gérard LARCHER³⁸ contient quatre mesures phare :

- l'aménagement des relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité de sa prise en charge,
- au niveau de chaque territoire de santé, l'offre de soins hospitalière doit être organisée pour offrir une qualité de service au meilleur coût,
- la volonté de préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme,
- le développement de l'enseignement et de la recherche.

Ces quatre axes raisonnent fortement dans le champ étudié en ce sens qu'ils appellent la mise en place d'une filière addictologique pour garantir un continuum dans la prise en charge du patient. Ils conduisent au développement de la stratégie de groupe entre les établissements publics pour apporter une offre de soins optimale, économiquement la plus satisfaisante et offrir aux structures par le biais de coopérations des perspectives de développement d'activité. Enfin, ils ont pour but de renforcer le volet enseignement et recherche des addictions.

Encore une fois, l'axe de coopération semble préconiser par les autorités nationales. Une question se pose : quel cadre adopter pour la mise en place de l'unité de recours et de référence en Indre et Loire ? La voie de la coopération paraît privilégiée par la Commission LARCHER quand est promu le modèle de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT).

³⁸ Rapport final de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital public sur le site Internet du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, de la Vie Associative

❖ *Rapport FLAJOLET et sa volonté de mettre en place une politique nationale de prévention*

Le rapport de la Commission présidée par le Sénateur Flajolet a pour ambition de donner à ceux qui en ont plus besoin l'accès au système de santé avant qu'ils ne présentent de pathologies graves dans une logique d'anticipation. Il s'agit de transformer la « logique de réparation » par « une gestion active de son patrimoine santé » en diffusant une « culture santé pour tous » dans le cadre d'une politique nationale de prévention.

Que retenir du Rapport Flajolet dans le contexte du projet présenté ?

Si la prise en charge addictologique s'inscrit en particulier dans une optique curative, elle trouve sa place naturellement dans le développement de la prévention ou de l'éducation thérapeutique. L'addiction peut toucher en effet les plus jeunes. Une sensibilisation aux dangers des substances nocives est ainsi préconisée dans le Plan gouvernemental précité de lutte contre les drogues et la toxicomanie de même que dans la campagne publicitaire « trop ».

Le rapport Flajolet insistant enfin sur « une culture santé pour tous », renvoie à la dimension sociale des addictions. La personne addictée, souvent fragilisée socialement, peut se voir ainsi exclue du système de santé.

❖ *Avant Projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires*

Son titre 1 sur « population et prévention », vise le renforcement des politiques de prévention notamment dans le cadre de la lutte contre les addictions, principales sources de mortalité évitable. Les jeunes sont considérés comme un public cible. Le mot addiction apparaît en page 3 de l'avant projet. Est évoqué dans son titre 2 « l'accès de tous à des soins de qualité » rappelant l'objectif poursuivi par le Rapport FLAJOLET. Le titre 3 consacré à « la modernisation des établissements de santé » consacre une part importante au CHT.

Ces dispositions données à titre d'illustration témoignent de la volonté du législateur d'optimiser l'organisation du travail entre les professionnels de santé en augmentant leurs collaborations. Elles soulignent l'objectif de développement de la prévention, de l'éducation à la santé dans une logique de solidarité envers les plus fragiles. La thématique de l'addiction rentre parfaitement dans cette optique biopsychosociale de territoire.

B) Les priorités régionales et départementales en matière d'addictions

Elles sont constituées de deux documents de planification de l'offre de soins hospitalière et médico-sociale :

a) *La création du volet addictologie du SROS 3 : l'exemple de la Région Centre*

L'avant projet du volet addictologie du SROS travaillé courant 2008 dresse un état de lieux de la prise en charge des addictions duquel ressort « des compétences multiples tant en ce qui concerne les décideurs, les structures que les professionnels de la prise en charge ». S'impose donc une coordination des pratiques et des dispositifs³⁹.

En ce qui concerne le territoire de santé de l'Indre et Loire :

- le niveau 1 doit être renforcé au travers du développement des consultations et des moyens de l'ELSA,
- le manque d'une unité de recours et de référence sur le niveau 2. L'ARH note qu' « il est souhaitable que l'hospitalisation soit faite dans une unité dédiée ». Celle-ci « doit...pouvoir disposer de personnels compétents en addictologie »,
- le niveau 3 relatif à l'enseignement et la recherche doit être quant à lui développé par la création d'un DESC d'addictologie en autonomie ou au sein de l'interrégion.

Dans le cadre de cette réflexion, le positionnement des autorités de tutelle est intéressant à relever. Lors d'une réunion organisée dans les locaux de l'ARH, le 27 mai dernier, le projet de création d'une unité de recours et de référence entre le CHU de TOURS et le CHLS fut évoqué. A cette occasion, si l'hypothèse de l'installation de l'unité au CHLS dans un cadre coopératif avec le CHU était « à retenir » pour l'ARH, il en allait tout autrement pour les services de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Ces derniers souhaitaient une implantation dans les locaux du CHRU, n'étant pas persuadés de la compétence des équipes du CHLS pour développer le niveau 2 alors même que le volet addictologie du SROS dans sa version consolidée au 24 juillet 2008 note que « le CPOM qui lie le CHLS à l'ARH, précise qu'il est en charge de la coordination addictologique sur l'ensemble du département de l'Indre et Loire ».

b) *La rédaction du schéma régional social et médico-social d'addictologie*

Il est en cours de rédaction sur le versant médicosocial de la prise en charge addictologique. Il sera intéressant d'établir en seconde partie une passerelle entre les filières addictologiques sanitaire et médicosociale en envisageant notamment les liens à établir entre l'unité hospitalière de niveau 2 et le futur CSAPA.

c) *À l'échelon du territoire de santé : le positionnement du CHU et du CHLS*

La Conférence Sanitaire de Territoire qui s'est tenue le 5 juin 2008 dans les locaux du CHRU a acté l'octroi au CHLS d'une autorisation de lits de médecine pour l'implantation de l'unité de niveau 2 que ce dernier envisage d'implanter dans un cadre coopératif.

En parallèle, en réponse au projet d'établissement déposé par le CHRU, l'ARH a fait part de son approbation. Elle ajoute toutefois qu'elle insiste tout particulièrement sur la nécessité de développer ou de mettre en œuvre des actions structurantes notamment dans le domaine de l'addictologie. Il ajoute que la réflexion en cours sur la création d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en alcoologie, sur celle d'une unité de tabacologie et de lits d'addictologie doit être ainsi menée à son terme.

Le cadre de l'unité étant caractérisé, il nous appartient maintenant de définir les modalités pratiques son implantation dans le territoire de santé observé. Il faudra envisager si le cadre coopératif y est pertinent. L'analyse du contexte dans cette première partie devrait nous y aider tant les termes de pluridisciplinarité, de coordination ou de coopération sont revenus tel un leitmotiv au travers de la définition des addictions et de l'addictologie, de l'analyse des données épidémiologiques et enfin des priorités de planification et de programmation.

³⁹ Est inscrite la nécessité de mettre en place des « filières et l'organisation du dispositif addictologique en trois niveaux tels que prévus par la circulaire n° DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16/05/07 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie ».

2 La faisabilité de la création d'une unité de recours et de référence en addictologie dans un cadre coopératif

Deux points devront être abordés au cours de cette partie consacrée à la faisabilité de la création de l'unité de recours et de référence dans un cadre coopératif, sur le territoire de santé de l'Indre et Loire :

- souligner la volonté du CHU de TOURS et du CHLS de travailler ensemble sur ce projet au travers de la définition d'un projet médical commun et de la constitution d'une étude de faisabilité technique et financière (2-1),
- établir un cadre réglementant cette coopération dans un double objectif de garantir la sécurité et la qualité des soins pour les patients accueillis tout en assurant aux deux parties des relations contractuelles équilibrées (2-2).

Au-delà de ces deux objectifs, il conviendra d'établir enfin un lien entre l'unité de niveau 2, maillon central de la filière addictologique hospitalière, et les niveaux 1 et 3 de cette même entité ainsi que d'insister sur la nécessaire coordination à instaurer avec la filière addictologique médicosociale.

2.1 La faisabilité du projet naît de la volonté des acteurs du territoire de santé de travailler ensemble

Il est nécessaire de présenter les acteurs du projet et leurs motivations (1-1-1) avant d'exposer leur projet commun d'unité de recours et de référence qui est en cours de définition (1-1-2).

2.1.1 Présentation des acteurs du projet et de leurs motivations

A) Le CHU de TOURS

a) Son offre de soins en addictologie

La particularité du terrain de stage réside dans un double état de fait. Le CHU intervient à la fois en tant qu'établissement de proximité, de recours et de référence sur le volet sanitaire et participe aussi sur le champ médico-social des addictions.

❖ Sur le volet sanitaire

La prise en charge des addictions se fait actuellement au CHU au travers de dispositifs relevant tant des pôles d'activité somatiques que psychiatriques.

- Prise en charge tabacologique

Celle-ci relève d'une unité de coordination en tabacologie, intégrée au Pôle Médecine, Pneumologie, Réanimation, Urgences coordonnée par Mme le Dr DANSOU. Elle fait appel à des vacations médicales ainsi qu'à une équipe paramédicale pluridisciplinaire.

Son financement est censé relever des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) au titre de l'arrêté du 23 mars 2007⁴⁰ qui fixe de manière limitative les activités relevant d'un financement au forfait.

- Prise en charge sanitaire des troubles liés à la consommation d'alcool

Elle se fait dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle au sein du service des urgences ou lors d'hospitalisations au sein du Pôle pathologies digestives, hépatiques et endocriniennes pour des sevrages alcooliques non programmés ou des affections plus aiguës telles que les cirrhoses du foie. La prise en charge peut se produire de façon indirecte dans tout autre service en tant que diagnostic associé (pôle de cancérologie par exemple).

- Prise en charge sanitaire des troubles liés au comportement alimentaire

Elle se réalise au sein du Pôle de psychiatrie pour les TCA des adolescents dans le cadre de l'unité adolescents de la Clinique Psychiatrique Universitaire située à Saint Cyr sur Loire. Elle est possible pour les patients adultes en médecine A.

- Prise en charge sanitaire des autres addictions

En ce qui concerne les drogues, là encore elles se font dans les services au détour d'une consommation excessive de stupéfiants entraînant une affection somatique ou psychiatrique, sachant que pour cette addiction, le service référent est le CSST Port Bretagne qui relève du champ médicosocial. La prise en charge des consommateurs de drogue se fait prioritairement en ambulatoire, en lien avec la médecine de ville.

Pour ce qui est des addictions comportementales, les informations disponibles nous permettent de dire que cette prise en charge n'existe pas qu'ils s'agissent de la cyber addiction ou du jeu pathologique. Une alternative se développe marginalement dans le cadre du secteur privé psychiatrique au travers de consultations médicales à la Clinique du domaine de Vontes.

⁴⁰ Arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D 162-8 du Code de la sécurité sociale, JO du 27 mars 2007 sur le site Internet : www.legifrance.gouv.fr

❖ Sur le terrain médicosocial

Avant que ne soit mis en œuvre le CSAPA dans le cadre de l'application de la loi 2002-2 portant rénovation de l'action sociale et médicosociale mais aussi de celle du Plan Addictions 2007-2011, le CHU de TOURS exerce sur le champ médico-social au travers du Centre de soins spécialisés en toxicomanie Port Bretagne et des Centres de cure ambulatoire en alcoologie de TOURS et de son antenne de Loches. Ces trois structures seront fondues dans le CSAPA.

▪ Le CSST Port Bretagne

Sous la direction médicale de Mr le Docteur BACHELLIER, il traite en premier lieu les toxicomanies c'est-à-dire les situations d'usage, d'abus ou de dépendance liées à la consommation de substances psycho actives. Sont suivis les patients consommateurs de substances licites ou illicites, les personnes qui se ressentent d'une identité toxicomane, les familles ou les couples. Sont également pris en charge les mineurs primo-délinquants pour usage de stupéfiants qui sont adressés par la justice. Une consultation cannabis est ouverte aux adolescents et jeunes adultes pour mesurer leur niveau d'addiction.

Sont également traités les troubles psychiatriques au travers de la prise en charge de toutes les co-morbidités psychiatriques des patients toxicomanes. Se réalise la prise en charge somatique au moyen d'un dispensaire ouvert aux personnes précaires pour des soins de ville ou spécialisés (dépistage du HCV, HIV, HBV). Une place est faite à la « pathologie sociale » par l'aide à l'accompagnement pour les personnes sans droits sociaux, à l'accès aux soins, au logement et vers l'insertion professionnelle ou encore par le soutien dans les démarches avec les autorités judiciaires.

Le CSST Port Bretagne participe aux activités relevant spécifiquement du CHU telles que le travail de prévention au sein du Comité Départemental d'Education à la Santé ou encore l'accueil d'internes au cours de stage. Il intervient aussi dans le domaine de la recherche au niveau des infections telles que l'hépatite C.

▪ Le CCAA de TOURS

Situé dans un immeuble d'habitation du Quartier SANITAS (ce qui favorise un accès précoce aux soins), le CCAA est une structure de soins spécialisée en addictologie qui contribue à la prévention et au traitement des complications liées à la consommation excessive d'alcool. L'équipe du CCAA comprend des infirmières, un secrétariat médical, un assistant social, une psychologue et des consultations médicales assurées par Mme

le Docteur MENNETREY. Le staff participe en particulier à la prise en charge des personnels du CHU en difficulté de même qu'à la dispensation d'information relative à la maladie alcoolique auprès d'un public diversifié (entreprises, universités...)

Le CCAA est un centre de consultations et de soins purement ambulatoires. Il s'agit de la seule structure de ce type dans le département. Il traite la dépendance alcoolique sous toutes ses formes mais aussi les difficultés liées aux mésusages d'alcool. Il prend par conséquent en charge des personnes qui sont alcoolodépendantes ou non mais ayant des difficultés de nature médicale ou sociale avec l'alcool.

Il ne peut assurer la prise en charge de pathologies aiguës telles que le delirium tremens ni les urgences médicales. La prise en charge du patient nécessite son consentement même s'il peut être adressé par d'autres (médecin du travail, justice...).

Le CCAA collabore avec les autres services du CHU tels que le Pôle pathologies digestives, hépatiques et endocriniennes mais aussi avec l'ELSA qui relève de la compétence du CHLS.

Il participe aux missions d'enseignement du CHU, notamment au Diplôme Universitaire d'Alcoologie. Il est associé à la recherche au travers des travaux consacrés aux marqueurs de l'alcoolisme qui sont conduits par le laboratoire de biochimie du site de TROUSSEAU.

- L'antenne CCAA de LOCHES

Ouverte depuis le 1^{er} janvier 2007, elle fonctionne avec une infirmière et une secrétaire médicale à mi-temps sous la responsabilité de Mr le Docteur Damien MAUGE, qui est l'un des principaux rédacteurs du projet médical de l'unité de recours et de référence.

b) Les motivations quant au projet d'unité

La mise en œuvre de lits d'addictologie au sein des pôles cliniques du CHU n'est envisagée pour des raisons ni stratégiques, ni financières.

Ainsi, sur un plan stratégique, la création d'une unité d'addictologie n'est pas un axe inscrit dans le projet d'établissement du CHU, ce que rappelle le courrier précité du Directeur de l'ARH. Dans le contexte du rapport Larcher et étant déjà conventionné avec le CHLS pour le fonctionnement de l'ELSA, le CHU préfère privilégier une coopération avec cet établissement. Même s'il ne sera pas considéré comme l'opérateur principal sur le niveau 2, sa vocation généraliste ne peut que le maintenir en tant que partenaire incontournable du CHLS. En effet, les soins complexes que nécessiteront les patients accueillis dans l'unité requerront notamment l'utilisation du plateau d'imagerie du CHU. De la même façon, même si le CHLS accueillera au sein de l'unité des internes en

formation, celle-ci est forcément une des missions spécifiques du CHU. Il en va de même pour les travaux de recherche qui nécessiteront le recours aux laboratoires du CHU. Le rapport Larcher cité en tant qu'élément de contexte, appelle cette organisation même pour un CHU vécu longtemps de façon hégémonique.

Sur un plan financier, la situation actuelle du CHU ne lui permet pas d'envisager les travaux d'implantation ou d'adaptation d'une telle unité, l'unité devant pour des raisons d'efficacité être une entité spécifique et non l'agrégat de lits dédiés au sein des différents pôles cliniques. Financièrement, le CHU se caractérise par un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) déficitaire en 2008 de plus de 9 millions d'euros ce qui fragilise les équilibres bilanciaux, au premier rang desquels la capacité d'autofinancement.

Dans ce cadre, a été adopté un Plan de résorption du déficit aux instances de juin, validé par l'ARH. Lors de la rencontre précitée du 27 mai 2008 dans les locaux de l'ARH Centre, cette situation préoccupante du CHU fut évoquée, suite à quoi, sous réserve de garanties, les représentants de l'ARH ont considéré que le CHLS était plus à même de porter le poids de l'investissement d'une telle unité.

B) Le Centre Louis Sevestre : une expertise certaine en alcoologie et en addictologie

a) *Un établissement ne manquant pas d'atouts*

En effet, le CHLS présente de multiples atouts liés tant à son histoire qu'à ses activités qu'aux patients accueillis ou aux professionnels qui y exercent.

- Situation géographique et historique

Situé sur la commune de la Membrolle sur Choisille, il est à 7 Km de TOURS. Il sera bientôt relié par la nouvelle rocade ouest de l'agglomération tourangelle, ce qui le rapprochera d'autant des services du CHU. Il est dans la même configuration géographique que certains services de psychiatrie du CHU. Créé en 1931 sous la forme de sanatorium départemental destiné à recevoir une cinquantaine d'enfants tuberculeux, suite à la chute de la maladie, le CHLS s'est transformé en Centre de Désintoxication pour alcooliques et poly-addictifs. Il a le statut d'établissement public de santé spécialisé dans le sevrage, les soins de suite et de rééducation des patients alcooliques. Comportant 140 lits dont 5 réservés aux couples, parent accompagné d'enfants de 3 mois à 6 ans, sont admis plus de 1000 patients par an.

- L'offre de soins

Le CHLS est l'établissement de référence pour les sevrages alcooliques au niveau départemental. Ainsi, sur la base d'un financement au titre des Soins de suite et de

réadaptation (SSR), il propose une hospitalisation complète ainsi que des hospitalisations de jour ou de semaine, des soins ambulatoires et des consultations externes. A été mis en place dans le cadre de la réforme de la nouvelle gouvernance de 2005, un Pôle « alcoologie-addictologie ». Y sont proposés des sevrages de 7 jours pour les patients adressés par les établissements du COURBAT ou de MALVAU avec lesquels le CHLS a passé convention. Sont admis également les patients en situation de crise ou qui nécessitent une hospitalisation de courte durée. Sont possibles enfin des hospitalisations complètes de 2 ou 3 mois. Le fait de disposer de lits de SSR en aval est un atout pour le CHLS dans le cadre de l'implantation de l'unité de recours et de référence en addictologie.

Lui est rattaché actuellement l'ELSA, qui assure des interventions spécifiques dans les structures des urgences et d'hospitalisation médicale, chirurgicale, pédiatrique, obstétricale ou psychiatrique afin de permettre à chaque personne concernée de prendre conscience de son addiction et/ ou de bénéficier d'une aide pour la prise en charge de celle-ci. L'ELSA a pour missions :

- L'aide aux équipes soignantes des services hospitaliers pour la prise en charge des patients présentant des conduites addictives
- La sensibilisation et la formation des équipes de soins à l'addictologie
- L'éducation à la santé en addictologie en direction des patients, des personnels
- La participation aux travaux de recherche clinique
- Le travail en lien avec les équipes d'addictologie du territoire de santé dans le cadre de la coordination des soins

L'ARH, au travers du volet addictologie du SROS renforce ce rôle de coordination territoriale de l'ELSA, ce qui devrait se traduire par une augmentation des moyens en personnel médical et paramédical.

- Les activités et traitements prodigués

Ils sont composés de traitements pharmaceutiques visant à éviter les troubles provoqués par l'arrêt de la consommation d'alcool, de drogue, à faire que l'intoxication s'arrête et à ce que l'abstinence s'installe durablement. Des séances de psychothérapie de groupe ou individuelles sont aussi inscrites dans le programme de soins. Des activités collectives relevant de la sociothérapie ont pour but de favoriser le retour à une vie sociale et familiale normale. Ces activités sont multiples : sport, randonnées, ateliers thérapeutiques médicaux comme la peinture ou encore la menuiserie. Des séances sont prévues dans le planning de soins avec les proches, notamment les enfants pour permettre de renouer le dialogue dans la famille et éviter toute conduite addictive à venir.

Un planning d'activités est donné en annexe pour information.

- Patients accueillis

Si l'on se réfère à l'évaluation 2007 des patients accueillis réalisée par le service qualité du CHLS, « l'établissement a admis 843 patients tous séjours confondus (hospitalisations courtes de 7, 15 jours ou SSR). 431 patients sont issus de la Région Centre dont 330 du département de l'Indre et Loire et 469 sont extra régionaux ». 38% des patients sont en couple, 25% sont séparés. La part des célibataires ou veufs augmente de 33% en 2003 à 37% en 2007. Les hommes sont majoritaires, ils représentent près de 80% des patients. La moyenne d'âge se situe autour de 45 ans.

Rencontrée le 12 août 2008, Mme LEMAIN, Cadre de santé du pôle, souligne les changements dans la patientelle prise en charge. Ainsi, on constate de moins en moins d'alcooliques quotidiens. 3 patients sur 10 arrivent non alcoolisés. La nécessité de développer un accompagnement social est de plus en plus prégnante. Elle signalait qu'actuellement 10 patients étaient sous traitement de substitution, 4 étaient sous trithérapie. Les patients présentent souvent des pathologies associées. L'établissement ne peut plus être considéré comme strictement consacré au syndrome alcoolique. Elle citait Mme le Docteur YARKO qui développe des consultations relatives au jeu pathologique car souvent au détour d'une consommation d'alcool s'adjoint des activités de type loterie.... Cette évolution fait que dans le plan de formation des personnels une sensibilisation à l'addictologie est une priorité. Certains ont d'ailleurs suivi un DU d'addictologie.

- Les personnels

Quant au personnel médical, il convient de relever que l'équipe médicale du CHLS est diversifiée dans les spécialités représentées pour la prise en charge actuelle des conduites alcooliques. En effet, sous la responsabilité de Mr le Docteur Jean Yves Bénard, Psychiatre, Praticien Hospitalier (PH), Médecin Chef du Pôle Alcoologie-Addictologie, 4 autres praticiens hospitaliers avec des compétences complémentaires en addictologie, sexologie... assurent le suivi médical des patients dans le cadre de l'hospitalisation ou de consultations externes. L'ELSA est sous la responsabilité de Mr le Docteur DELAMARE. Dès le milieu des années 1990, un projet médical de création d'une unité d'addictologie avait déjà été rédigé dans une triple dimension biopsychosociale.

Quant au personnel non médical, il est composé d'une centaine d'agents dont la majorité (environ 62 équivalents temps plein ETP) sont du personnel soignant ou éducatif. Une cadre de santé supérieure, Mme SLONINA, supervise une cadre de santé chargé des services de soins et de la qualité, Mme LEMAIN et un cadre socio-éducatif, Mme CHUY pour tout ce qui concerne les activités socio-thérapeutiques.

- Une expérience de la coopération

Il est intéressant de terminer cette présentation synthétique du CHLS en insistant sur l'expérience que celui-ci a en terme de coopération. En effet, au-delà de la convention qui le lie avec le CHU pour le fonctionnement quotidien de l'ELSA, le CHLS est l'établissement support du Syndicat Interhospitalier du Nord Ouest (SIHNO) depuis le 1^{er} janvier 2001. Ce dernier est chargé d'assurer les services de blanchisserie et de cuisine centrales pour cinq établissements hospitaliers et médicosociaux, ce qui représente 1 tonne 400 de linge traité et 750 repas préparés par jour.

Il convient de rappeler l'accueil des patients du Centre du Courbat qui prend en charge les patients relevant de la police nationale ainsi que ceux du Centre MALVAU pour des séjours d'une semaine en début de sevrage alcoolique. Le CHLS est un centre ouvert, preuve supplémentaire en est qu'il organise en novembre une session de formation pour la délégation Centre de l'Association Nationale de Formation des Personnels Hospitaliers (ANFH) sur les conduites addictives dans le contexte du Plan Addictions 2007-2011.

Si son expérience et son expertise semblent pouvoir être saluées, ses motivations à prendre en charge la gestion de l'unité de recours et de référence semblent pouvoir l'être tout autant.

b) Un établissement motivé

En effet, l'orientation addictologique est partagée de tous les acteurs qu'ils soient médicaux, soignants ou administratifs. Par exemple, 10 agents/ 20 de l'équipe éducative ont suivi un DU d'addictologie. Les médecins, au travers du projet médical qui sera défini dans le développement suivant, ont conscience du tournant qu'est en train de prendre le CHLS. Son expertise reconnue et ancienne de la prise en charge des conduites alcooliques de même que l'accueil de patients de plus en plus poly addictés font qu'aujourd'hui, alors même qu'il travaille déjà avec le CHU dans le cadre de l'ELSA, une telle unité est une réelle opportunité pour assurer la pérennité de l'établissement. Les prestations qui sont déjà proposés aux patients prennent en compte les dimensions psychologique, biologique et sociale de la personne.

Par cette unité, le CLS souhaite ancrer son expertise dans le territoire de santé en faisant figure d'établissement de référence en addictologie. Ceci lui permettra par ailleurs de développer la coopération qu'il entretient déjà avec le CHU au niveau de l'ELSA et de faire du niveau 2 un pivot entre l'ELSA et le volet recherche. Rappelons que ce dernier palier, bien qu'incomitant au CHU, aura un impact sur le CHLS au travers de l'accueil d'internes ou la réalisation de programme de recherche. La communauté médicale du Centre Hospitalier Louis Sevestre a ainsi donné son accord de principe.

2.1.2 La définition en cours d'un projet commun d'unité d'addictologie de niveau 2

Pour faire suite à la demande explicite de l'ARH, le dossier à présenter pour autorisation est basé sur un projet médical commun (A) garanti par une étude de faisabilité technique et financière (B).

A) Le socle d'un projet médical unique

Préambule

Il est unique en ce sens qu'il n'est pas calqué sur celui d'une unité d'addictologie existante. Les réunions successives qui se sont tenues et qui se dérouleront encore dans les semaines à venir entre les médecins du CHRU et du CHLS permettront de présenter un projet cohérent et motivé tenant compte à la fois des particularités du dispositif addictologique de l'Indre-et-Loire, de l'expérience qu'y développe le CHLS et de la place que devra occuper le CHU dans cette coopération.

Il s'articule avec l'étude de faisabilité technique et financière préparée par un second groupe de travail. Une concertation est organisée régulièrement en ce sens.

La création d'une unité d'addictologie de recours et de référence a pour but d'apporter une réponse adaptée à la prise en charge de patients auxquels le CHLS et le CHRU sont de plus en plus confrontés. Il s'agit de patients qui présentent des profils cliniques différents (sujets de plus en plus jeunes, quelquefois très désocialisés, présentant des polyadditions, des troubles de la personnalité polymorphes...).

Seront pris en charge dans un cadre pluridisciplinaire tout type d'addiction complexe hors l'anorexie mentale pour un séjour d'au moins onze jours. Le délai fixé par le GHS sevrage complexe est considéré comme la durée moyenne nécessaire à cette prise en charge particulière. Celle-ci devra notamment permettre :

- de traiter le sevrage d'une ou plusieurs substances psycho actives avec comorbidités somatiques et ou psychiatriques et ou sociales,
- d'établir un bilan complet pour les patients les plus précaires n'accédant pas aux soins ambulatoires,
- d'instaurer un traitement substitutif aux opiacés si il n'est pas réalisable en ambulatoire,
- de faire de l'unité un service de recours en cas de rechute complexe ou de relais au cours ou au décours d'une hospitalisation en M.C.O,
- d'assurer l'ensemble des soins addictologiques surtout chez les patients polyaddictifs.

Si l'équipe soignante du CHLS a fait évoluer empiriquement ses pratiques, elle doit aujourd'hui adapter son projet de soins. La nouvelle unité sera basée sur un travail d'accompagnement singulier. Elle devrait pouvoir se concilier avec la dynamique collective de la prise en charge alcoolique pour laquelle l'expertise du CHLS est reconnue. La diversité des conduites addictives induit quel que soit le produit ou le comportement concerné une offre de soins ouverte à la dimension biopsychosociale du patient. L'objectif pour l'équipe médicale est d'offrir une structure de soin avec un cadre suffisamment contenant pour s'opposer au « manque » qui fait place à l'arrêt du toxique.

a) *La population susceptible d'être accueillie*

Les patients accueillis pourraient être des :

- toxicomanes engagés ou non dans un protocole de substitution,
- poly toxicomanes,
- personnes alcooliques présentant un usage toxicomaniaque de l'alcool associé ou non à d'autres produits
- toute personne volontaire, présentant des troubles liés à une dépendance à des produits illicites, associés ou non à l'alcool, à des médicaments, ou à plusieurs produits... et qui souhaiterait rompre avec ses objets de dépendance pour s'engager dans un travail de bilan dépassant le simple objectif de sevrage.

Il convient de relever qu'un travail spécifique en partenariat avec l'unité de soins pour toxicomanes Port Bretagne sera mis en place. Les toxicomanes reçus dans cette unité bénéficieront de protocoles de substitution, ce qui devrait réduire les difficultés liées au « manque » et permettre un travail d'implication personnel plus efficace⁴¹. Les toxicomanes sont déjà pris en charge par le CHLS au titre d'une alcoolo dépendance secondaire. Le nombre maximum de patients qui pourraient être accueillis dans cette unité a été fixé à 10 personnes. Ce chiffre semble le plus adapté pour permettre une prise en charge spécifique et sécurisante pour les patients accueillis ainsi qu'une faisabilité de l'opération.

⁴¹ Contrairement aux projets d'accompagnement habituellement développés par les centres de post-cure pour toxicomanes, cette unité de soins ne vise pas l'arrêt de la substitution mais plutôt à une meilleure gestion de leur traitement par les patients. La pratique clinique montre que de nombreux toxicomanes ne prennent pas correctement leur traitement du fait de leurs difficultés quotidiennes, voire détournent son usage initial (prises multiples, injection de produits initialement destinés à un usage oral...). A ce constat, s'ajoute le fait que les modifications biochimiques induites par la consommation au long cours de toxiques illicites paraissent empêcher un retour à la normale des mécanismes de neurotransmission endomorphinique et rendent particulièrement délicat l'arrêt du traitement de substitution. Il est préférable que la substitution soit envisagée comme un médicament et non comme une simple substitution afin que le sujet puisse aborder plus sereinement un travail d'accompagnement évitant de centrer le processus de soins sur le seul rapport au produit.

b) *Prise en charge médicale des patients de l'unité d'addictologie*

❖ *L'admission des patients*

Elle sera prononcée sur avis médical de l'un des praticiens addictologues de l'unité. Les patients pourront être adressés vers l'unité par tout type de médecin : médecin d'une des unités du CSAPA d'Indre et Loire, médecin traitant, médecin spécialiste libéral ou hospitalier, médecin du travail par exemple. Pour les patients venus du CHU, il sera judicieux qu'ils aient été vus par l'ELSA en addictologie, qui fera ainsi le relais médical entre l'unité et les médecins hospitaliers. Pour les patients présentant un problème particulier, et afin de valider l'intérêt d'un séjour dans l'unité, il pourra être décidé d'une consultation de préadmission.

Le jour de son admission, le patient se verra remettre un exemplaire du règlement intérieur de l'unité présentant les modalités de fonctionnement du service. Sera conclu avec le patient un contrat de soin valable pour la durée de son séjour. Le non respect du règlement intérieur entraînera une convocation du patient et une réévaluation du projet thérapeutique pouvant aller jusqu'à la rupture du contrat de soin.

❖ *Le bilan médical*

Le jour de son admission le patient rencontrera l'un des soignants du service qui procédera au recueil des principales données du dossier médical, notamment les antécédents personnels et familiaux, le mode de vie, les habitudes et les produits consommés licites et illicites. L'ancienneté des conduites addictives sera recherchée pour faire émerger le ou les principaux produits ou conduites créant la dépendance. L'existence de soins addictologiques antérieurs dans le cadre d'un suivi ambulatoire ou d'une post-cure le sera également.

L'examen médical d'entrée systématique notamment cardio-vasculaire, pulmonaire, digestif et neurologique, s'attachera à rechercher des stigmates somatiques de l'addiction. L'existence de comorbidité associée tant sur le plan somatique que social et psychique sera vérifiée.

De ce premier examen médical, découleront le bilan biologique initial, plus ou moins personnalisé en fonction du type d'addiction ainsi que la programmation d'éventuels examens complémentaires voire d'un avis spécialisé si nécessaire. Il sera annoncé au patient qu'il recevra la visite de l'assistante sociale et qu'une évaluation psychologique lui sera également proposée.

❖ *La décision thérapeutique*

Des protocoles spécifiques des produits consommés seront réalisés d'après les conférences de consensus. En fonction du patient, de ses antécédents, du type d'addiction rencontrée, il sera élaboré avec son accord et son entière collaboration, un projet thérapeutique qui reposera :

- soit sur un sevrage, notamment dans le cadre de l'alcoolodépendance, mais également possible dans le cadre des dépendances aux opiacés ou au cannabis par exemple,
- soit la mise en place d'un traitement de substitution par Méthadone ou Buprénorphine pour la dépendance aux opiacés ;
- pour l'addiction tabagique, il sera systématiquement proposé un traitement de substitution nicotinique, notamment dans le cadre des co-addictions, en vue d'une diminution des consommations, voire pour réaliser un sevrage tabagique.

Durant les phases initiales des traitements, le patient sera revu quotidiennement par l'équipe médicale. En dehors des sevrages ou de la mise en place des traitements de substitution, les consultations seront programmées à discrétion des médecins ou bien sur information de l'équipe pluridisciplinaire ou encore pour répondre à la demande spécifique d'un patient.

Parallèlement à la réalisation du sevrage ou de la mise en place d'une substitution, sera élaboré un programme personnalisé, adapté à chaque patient, avec une grille d'activités prévues pour la durée du séjour. Il sera proposé des activités individuelles et collectives, notamment sportives, intellectuelles ou artistiques ainsi que la participation à des groupes de parole et autres soins psychothérapeutiques.

L'évaluation du parcours de soin sera assurée notamment lors de synthèses pluridisciplinaires.

La sortie de l'unité d'un patient sera décidée par l'un des médecins titulaires et donnera lieu à la réalisation d'un courrier médical détaillé adressé avec l'accord du patient à son médecin traitant, au médecin spécialiste de son choix. Un relais de soins addictologiques sera conclu soit avec une structure ambulatoire (CSAPA), soit auprès d'un médecin traitant, soit par le biais de consultations externes au sein de l'unité.

Pour les patients qui le justifieront, la poursuite des soins addictologiques sera assurée par les Centres de post-cure permettant ainsi de continuer sur une période plus longue le travail débuté dans l'unité.

❖ *L'accompagnement du patient*

Au plan pratique, dès lors que la phase de sevrage le permettra, seront proposées des activités de travail sur soi individuelles et collectives pendant au moins une matinée ou une après-midi par jour. L'autre moitié de la journée sera réservée à la pratique d'activités physiques et à la participation éventuelle à des ateliers d'ergothérapie actuellement en service au Centre Hospitalier Louis Sevestre.

L'objectif du séjour visera aussi à un accompagnement de la maturation de la demande de chaque participant en vue de l'élaboration d'un projet individuel. Il apparaît indispensable de promouvoir un accompagnement très individualisé pouvant exploiter dans le même temps les effets protecteurs du groupe (réduction de la culpabilité, effets d'identification projective favorisant l'émergence d'une « humanité partagée »...). Il ne s'agit pas de favoriser l'identification du sujet à un trait d'appartenance qui viendrait abusivement définir son identité. En effet, « être » toxicomane, « être » alcoolique ou « être » poly toxicomane... ne recouvre qu'une partie de la vie de ces personnes. L'accompagnement à l'élaboration d'un projet de soins puis à un projet existentiel, même très modeste, trouve toute son importance pour l'émergence d'un changement à venir.

Ensuite, l'alternance entre des activités d'accompagnement de type collectif (groupes d'information, groupes semi directifs d'inspiration rogérienne, groupes d'analyse transactionnelle, approche systémique et familiale, ...) et des activités plus individualisées (entretiens psychothérapeutiques de soutien) permettront à chaque patient d'engager une réflexion approfondie sur son existence, sur les déterminants individuels et sociaux qui ont influés sur sa trajectoire personnelle, sur sa façon d'être au monde.

Des activités corporelles seront proposées aux participants (sport, relaxation, sophrologie,...). Loin d'être considérées comme « accessoires », elles recouvrent une partie importante de l'accompagnement thérapeutique : les modifications physiologiques entraînées par l'arrêt de la consommation de toxiques induisent des modifications du ressenti corporel, l'émergence de sensations nouvelles qui rendent souhaitable un travail spécifique autour du corps.

Enfin, des activités d'ordre culturel pourront être proposées aux patients (art thérapie, atelier informatique).

L'accompagnement s'effectuera dans un contexte institutionnel favorisant le réapprentissage des rythmes et des obligations de la vie quotidienne (contraintes de la vie institutionnelle et de ses règles, participation éventuelle à un atelier d'ergothérapie, alternance de périodes de travail et de période de détente...) et la gestion du traitement de substitution pour les personnes toxicomanes.

L'accompagnement dans le domaine psychosociologique devra donc contribuer à :

- sortir la personne de son vécu d'isolement et de dévalorisation,
- permettre à chaque participant, à la faveur des phénomènes identificatoires favorisés par l'expérience du séjour dans l'institution, de participer à différents groupes, de s'exprimer, de prendre conscience de ses dépendances, en évitant les phénomènes de déni ou de banalisation,
- permettre l'instauration d'un autre type de discours sur le ou les toxiques de prédilection du sujet en favorisant l'intériorisation d'une norme collective, centrée sur la nécessité de s'engager dans un travail de relecture existentielle.

c) *L'utilisation des ressources de la structure existante*

❖ *Les prestations servies aux patients*

Certains services, équipements ou installations du CHLS seront employés pour le fonctionnement de cette nouvelle structure. Il s'agit notamment des prestations de restauration, de lingerie, de pharmacie, des équipements sportifs. De même, les ateliers d'ergothérapie du CHLS pourront accueillir certains patients hospitalisés dans ce nouveau service sous réserve que leur présence ne gêne pas le bon fonctionnement de la structure existante.

L'utilisation de la logistique actuelle ne pourra s'effectuer que dans les limites imposées par une cohabitation équilibrée entre la structure existante et ce nouveau service. En effet, les projets de soins de ces deux structures ne sont pas superposables. Dans la structure existante, le projet thérapeutique s'élabore autour d'une prise en charge collective, avec des exigences institutionnelles qui imposent la participation des patients à des activités communes obligatoires (participation à un atelier, à des réunions de groupe, à des réunions d'information...). Dans cette nouvelle unité, plus petite, l'accompagnement s'effectuera de façon beaucoup plus individualisée et la présence des personnes hospitalisées à des ateliers d'ergothérapie ne sera pas systématique. Leur éventuelle participation à ces ateliers devra répondre à un projet d'accompagnement singulier, défini et négocié avec la personne intéressée.

Compte tenu du profil psychologique des patients poly toxicomanes, il est souhaitable que les échanges avec la structure actuelle soient bien contrôlés par l'équipe soignante. Ainsi, si l'utilisation du système de self-service du CHLS apparaît parfaitement adaptée en terme de rationalisation des coûts, il faudra organiser un service de repas spécifique pour l'unité.

❖ *Le personnel*

S'il devra être recouru à la mutualisation des ressources humaines du CHLS pour assurer l'organisation du travail dans l'unité et permettre de réduire les coûts de fonctionnement, il apparaît cependant que les besoins en personnel pour animer et faire vivre ce type de structure devront être isolés afin de garantir une prise en charge spécifique. En effet, les personnes susceptibles d'être accueillies dans cette structure sont reconnues comme des patients « difficiles » car ils mobilisent toujours beaucoup de temps et d'énergie de la part du personnel. Le projet de soins tel qu'il est conçu nécessite impérativement un personnel qualifié et en nombre suffisant.

Ainsi, la dotation en personnel devra constituer une demande raisonnable en fonction de la pathologie traitée. Elle est en cours de finalisation au sein des deux groupes de travail. Il sera fait appel aux cadres du CHLS pour valider les effectifs sollicités à un niveau optimal. Si le nombre d'ETP ne peut être communiqué au moment de l'envoi du présent mémoire, il est possible de lister les personnels envisagés :

- des médecins addictologues,
- deux internes dont un somaticien, l'autre de psychiatrie (postes validant pour le D.E.S.C d'addictologie),
- un cadre de santé,
- une équipe infirmière et aide soignante de jour et de nuit,
- une assistante sociale,
- une psychologue,
- un éducateur spécialisé,
- une secrétaire médicale.

Le nombre de professionnels recrutés est lié au montant des recettes prévisionnelles figurant dans l'étude de faisabilité technique et financière se situant dans le point B.

Remarques conclusives sur le projet médical

Une prise en charge personnalisée pour chaque patient avec des temps de soins individuels et collectifs sera recherchée en développant des protocoles spécifiques de sevrage et de soin pour chaque addiction, des activités à visée thérapeutique aussi bien physiques que psychopédagogiques.

Une articulation forte avec le C.H.U, telle qu'elle apparaît dans l'annexe 1, pour les actes de biologie, l'imagerie médicale ainsi que pour les avis spécialisés et les soins techniques spécifiques devra être plus explicitée lors de la finalisation du projet médical. Une mention devra être faite sur la possibilité éventuelle de consultations avancées de spécialistes du CHU au CHLS.

En effet, en l'état actuel, la réflexion menée est focalisée sur le fonctionnement et les moyens de l'unité au sein du CHLS. Monsieur Fabrice PRIGNEAU, Directeur référent du Pôle de Psychiatrie, a ainsi exprimé lors de la dernière réunion qui s'est tenue courant septembre le souhait du CHU de voir figurer de façon plus détaillée le recours au plateau technique et aux ressources humaines de ce dernier.

Parallèlement au dépôt du dossier d'autorisation de création de l'unité dans le cadre du volet addictologie du SROS, un contrat relais ainsi qu'une convention de coopération (dont la forme juridique reste à déterminer) devront être conclus entre le CHLS et le CHU pour :

- faciliter la prise en charge des patients en cas de décompensation spécifique,
- assurer une collaboration étroite avec les services d'urgences du CHU,
- conforter les coopérations existantes avec l'E.L.S.A dans un souci d'harmonisation du parcours de soin du patient,
- renforcer les liens avec les SSR, l'addictologie ambulatoire et la médecine de ville afin de garantir une filière addictologique la plus efficiente possible,
- conduire une réflexion préliminaire sur l'hospitalisation de jour et les consultations externes de la nouvelle unité d'addictologie,
- établir les conditions de participation des médecins de l'unité à l'enseignement du diplôme d'université en addictologie qui pourrait remplacer l'actuel DU d'alcoologie.

B) Le relais d'une étude de faisabilité financière et technique

L'étude comprend deux volets :

a) *La préparation d'un budget prévisionnel :*

❖ *Les ressources*

Sont tirées d'un calcul des recettes d'hospitalisation sur la base des GHM 20Z04Z et 20Z02Z tirés de l'article 2 de l'Arrêté « prestations » du 25 février 2008 avec un taux d'occupation retenu à 80% dans un souci de maîtrise des dépenses et de faisabilité de l'opération. Il convient de rappeler que l'unité de cours et de référence en addictologie sera soumise à la tarification à l'activité sans subvention particulière des autorités de tarification. Les recettes doivent couvrir les frais d'investissement et d'exploitation de l'unité. Cet impératif a été rappelé par les représentants de l'ARH à l'issue de la réunion du 27 mai dernier. Aucune subvention n'est envisagée car cette possibilité a été écartée par les autorités de tarification alors même que le Plan Addictions prévoyait des crédits pour les cinq années de sa mise en œuvre.

Calcul des ressources

- un taux d'occupation à 80% équivaut pour 10 lits à 2920 journées (365 jours x 80% x 10 lits).
- Sur la base d'une durée moyenne de séjour de 11 jours tels que préconisés par l'arrêté précité, cela correspond à 265 séjours.
- Chaque séjour étant valorisé à hauteur de 4 643.10 €, le montant prévisionnel des ressources peut être estimé à : 1 230 421.00 €

❖ Les dépenses

Calcul des dépenses

- *Titre 1 Dépenses de personnel*

Valorisées au moyen de la grille des coûts moyens de personnel médicaux et paramédicaux, retenus pour 2008 par la Direction des finances et du système d'information du CHU de TOURS, elles pourraient correspondre, sous réserve de l'étude à réaliser par l'encadrement soignant du CHLS à :

- 2 Médecins Addictologues Praticiens hospitaliers temps plein.....	206 000 €
- deux Internes	68 000 €
- un Cadre de santé	58 000 €
- 6 IDE	277 500 €
- 5 AS	190 000 €
- 2 ASH.....	60 000 €
- 0,50 Assistante sociale	23 000 €
- 1 Psychologue	54 000 €
- 0,50 Éducateur spécialisé.....	23 000 €
- 1 Secrétaire.....	32 000 €
- Total.....	991 500 €

- *Titre 2 et 3 Dépenses médicales et hôtelières*

Sont calculées forfaitairement pour un montant de 60 000 €

- *Titre 4 Frais financiers*

Sont issus de l'étude de faisabilité technique ci-après développée, dans laquelle sont intégrés aux 650 m2 destinés aux locaux de l'unité d'addictologie 110 m2 de construction correspondant à l'implantation de 5 chambres doubles pour 10 lits de médecine sevrage simple. Il convient de noter que l'opération se fait avec un recours exclusif à emprunt bancaire.

- Amortissement du bâtiment sur 30 ans	56 700 €
- Amortissement de l'équipement sur 10 ans	15 000 €
- Frais financiers (5% de taux d'intérêt)	92 500 €
- Total.....	164 200 €

Total des dépenses	1 215 700 €
--------------------------	-------------

L'opération est au final équilibrée, le solde des recettes pouvant être estimé à 14 721 €

b) La réalisation d'une note relative au projet de construction de l'unité d'addictologie de 10 lits ainsi que de 10 lits de médecine pour sevrage simple

La note a pu être rédigée grâce à l'appui technique de Mr Patrick FAUGEROLAS, Directeur des Travaux du CHU de TOURS. Elle intègre le projet de l'unité de niveau 2 dans une recomposition de l'offre de soins du CHLS qui s'exprime ainsi :

- 130 lits SSR
- requalification en lits de médecine de 2*5 lits de sevrage simple soit 10 lits pour être conformité avec la réalité des séjours qui sont réalisés actuellement sur la base d'un financement SSR et non d'un forfait médecine
- 10 lits de l'unité de recours et de référence en addictologie créés ex nihilo

Au terme de l'opération, la capacité totale de l'établissement est portée de 140 à 150 lits.

De la note préparée par Mr FAUGEROLAS, ressortent les éléments suivants :

❖ *Le projet*

Le CHLS envisage de créer un bâtiment qui accueillerait 10 lits d'alcoologie et 10 lits d'addictologie au sein d'un immeuble relié à un EPP de type U classé en 3^e catégorie. Ces 20 lits constitueraient physiquement une même unité d'hospitalisation notamment afin d'optimiser l'organisation des soins

❖ *Le programme*

Sans attendre la définition des besoins en terme fonctionnel, les surfaces nécessaires à une telle unité peuvent être estimées à 760 m² DO réparties de la façon suivante :

	Nombre	Surface unitaire en m ²	Surface totale en m ²
chambre à 1 lit	10	18	180
chambre à 2 lits	5	22	110
préparation soins poste infirmier	1	30	30
décontamination	1	8	8
vidoir	1	4	4
linge propre	1	6	6
linge sale/déchets	1	8	8
ménage	1	6	6
office	1	20	20
dépôt	1	8	8
bureau cadre	1	15	15
bureaux médicaux	3	15	45
assistante sociale	1	15	15
psychologue	1	15	15
secrétariat accueil	1	20	20
entretien famille	1	12	12
TOTAL		502 m ² (soit environ 760 m ² DO)	

❖ *L'estimation de l'enveloppe financière affectée à l'opération*

Sur la base d'un coût moyen au m² de 1500 € HT/m² DO, le montant des travaux peut être estimé à 1 140 000 € HT (valeur 2008) soit en valeur TDC à hauteur de 1 700 000 € (valeur 2008) (hors stationnement et VRD).

Ce coût HT retenu peut sembler élevé. Il intègre outre le coût des travaux le fait que les frais structurels de chantier pèsent d'autant plus que le chantier est limité (ce qui est le cas pour le présent projet) ainsi que la tension qui pèse depuis le début de l'année sur le coût de la construction et qui se traduit par un BT 01 dont la croissance en rythme annuel est actuellement supérieure à 5 %.

Enfin il convient de préciser que ce coût moyen ne prend pas en compte l'intégration des cibles Haute Qualité Environnementale dans les contraintes ni la mise en oeuvre pour les 10 lits de fluides médicaux. Seront utilisés des dispositifs mobiles qui ont un coût moindre.

Au terme de ce développement consacré au projet médical et à l'étude de faisabilité financière et technique, apparaît la nécessité de garantir la volonté des deux acteurs au moyen d'un cadre contractuel équilibré et celle de compléter la filière addictologique dans l'intérêt d'un parcours coordonné des patients.

2.2 Une volonté des acteurs qui doit cependant être garantie et étendue

2.2.1 Une volonté à garantir par un cadre contractuel :

A) Objectifs du cadre contractuel :

Pour faire suite à une demande formelle de l'ARH Centre, exprimée le 27.05.08 lors d'une réunion quadripartite (ARH, DDASS 37, CHLS, CHRU), l'impératif de mise en place de contrat relais et d'un cadre conventionnel solide s'est imposé pour :

- faire en sorte que les relations soient équilibrées entre les partenaires et que chaque établissement connaisse ses responsabilités,
- garantir un parcours fluide et sûr aux patients de l'unité par notamment un accès privilégié au plateau technique du CHU,
- établir une démarche qualité (actions correctives, évaluation des pratiques, suivi d'indicateurs).

B) Modalités de la coopération:

a) *Formes de coopération possibles*

Elles sont issues du cadre réglementaire établi par le Code de la Santé Publique (CSP) notamment de l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui stipule que « le schéma d'organisation sanitaire doit susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations notamment entre établissements de santé ; il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire⁴². »

⁴² 2^{ème} alinéa article L 6121-1 du Code de la Santé Publique

Les formes juridiques de la coopération peuvent être fonctionnelles ou organiques. Au travers du choix du cadre coopératif, se pose la question de l'autonomie des établissements. Ainsi par exemple, les simples conventions qui se limitent à un ou plusieurs objets contractuels tels que la gestion d'une blanchisserie hospitalière ou encore celle d'un outil informatique commun, garantissent d'autant l'autonomie de chaque établissement participant en limitant le champ coopératif à cette thématique particulière. Elles sont de loin les plus nombreuses.

La mise en place de structures organiques quant à elle a pour objectif de cadrer juridiquement le partenariat, la structure étant l'outil juridique de la coopération. Un tel montage a pour but la gestion commune d'une activité ou d'un bien en vue de réaliser notamment une économie de moyen. Pour les établissements publics, le recours aux structures organiques est limité par l'article L 6134-1 du CSP aux formes suivantes :

- l'association loi 1901,
- le syndicat inter hospitalier (attention, il n'est plus possible d'en créer depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003),
- le groupement d'intérêt économique,
- le groupement d'intérêt public,
- le groupement de coopération sanitaire (GCS),
- la fédération médicale interhospitalière

b) *Formes de coopération envisageables*

❖ *La plus réaliste : fédération médicale interhospitalière*

Elle est la plus réaliste en ce sens qu'elle a déjà été utilisée pour l'implantation en Indre et Loire de l'unité de soins palliatifs du Centre Hospitalier de LUYNES. L'établissement est actuellement sous direction commune du CHU de TOURS.

La fédération médicale interhospitalière est créée sur la base de l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 reprise dans l'article L 6135-1 du CSP qui stipule qu' :

« en vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par voie de délibérations concordantes de leur conseil d'administration, prises après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs services, départements ou structures créées en application de l'article L 6146-8 en fédérations médicales inter hospitalières, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées » et ajoute que « ces délibérations définissent l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels .. ».

Au regard de ces éléments, l'état actuel d'avancement de la réflexion focalisé sur le projet médical et l'étude de faisabilité n'a pas encore permis d'aborder ces questions essentielles au bon fonctionnement de l'unité et de la coopération. Les questions suivantes se posent :

- La fédération médicale inter hospitalière sera placée sous la responsabilité médicale d'un PH ou d'un Praticien Hospitalier Professeur des Universités (PUPH) si le niveau 3 de la filière addictologique lui est rattaché ?
- Qui assurera l'encadrement médical de l'unité ?
- Comment seront organisées les astreintes ?
- Quelle organisation du travail sera retenue ?
- Une instance sera-t-elle instituée pour assurer la gestion et l'animation de la Fédération ?
- Si oui, quelle sera l'étendue de ses missions et ses modalités de saisine ?
- Quelle place pour les activités d'enseignement et de recherche ?
- Comment sera formalisée l'évaluation du fonctionnement de la Fédération ?

Au-delà de ces questions, s'ajoute celle de la nécessité d'établir, quelle que soit la forme juridique retenue, un contrat relais tel qu'il peut exister entre les structures d'urgence du CHU de Tours et du CH de Loches par exemple, afin de prévoir une prise en charge des patients du CHLS qui devront être médicalisés dans des délais compatibles avec leur état de santé au sein des pôles cliniques du CHU.

Au final, cette forme juridique de coopération présente l'intérêt :

- de maintenir l'autonomie des deux établissements
- d'établir un partenariat ayant pour objet et affichage l'activité médicale de recours et de référence en addictologie
- de bénéficier de l'écho favorable de l'expérience de l'unité de soins palliatifs. En effet, alors même que l'ordonnance du 4 septembre 2003 consacre le GCS comme outil privilégié de la coopération sanitaire, les acteurs institutionnels ont exprimé une certaine réticence à son égard. Ils voient dans le GCS l'application d'une de ses formes les plus intégratives qui l'autorise à exercer les missions d'un établissement de santé (mesure pas encore applicable faute de publication des dispositions réglementaires précisant les règles d'application de la T2A à ce type de groupement). Dans ce cadre, le GCS exercerait l'activité, les professionnels de santé interviendraient pour son compte, les financements à l'activité lui seraient versés directement par l'assurance maladie et les patients relèveraient de sa responsabilité.

❖ *La plus innovante : Communauté hospitalière de territoire (CHT)*

Avec la dernière remarque formulée, il est possible de se demander si cette proposition ne relève pas plus d'une incantation que d'une réalité à venir pour l'unité d'addictologie à instaurer en Indre et Loire. Or, si l'on se réfère au Projet de loi Hôpital Patients Santé Territoire, ce dernier consacre dans le chapitre 3 du Titre 3 relatif à la Modernisation des Établissements de Santé l'article 32 aux CHT dans un souci de « plus grande souplesse d'organisation et de gestion »⁴³ des établissements.

Ainsi, « la communauté hospitalière de territoire permet à plusieurs établissements publics de se fédérer pour mettre en commun des ressources, dans une logique de délégation de compétences, à l'instar des délégations mises en place au sein des communautés de communes. Elle permet également à un établissement public existant de créer des « filiales » en accordant une autonomie juridique et financière à certains de ses sites. Une communauté d'établissement peut être créée à l'initiative de ses membres ou par le directeur général de l'agence régionale de santé. La communauté hospitalière de territoire s'appuie sur un établissement siège qui définit un projet stratégique et médical commun, en lien avec les CME des établissements associés, et détermine la politique d'investissement. Les établissements membres restent autonomes juridiquement et financièrement mais doivent s'inscrire dans le projet stratégique commun. Dans le cadre de ce projet stratégique, les établissements membres peuvent prévoir de modifier la répartition de leurs activités. »

L'article 32 poursuit en précisant qu' « il existe deux modalités d'organisation des CHT afin de s'adapter aux différents contextes territoriaux :

- La CHT « tête de réseau » ou fédérative : l'un des établissements préexistants assure le rôle d'établissement siège. La CHT définit une stratégie commune et mutualise des compétences (ressources humaines, programme d'investissements lourds, systèmes d'information...)
- La communauté hospitalière de territoire intégrée : les établissements préexistants confient à la CHT l'ensemble de leurs compétences et deviennent les différents sites de la communauté hospitalière de territoire intégrée ; ils conservent néanmoins des instances consultatives, à la différence de la fusion simple prévue à l'article L. 6131-1 à L. 6131-3. »

⁴³ Projet de loi Hôpital Patients Santé Territoire, Titre III, Chapitre 3, article 32, page 72 à 75, sur le site Internet du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, de la Vie Associative

En l'espèce, les acteurs ont pris une orientation qui semble éloignée de cette modalité. Celle-ci est pour l'instant une disposition d'un projet de loi. La CHT apparaît pourtant en filigrane. En effet, comment un établissement traitant les pathologies alcooliques et qui a des orientations addictologiques fortes pourra-t-il à long terme maintenir son autonomie alors même que pour sa pérennité, il nécessite l'appui d'un établissement de référence ? La filière addictologique ne se limitant pas à l'unité de recours et de référence, les volets sanitaires 1 et 3 de même que son versant médicosocial doivent être aussi envisagés.

2.2.2 Une volonté à étendre aux autres versants de la prise en charge addictologique

A) Une articulation facilitée entre les 3 niveaux de la filière addictologique ?

Au travers de la coopération entre le CHU et le CHLS pour la mise en œuvre de l'unité de recours et de référence, les deux autres niveaux de la filière addictologique sanitaire sont interrogés :

a) *L'avenir de l'ELSA ?*

Actuellement rattachée au CHLS, la place et les perspectives de développement qu'elle a au sein du CHU de TOURS font qu'elle sera peut-être dans le cadre de l'application du volet addictologie du SROS 3 rattachée juridiquement au CHU. En effet, les ELSA devant être accolées à un établissement disposant d'une structure d'urgence, cette configuration plaide pour le changement au sein du territoire de santé observé. Au-delà de cette question juridique, se pose celle de l'augmentation de ces moyens en personnel médical et paramédical tel que le stipule le volet précité.

b) *Mise en œuvre du niveau 3 consacré à la recherche et à la formation*

Un choix devra être opéré par le CHU, seul établissement habilité sur ce niveau.

Deux questions se posent :

- Choisira t-il la création d'un DESC en addictologie en autonome ou bien se rattachera t-il à un existant ?
- Quelles recherches cliniques et fondamentales développera t-il dans le champ des addictions?

❖ *L'enseignement*

Actuellement, l'enseignement d'addictologie à l'Université de Tours est dispensé en deuxième cycle et troisième cycle des études médicales.

Au niveau du deuxième cycle, le certificat intégré de psychiatrie sous la responsabilité de Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD, propose quatre heures sur les conduites addictives.

Par ailleurs, des questions sur le thème de l'addictologie sont également posées dans le volet psychiatrie du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique.

Au niveau du troisième cycle, l'enseignement obligatoire du DES de psychiatrie propose des thèmes portant sur l'addictologie en troisième année d'enseignement, et au niveau des regroupements inter régionaux annuels.

Il est également proposé un séminaire facultatif (18 heures) une année sur deux. Sur le plan de la formation pratique, le nombre limité de postes ayant un agrément pour la formation du DESC d'addictologie, a incité la Clinique Psychiatrique Universitaire du CHRU de Tours à demander un agrément, pour ses activités dans l'unité d'hospitalisation des Adolescents qui a développé un programme de prise en charge des troubles du comportement alimentaire depuis son redimensionnement de 7 à 12 lits. Le souhait du service est de poursuivre l'amélioration des capacités d'accueil et d'encadrement universitaire des candidats à une formation complémentaire au travers du DESC d'addictologie.

En terme de formation médicale continue, la Faculté de Médecine de Tours propose deux diplômes universitaires dans le champ de l'addictologie :

➤ Le Diplôme Universitaire (DU) alcoologie créé en 1992 dont la responsabilité est confiée à Monsieur le Professeur Jean Paul RENARD du CHU. Le CHLS participe, aux cotés du CHU de Tours, aux enseignements de ce DU.

➤ Le Diplôme Inter Universitaire de tabacologie créé en 2000 dont la responsabilité est confiée à Monsieur le Professeur Étienne LEMARIÉ du CHU.

❖ *La recherche*

Les équipes de psychiatrie universitaire sont impliquées dans les activités de l'unité INSERM U930 CNRS FRE2448 "Imagerie et Cerveau", et particulièrement dans son équipe 4 "Troubles affectifs: des neurosciences fondamentales à la clinique".

L'addictologie y a été abordée au travers d'un projet mené conjointement avec l'équipe 3 "Neurotransmission: de l'imagerie moléculaire à la clinique" et intitulé "*Exposition prénatale aux substances addictives chez le rat (MDMA, méthylphénidate, cannabis) : effets neurochimiques et comportementaux*".

Sur le plan de la recherche clinique, l'objectif est de développer des collaborations au sein de l'inter région Ouest et de HUGO, en particulier avec le CHU et l'Université de Nantes.

Le développement de telles collaborations passe par l'amélioration des capacités d'accueil et d'encadrement de la psychiatrie universitaire qui devrait accompagner l'évolution et la diversification de l'offre locale de soins en addictologie.

Interrogé sur l'avenir de l'enseignement et de la recherche en addictologie, Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD, Responsable Médical du Pôle Psychiatrie du CHU de TOURS, semble plus favorable au rattachement à un DESC addictologie existant eu égard à la lourdeur qu'impliquerait l'organisation en autonome d'un DESC. Il s'interroge sur le développement des postes d'interne en addictologie au niveau régional. Actuellement, seuls deux terrains sont reconnus : le CSST du CHU de TOURS et le service alcoologie addictologie du Centre Hospitalier de Dreux. Pour faire en sorte de développer les terrains de stage potentiels en addictologie, il faut la motivation du Doyen de l'Université. L'addictologie n'est pas pour l'instant la priorité d'enseignement médical première.

Quant à la recherche, les perspectives de développement lui semblent plus tangibles dans la mesure où des unités existent et qu'un tiers des Programmes hospitaliers de recherche clinique du CHU de TOURS font référence aux mécanismes de la dépendance.

Quelle place pour l'unité de recours et de référence du CHLS au sein du 3^{ème} niveau ?

Pour les médecins auteurs du projet médical de l'unité de recours et de référence en addictologie, le CHLS constituerait un terrain de stage privilégié pour les internes. C'est pourquoi, ils ont exprimé le souhait de voir budgéter dans les effectifs médicaux de l'unité un interne en psychiatrie ainsi qu'un interne somaticien. Pour eux, une activité de recherche pourrait s'articuler autour des points suivants :

- Travail clinique et conceptuel de chaque membre de l'équipe dans un domaine d'activité spécifique,
- Travail collectif de recherche destiné à rendre compte de la pertinence des modèles utilisés en fonction des types de pathologies rencontrées,
- Travail de recherche concernant la mise en évidence des particularités, des liens et des différences entre les différents types d'addictions,
- Travail en partenariat avec d'autres unités de soins (Port Bretagne, services de Psychiatrie, services d'Alcoologie, unités d'addiction de Nantes et de Paul Brousse).

B) Une articulation à trouver avec le CSAPA « élément clef du dispositif médico-social »⁴⁴

En effet, une articulation mettant en relation le sanitaire et le médico-social dans une double approche curative et préventive, qu'appelle la prise en charge des addictions, doit être recherchée.

Sur le territoire de santé observé, il convient de relever que les acteurs de l'unité de niveau 2 de la filière sanitaire sont aussi les référents de la réflexion en cours de schéma médicosocial d'addictologie dont le point central est la mise en place du CSAPA.

Ainsi, fin 2007, Mr le Docteur BENARD, médecin-chef du CHLS, a sollicité Mr le Docteur BACHELLIER, médecin-chef du CSST pour créer un groupe médical départemental d'addictologie afin de décliner en concertation le Plan Addictions dans le département. Ce groupe a été constitué et se tient régulièrement dans les locaux du CSST. Il s'est rapidement élargi en accueillant les responsables administratifs des établissements et de la DDASS. Ces réunions ont fait l'objet de comptes rendus et ont fait progresser la connaissance mutuelle et l'élaboration d'un projet commun autour de la mise en place du CSAPA. Cette réflexion a alimenté la révision du SROS III dans le domaine sanitaire (dont on attend la publication) ainsi que celle du schéma médicosocial d'addictologie dans le domaine médico-social (en cours de réalisation).

Il est intéressant de souligner que le CSAPA, pivot de la filière addictologique médicosocial, l'est aussi en fait pour la filière addictologique sanitaire. Ainsi, se substituant au CSST et aux CCAA existants, il voit ses missions élargies aux différents volets de la prise en charge addictologique à savoir de la prévention au suivi ambulatoire des personnes poly addictées.

Si la connaissance des acteurs est un élément favorable à la réunion des filières addictologiques sanitaire et médicosociale, la question du financement de la mission de prévention des CSAPA se pose. Alors même que la prévention est mise en avant dans le projet de loi Hôpital Patients, Santé, Territoire en titre 1 avec une mention faite à la prévention des conduites addictives chez les jeunes en page 3 sur 115 que comporte le document, aucun dispositif réglementaire n'assure un financement obligatoire de cette mission des CSAPA. Le financement n'est qu'optionnel. Cet élément est dommageable car au terme de ce mémoire, la place de la prévention ou encore celle de l'éducation thérapeutique semblent déterminante dans la réduction des conduites addictives.

⁴⁴ circulaire n° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

Conclusion

La triple dimension de l'addiction l'inscrit durablement dans le champ sanitaire, social et éducatif. En effet, si la mise en place d'une filière addictologique est à instaurer, les aspects éducationnels et comportementaux doivent être favorisés. C'est par exemple en changeant le regard que chacun porte sur la consommation d'alcool que l'addiction future sera limitée. L'objectif à atteindre n'est pas d'établir une nouvelle prohibition mais bien au contraire de permettre les conditions d'un usage responsable. Les thématiques de la prévention et de l'éducation thérapeutique devront irriguer les prises en charge qu'elles s'exercent au sein de l'unité de recours et de référence en addictologie ou bien dans le cadre du CSAPA. S'ajoute à cela un élément non développé qui est celui de la dimension européenne de la lutte contre les drogues et la toxicomanie.

La mise en œuvre de l'unité de recours et de référence en addictologie dans un cadre coopératif semble au terme de ce mémoire faisable et à encourager sous réserve d'intégrer dans le projet médical les dispositions relatives à la fédération médicale inter hospitalière et au contrat relais qui sont nécessaires tant à la sécurité des patients qu'à l'équilibre des rapports contractuels entre les professionnels médicaux ou administratifs des deux structures. Sur un plan institutionnel, si la CME du CHLS s'est déjà positionnée favorablement pour l'engagement de la structure dans cette voie coopérative, il conviendra qu'au-delà de la direction du CHU et des médecins participants au projet, les médecins et personnels paramédicaux, représentants dans les instances, s'expriment sur cette modalité. L'appui de l'ARH sur ce scénario ainsi que les priorités stratégiques et financières du CHU devraient conduire les acteurs internes à l'accepter. La circulaire d'application des unités de niveau 2 en attente de publication devrait confirmer le fait que les unités ne peuvent être constitués de lits dédiés répartis au sein des pôles cliniques mais bien constituées une entité à part entière. Avec la motivation des acteurs médicaux du projet tant du côté du CHLS que du CHU, une identité forte de cette unité semble se dégager, ce qui pour un futur directeur d'hôpital est un point de satisfaction.

Stratégiquement, dans le contexte de l'avant projet de loi Hôpital Patients, Santé, Territoire et de par mon passé professionnel de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social dans des structures de taille limitée, coopérer apparaît comme un impératif au-delà des atavismes et des questions de pouvoir ou d'autonomie. La maîtrise des dépenses de santé de même que les perspectives démographiques des professionnels appellent les directeurs d'hôpitaux à collaborer dans un territoire de santé afin de garantir une offre de soins efficiente. La coopération permet de dépasser les contraintes réglementaires et la concurrence même pour un CHU longtemps présenté comme une structure

hégémonique. Le travail réalisé au travers de l'unité de recours et de référence en addictologie conforte ma conviction que secteurs sanitaire et médicosocial ne doivent pas être séparés mais au contraire se trouver liés car qu'il soit un patient ou un usager, le sujet à prendre en charge reste avant tout une personne. La prise en charge addictologique en est l'un des meilleurs exemples.

Bibliographie

Lois, règlements et circulaires

- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action et sociale. JO du 3/01/02 sur le [site www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D 162.8 du Code de la Sécurité Sociale. JO du 27/03/07 sur [le site www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire n° DGS/6B/DHOS/2007/203 du 16/05/07 relatif à l'organisation de prise en charge et de soins en addictologie
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. JO du 20/04/08 sur le [site www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Avant projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire sur le [site www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Rapport LARCHER sur les missions de l'hôpital sur le [site www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Rapport FLAJOLET sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire sur le [site www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Plans, rapports et guides

- Premier Ministre, Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011 sur le [site www.mildt.fr](http://www.mildt.fr)
- Ministère de la Santé et des Solidarités, Plan National de Prévention des Addictions 2007-2011 sur le [site www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- DREES, Études et Résultats, Le risque d'alcoolisation excessive, des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins, n°405 juin 2005 sur le [site www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

- Ministère de la Santé et des Solidarités, ESCAPAD, Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense sur le [site www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- ARH Centre, SROS 3, Volet addictologie, version non encore consolidée
- DDASS 37, Schéma régional médicosocial d'addictologie, version non encore consolidée

Ouvrages et chapitres d'ouvrages

- Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances, 2ème édition, Paris LAROUSSE 2004
- EHRENBURG Alain, La fatigue d'être soi, Éditions Odile Jacob 1999
- GOODMAN Aviel, Addiction. Definition and Implication. British Journal of Addictions, 1990, 05,1403-1408
- MOREL Alain, COUTERON Jean Pierre, Les conduites addictives, Comprendre, prévenir, soigner, Éditions DUNOD 2008
- MOREL Alain, Alcoologie et Intervention en Toxicomanie, Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement, Alcoologie et Addictologie 2002 (4 suppl.) 105-195
- REYNAUD M, Traité d'Addictologie, Médecine-Sciences, Éditions Flammarion, 2006
- REYNAUD M, Alcohol Use Disorders in French Hospital. Patients, Alcohol, and Alcoholism, Volume 32 n°6 pp 769-775, 1997
- REYNAUD M, Le DESC d'addictologie, L'addictologie reconnue comme une discipline, Revue THS septembre 2000
- VALEUR M, VELEA D, Les addictions sans drogue(s) Revue Toxibase n°6 juin 2002 page 2

Sites Internet

- www.ofdt.fr
- www.Addictologie.org
- www.centre.des.addictions.org
- www.sante.gouv.fr
- www.inserm.fr
- www.atih.sante.fr

Liste des annexes

Tableau des établissements spécialisés en addictologie d'Indre et Loire Annexe I

Tableau des activités au CHLS Annexe II

Propositions concernant les bilans para cliniques à mettre en place,
ainsi que les consultations médicales pour avis spécialisés Annexe III

Localisation de la future unité Annexe IV

Planning prévisionnel de la construction Annexe V

Annexe I

Etat des lieux des structures sanitaires d'addictologie en Indre et Loire

Etablissement	ELSA	Consultation hospitalière externe	Unité d'addictologie	Service référent
CH du Chinonais		Tabacologie, rattaché au service de médecine		Services de psychiatrie et de médecine
Le Courbat			26 lits (SSR) principalement alcool	
Malvau			60 lits et 2 places (SSR)	
Bois Gibert	Convention avec Louis Sevestre (alcool)	Tabacologie, rattaché au service de réadaptation cardiaque		
CH Louis Sevestre	ELSA rattaché au SSR alcoologie (vocation départementale)	Rattaché au service de SSR alcoologie	140 lits (SSR alcoologie)	
HL Ste Maure de Touraine				Service de médecine (alcool)
CHRU de Tours	Convention avec Louis Sevestre	Tabac		Services de gastro-entérologie (alcool), de pneumologie (tabac), de psychiatrie (drogues illicites)
St Gatien		Tabacologie, rattaché au service de cardiologie		
CH de Loches		Tabacologie, rattaché au service de médecine		Service de Médecine

Annexe II
Tableau des activités au CHLS

ACTIVITES ET REUNIONS ¹ CONCERNANT LES PATIENTS HOSPITALISES AU CENTRE HOSPITALIER LOUIS SEVESTRE

LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI		SAMEDI	
8h30 11h30	Activité musculation (selon les ateliers)	8h30 11h30	Activité musculation (selon les ateliers)	8h30 10h	Conférence d'alcoologie Médecins du Centre	8h30 10h00	Activité musculation (selon les ateliers)	8h30 11h30	Activité musculation (selon les ateliers)	9h45 10h45	Information pour les patients et leur entourage Médecin de garde, équipe éducative
9h30 10h30	Mise aux ateliers (Semaine suivant votre entrée)	8h00 18h00	Pêche de mars à septembre	10h00 11h30	Activité musculation (selon les ateliers)	8h45 9h45	Information hygiène (Semaine suivant votre entrée)	9h15 10h15	Groupe de femmes	9h45 10h45	Information pour enfants et adolescents ⁵
10h15 11h30	Analyse Transactionnelle ³ (tous les 15 jours) Médecin et Psychologues					10h00 11h00	Groupe d'atelier équipe éducative				
13h30 15h00	Analyse Transactionnelle ³ (tous les 15 jours) Suite du matin	12H00 13H30	Sports en salle			12h00 14h15	Piscine			10h45 11h45	Groupe de parole pour l'entourage Médecin de garde, équipe éducative
13h30 16h00	Arts plastiques	13h30 16h00	Arts plastiques	13h30 16h00	Arts plastiques	13h30 16h00	Arts plastiques	13h30 16h00	Arts plastiques		
13h45 15h15	Peinture sur soie	13h30 15h30	Pétanque	13h30 15h00	Sortie pédestre lente	14H30 16H00	Ping Pong	13h30 15h00	Gymnastique féminine		
13h30 15h0	Ateliers socio-esthétiques (tous les 15 jours)		Activités manuelles	13h30 15h30	Volley ball			13h30 15h30	Sortie pédestre tonique		
13h30 15h30	Vélo, VTT (ou ping pong)	14h00 16h00	Tennis	14h00 15h00	Sexologie ³	15h15 16h00	Groupe FITPAT ⁴	14h00 16h00	Activité informatique		Réunions obligatoires
15h00 16h00	Réunion des mouvements ² d'anciens buveurs	15h00 16h00	Réunion d'Indre et Loire	14h00 16h00	Activité informatique équipe éducative	16h30 17h30	Information diététique ³				Activités organisées par l'équipe socio-éducative sur inscription préalable
16h00 17h00	Relaxation	16h15 18h00	Vidéo thérapie Médecins du Centre Psychologues et Socio esthéticienne	16h30 18h00	Yoga participation libre sauf contre-indication médicale	16h00 18h00	Activités manuelles				

1- Nous ne tenons pas compte ici des groupes de paroles hebdomadaires dont les horaires sont déterminés par les responsables de chaque groupe

2 - Vie Libre, Alcooliques Anonymes, les amis de la santé, etc. Leur présence est confirmée par voie d'affichage, un appel micro et une convocation.

3- Vous êtes convoqué une fois, ensuite la participation est libre.

4- Groupe Fédération Française Interprofessionnelle pour le Traitement et la Prévention de l'Alcoolisme et autres Toxicomanies (Amitié PTT, Amitié SNCF, ANAS-APPEL, etc.)

5- En période de vacances scolaires. Les dates sont affichées en temps voulu.

 Le responsable des sports peut vous proposer des programmes de musculation personnalisés. S'inscrire auprès des responsables de l'Espace FERRANT.

 Chaque semaine des activités vous sont proposées, s'inscrire auprès des responsables de l'Espace FERRANT.

 **Coiffure** : Une coiffeuse est présente au Centre le lundi, les rendez-vous sont à prendre auprès des responsables de l'Espace FERRANT.

 **Esthétique** : les rendez-vous sont à prendre directement au salon les lundi, mardi, jeudi après midi, vendredi..

CHLS/Mise à jour mars 2007, Espace Ferrant

Annexe III

Propositions concernant les bilans para cliniques à mettre en place, ainsi que les consultations médicales pour avis spécialisés

Dans le domaine biologique :

- acquérir deux éthylomètres
- réaliser un bilan standard : comprenant quelque soit le toxique ou le comportement concerné :
 - o sur sang :
 - NFS avec plaquettes,
 - gamma GT,
 - transaminases,
 - CDT,
 - ionogramme,
 - glycémie.
 - o sur urines :
 - une bandelette urinaire.
- En fonction des antécédents et de la clinique, d'autres examens pourraient être demandés :
 - o s'il y a une orientation vers une pathologie digestive :
 - phosphatases alcalines,
 - bilirubine totale et conjuguée,
 - albuminémie,
 - TP,
 - facteur V,
 - éventuellement :
 - lipase,
 - amylase,
 - fer sérique
 - ferritine.
 - o si la pathologie s'oriente vers un problème infectieux :
 - les sérologies de l'hépatite B, de l'hépatite C, du HIV, CRP.
 - pour l'hépatite C, en cas de dépistage positif, tous les autres examens doivent être programmés et en particulier le typage qui est déterminant pour un éventuel traitement.
 - o si la pathologie s'oriente dans le domaine cardiovasculaire :
 - CPK et troponine i si suspicion de maladie coronaire.
 - o en cas de suspicion d'épilepsie :
 - dosage rapide des lactates.
 - o S'il y a une suspicion d'infection urinaire, un ECBU devra pouvoir être réalisé rapidement, et, si celui-ci s'avère positif, enclencher immédiatement derrière un antibiogramme.

- Autres explorations :
 - o pouvoir faire le suivi par rapport à la méthadone,
 - o recherche de toxiques urinaires (essentiellement sous forme de dépistage avec des kits) mais aussi dans le sang,
 - o pouvoir réaliser des gaz du sang,
 - o pouvoir réaliser des dosages de folates, de la vitamine B1,
 - o pouvoir faire rapidement des bêta HCG.

Dans le domaine de l'imagerie :

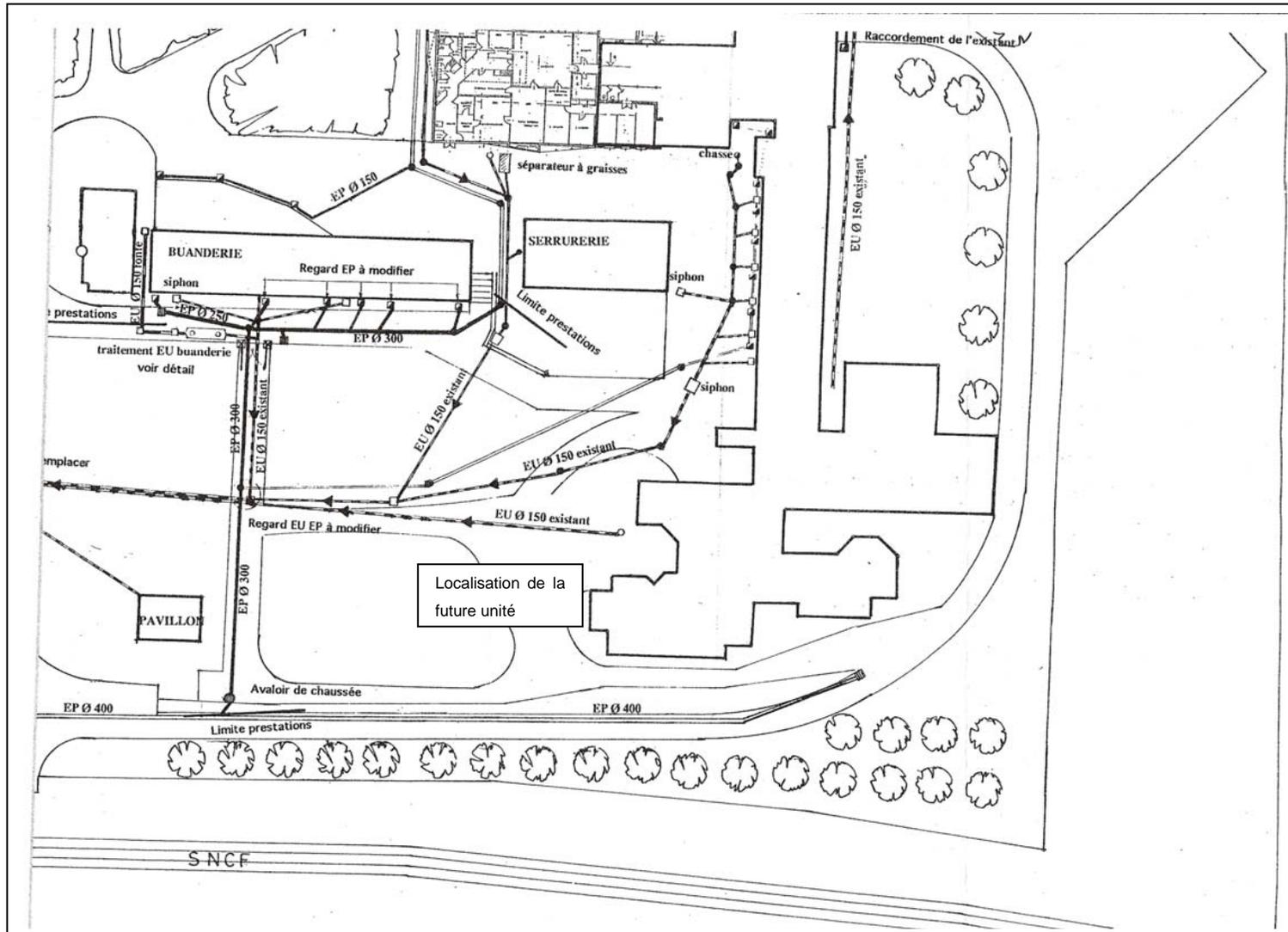
- le seul bilan standard sera représenté par une radiographie pulmonaire de face et un ECG (contractualiser une interprétation si elle s'avère nécessaire par des cardiologues du CHRU ou autres).
- suivant la pathologie :
 - o En cas d'hépatite alcoolique ou virale : une échographie abdominale plus ou moins associée rapidement à un fibroscan.
 - o Pouvoir réaliser facilement un scanner cérébral, thoracique ou abdominal.
 - o S'il y a des signes d'appel, pouvoir réaliser rapidement une fibroscopie oesogastroduodénale.
 - o Si le tabagisme est important (supérieur à 20 années tabagiques et/ou âge supérieur à 50 ans), pouvoir faire un examen ORL rapidement.
 - o Dans le domaine cardiovasculaire, pouvoir réaliser facilement un écho doppler artériovoineux.
 - o Dans le domaine neurologique, pouvoir réaliser éventuellement un électroencéphalogramme et, si nécessaire, un électromyogramme.

Les consultations médicales spécialisées :

Elles devraient pouvoir se faire dans le domaine de la gastro-entérologie et de l'hépatologie, de la cardiologie, de la neurologie, de la pneumologie, et de l'infectiologie.

Dans la majorité des cas, il serait souhaitable que ces avis spécialisés puissent être réalisés au CHRU de Tours, sans le déplacement des spécialistes. Si la demande est très importante, il pourra dans un second temps être concevable d'organiser une consultation sur le site du Centre Hospitalier Louis Sevestre.

Annexe IV – Localisation de la future unité



Annexe V
 Planning prévisionnel de la construction
 Phasage de l'opération

Phases	Année 1												Année 2												Année 3											
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9			
Rédaction du programme architectural et présélection des candidats	■	■																																		
Délai du concours d'architecture			■	■	■																															
Choix du lauréat (commission technique, jury)					■																															
Mise au point de l'esquisse						■																														
APS						■	■	■																												
APD								■	■	■	■																									
PRO										■	■	■	■																							
DCE													■	■	■																					
Appel d'offres travaux															■	■	■																			
Lancement travaux organisation chantier																	■	■																		
Travaux																		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Réception aménagement																																	■	■		
Installation																																				