



EHESP

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et
Sociale**

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : mars 2009

**LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ET DE SOINS EN
ADDICTOLOGIE DANS LE DEPARTEMENT DE LOT ET GARONNE :
APPORT DU PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE ET
PERSPECTIVES.**

Bénédicte LAFARGUE

Remerciements

Mes sincères remerciements vont à toutes les personnes rencontrées lors de ce travail, chacune ayant contribué pour une part à sa réalisation.

Je remercie plus particulièrement Madame Josiane VERGA, mon maître de stage responsable du service Offre de Soins Ambulatoire et Madame le Docteur Catherine FRANÇOIS, médecin inspecteur de santé publique à la D.D.A.S.S. de Lot-et-Garonne, pour leur écoute, leur soutien et leurs conseils toujours avisés.

Sommaire

Introduction	1
1 Le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et son évolution : un cadre d'action rénové.....	5
1.1 La prise en charge des conduites addictives : de l'approche produit à l'approche globale	5
1.1.1 Une prise en charge longtemps fragmentée selon les produits, ayant conduit à l'émergence d'un dispositif spécialisé	5
1.1.2 Le passage de l'approche « produit » à l'approche « comportement »	9
1.2 Une évolution entraînant des changements dans l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie	11
1.2.1 La naissance du concept d'addictologie	11
1.2.2 Une restructuration de l'offre de soins et de prise en charge	12
1.3 La planification, outil de déclinaison territoriale du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie	18
1.3.1 Le S.R.O.S. : outil privilégié de la planification du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie au niveau régional.....	18
1.3.2 Le P.M.T. : outil de traduction des orientations du S.R.O.S. au niveau local	19
2 Une première évolution du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie dans le département de Lot-et-Garonne sous l'impulsion du Projet Médical de Territoire.....	21
2.1 La problématique loco-régionale sous-tendant l'élaboration du P.M.T.	21
2.1.1 Les conduites addictives, une problématique centrale sur le territoire : quelques données épidémiologiques	21
2.1.2 Le contexte de l'élaboration du P.M.T. de Lot-et-Garonne	24
2.2 Etat des lieux du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie dans le département de Lot-et-Garonne avant la mise en œuvre du P.M.T.	27
2.2.1 Présentation de l'offre générale de prise en charge : les structures spécialisées dans la prise en charge des addictions	28
2.2.2 L'analyse du dispositif de prise en charge : les forces et faiblesses du territoire	31
2.2.3 Le P.M.T. ou la définition d'objectifs et d'actions pour les atteindre	32

2.3	La mise en œuvre du P.M.T.: un renforcement et une structuration de l'offre mais un dispositif perfectible.....	34
2.3.1	Niveau hospitalier : la structuration de la filière addictologie.....	34
2.3.2	Niveau médico-social : le renforcement des A.C.T.	38
2.3.3	Une mise en œuvre parcellaire	40
3	Leviers d'actions et propositions pour poursuivre l'amélioration du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.....	43
3.1	Un nouveau cadre pour la planification du dispositif d'addictologie : le S.R.M.S.A.....	43
3.1.1	Le S.R.M.S.A. : une optique de pérennisation et de déploiement des actions.....	44
3.1.2	Une dynamique de concertation impulsée par la D.R.A.S.S. : la mise en place de la C.R.A.....	45
3.1.3	La volonté de la D.D.A.S.S. de faire participer les acteurs locaux à l'organisation du dispositif	46
3.2	La formalisation des complémentarités : une réflexion nécessaire sur la mise en place d'un réseau d'addictologie	47
3.2.1	Intérêt de la mise en place d'un réseau.....	48
3.2.2	Modalités de mise en place d'un réseau	50
3.2.3	Les modes de financement	51
3.2.4	Les difficultés de mise en œuvre	53
3.3	La réduction des inégalités territoriales : le défi de la mise en place des C.S.A.P.A. pour le binôme I.A.S.S./M.I.S.P.	54
3.3.1	C.S.A.P.A. : définition, genèse	54
3.3.2	Les difficultés inhérentes à la volonté des structures	55
	Conclusion	59
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

A.C.T.	Appartement de Coordination Thérapeutique
A.N.P.A.A.	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
A.R.H.	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.R.S.	Agence Régionale de Santé
C.A.A.R.U.D.	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogue
C.A.S.F.	Code de l'Action Sociale et des Familles
C.C.A.A.	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
C.H.	Centre Hospitalier
C.H.A.	Centre d'Hygiène Alimentaire
C.H.A.A.	Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie
C.H.I.C.	Centre Hospitalier Inter-Communal
C.H.R.S.	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
C.I.R.D.D.	Centre d'Information et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances
C.I.S.D.	Centre d'Information et de Soins sur les Drogues
C.M.P.	Centre Médico-Psychologique
C.N.A.M.T.S	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
C.O.D.E.S.	Comité Départemental d'Education pour la Santé
C.P.O.M.	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
C.R.A.	Commission Régionale Addiction
C.R.O.S.	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire
C.R.O.S.M.S.	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
C.S.A.P.A.	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
C.S.P.	Code de la Santé Publique
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.G.A.S.	Direction Générale des Affaires Sociales
D.G.S.	Direction Générale de la Santé
D.H.O.S.	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.R.A.S.S.	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.D.R.	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
E.L.S.A.	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
E.P.S.M.	Etablissement Public de Santé Mentale
F.A.Q.S.V.	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
F.I.Q.C.S.	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
F.N.P.E.I.S.	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information pour la Santé

G.C.S.M.S.	Groupement de Coordination Sociale et Médico-Sociale
G.I.E.	Groupement d'Intérêt Economique
G.I.P.	Groupement d'Intérêt Public
G.R.S.P.	Groupement Régional de Santé Publique
I.A.S.S.	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
I.D.E.	Infirmière Diplômée d'Etat
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.N.S.E.R.M.	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
L.F.S.S.	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
M.I.G.	Mission d'Intérêt Général
M.I.L.D.T.	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
M.I.S.P.	Médecin Inspecteur de Santé Publique
M.R.S.	Mission Régionale de Santé
O.F.D.T.	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
O.N.D.A.M.	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
O.Q.O.S.	Objectif Quantifié de l'Offre de Soins
P.M.T	Projet Médical de Territoire
P.R.S.P.	Plan Régional de Santé Publique
R.P.I.B.	Repérage Précoce et Intervention Brève
S.A.S.T.	Services d'Addictologie et de Soins des Toxicomanies
S.R.M.S.A.	Schéma Régional Médico-Social d'Addictologie
S.R.O.S	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
S.S.R.	Soins de Suite et de Réadaptation
T.R.E.N.D.	Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues
T.S.O.	Traitement de Substitution aux Opiacés
U.C.S.A.	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
U.C.T.	Unité de Coordination en Tabacologie
U.M.P.L.	Unité Médico-Psychologique Légère
U.R.C.A.M. :	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
V.H.C. :	Virus de l'Hépatite C
V.I.H. :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

« *Prise en charge globale, décloisonnement, pluridisciplinarité, je suis heureuse de retrouver ici, en actes, incarnés les maîtres-mots du projet de loi santé, patients, territoires* ». Cette phrase, prononcée par la Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot lors d'une intervention à une journée scientifique sur la recherche en addictologie résume les évolutions qui caractérisent le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. En effet, le dispositif de prise en charge et de soins des conduites addictives se situe dans un contexte de réorganisation qui touche à la fois le champ du médico-social et du sanitaire. Cette idée de prise en charge globale et d'association du sanitaire et du médico-social n'est pas sans rappeler l'idée véhiculée par les Agences Régionales de Santé (A.R.S.). Ainsi, dans une perspective de pilotage territorial unifié du système de santé, la prise en compte complète du parcours de soins de l'utilisateur déjà amorcée dans les faits, pourrait être entérinée.

La prise en charge des conduites addictives relève essentiellement des secteurs sanitaire et médico-social. Il fallait donc penser l'articulation entre les acteurs. Cette réflexion s'est avérée nécessaire car les conduites addictives constituent, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur. Le champ des addictions couvre aujourd'hui, d'une part, les conduites de consommation de substances psychoactives, quel que soit le statut légal de la substance et, d'autre part, les addictions dites comportementales ou addictions sans drogue qui correspondent à des comportements compulsifs, notamment le jeu pathologique. Les dépendances aux substances psychoactives sont responsables chaque année de plus de 100 000 décès évitables, par accidents et par maladies, dont près de 40 000 cancers ce qui montre l'importance de la réflexion sur l'organisation de leurs prises en charge. Cette réorganisation a été le fruit d'une réflexion au long cours, dont le plan gouvernemental 2007-2011¹ pour la prise en charge et la prévention des addictions se fait l'écho. Plus précisément la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie², précise les rôles et articulations de chaque volet du dispositif de prise en charge et de soins aux personnes ayant une conduite addictive. Son but est en effet d'améliorer l'efficacité du dispositif de prise en charge et de soins.

L'objet de ce mémoire est d'étudier le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie dans le département de Lot-et-Garonne. Il s'agira plus précisément d'appréhender l'apport du Projet Médical de Territoire (P.M.T.) sur ce dispositif et ainsi de

¹ Plan gouvernemental de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011.

² Circulaire n°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

voir en quoi et jusqu'où un outil de planification peut influencer sur l'organisation d'un dispositif de prise en charge et de soins mais également d'envisager les perspectives d'évolutions du dispositif.

La planification, qui est un processus d'aide à la décision, *vise par concertation des acteurs concernés, à prévoir les ressources et les services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi d'autres alternatives*³. Elle tend à déterminer l'activité requise en fonction des besoins de la population sur un territoire géographique donné. La mise en œuvre des dispositions nationales au niveau local intervient notamment par son biais. Le Projet Médical de Territoire ne figure pas parmi les outils juridiques opposables de la planification et des autorisations que sont le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.) et les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M.). Le schéma régional est le document juridiquement opposable qui fixe, outre les recommandations en termes d'organisation, la répartition territoriale de l'offre de soins et sa quantification en termes d'implantation et d'objectifs d'activités pour répondre aux besoins de la population. Le contrat d'objectifs et de moyens quant à lui décline pour chacun des établissements ou détenteurs d'autorisation les modalités de mise en œuvre du schéma et des autorisations d'activité qui leur sont confiées. Cependant, le P.M.T. constitue le maillon essentiel entre ces deux outils. Il constitue la base de travail et de réflexion pour traduire les orientations stratégiques du S.R.O.S. et permet ainsi de les rendre opérationnelles, au niveau des C.P.O.M. notamment. Ainsi, il constitue un outil pertinent pour la mise en œuvre de la politique nationale et régionale au niveau local.

Le choix du sujet de ce mémoire est issu d'une proposition conjointe de mon maître de stage et du Médecin Inspecteur de Santé Publique (M.I.S.P.). Il représente un intérêt pour un futur Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (I.A.S.S.) du fait de l'importance du travail en binôme. En effet, la thématique du dispositif de prise en charge des conduites addictives dans le cadre d'un projet médical de territoire fait intervenir les compétences conjointes d'un I.A.S.S. et d'un M.I.S.P., la complémentarité jouant un rôle majeur. Cependant, il ne s'agira pas de traiter dans le cadre de ce mémoire de l'aspect médical (attribution d'un seul M.I.S.P.) mais bien de l'aspect organisationnel du dispositif de prise en charge et de soins. De plus, ce sujet fait appel à toutes les compétences de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale pouvant être développées en matière de planification, de santé publique ainsi que de conduite de projet. En effet, il est nécessaire de maîtriser la genèse de l'outil de planification projet médical de territoire, d'avoir une

³ JOURDAIN A., juin 1995, « les nouveaux outils de planification sanitaire ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°11, p.II.

connaissance précise des structures du département et des logiques d'intervention des différents acteurs. Enfin, l'addictologie étant une matière qui intéresse autant le sanitaire que le médico-social, elle fait appel aux compétences de polyvalence de l'I.A.S.S.

Il est nécessaire de préciser dès à présent que le choix a été fait de ne pas inclure la prévention dans l'étude du dispositif de prise en charge des conduites addictives car elle pourrait constituer en elle-même un sujet à part entière. Je suis néanmoins consciente que la frontière est étroite entre la prévention⁴ et l'accès aux soins, et qu'il existe un continuum entre la prévention et les soins, où interviennent souvent les mêmes acteurs.

L'objectif du P.M.T. était de réfléchir sur l'organisation d'un maillage territorial suffisant des structures pour assurer aux usagers un accès équitable aux soins. De fait, partant du constat que son élaboration en octobre 2006 a été l'occasion de mener une réflexion approfondie sur la problématique des conduites addictives et de définir des actions de dépistage, de soins et d'accompagnement nécessaires aux usagers du département en suivant les grands principes définis par le S.R.O.S., la question de sa mise en œuvre effective se posait. Ainsi, ma question de départ a été de me demander : **quels sont les apports du Projet Médical de Territoire sur le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie dans le département de Lot-et-Garonne ?**

Suite à ce premier questionnement de départ, plusieurs sous-questions sont apparues. Deux ans après l'élaboration du P.M.T., quel est le niveau de réalisation des actions définies par le P.M.T. pour atteindre les objectifs fixés ? La méthodologie d'élaboration du P.M.T. reposant sur une démarche d'intégration des acteurs locaux des différents champs de l'addictologie, peut-on alors considérer que le P.M.T. a permis, concrètement, le développement de partenariats entre les acteurs des différents échelons de la prise en charge en addictologie ? Le P.M.T. est-il à lui seul un outil suffisant pour améliorer l'organisation du dispositif ou faut-il envisager d'autres pistes d'amélioration ?

Pour répondre à cette question et à ces sous-questions, différentes **méthodes de travail** ont été mises en œuvre.

J'ai été missionnée, durant mon stage d'exercice professionnel à la D.D.A.S.S. de Lot-et-Garonne, pour effectuer un état des lieux du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. Cet état des lieux poursuivait deux objectifs principaux. Le premier objectif

⁴ On distingue trois stades de prévention : la prévention primaire qui consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème, risques en termes de conduite individuelle à risque, d'environnement ou encore de risque sociétal ; la prévention secondaire dont le synonyme pourrait être le mot dépistage et qui cherche à révéler une atteinte pour prévenir une maladie ou un désordre psychologique ou social. La prévention tertiaire qui vise à prévenir les rechutes ou les complications. Il s'agit d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale.

consistait à faire un premier point sur la mise en œuvre du P.M.T. deux ans après son élaboration, puisque la conférence sanitaire de territoire a acté en novembre 2007 la nécessité d'assurer le suivi et l'actualisation de ce projet territorial sur le thème de l'addictologie. Le second objectif était de répondre à une commande de la D.R.A.S.S. qui souhaitait disposer d'un état des lieux actualisé pour élaborer le Schéma Régional Médico Social d'Addictologie (S.R.M.S.A.). Les dates de mon stage d'exercice professionnel correspondaient exactement à cette actualité ce qui m'a permis de travailler pleinement sur le sujet puisqu'au-delà d'un sujet de mémoire, il s'agissait d'une des principales préoccupations de la D.D.A.S.S.

Pour pouvoir effectuer cet état des lieux, j'ai, dans un premier temps, procédé à une lecture documentaire sur le P.M.T. comprenant aussi bien les travaux préparatoires que le document final. Cette lecture a été complétée par l'étude des documents disponibles à la D.D.A.S.S. sur les différentes actions achevées ou en cours ainsi que par l'analyse des différents C.P.O.M. des établissements hospitaliers. J'ai, dans un deuxième temps, participé à l'organisation de deux réunions avec les acteurs locaux du champ de l'addictologie qui avaient fait partie du groupe de travail lors de l'élaboration du P.M.T. pour obtenir des informations supplémentaires. Celles-ci m'ont permis de réaliser une première synthèse que j'ai ensuite complétée par des entretiens individuels des responsables des principales structures tant sanitaires que médico-sociales. J'ai, dans un troisième temps, participé à des activités variées pour la mise en place du S.R.M.S.A. : visioconférence avec les autres D.D.A.S.S. de la région pour une réflexion commune sur le S.R.M.S.A., réunions des référents addictologie à la D.R.A.S.S., groupe de travail pluridisciplinaire à la D.R.A.S.S. Les diverses informations que j'ai pu retirer de ces activités ont considérablement enrichi cette étude.

La première partie de ce mémoire présentera le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et son évolution (1). Cette partie informative conséquente s'impose pour connaître l'état général des dispositifs existants, pour comprendre le sens de la politique mise en œuvre et la façon dont elle se décline territorialement. C'est un préalable nécessaire pour appréhender l'évolution du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie au niveau local, dans le département de Lot-et-Garonne. Cette évolution, impulsée par le Projet Médical de Territoire, fera plus particulièrement l'objet de la deuxième partie de ce mémoire (2). Puis il sera démontré que si la mise en œuvre du P.M.T. a permis d'engager une dynamique positive d'amélioration du dispositif, elle s'avère toutefois insuffisante. Seront par conséquent envisagés, dans une troisième partie, les leviers d'actions permettant de poursuivre l'amélioration de l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie (3).

1 Le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et son évolution : un cadre d'action rénové

La prise en charge des conduites addictives a évolué dans le temps notamment grâce à un changement d'appréhension de la notion d'addiction (1.1). Ce changement de paradigme a induit une nouvelle approche de la prise en charge et *de facto* une nouvelle organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie (1.2). Cette nouvelle organisation trouve une déclinaison au niveau territorial par le biais de la planification (1.3).

1.1 La prise en charge des conduites addictives : de l'approche produit à l'approche globale

L'émergence d'un dispositif spécialisé est essentiellement due à une prise en charge organisée dès l'origine en fonction des produits consommés (1.1.1). Le passage d'une approche centrée sur les produits à une approche par comportement a constitué une évolution majeure (1.1.2).

1.1.1 Une prise en charge longtemps fragmentée selon les produits, ayant conduit à l'émergence d'un dispositif spécialisé

Durant de nombreuses années, la problématique de la consommation de substances psychoactives a été traitée essentiellement à travers les produits et leurs effets. La prise en charge selon que le produit soit licite ou non était différente et mise en œuvre par des professionnels distincts. Les caractéristiques des produits étaient considérées comme étant les seules à l'origine de la dépendance. La prévention était alors basée sur la mise en garde ou l'interdiction de consommer. D'une part, cette conception supposait que l'arrêt de la consommation et le maintien de l'abstinence étaient des conditions suffisantes pour sortir de la toxicomanie. D'autre part, cela légitimait l'éclatement de la prise en charge dans des dispositifs différents. Il convient dès lors de faire un tour d'horizon des divers dispositifs : drogues illicites, alcool et tabac.

S'AGISSANT DES DROGUES ILLICITES

La loi du 31 décembre 1970⁵ constitue encore aujourd'hui le socle légal de la politique française de lutte contre la toxicomanie. Elle se décline autour de trois axes : la répression sévère du trafic, l'interdiction de l'usage et la proposition d'une alternative

⁵ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 modifiée, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

thérapeutique à la répression de l'usage ainsi que la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers. Ainsi, cette loi comporte une disposition originale et à l'époque innovante qui permet à l'utilisateur d'échapper à la sanction pénale s'il accepte de se soigner. C'est la notion « d'injonction thérapeutique ».

La mise en œuvre de cette loi va rapidement soulever des interrogations et susciter une abondante production de textes d'application. Les problèmes d'application de la loi, rencontrés dès le début des années 1970 sont liés à la double nature de l'utilisateur : délinquant et malade. Cette double nature a conduit les professionnels à se questionner sur la façon de prendre en charge les usagers de drogues.

Dès 1970, c'est essentiellement le secteur associatif qui s'est occupé de la prise en charge des toxicomanes du fait de la réticence des établissements sanitaires à les accueillir. Les usagers de drogue étaient en effet perçus comme des perturbateurs difficiles à contrôler. Les options de traitement se limitaient à une prise en charge psychothérapeutique et au sevrage, les traitements de substitution et les communautés thérapeutiques étant très peu développés. L'ouverture du centre de Marmottan par le Pr. Olievenstein⁶ est une prémisse à la spécialisation du dispositif qui ne fera que s'accroître dans le temps. La publication d'une liste d'établissements agréés par les ministères de la justice et de la santé pour organiser les cures de désintoxication a incité les établissements sanitaires à se décharger des usagers de drogues vers les structures nouvellement créées : les Centres d'accueil pour Toxicomanes. Ces structures deviennent en 1992 des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes⁷ (C.S.S.T.) et voient leurs missions s'étendre du sevrage avec accompagnement psychothérapeutique à la prise en charge psychologique, sociale et éducative. Depuis le 1^{er} janvier 2003, ces structures relèvent de la loi du 2 janvier 2002⁸ rénovant l'action sociale et médico-sociale et font l'objet d'un financement par l'assurance maladie. Elles ont pour mission d'assurer la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des usagers de drogues mais aussi l'accueil, l'orientation, l'information de ces patients, ainsi qu'un soutien à l'environnement familial.

⁶ Psychanalyste français, il a été l'un des premiers en France à s'intéresser aux traitements des toxicomanes à l'hôpital Marmottan.

⁷ Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins pour toxicomanes.

⁸ Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

En parallèle, l'apparition du Sida a induit des changements dans la prise en charge des usagers de drogues : il s'agit de l'apparition du concept de réduction des risques notamment à partir du plan gouvernemental anti-drogue de 1993⁹ et du réinvestissement de ce champ par le système sanitaire de droit commun avec le développement de la substitution aux opiacés.

La réduction des risques a pour objectif prioritaire de limiter les dommages collatéraux dus à la consommation de drogues. Une de ses conséquences est la mise en place de réseaux de distribution de seringues pour éviter une prolifération du V.I.H. dans la population toxicomane. De même, la reconnaissance de cet objectif de santé publique de réduction des risques entraîne le développement de structures spécifiques dès les années 1990. La loi du 9 août 2004¹⁰ relative à la politique de santé publique marque la reconnaissance législative de la politique de réduction des risques. Enfin, depuis 2006, les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (C.A.A.R.U.D.) sont financés par l'assurance maladie.

La substitution quant à elle est une stratégie de soin visant à supprimer les injections. Après avoir été longtemps interdite en France, elle a finalement été autorisée par l'Institut Médical de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.) à titre expérimental au début des années 1970. Il faudra ensuite attendre 1990 pour que le Ministre de la Santé Claude Evin propose la création de « programme méthadone », dans un cadre strictement évalué et limité. La Commission Henrion¹¹ et plus tard le rapport Reynaud, Parquet, Lagrue¹² préconisent un développement de la substitution. Le subutex vient alors compléter le dispositif et est disponible sur simple prescription médicale pour faciliter son accès. Le développement de la substitution, parce qu'elle véhiculait une nouvelle idée de la prise en charge et que son utilisation était parfois détournée, notamment avec le développement d'un marché noir, a été contestée par certains professionnels.

Enfin, des consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives ont été mises en place en 2004 dans le cadre du « plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool ». La circulaire du 23 septembre 2004¹³ définit leurs missions. Elles doivent tendre vers « *une*

⁹ Plan gouvernemental de lutte contre la drogue du 21 septembre 1993.

¹⁰ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹¹ Henrion R., 1995. *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*.

¹² Reynaud M., Parquet P.J., Lagrue G., 1999. *Les pratiques addictives*.

¹³ Circulaire DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis autres substances psychoactives et leur famille.

meilleure prise en compte des demandes des jeunes et de leur entourage en difficulté avec cette consommation et en facilitant l'accès à des professionnels, favoriser une évolution de leur situation et les aider, en particulier à adopter des comportements plus favorables à leur santé et à leur bien-être »

S'AGISSANT DE L'ALCOOL

La loi de 1873 concernant la répression de l'ivresse publique¹⁴ s'intéressait principalement aux atteintes à l'ordre public et non à la personne. Par la suite, la loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux¹⁵, avait pour objectif de « rééduquer » les alcooliques et non de les punir. De même, elle posait une obligation de soins et édictait une hospitalisation contre leur gré pour éviter qu'ils ne commettent un délit.

Comme pour la toxicomanie, le choix a été fait de confier la « problématique alcool » à un dispositif spécialisé. La circulaire du 23 novembre 1970¹⁶ crée les consultations d'hygiène alimentaire qui deviennent Centre d'Hygiène Alimentaire (C.H.A.) en juillet 1975. Plus tard, avec la circulaire du 15 mars 1983¹⁷, ces centres deviennent Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (C.H.A.A.) pour intégrer la prise en charge des malades alcoolo-dépendants. Leurs objectifs sont en effet précisés et étendus : le traitement, la prévention, l'information et la recherche en matière d'alcool. La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions¹⁸ transfère ensuite ces structures dans le domaine médico-social et les dote d'un financement par l'assurance maladie en créant les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (C.C.A.A.). Ils sont chargés, selon les articles R-3311-1 et 2 du Code de la Santé Publique (C.S.P.), d'assurer le diagnostic, l'orientation, la prise en charge des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteints de dépendance alcoolique ainsi que l'accompagnement social de ces personnes et de leurs familles. Les centres peuvent participer à toutes actions de prévention, de formation et de recherche en matière de lutte contre l'alcoolisme organisées par des personnes de droit public ou privé.

¹⁴ Loi du 23 janvier 1873 relative à la répression de l'ivresse publique.

¹⁵ Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux.

¹⁶ Circulaire DGS/1252/MSI du 23 novembre 1970.

¹⁷ Circulaire du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool.

¹⁸ Loi n° 98-867 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

S'AGISSANT DU TABAC

Il n'existe pas vraiment de dispositif spécialisé de soins pour ce produit. Jusqu'à la circulaire du 3 avril 2000¹⁹, on ne trouvait que des mesures de limitation de publicité, de distribution et de protection des non-fumeurs, édictées notamment par la loi Evin du 10 janvier 1991²⁰. La circulaire du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'Unité de Coordination de Tabacologie (U.C.T.) met l'accent sur la nécessité d'offrir des réponses centrées non plus sur les produits mais sur les conduites de consommation.

Enfin, il est à noter le développement au cours des années 1990 de la prise en charge par le secteur sanitaire des consommateurs de substances psychoactives pour faire face à l'ensemble des besoins. Cela se traduit notamment par la mise en place de consultations hospitalières et de lits d'hospitalisations. Les Equipes de Liaison et Soins en Addictologie (E.L.S.A.) constituent un élément essentiel de la prise en charge hospitalière. Les E.L.S.A. ont été créées en 1996 pour la prise en charge des toxicomanies²¹ d'une part et de l'alcool d'autre part²². Leur fonctionnement sera précisé par une circulaire en 2000²³.

1.1.2 Le passage de l'approche « produit » à l'approche « comportement »

Les années 90 ont vu le passage de l'approche produit à l'approche comportement. En premier lieu, il y a eu une prise de conscience du fait que les comportements d'usagers de substances s'appuient sur des déterminants communs quel que soit le produit²⁴. A partir de là, ont pu être envisagées des stratégies d'intervention et de soins communes pour organiser sur le plan sanitaire et social un dispositif en addictologie cohérent et adapté au nouveau modèle de prise en charge. En second lieu, l'augmentation des poly-consommations et la fréquence du déplacement d'un produit vers un autre ont été des arguments supplémentaires pour considérer ensemble les différents produits.

¹⁹ Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unité de coordination de tabacologie.

²⁰ Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

²¹ Circulaire n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.

²² Circulaire n°557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie de liaison hospitalière.

²³ Circulaire n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour des personnes ayant des conduites addictives.

²⁴ Reynaud M. Parquet P.J, Lagrue G. Op.cit. p 7.

Ainsi, une distinction est désormais opérée entre les différents comportements de consommation de substances psychoactives. La communauté scientifique distingue plusieurs modes de consommation²⁵ :

L'usage : usage expérimental, occasionnel, récréatif festif, voire régulier. Il est considéré comme acceptable pour l'individu et la société même s'il doit toujours être considéré comme une pratique à risque, indépendamment du caractère licite ou illicite du produit.

Le mésusage regroupe trois modalités de consommation : l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance.

L'usage à risque n'est pas associé à un quelconque dommage médical, psychologique ou social, mais est susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme. L'augmentation du risque est due à la quantité consommée et/ou à une consommation dans des situations à risque, que le risque soit individuel ou situationnel.

L'usage nocif, ou abus, désigne la consommation répétée d'une substance malgré l'apparition de dommages sanitaires, professionnels, familiaux ou sociaux, sans qu'elle réponde complètement aux critères de la dépendance.

La dépendance se caractérise selon l'O.M.S. par au moins trois des manifestations suivantes : désir puissant d'utiliser la substance, difficulté à contrôler son utilisation, syndrome de sevrage à l'arrêt, nécessité d'augmenter les doses pour obtenir l'effet désiré, abandon d'autres sources de plaisir et d'intérêt, consommation poursuivie malgré ses conséquences nocives.

Le concept d'addiction est ainsi la traduction de la prise de conscience du fait que les comportements d'usagers de substances s'appuient sur des déterminants communs quel que soit le produit. Récent dans le vocabulaire médical français et issu d'un concept anglo-saxon signifiant « penchant très fort, dépendance », le terme s'est progressivement imposé en France, induisant une mutation conceptuelle dans le domaine de la consommation des produits psycho-actifs, alcool, tabac et drogues illicites. L'addiction selon la définition d'Aviel GOODMAN est « *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* »²⁶. A partir de ces critères, une distinction a été opérée entre l'addiction aux substances psychoactives et les addictions comportementales.

²⁵ Reynaud M. Parquet P.J, Lagrue G. Op.cit p 7 et plus récemment Lépine J.P., Morel A., Paille F., 2006. *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions*, p.14.

²⁶ Vu dans : Lépine J.P., Morel A., Paille F. Ibidem. p.13.

La première se caractérise par de véritables comportements d'abus et de dépendances à une ou plusieurs substances psychoactives. Quant à l'addiction comportementale, elle envahit plusieurs composantes de la vie moderne telles que le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires et les comportements compulsifs répétés. Il s'agit d'addictions sans produits.

Il faut toujours garder à l'esprit que le comportement addictif s'inscrit dans un contexte individuel et dans un environnement. Cela explique, selon les professionnels de santé, que les conduites addictives sont la conjonction de la rencontre de trois facteurs : la personne, son environnement/contexte socio-culturel et le produit consommé²⁷.

L'utilisation du concept d'addiction, et plus précisément de « conduites addictives » selon l'idée développée dans le rapport Reynaud, Parquet, Lagrue, permet d'abandonner l'approche produit et le cloisonnement étanche entre les différents dispositifs spécialisés qu'elle induit pour passer à une approche globale de la prise en charge des conduites addictives²⁸. De plus, l'intérêt de réfléchir en termes d'usages et non de produits licites ou illicites, est de se concentrer sur les effets sur la personne pour assurer une prise en charge adaptée. Cette évolution a entraîné *de facto* des changements dans l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

1.2 Une évolution entraînant des changements dans l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

La reconnaissance par la communauté scientifique de l'approche globale pour la prise en charge des addictions a conduit les politiques publiques à évoluer et à repenser le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie (1.2.2). Ce terme d'addictologie est récent dans le vocabulaire français, il est né avec la reconnaissance de l'approche globale (1.2.1).

1.2.1 La naissance du concept d'addictologie

Les changements de vocabulaire ainsi que l'apparition du concept d'addiction reposent sur le constat que, cliniquement, il existe des points communs entre les dépendances. Le terme addictologie, qui vise à faire de l'addiction une véritable discipline, apparaît.

La notion d'addictologie est apparue en France dans les années 1990. Elle consacre la naissance d'une approche commune, clinique, scientifique mais aussi politique de

²⁷ Cf. le triangle d'Olievenstein : « *La toxicomanie, c'est la rencontre entre un individu, un environnement et un produit* » (sic).

²⁸ Reynaud M., Parquet P.J., Lagrue G. Op.cit. p.7.

l'ensemble des conduites addictives. Cette nouvelle discipline induit le rapprochement entre les professionnels travaillant dans les champs distincts de l'alcoolologie, la tabacologie et la toxicomanie. Le concept d'addictologie permet de recentrer le problème sur la personne et sur son environnement. Il ne fait cependant pas l'unanimité car certains professionnels insistent sur la nécessité d'une prise en charge spécifique des patients. Si la notion l'addictologie n'a pas pour effet de nier les spécificités liées au produit consommé, elle entérine l'existence du tronc commun entre tous les produits que constitue la conduite addictive. De plus, l'addictologie ne s'adresse pas à tous ceux qui consomment de l'alcool, du cannabis ou du tabac, mais à ceux qui se trouvent en situation de dépendance ou d'usage nocif. Ainsi, il s'agit de se baser sur les composantes communes des pratiques addictives pour développer une action globale, pour toute consommation donnée, quel que soit le produit.

Une première définition de l'addictologie a été proposée dans le Dictionnaire des drogues et des dépendances²⁹ : « *l'addictologie est un champ d'investigation multidisciplinaire centré sur les conduites humaines d'autostimulation de sources de plaisir qui peuvent déterminer de véritables aliénations (perte de liberté de ne plus y recourir) et des modifications du rapport entre le sujet et le monde* ».

L'une des manifestations de la prise en compte effective du concept d'addictologie est l'extension de l'action de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (M.I.L.D.T.) en 1999³⁰. Cette Mission est chargée de veiller, pour le compte du Comité interministériel de lutte contre la drogue et les toxicomanies, à la mise en œuvre des orientations de politique publique. Elle coordonne l'action du gouvernement dans les domaines de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche et les échanges internationaux. Auparavant centrée seulement sur les drogues illicites, son action est désormais également dirigée contre l'ensemble des pratiques addictives et des substances psychoactives, licites et illicites (alcool, tabac, médicaments psychotropes et produits dopants notamment).

1.2.2 Une restructuration de l'offre de soins et de prise en charge

La prise en compte de la notion d'addiction a eu des incidences sur l'organisation du dispositif de prévention, de soin et d'accompagnement. En effet, l'utilisation du concept de « pratiques addictives » permet une approche commune des troubles addictifs. Ainsi, la

²⁹ Richard M., Senon J.L., Valleur M., 2004. *Dictionnaire des drogues et des dépendances*.

³⁰ Décret n° 99-808 du 15 septembre 1999, relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances, et à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

prise en compte sociale et politique du concept d'addiction s'illustre dans les trois plans gouvernementaux mis en place.

A) Des évolutions sous l'impulsion de la M.I.L.D.T.

Les plans M.I.L.D.T. ont contribué à la réorganisation du dispositif. Le premier (1999-2001) en ce qu'il assoit l'approche globale dans la prise en charge des addictions, le deuxième (2004-2008) en ce qu'il met l'accent sur l'efficacité du système de soins.

Le plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie 1999-2001: une évolution majeure dans la prise en charge des conduites addictives³¹

En 1999 la M.I.L.D.T. consacre officiellement, avec son plan triennal 1999-2001, l'approche conduites addictives. Il prévoit le rapprochement des structures, historiquement centrées sur les produits. De même, ce plan met l'accent sur le repérage précoce des différents usages et des poly-consommations. C'est la première fois qu'est clairement énoncée la volonté d'organisation d'une politique générale de prise en charge des consommations abusives³². Il retient une approche globale de l'ensemble des substances et des conduites addictives en répondant aux diverses composantes de la maladie addictive, traitant spécifiquement les conduites de consommations pathologiques mais également et dans le même temps les éventuelles complications psychiatriques et somatiques. De même, ce plan insiste sur la continuité des soins.

En aval de la publication de ce plan, des études ont été menées sous l'impulsion de la M.I.L.D.T. L'une des plus importantes pour l'évolution du dispositif de prise en charge est celle ayant abouti au rapport de la commission dite « R.A.S.C.A.S. » (Réflexion sur les Aspects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions), en 2001³³. Ce rapport met en exergue la désuétude des représentations de « l'alcoolique » ou du « toxicomane ». En effet, ces représentations sont essentiellement liées aux statuts juridiques des produits et ont pour conséquence le cloisonnement des dispositifs de soins. Ainsi, la prise en charge ne peut plus se résumer en des mises en garde et des interdictions centrées sur le « produit consommé ». Ce rapport s'emploie donc à proposer des modalités d'organisation permettant une adaptation du dispositif de prise en charge pour le rendre

³¹ Plan Triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001.

³² DUBURCQ A., 2003. *Rapprochement des dispositifs spécialisés – évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions*, p.11.

³³ MAESTRACCI N., 2001. *Réflexion sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions*.

plus cohérent et plus efficace, tout en prenant en compte les éléments communs mais également les spécificités des différentes addictions.

Ainsi, ce rapport a apporté des éléments fondamentaux sur ce que devrait être un dispositif de prévention et de soins en addictologie, notamment en soulignant les formes d'organisation et les missions des différents acteurs. Il en ressort trois pôles d'acteurs partie prenante du dispositif général en addictologie :

- le pôle des acteurs non spécialisés du sanitaire (médecins généralistes, pharmaciens, etc.) comme du social (organismes d'aide sociale, de réinsertion, etc.),
- le pôle hospitalier avec des unités plus spécialisées (équipe de liaison, unités de soins) mais aussi l'ensemble des services,
- le pôle médico-social spécialisé.

Ces trois pôles doivent collaborer. Le rapport précise que le pôle médico-social « *doit s'organiser autour de Centres Spécialisés de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (C.S.A.P.A.). Ces centres spécialisés doivent jouer un rôle de référence et de proximité. Ils doivent assurer des missions de diagnostic, de prise en charge thérapeutique, de prévention et de réduction des risques* ».

Le plan M.I.L.D.T. 2004/2008³⁴

Un rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites³⁵ dresse un « *un bilan mitigé* » du plan triennal mais précise que « *les résultats du plan triennal apparaissent cependant positifs s'agissant de l'amélioration du dispositif de prise en charge des personnes toxicomanes* ». Ainsi, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, M.I.L.D.T. 2004-2008 définit des objectifs d'actions spécifiques qui tiennent compte des caractéristiques propres à chaque produit et des conditions concrètes de consommation sans toutefois renier l'approche addiction. De fait, l'approche globale n'est retenue que dans les domaines où elle peut être utile, une approche pragmatique par produits étant privilégiée.

³⁴ Plan Gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

³⁵ PLASAIT B., OLIN N., 2003. *Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, créée en vertu d'une résolution adoptée par le sénat le 12 décembre 2002.*

Dans cette approche centrée sur les produits, ce plan gouvernemental met un accent particulier sur la prévention chez les jeunes, notamment de la consommation de cannabis. De plus, il prévoit de rendre le système de soins plus accessible et plus efficace. En effet, les soins constituent un point clé du plan quinquennal. L'accent doit être mis sur le repérage de l'abus ou de la dépendance le plus tôt possible. Il préconise la mise en œuvre d'une véritable **planification régionale et départementale pour organiser et optimiser l'offre de soins**, pour en améliorer l'accessibilité et la qualité. En outre, l'amélioration de la qualité et de la diversité des réponses thérapeutiques ainsi que la consolidation des programmes de réduction des risques sont une priorité du plan. Celui-ci développe également l'importance de l'expérimentation de prise en charge innovantes ainsi que de la promotion de l'addictologie comme spécialisation.

Enfin, le plan est marqué par un retour à une certaine logique répressive puisque la volonté énoncée est de « *rétablir la portée de la loi* ».

B) Le plan gouvernemental de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 : la concrétisation d'une organisation de prise en charge et de soins cohérente avec l'approche addiction

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, dans une lettre adressée à l'A.N.I.T.E.A. (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie)³⁶ affirme que « *bien que l'approche par produit apparaisse plus opérationnelle pour les politiques de santé publique, le concept d'addiction s'est imposé aux professionnels avec le lancement du plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011* ».

Les priorités définies dans ce plan émanent du rapport « propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions » d'octobre 2006, élaboré en réponse au discours du Président de la République sur le Plan cancer du 27 avril 2006, plaçant les addictions au cœur de ses préoccupations.

Le plan affirme la nécessité, d'une part, de permettre à chaque personne concernée de prendre conscience de son addiction et, d'autre part, de disposer d'informations pour trouver un accompagnement adapté³⁷ : « *les points d'entrée doivent être visibles de tous, accessibles de façon simple, sans stigmatisation, et capables d'offrir, dans la proximité, la meilleure prise en charge* ».

³⁶ Lettre de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative : 29èmes journées de l'ANITEA - Nîmes - 12 juin 2008.

³⁷ Plan gouvernemental de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, p.3.

Il prévoit l'allocation chaque année, pendant cinq ans, de 77 millions d'euros pour renforcer et coordonner le dispositif existant et renforcer la prise en charge à toutes les étapes : prévention, repérage, soins et accompagnement médico-social. Six grandes priorités sont énoncées dans le plan : améliorer la prise en charge des addictions dans les établissements de santé, améliorer la prise en charge dans les établissements médico-sociaux, améliorer l'offre de soins en ville et leur articulation avec les secteurs sanitaires et médico-sociaux, développer la prévention, améliorer la formation et améliorer la recherche en addictologie au sein des pôles hospitaliers.

Le dispositif d'addictologie est dès lors structuré en trois pôles : médico-social, hospitalier et médecine de ville.

Les structures médico-sociales spécialisées sont le pivot du plan quinquennal. La souplesse de leur organisation, le caractère pluridisciplinaire de leurs équipes et les différents modes d'hébergement qu'elles proposent leur permettent d'assurer à la fois « *la nécessaire précocité des interventions et la durée (...) des soins et de l'accompagnement* »³⁸. Pour plus de clarté et d'efficacité dans le dispositif est prévue, conformément à la loi du 2 janvier 2002³⁹, la mise en place des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (C.S.A.P.A.) réunissant les C.C.A.A., C.S.S.T. et les communautés thérapeutiques. Les C.A.A.R.U.D. restent indépendants, alors que les consultations pour jeunes consommateurs devraient se fondre dans les C.S.A.P.A. Ces structures deviennent donc l'élément clé du dispositif médico-social en addictologie. Ce ne sont plus des structures centrées autour du produit mais autour de la « problématique addiction » de l'utilisateur. Cela permet de répondre de façon plus adaptée aux problématiques de poly-consommations et de transferts d'addiction d'une substance à l'autre.

En matière sanitaire, la mise en place des filières addictologiques hospitalières constitue un point fort de la nouvelle organisation du système sanitaire. Elles devraient permettre, d'une part, de couvrir l'intégralité des parcours des personnes ayant une conduite addictive et, d'autre part, d'atténuer les difficultés rencontrées par les établissements sanitaires en matière de repérage et de prise en charge. Le dispositif addictologique hospitalier est ainsi structuré en trois niveaux d'intervention selon la gravité des troubles :

- premier niveau, niveau de proximité : assurer une prise en charge de proximité avec les consultations d'addictologie, les Equipes de Liaison et de Soins en

³⁸ CHASSAT-PHILIPPE S., 8 juin 2007, « Addictologie : la restructuration de l'offre de soins sur les rails ». *TSA Hebdo*, n°1118, p.4-5.

³⁹ Op.cit. p.6.

Addictologie (E.L.S.A.), les services d'hospitalisation pour sevrages simples. Les centres de lutte contre le cancer et les maternités sont associés à cette offre de soins.

- Deuxième niveau, niveau de recours : rassembler les structures bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge individualisées et spécialisées : prise en charge aiguë, sevrage complexe, Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.) orientés en addictologie.
- Troisième niveau, niveau régional : assurer les mêmes prises en charge que le niveau II et représenter un lieu régional de ressources, de formations et de recherches puisqu'il relève des centres d'addictologie universitaires régionaux.

La médecine de ville doit quant à elle permettre l'articulation entre les autres dispositifs médicaux (tels que la psychiatrie, la cancérologie, la périnatalité) et sociaux. Si elle a été l'un des acteurs principaux de la mise en place des traitements de substitution, elle doit également être mobilisée sur les problématiques alcool et tabac.

Afin de promouvoir le décloisonnement, le nouveau dispositif en addictologie doit être intégré dans **l'organisation régionale des soins**. Un volet spécifique du S.R.O.S. doit donc y être consacré. L'importance de la planification dans la mise en œuvre du dispositif est largement soulignée puisqu'il est précisé que, dans un souci de cohérence, les schémas sanitaires et médico-sociaux devront être articulés.

Ce plan trouve sa concrétisation opérationnelle avec la circulaire du 16 mai 2007⁴⁰ relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

L'objectif de cette circulaire est de définir le dispositif de prise en charge et de soins pour les personnes ayant une conduite addictive conformément aux orientations du Plan 2007-2011. Ce dispositif sera dénommé, dans le cadre de cette circulaire, dispositif en addictologie. Ainsi, dans les différents territoires de santé, l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie doit se mettre en place conformément à cette circulaire.

Le récent **Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011**⁴¹ de la M.I.L.D.T. aurait pu faire craindre une juxtaposition avec le plan addiction et ainsi créer un manque de visibilité pour les acteurs de l'addictologie. De fait, il

⁴⁰ Op.cit. p.1.

⁴¹ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

a été convenu que le plan addiction 2007-2011, agrémenté de quelques propositions supplémentaires, représente le volet prise en charge du plan gouvernemental.

1.3 La planification, outil de déclinaison territoriale du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

Comme il a été vu précédemment, les plans nationaux insistent sur la nécessité d'une réelle planification territoriale pour l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. Au niveau régional, le S.R.O.S. est l'outil privilégié de cette planification (1.3.1), il se décline lui-même au niveau local à travers les projets médicaux de territoire (1.3.2).

1.3.1 Le S.R.O.S. : outil privilégié de la planification du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie au niveau régional

Le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération⁴² a été arrêté le 31 mars 2006 en Aquitaine. Il constitue le cadre de l'organisation hospitalière pour les cinq ans à compter de cette date. Il est le guide de l'ensemble des décisions de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) tant en termes d'autorisations ou de reconnaissances d'activités de soins que de recomposition.

C'est un document cadre, juridiquement opposable, qui constitue une référence pour les professionnels et les établissements, qui ont largement contribué à son élaboration.

L'arrêté du 27 avril 2004⁴³ définit 16 thèmes obligatoires devant figurer dans les S.R.O.S., parmi lesquels ne figurent pas les conduites addictives. Cependant la région Aquitaine les a intégrées dans son choix des thèmes optionnels.

Ainsi, le S.R.O.S. analyse, organise, coordonne et répartit l'offre de soins hospitaliers en Aquitaine en répondant dans la thématique « les conduites addictives » à six principes généraux : principe de précocité, principe de qualité des prises en charge, principe d'intersectorialité, principe de protection des populations vulnérables, principe de protection des inégalités territoriales et principe d'évaluation.

L'élaboration du S.R.O.S Aquitaine a permis de mettre en œuvre une démarche de territorialisation s'appuyant sur la concertation entre les acteurs. Un découpage territorial vise à délimiter les territoires les plus pertinents pour l'organisation de l'offre de soins au

⁴² Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

⁴³ Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires.

regard de la densité de la population et de l'observation des habitudes de vie. On distingue les territoires de proximité, intermédiaires dits de niveau 1, de recours dits de niveau 2 et de référence ou régional dit de niveau 3. La prise en charge des conduites addictives a été retenue dans l'offre de soins de niveau 1, soit une offre de soins regroupée sur un pôle hospitalier et accessible entre 30 et 45 minutes. Un dispositif en addictologie gradué sur ces 4 niveaux d'offre de soins doit permettre une articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et les secteurs médico-sociaux et sociaux. La délimitation des territoires se fonde sur une logique technique et une logique politico-administrative avec pour l'Aquitaine une prégnance des frontières départementales. **Ainsi le Lot-et-Garonne constitue un territoire de recours et se décline en 3 territoires intermédiaires : Agen, Villeneuve sur Lot et Marmande-Tonneins⁴⁴.**

1.3.2 Le P.M.T. : outil de traduction des orientations du S.R.O.S. au niveau local

La mise en œuvre du S.R.O.S. doit être déclinée, territoire par territoire, à travers les projets médicaux de territoires sur chaque territoire de recours. C'est un changement porté par le S.R.O.S. de 3^{ème} génération.

Le Projet Médical de Territoire⁴⁵ est défini par la circulaire ministérielle du 5 mars 2004 de la manière suivante : « *Le projet médical de territoire est un document d'orientation évolutif, non opposable juridiquement, élaboré par les conférences sanitaires. Il contribue, tout d'abord, à l'élaboration du S.R.O.S. et fait vivre, ensuite, ce dernier pour en traduire les orientations stratégiques sur un plan opérationnel* ».

Les P.M.T. doivent permettre, en s'appuyant sur des projets de collaboration concrets entre les établissements et les professionnels concernés, et à partir d'une analyse des priorités en terme d'organisation sanitaire, d'améliorer l'efficacité de l'offre de soins et de contribuer, de ce fait, à une meilleure réponse aux besoins de santé. Ils doivent permettre d'identifier les axes de complémentarité et de collaboration. Le P.M.T. constitue donc une démarche descendante permettant de décliner le S.R.O.S. de façon opérationnelle. La planification par le biais du P.M.T. permet ainsi de traduire localement les orientations nationales et régionales en ce qu'il permet de poser les bases d'un plan d'action local.

⁴⁴ Cf. Annexe IV.

⁴⁵ Références juridiques : ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, Circulaire DHOS/O n°2004-101 du 5 mars 2004, Circulaire DHOS/O4 n°2005-447 du 4 octobre 2005.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation a souhaité que chacun des territoires de santé de la région Aquitaine élabore, dans le cadre des conférences de territoires un projet médical de première génération, avant le 31 octobre 2006. Le délai accordé étant limité, les P.M.T. n'avaient pas vocation à l'exhaustivité. Ainsi, il n'était demandé aux conférences sanitaires en charge de leur mise en œuvre de ne traiter que quelques thématiques jugées prioritaires au niveau régional ou territorial. S'agissant du territoire de recours de Lot-et-Garonne, la thématique conduite addictive a été retenue.

Tout le propos de la partie qui suit sera d'étudier l'évolution engendrée par la mise en œuvre du volet « conduites addictives » de ce projet dans le département de Lot-et-Garonne afin d'en mesurer l'apport et de voir ainsi s'il contribue à la mise en place, au niveau local, des orientations nationales s'agissant de l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

2 Une première évolution du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie dans le département de Lot-et-Garonne sous l'impulsion du Projet Médical de Territoire

Pour bien mesurer l'apport du P.M.T. de Lot-et-Garonne sur l'évolution du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et donc en faire un premier bilan en étudiant sa mise en œuvre (2.3), il est nécessaire d'appréhender la genèse de son élaboration en resituant la problématique loco-régionale (2.1) et en rappelant l'état des lieux du dispositif avant la mise en œuvre du P.M.T. (2.2).

2.1 La problématique loco-régionale sous-tendant l'élaboration du P.M.T.

Afin de mesurer l'impact du P.M.T. sur le dispositif, il est nécessaire de rappeler le contexte de l'élaboration de cet outil (2.1.2). De même, quelques données épidémiologiques sont à connaître afin d'appréhender la réalité des conduites addictives dans la région et le département (2.1.1).

2.1.1 Les conduites addictives, une problématique centrale sur le territoire : quelques données épidémiologiques

Le département de Lot-et-Garonne est un département essentiellement rural pour lequel les difficultés d'accès aux soins sont d'autant plus importantes que la démographie médicale est alarmante (secteurs excentrés à faible densité médicale). De même, les données sociales et économiques sont peu favorables. En préambule, il faut souligner les limites de ce recueil de données car, s'il existe des données régionales, il est beaucoup plus difficile d'en trouver au niveau infra-régional. Il s'agit donc de présenter les consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites dans la population générale en Aquitaine et, dans la mesure du possible, en Lot-et-Garonne ainsi que les tendances récentes de consommations. Cependant, les entretiens réalisés permettent d'affirmer que les données régionales reflètent peu ou prou la situation en Lot-et-Garonne.

POPULATION 2006 LOT ET GARONNE⁴⁶

	Lot-et-Garonne	France
Population totale	317 816	62 637 596
Population des 40-64 ans	106 509	19 829 289
Population des 20-39 ans	70 008	16 875 629
Population des 15-44 ans	110 207	25 469 614

CONSOMMATION EN POPULATION GENERALE⁴⁷

Les consommations « déclarées » de substances psychoactives sont principalement renseignées par les études en population générale réalisées par l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (I.N.P.E.S.) (Baromètre Santé 2005) d'une part et au travers de l'enquête de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (O.F.D.T.) portant sur les jeunes de 17 ans (ESCAPAD 2005) d'autre part.

ALCOOL

Alors que l'usage quotidien d'alcool chez les 15-75 ans (15,7%) est sensiblement identique au niveau moyen relevé en France, les jeunes Aquitains s'avèrent nettement plus consommateurs d'alcool que les jeunes français du même âge pour l'ensemble des indicateurs : expérimentation, usages réguliers, ivresses répétées, Binge drinking⁴⁸. Les jeunes Aquitains déclarent s'enivrer de plus en plus. Depuis 2002-2003 le taux d'ivresses répétées est passé de 23% à 30%.

1 000 Aquitains meurent chaque année d'une pathologie directement liée à l'alcool (cancer des voies aéro-digestives supérieures, cancer du foie, cirrhose). Parmi eux, près de 500 meurent avant 65 ans (dont 19 pour le Lot-et-Garonne) faisant de l'alcool l'un des premiers déterminants de la mortalité prématurée et plaçant la région au 9^{ème} rang des régions françaises en 2006. Au cours de la période 2002-2004, les maladies liées à une consommation excessive d'alcool ont été responsables d'environ 90 décès par an en Lot-et-Garonne. Les ¾ de ces décès ont concerné des hommes.

⁴⁶ Source Insee/Projection 2005.

⁴⁷ Recueil réalisé en juin 2008 grâce à l'étude d'Anne-Cécile RAHIS, chargée de missions TREND-SINTES Aquitaine.

⁴⁸ Le binge drinking, anglicisme parfois traduit en hyper alcoolisation ou familièrement « biture express » est un mode particulier de consommation excessive d'alcool intensif et ponctuel qui consiste à absorber une grande quantité d'alcool en un court laps de temps en recherchant une ivresse rapide.

Au cours de cette période, l'alcool a été à l'origine d'un décès sur 10 parmi les personnes de 35 à 64 ans vivant dans le territoire de Lot-et-Garonne. Cette évaluation de l'impact de l'alcool sur la mortalité reste partielle car elle ne prend pas en compte les autres causes de mortalité en lien plus ou moins direct avec l'alcool : accidents de la voie publique (problème majeur en Lot-et-Garonne), accidents domestiques, autres cancers, maladies cardio-vasculaires.

TABAC

Malgré la proximité d'un possible approvisionnement transfrontalier, la prévalence tabagique en Aquitaine ne se distingue pas de la valeur moyenne française parmi les Français de 15-75 ans. Près d'un Aquitain sur trois est un fumeur quotidien de tabac. La diminution de la prévalence tabagique en France concerne également les plus jeunes Aquitains. En effet, en comparaison avec l'enquête ESCAPAD 2002/2003, le tabagisme quotidien dans la région a nettement diminué (39% vs 33%).

Cependant, 588 personnes meurent chaque année en Aquitaine prématurément (62 personnes en Lot-et-Garonne) par tumeur de la trachée, des bronches et des poumons. L'Aquitaine est ainsi la 5^{ème} région française la plus touchée. En Lot-et-Garonne, au cours de la période 2002-2004, les maladies ayant un lien important avec la consommation de tabac ont été responsables de plus de 500 décès par an. Plus de la moitié de ces décès ont concerné des hommes. La grande majorité (82,8%) des personnes décédées d'une maladie liée à la consommation de tabac est âgée d'au moins 65 ans. Toutefois, entre 35 et 64 ans, le poids de ces maladies dans la mortalité générale n'est pas négligeable puisqu'il représente un décès sur cinq.

DROGUES ILLICITES

Les observations du baromètre santé 2000 positionnaient déjà l'Aquitaine comme une région de surconsommation de cannabis. En 2005, l'expérimentation de cannabis des Aquitains âgés de 15 à 64 ans demeure significativement supérieure à la moyenne nationale. On constate un doublement des demandes de soins en C.S.S.T. pour le cannabis en 5 ans.

Pour les plus jeunes, les niveaux d'usage du cannabis se situent depuis 2000 dans la frange haute des niveaux de consommation nationaux. Il apparaît en 2005 que ceux-ci sont similaires à ceux observés sur le reste du territoire métropolitain. Parmi les jeunes interrogés, 54% des garçons et 43% des filles déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. L'usage régulier, qui est en baisse par rapport à l'enquête 2002-2003, concerne 11% des jeunes Aquitains, avec une nette prédominance masculine.

S'agissant des autres drogues, il faut préciser que les mesures effectuées ne concernent que les expérimentations. Pour les substances comme la cocaïne et l'ecstasy, la prévalence chez les 15-64 ans en Aquitaine est respectivement de 2,8% et 1,7%, ce qui se situe dans la moyenne nationale.

Chez les jeunes de 17 ans, à l'inverse de la plupart des autres produits, ce sont les jeunes adolescentes qui se révèlent les plus expérimentatrices de médicaments psychotropes, qu'ils soient consommés dans le cadre d'une prescription ou non.

Les niveaux d'expérimentation des autres produits illicites se révèlent très proches de ceux mesurés sur le reste de la métropole.

Evolution des tendances de consommation en Aquitaine.

Le dispositif Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues (T.R.E.N.D.) est un dispositif national qui consiste à attirer l'attention des personnes ou institutions concernées sur les phénomènes émergents, souvent très minoritaires, et de proposer une analyse des éléments de continuité et des éléments de rupture afin d'identifier au plus tôt les phénomènes susceptibles de devenir une tendance. En 2007, il est principalement à noter en fait marquant, un élargissement de l'utilisation d'héroïne et l'apparition de nouveaux usages. Une des tendances lourdes dans la région est l'accroissement de la disponibilité et de la diffusion de la cocaïne. Après une diffusion relativement large, la diffusion de l'ecstasy apparaît en diminution, les usagers manifestant une certaine désaffection pour cette substance. Enfin, plusieurs sources ont fait état pour le deuxième semestre 2007 d'un recours accru aux solvants et à l'alcool par les plus jeunes expérimentateurs (espace scolaire essentiellement).

La lecture de ces données explique que les conduites addictives aient été intégrées dans le S.R.O.S. et par extension dans le P.M.T. conformément aux recommandations de l'A.R.H. L'angle d'approche choisi pour traiter des conduites addictives dans le cadre de la planification a été de travailler sur l'amélioration des conditions de prise en charge en agissant sur l'organisation du dispositif.

2.1.2 Le contexte de l'élaboration du P.M.T. de Lot-et-Garonne

Le département se caractérise par l'existence d'une culture commune qui facilite la synergie des acteurs locaux pour la réflexion sur l'organisation du dispositif d'addictologie. Cette culture commune s'est développée à travers le Centre d'Information et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances (C.I.R.D.D) et a facilité la participation des acteurs locaux à l'élaboration du volet « conduites addictives » du P.M.T.

A) L'existence d'une culture commune : l'influence du C.I.R.D.D.

Le Centre d'Information et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances a vu le jour dans le département de Lot-et-Garonne en 2000 sous l'égide du Comité Départemental d'Education pour la Santé (C.O.D.E.S.). Il ne se résumait pas à la création d'un simple fond documentaire mais était conçu dans une perspective opérationnelle pour accompagner les demandeurs d'informations et assister techniquement au montage et à la conduite de projet. De plus, il constituait un pôle technique de coordination et d'animation de la politique départementale de prévention de la drogue et des dépendances. Ainsi la perspective du C.I.R.D.D., résolument opérationnelle, revêtait une dimension de santé publique. Le centre d'information a permis aux différents acteurs de l'addictologie de se rencontrer et de mener des travaux communs dans la mesure où chacune des structures partenaires a mis à disposition du centre un temps de travail de leurs personnels salariés. En 2004, la M.I.L.D.T. a décidé de la suppression du niveau départemental des C.I.R.D.D. ce qui a conduit à la disparition du C.I.R.D.D. de Lot-et-Garonne. En quatre ans, le C.O.D.E.S. 47 s'est révélé particulièrement efficace dans l'animation de la structure locale, aussi bien en termes de savoir-faire dans le domaine de la prévention-santé et de la méthodologie de projets que du point de vue de la légitimité des opérateurs de terrain. De même, l'accompagnement par du personnel formé et dédié à cette fonction a été l'occasion de nouer de réelles relations avec les acteurs locaux œuvrant dans le champ des conduites addictives. En effet, ces rencontres permettaient aux opérateurs locaux ou aux usagers de formuler les problématiques les touchant, ce qui a facilité l'identification de véritables besoins.

Le C.I.R.D.D. interrégional n'a, à l'heure actuelle, pas encore vu le jour. Cependant, s'agissant du département, l'expérience C.I.R.D.D. aura permis la rencontre des acteurs et la meilleure connaissance des compétences de chacun. De même, le fonctionnement du C.I.R.D.D. a contribué à la fédération de l'ensemble des acteurs œuvrant dans le champ de la prévention des conduites addictives, symbolisée par une charte de prévention. Les bases étaient posées pour une réflexion commune des acteurs sur l'organisation du dispositif d'addictologie dans le département.

B) Le rôle essentiel de la D.D.A.S.S. dans l'élaboration du P.M.T. : engager les acteurs dans une démarche consensuelle et encadrée⁴⁹

Dans un premier temps, il convient de rappeler que la conduite de projet du Projet Médical de Territoire en Lot-et-Garonne a fait intervenir plusieurs acteurs : la conférence sanitaire de territoire⁵⁰ composée d'une quarantaine de membres en était le maître d'ouvrage, le bureau de la Conférence Sanitaire de Territoire composé d'une dizaine de membres, le comité technique de pilotage du P.M.T. composé notamment de la directrice et des deux M.I.S.P de la D.D.A.S.S. de Lot-et-Garonne. Enfin, des groupes thématiques composés de deux animateurs, de 15 à 20 professionnels de santé (médicaux, paramédicaux ou administratifs) et de représentants d'usagers ont été constitués.

Le chef de projet du P.M.T. de Lot-et-Garonne a été choisi parmi les membres du comité technique de pilotage, avec l'aval de la Conférence Sanitaire de Territoire, en la personne de la directrice de la D.D.A.S.S. en poste à la date de réalisation du projet.

Il est à noter que s'agissant de l'élaboration des P.M.T., toutes les D.D.A.S.S. n'ont pas été parties prenantes. Cependant, les membres des Conférences Sanitaires de Territoire ne sont pas des professionnels de la planification. Ainsi, la D.D.A.S.S. de Lot-et-Garonne a pris la méthodologie du projet à sa charge, elle s'est donc beaucoup impliquée dans la procédure. Certains acteurs interrogés font le constat que selon les départements, les P.M.T. sont plus ou moins aboutis selon qu'un partenaire extérieur à la Conférence Sanitaire de Territoire (la D.D.A.S.S. pour le 47) ait été présent ou pas dans la conduite de projet. De plus, l'ancienne directrice et la M.I.S.P. avaient suivi une formation « de formateur » en matière de planification (S.R.O.S. 3, P.M.T., C.P.O.M.). Il leur a dès lors été d'autant plus facile de s'impliquer qu'elles possédaient l'information sur la méthodologie.

Le choix des professionnels dans le groupe de travail « conduites addictives » pour la réalisation d'un diagnostic partagé a été effectué suivant des critères de :

- complémentarité des acteurs (profession, discipline, champ d'intervention, établissement, organisation) au sein de la filière,
- de gradation des soins,
- de répartition sur le territoire afin de respecter l'équilibre entre les territoires intermédiaires,

⁴⁹ Cf. Annexe III : principales étapes de l'élaboration du P.M.T.

⁵⁰ Les conférences sanitaires de territoire ont vocation à représenter, au niveau du territoire de santé, l'ensemble des acteurs de santé en s'ouvrant aux centres de santé, aux professionnels libéraux, aux établissements médico-sociaux, ainsi qu'aux élus, notamment les maires et les usagers.

- de compétences administratives ou médicales et d'expertise sur le thème et les prises en charge qu'ils recouvrent.

Il est à noter qu'un représentant de la D.D.A.S.S., médecin ou administratif, était présent dans chaque groupe.

Les Projets Médicaux de Territoire ont vocation à traiter de manière décloisonnée (champ hospitalier, ambulatoire, médico-social et social) l'ensemble des thématiques du schéma régional. Le volet « conduites addictives » du P.M.T. de Lot-et-Garonne a été pensé dans cette optique. C'est en effet à partir du P.M.T. que sont examinés les projets en lien avec les acteurs extrahospitaliers : soins primaires, libéraux spécialisés, médico-social, social et associatif. Ceci a particulièrement été observé par les participants au groupe de travail de la thématique « conduites addictives ». En effet, les orientations nationales quant à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie vont vers une prise en charge décloisonnée. Cela implique une coordination entre tous les acteurs : du champ hospitalier au secteur médico-social spécialisé en passant par la médecine de ville. Ainsi, le fait de réunir tous ces acteurs dans un même groupe de travail leur a permis de travailler ensemble sur des actions les impliquant tous puisque pour construire un projet commun, il est indispensable que les acteurs partagent leurs projets particuliers. De plus, le P.M.T. est par nature évolutif ce qui lui permet d'être rediscuté si besoin entre les acteurs du territoire. Il est dénué de tout caractère contraignant et a pour seul objectif de dégager des orientations générales pertinentes, ce qui participe à ce qu'il ne soit pas vécu comme imposé.

L'existence d'une culture commune, l'implication de la D.D.A.S.S. pour l'intégration des acteurs locaux à la réflexion sur la réorganisation du dispositif et la nature même du P.M.T. ont facilité le dialogue entre les différents champs concernés par la prise en charge et le soin en addictologie.

2.2 Etat des lieux du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie dans le département de Lot-et-Garonne avant la mise en œuvre du P.M.T.

La réflexion sur le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie dans le département de Lot-et-Garonne ne pouvait avoir lieu sans un inventaire précis des structures de prise en charge des addictions et de leurs modalités de fonctionnement (2.1.1). L'analyse de cet état des lieux a permis de faire émerger les forces et faiblesses du territoire en la matière (2.1.2). Ainsi, le P.M.T. a fait ressortir des objectifs pour améliorer le dispositif ainsi que des actions pour réaliser ces objectifs (2.1.3).

2.2.1 Présentation de l'offre générale de prise en charge : les structures spécialisées dans la prise en charge des addictions

Il convient de présenter l'offre générale de prise en charge telle qu'elle existait avant le début de la mise en œuvre du P.M.T. sur le territoire de recours de Lot-et-Garonne. Dans un souci de clarté, seront présentées en premier lieu les structures sanitaires (A), en second lieu les structures médico-sociales (B).

A) Prise en charge par des structures sanitaires

L'Etablissement Public de Santé Mentale (E.P.S.M.) :

Situé à proximité d'Agen, il a vocation à couvrir l'ensemble du territoire de recours de Lot-et-Garonne.

Dès les années 1990, l'alcool-dépendance représentait plus de 10% des hospitalisations à l'E.P.S.M. de la Candélie. Le tabac, quant à lui, est un problème reconnu depuis longtemps comme majeur en psychiatrie, et notamment chez les patients alcooliques (le tabac est associé à l'alcool dans 90% des cas). Une unité intersectorielle en alcoologie, l'ATRIUM, a été créée en 1997. C'est en 2001 qu'a été créé un département d'addictologie. Il est constitué de trois unités :

- une unité de soins spécifiques addictologique se substituant à l'ATRIUM,
- une unité d'addictologie de liaison et de soins,
- une unité de consultations. La consultation est ouverte à tous les produits et même aux addictions sans produit, plus rares, telles que le jeu pathologique.

L'E.P.S.M. intervient également au sein de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.) de la maison d'arrêt d'Agen et au centre de détention d'Eysses.

Il a développé une activité de réseau. Ainsi, depuis sa création, le service d'addictologie cherche à créer un lien entre les différents partenaires médicaux et associatifs. Le praticien addictologue réalise deux demi-journées d'activité d'intérêt général au C.S.S.T. ainsi qu'une journée toutes les deux semaines au Centre d'Information et de Soins sur les Drogues de Villeneuve (C.I.S.D.). Le lien avec le C.C.A.A. est assuré par l'invitation systématique de l'équipe du C.C.A.A. à la réunion de synthèse hebdomadaire pour les patients initialement en soins dans leur structure. Des liens privilégiés en intra-hospitalier sont créés, notamment avec le département de psychiatrie sociale et le service diététique. En 2005, la file active⁵¹ était de 202 patients dont 86 hospitalisés.

⁵¹ Ensemble des patients vus au moins une fois pendant la période de référence (généralement l'année) par un ou plusieurs membres des équipes soignantes, quel que soit le nombre et la durée des prises en charge.

Centre hospitalier Saint Esprit d'Agen

Situé à Agen, il couvre le territoire intermédiaire Agen/Nérac.

Le Centre Hospitalier (C.H.) dispense une activité d'alcoologie (sevrages simples) en service de médecine ainsi que des consultations d'alcoologie. Il dispose également d'une Unité de Coordination en Tabacologie (U.C.T.) au sein du département d'hospitalisation de courte durée qui a vocation à prendre en charge l'ensemble du territoire de recours. De même, il gère l'U.C.S.A. de la maison d'arrêt. Sa file active en alcoologie était en 2005 de 201 patients dont 158 hospitalisés et 43 vus en consultation.

Centre hospitalier Saint-Cyr de Villeneuve sur Lot

Situé sur le territoire intermédiaire de Villeneuve sur Lot, il possède un C.I.S.D. : aide au sevrage tabagique, alcoologie, consultations et accompagnements de toxicomanes (substitution). De plus, il propose des sevrages simples en service de médecine. En 2005, le C.I.S.D. a réalisé 1805 actes médicaux et 1206 actes infirmiers.

Centre Hospitalier InterCommunal (C.H.I.C.) de Marmande-Tonneins

Il couvre le territoire intermédiaire de Marmande et travaille conjointement avec un secteur de psychiatrie pour l'hôpital de jour de Marmande. Le C.H.I.C. dispose d'une Unité Médico-Psychologique Légère (U.M.P.L.) gérée en lien avec l'E.P.S.M. Il assure une prise en charge de toxicomanes pour les sevrages simples en service de médecine ainsi qu'une consultation d'addictologie (alcool, produits illicites avec prescriptions de traitements de substitution aux opiacés méthadone/subutex).

Soignants formés à la démarche Repérage Précoce et Intervention Brève (R.P.I.B.)

73 médecins généralistes, 15 médecins du travail, 1 médecin de santé scolaire, 4 médecins de prévention, 1 pharmacien et 4 Infirmières Diplômées d'Etat (I.D.E.) ont été formés en 2005 à la technique du R.P.I.B. Porté par l'O.M.S., le R.P.I.B. est une intervention qui prévient le passage de l'usage à risque à l'usage nocif et à la dépendance. En effet, le R.P.I.B. doit permettre de repérer les difficultés de la personne, d'évaluer son niveau de consommation du produit et des substances associées ainsi que sa motivation au changement. Il sert également à rechercher les comorbidités et à orienter le patient en prenant en considération l'ensemble de ces éléments.

A noter qu'il existe un **réseau de médecins généralistes et pharmaciens** (réseau toxicomanie 47) œuvrant essentiellement dans le cadre des thérapeutiques de substitution des usagers de drogue.

B) Prise en charge par des structures médico-sociales spécialisées

Le dispositif pour la prise en charge des toxicomanies est actuellement organisé autour des Services d'Addictologie et de Soins des Toxicomanes (S.A.S.T.) composés de quatre établissements médico-sociaux :

Un Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (C.S.S.T.)

Le C.S.S.T. situé à Agen a pour mission principale l'accueil de la personne dépendante et de son entourage. Il intervient dans la prise en charge ambulatoire des patients essentiellement consommateurs de drogues illicites ou poly-consommateurs. Dans ce cadre, il assure l'information et l'orientation de la personne dépendante. Il a également pour mission d'assurer le sevrage, la prescription et le suivi de traitements de substitution. Enfin, il assure le diagnostic et les prestations de soins dans le cadre d'une prise en charge médico-psycho-sociale. En 2007, 184 personnes ont été suivies en ambulatoire au C.S.S.T.

Une « Consultation Jeunes Consommateurs » destinée aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et à leurs familles.

Celle-ci fonctionne sur une formule de prise en charge brève de 4 à 5 entretiens et comporte un accueil des parents, des adolescents et/ou de la famille. Sa mission principale est l'écoute, l'information et l'auto-évaluation sur l'usage du cannabis et autres addictions, avec ou sans produit. Il s'agit également d'établir un bilan de la consommation et une évaluation de la dépendance. Située à Agen, elle dispose d'une antenne à Fumel (territoire intermédiaire de Villeneuve sur Lot) et sa file active en 2007 était de 57 personnes.

Un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (C.A.A.R.U.D.)

Il a pour mission la prévention et la diminution des risques liés à la consommation de drogues ainsi que la prévention de la transmission du V.I.H. et du Virus de l'Hépatite C (V.H.C.) Pour ce faire, un programme d'échange de seringues a notamment été mis en place avec un réseau de pharmacies partenaires. 310 personnes ont pu bénéficier de ces prestations en 2007.

Des Appartements de Coordination thérapeutique (A.C.T.)

Ces appartements permettent l'accueil des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical. Ils permettent, en proposant un hébergement sans interruption mais à titre temporaire, d'assurer le suivi et la coordination des soins, de garantir l'observance des traitements et d'assurer un

accompagnement psychologique et une aide à la réinsertion. Ils sont au nombre de 5. Au cours de l'année 2007, 8 personnes ont été prises en charge sur Agen.

Il convient de remarquer que ces établissements sont étroitement liés aux compétences et missions du C.S.S.T., pièce pivot du dispositif. Ils sont situés, en outre, dans les mêmes locaux, exception faite de la Consultation Jeunes Consommateurs, ce qui permet une mutualisation des moyens matériels et humains, avec cependant un budget propre. Les S.A.S.T. assurent le suivi ambulatoire essentiellement pour les personnes consommant des produits illicites (héroïne, cannabis, ecstasy, etc.). Le C.S.S.T. intervient également à l'U.C.S.A. de la maison d'arrêt et au centre de détention d'Eysses.

Pour la prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes, il existe un **Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (C.C.A.A.)**, géré par l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (A.N.P.A.A.), qui a pour mission la prévention globale du risque alcool. Le centre assure le suivi ambulatoire essentiellement pour personnes en difficulté avec l'alcool à Agen avec une antenne à Villeneuve et des consultations avancées⁵² à Nérac (territoire intermédiaire d'Agen) et Fumel (territoire intermédiaire de Villeneuve sur Lot). Il intervient également à la maison d'arrêt d'Agen. Sa file active en 2005 se composait de 480 personnes et de 551 personnes en 2007.

2.2.2 L'analyse du dispositif de prise en charge : les forces et faiblesses du territoire

L'étude du dispositif de prise en charge a permis de procéder à l'analyse qualitative du dispositif. Les forces et faiblesses du territoire de santé de Lot-et-Garonne ont ainsi émergées.

LES FORCES DU TERRITOIRE : UNE OFFRE DIVERSIFIEE

On constate une forte mobilisation des acteurs de prévention dans le champ des conduites addictives, essentiellement due à l'existence d'une culture commune issue de l'expérience du C.I.R.D.D. De plus, des actions de formation sur le R.P.I.B. ont été mises en œuvre à l'attention des médecins libéraux, des structures de périnatalité, d'urgence, de médecine scolaire et de médecine du travail.

S'agissant du domaine hospitalier, il existe sur le département une activité hospitalière dans le domaine des addictions avec un département d'addictologie identifié comme tel et

⁵² La différence entre une antenne et une consultation avancée tient à la présence de personnel médical dans le premier cas alors que la consultation peut être faite par du personnel soignant dans le second.

des possibilités de prise en charge en alcoologie, toxicomanie et tabacologie sur le territoire.

Pour le médico-social, on constate la présence de structures de soins spécialisées extrahospitalières (C.C.A.A., C.S.S.T.) sur le territoire et au sein des U.C.S.A. La création d'un C.A.A.R.U.D., mettant en œuvre notamment des programmes d'échange de seringues, est intervenue en décembre 2006. Elle constitue un maillon essentiel pour la réduction des risques dans le département.

Enfin, les cinq A.C.T. et la Consultation « Jeunes Consommateurs », viennent compléter le dispositif de prise en charge médico-social spécialisé.

LES FAIBLESSES DU TERRITOIRE : UNE OFFRE MALGRE TOUT INCOMPLETE ET INEGALEMENT REPARTIE

Malgré les actions de formation en la matière, encore peu de médecins généralistes sont impliqués dans le dispositif R.P.I.B. et dans l'aide au sevrage tabagique.

De plus, l'offre de prise en charge est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. Ainsi, on constate notamment qu'il n'y a pas d'offre d'aide au sevrage tabagique sur le territoire intermédiaire de Marmande-Tonneins et que les structures médico-sociales spécialisées n'assurent pas la couverture complète du territoire. De même, toutes les modalités de prise en charge ne sont pas disponibles. En particulier, on ne trouvait pas, avant la mise en œuvre du P.M.T., de lit d'hospitalisation complète en addictologie.

En pratique, on peut se rendre compte de l'insuffisance d'organisation et de formalisation des activités relatives aux conduites addictives dans les établissements de santé. Ainsi, il n'existe pas d'E.L.S.A. et peu de services réellement identifiés comme tels. On constate notamment, malgré une activité existante, peu de visibilité sur l'activité addictologique du C.H.I.C. de Marmande/Tonneins.

Dans le même sens, les complémentarités entre établissements de santé et autres acteurs spécialisés sont insuffisamment formalisées.

2.2.3 Le P.M.T. ou la définition d'objectifs et d'actions pour les atteindre

L'analyse des forces et faiblesses du territoire a fait ressortir plusieurs objectifs sous-tendant plusieurs actions à réaliser. Trois objectifs principaux, en cohérence avec le S.R.O.S., ont ainsi émergé du groupe de travail addictologie.

Le premier objectif était de disposer sur le territoire de recours d'un ensemble d'acteurs et de structures adaptées à la prise en charge et au suivi des personnes ayant des conduites addictives. Afin d'atteindre cet objectif, deux actions ont été proposées. Il s'agissait d'une part de renforcer les appartements de coordination thérapeutique et d'autre part de renforcer les structures médico-sociales spécialisées

(C.S.S.T., C.C.A.A., Consultation Jeunes Consommateurs et C.A.A.R.U.D.) pour une présence sur l'ensemble du territoire.

Le deuxième objectif consistait à disposer sur le territoire de recours de la possibilité d'hospitalisation complète de patients ayant des conduites addictives.

Pour ce faire, le P.M.T. prévoit la création d'un service d'hospitalisation complète spécialisé en addictologie en coordination avec la psychiatrie, les services d'hospitalisation non spécialisés, les acteurs de santé libéraux, les structures médico-sociales et sociales. En effet, l'activité du service d'addictologie de l'E.P.S.M. ne cesse de croître, surtout concernant le nombre de consultations réalisées. Or le soin spécifique pour l'alcool reste stable alors qu'il devrait augmenter au regard des consultations effectuées. Cet état semble être lié à la réticence des patients vus en consultation à être hospitalisés en milieu psychiatrique pour y bénéficier de soins, notamment du fait de l'étiquette « troubles psychiatriques » qui peut y être attachée. C'est pour cette raison que le P.M.T. a préconisé la création d'une unité d'hospitalisation individualisée pour répondre à la demande départementale. La création d'une unité d'hospitalisation à temps complet en addictologie incluant le soin spécifique alcool permettrait aux patients de Lot-et-Garonne de trouver dans leur département une structure de soins spécifique et non psychiatrique. Actuellement, les patients relevant d'une telle structure sont orientés vers d'autres départements. Il en est de même pour le patient toxicomane en démarche de soins qui nécessite cependant parfois un cadre plus contenant, où l'hospitalisation peut trouver sa place, en toute collaboration avec le patient et non en hospitalisation à la demande d'un tiers.

Enfin, le troisième objectif était de renforcer les capacités de repérage et d'orientation au niveau hospitalier avec une coordination au niveau du territoire de recours. Cet objectif ne pouvait être atteint que par la mise en place des E.L.S.A. Lorsque le nombre de passages annuels aux urgences est supérieur ou égal à 20 000, les établissements de santé doivent obligatoirement mettre en place une E.L.S.A. conformément aux préconisations de la circulaire D.H.O.S.-D.G.S. du 8 septembre 2000⁵³. Son personnel doit être pluridisciplinaire et avoir reçu une formation spécifique. Les E.L.S.A. doivent travailler en lien avec les structures médico-sociales ou leurs antennes territorialisées. Elles ont pour mission de repérer les patients en difficulté pendant leur hospitalisation, d'apporter une première réponse et d'orienter dans le parcours de soins. De plus, les E.L.S.A. ont pour mission de former et d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de soins et de prise en charge,

⁵³ L'E.L.S.A. doit être composée au minimum d'un temps de praticien et de deux à trois équivalents temps plein de personnel non médical (infirmier, psychologue, travailleur social, etc.) et d'un temps de secrétariat médical.

d'intervenir auprès des personnes hospitalisées et aux urgences. Enfin, elles doivent développer des liens avec le secteur médico-social spécialisé. Le travail de liaison permet d'envisager des réponses centrées sur les personnes et les comportements et non plus uniquement sur les produits et ainsi de mieux répondre aux besoins des patients.

De fait, le P.M.T. prévoit la création d'une E.L.S.A. sur chaque territoire intermédiaire (Agen, Villeneuve, Marmande) avec une coordination départementale par l'E.L.S.A. agenaise ainsi que la création d'une E.L.S.A. inter-hospitalière E.P.S.M.-C.H. d'Agen.

2.3 La mise en œuvre du P.M.T.: un renforcement et une structuration de l'offre mais un dispositif perfectible

L'apport du P.M.T. sur l'organisation du dispositif ne pouvait se mesurer que par la réalisation d'un premier point sur la mise en œuvre des actions définies par le P.M.T. Cette première étape a été réalisée à partir de documents administratifs, de l'organisation à la D.D.A.S.S. de réunions avec les membres du groupe de travail P.M.T. mais également à partir de rencontres individuelles avec les responsables de structures et/ou chefs de service. Deux enseignements principaux sont ressortis de cette étude : le P.M.T. a eu un impact réel sur la structuration de la filière addictologie pour le niveau hospitalier (2.3.1) et sur le renforcement des appartements de coordination thérapeutique pour le médico-social (2.3.2). Cependant sa mise en œuvre reste parcellaire (2.3.3).

2.3.1 Niveau hospitalier : la structuration de la filière addictologie

Au niveau de la prise en charge hospitalière, le principal apport du P.M.T. réside dans la structuration de la filière addictologie suite à la mise en œuvre des actions définies par le projet. Il s'agit de la création d'un service d'hospitalisation complète spécialisé en addictologie (A), de la création d'une Consultation d'Aide au Sevrage Tabagique sur le territoire intermédiaire de Marmande (B) et de la création de deux E.L.S.A. (C).

A) Création d'un service d'hospitalisation complète spécialisé en addictologie

Le P.M.T. prévoit donc la création d'un service d'hospitalisation complète spécialisé en addictologie. Cette volonté converge avec les préconisations du S.R.O.S.

La volonté de mettre en place des lits de sevrage complexe (soins résidentiels complexes) a conduit à repenser le projet initial qui prévoyait uniquement des lits de S.S.R. En effet, les lits de sevrage complexe font l'objet d'une tarification particulière et sont considérés comme des lits de médecine (court séjour addictologique). De plus, ils nécessitent un personnel et des installations particulières (cahier des charges régional 2007). Ainsi, une modification du S.R.O.S. ainsi qu'un passage en Comité Régional de l'Organisation Sanitaire (C.R.O.S.) sont intervenus en janvier 2008 pour l'obtention

d'Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (O.Q.O.S.) supplémentaires pour l'activité médecine.

Le projet est donc désormais la création d'une unité d'addictologie de recours pouvant mettre en œuvre des sevrages et soins résidentiels complexes. Cette unité est qualifiée par un médecin de « *service de référence* » qui permettra « *une coupure pour le patient* ». Le but est d'aboutir en 2010-2012 à une capacité d'hospitalisation complète de 25 à 30 lits : 10 lits de médecine (6 lits de sevrages complexes et 4 lits de sevrages simples) et 15 lits de S.S.R. (5 en 2008), à ajuster selon les besoins et les possibilités d'hospitalisation de jour. Cette unité aura pour mission :

- d'accueillir le patient, d'évaluer sa conduite addictive, les complications somatiques, les troubles psychiatriques cognitifs et problèmes sociaux,
- d'assurer le sevrage dans des conditions de sécurité adéquate,
- d'établir un projet de soin global et personnalisé intégrant la prise en charge addictive, somatique, psychiatrique et sociale,
- de garantir le lien avec le professionnel assurant la continuité de la prise en charge à la sortie,
- d'organiser la sortie en lieu de vie, en articulation avec les autres partenaires du dispositif médico-social et social ou l'orientation vers une autre structure d'hébergement.

Plus précisément, **l'accueil en sevrage simple** se fera par admission directe après accord de l'un des médecins du service. L'idée est de répondre à un état de « crise », le patient étant adressé par le médecin traitant, le dispositif médico-social spécialisé, la consultation d'addictologie ou encore par un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.). Il n'y aura donc pas d'accueil la nuit et le week-end. Concernant les admissions par les urgences du C.H. d'Agen, elles ne se feront qu'après l'avis de l'E.L.S.A. Quant aux admissions en provenance des services de l'E.P.S.M. et du C.H. d'Agen, elles ne justifient pas a priori de sevrage simple mais plutôt un sevrage complexe. Les patients admis en sevrage simple bénéficient d'un sevrage accompagné dans des conditions de sécurité, d'un bilan médical, d'un bilan psychiatrique et psychologique ainsi que d'un bilan social. A l'issue d'une semaine, une réunion de synthèse clinique multidisciplinaire permettra de proposer au patient le soin le plus adapté à sa situation et à son désir.

L'accueil en sevrage complexe pourra intervenir de deux manières. D'une part, après que l'accueil en sevrage de « crise », le bilan médico-psycho-social et les motivations du patient aient montré la nécessité de soins résidentiels complexes du fait du degré de dépendance et des éventuelles complications associées. D'autre part, par admission directe programmée après accord d'un des médecins du service ou sur proposition de l'E.L.S.A. Le sevrage en soins résidentiels complexes offre, une fois le patient sevré, un

travail psychothérapeutique dans le cadre d'un contrat de soin engageant le service et le patient pour trois semaines à raison de deux ateliers de soins spécifiques addictologiques par jour.

L'accueil en Soins de Suite et de Réadaptation se fera également par admission programmée, après soins résidentiels complexes rapprochés et toujours après sevrage du patient. Les patients en soins de suite et de réadaptation bénéficient toujours d'un travail psychothérapeutique à raison d'un soin spécifique addictologique par jour mais surtout d'un travail de réadaptation avec l'intervention possible d'un ergothérapeute et de l'assistante sociale.

Quant à **l'accueil en Hôpital de jour**, il se fera après sevrage simple, soins résidentiels complexes ou pendant le soins de suite et de réadaptation, dans le but de réaliser une transition souple et accompagnée entre l'hospitalisation et la sortie complète.

Les modalités de prise en charge à la sortie pourront faire intervenir les divers acteurs du champ de l'addictologie. En effet, si la sortie intervient au domicile, un rendez-vous sera systématiquement pris à la convenance du patient et selon son suivi antérieur à l'hospitalisation avec le médecin addictologue du service, le médecin addictologue du C.C.A.A. ou le médecin addictologue du C.S.S.T. De plus, un formulaire de sortie succinct mentionnant le séjour, les consultations futures programmées et le traitement de sortie sera établi dans le but d'établir une relation directe et rapide avec le médecin traitant. Une lettre de sortie pourra être adressée au médecin traitant après accord du patient. La proposition d'une participation au groupe de parole interviendra également.

Enfin, des liens seront créés avec les appartements de coordination thérapeutique dépendants du C.S.S.T.

B) Consultation d'Aide au Sevrage Tabagique (C.A.S.T.)

Dans le cadre du P.M.T., il a été demandé au C.H.I.C. de Marmande-Tonneins de structurer l'offre proposée afin d'en accroître la visibilité. En effet, les consultations spécialisées n'apparaissaient pas clairement en tant que telles. Récemment, et dans le cadre de la mise en œuvre du P.M.T., une Consultation d'Aide au Sevrage Tabagique identifiée a vu le jour. Cette création était une nécessité, notamment du fait de la parution du décret du 15 novembre 2006⁵⁴ qui, quinze ans après le vote de la loi Evin⁵⁵, institue l'interdiction totale de fumer dans les lieux collectifs. Ainsi, il a été constaté une forte hausse des demandes de prise en charge qui nécessitait la création d'une telle consultation identifiée sur le territoire intermédiaire de Marmande.

⁵⁴ Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

⁵⁵ Op.cit. p.9.

C) Création des E.L.S.A

Le département de Lot-et-Garonne est un territoire de santé de recours, divisé en trois territoires intermédiaires (Agen, Villeneuve et Marmande).

S'agissant de la création d'une E.L.S.A. sur le territoire intermédiaire de Villeneuve, le projet a été déposé à la D.D.A.S.S. et à l'A.R.H. Elle a commencé à fonctionner au cours du second semestre 2008.

Le C.I.S.D. de Villeneuve a fortement développé ses activités depuis sa création en 2002. Il est passé de 1090 consultations à 1565 en 2005. En 2006, a été notée une baisse de l'activité liée à une diminution du nombre de vacations ayant pour conséquence l'augmentation du délai des rendez-vous à 2 mois en moyenne pour l'alcool et un mois pour le tabac. Ces délais sont difficilement acceptables pour des patients nécessitant parfois une prise en charge rapide. L'activité a été de nouveau en hausse pour l'année 2007. Il ressort des entretiens menés auprès des praticiens que de nombreux patients seraient susceptibles d'être repérés pour l'alcool et pour le tabac. L'offre de soins apparaît de fait insuffisante face au niveau de consommation de substances psychoactives. Par ailleurs, ils relèvent des difficultés concernant le repérage et la prise en charge de ces conduites addictives, notamment par les services d'urgence et par les services d'hospitalisation non orientés en addictologie. La mise en place d'une E.L.S.A. devenait donc nécessaire pour assurer une prise en charge de qualité.

Ainsi, l'E.L.S.A. permettra, conformément aux circulaires du 8 septembre 2000 et du 16 mai 2007⁵⁶, et plus récemment à la circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie⁵⁷, de dépister les conduites addictives au sein de l'établissement, de proposer un bilan et une prise en charge adaptée, de proposer un sevrage ou un traitement de substitution et de mettre en place un suivi médico-psycho-social. Ses missions s'exerceront non seulement auprès des patients hospitalisés mais également auprès du personnel. En effet, l'E.L.S.A. apportera un soutien technique aux soignants souvent en difficulté avec les patients consommateurs en rechute ou refusant de se faire aider. De plus, l'E.L.S.A. interviendra auprès du service des urgences par des visites quotidiennes pour voir les patients sur place et présenter les différentes possibilités de prise en charge à l'hôpital et le suivi ambulatoire au C.I.S.D. L'existence de l'E.L.S.A. va ainsi supprimer les visites au lit des patients par l'équipe du C.I.S.D., ce qui permettra de développer les consultations externes, diminuant ainsi le délai d'attente du premier rendez-vous pour les patients de l'extérieur. Ceci augmentera *de facto* la possibilité de suivre les patients sortis de l'hôpital ayant opté pour un suivi au C.I.S.D.

⁵⁶ Op.cit. p.9.

⁵⁷ Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

En résumé, l'E.L.S.A. vient compléter la prise en charge déjà existante des addictions à l'hôpital Saint-Cyr. Elle devrait apporter des réponses aux services des urgences, aider le personnel hospitalier à mieux repérer les patients souffrant de troubles addictifs et permettre à ceux-ci d'être orientés vers une aide spécifique et adaptée. De plus, l'E.L.S.A. permettra le renforcement de la coordination avec les partenaires hospitaliers, mais également extra hospitaliers puisque des partenariats sont prévus avec le C.C.A.A. et le S.A.S.T. Le médecin de l'E.L.S.A. aura ainsi un temps partagé avec le service d'addictologie d'Agen afin de faciliter les liaisons et de créer un véritable partenariat dans la prise en charge. Des relations seront établies avec l'E.P.S.M. et le centre de jour médico-psychologique de Villeneuve.

Création d'une ELSA inter-hospitalière E.P.S.M.-C.H. d'Agen.

Cette création apparaît comme un objectif opérationnel du C.P.O.M. du C.H. d'Agen. L'E.L.S.A. est financée et fonctionne depuis le 1^{er} mai 2008. Il ressort des entretiens que l'E.L.S.A., à peine quatre mois après sa mise en place, donne déjà des résultats probants. En effet, les hospitalisations de patients souffrant de troubles addictifs dans le service d'addictologie de l'E.P.S.M. n'intervenaient que lorsque ces mêmes patients souffraient de comorbidités psychiatriques. Or depuis la mise en place de l'E.L.S.A., de nombreux patients hospitalisés y sont adressés par le C.H. d'Agen, ce qui démontre l'effet provoqué par l'E.L.S.A.

Selon le médecin responsable du service d'addictologie, ceci est de bon augure quant à l'ouverture des lits de l'unité d'hospitalisation complète en addictologie dans la mesure où cela traduit : « *l'amorce d'un changement de mentalité pour la prise en charge hospitalière des conduites addictives* ». En effet, l'existence d'un lieu d'hospitalisation spécifique et dissocié de l'E.P.S.M. va encourager les médecins et les E.L.S.A. à orienter les patients vers ce mode de prise en charge. De plus, les patients n'auront plus à souffrir de l'image négative que véhicule une hospitalisation dans un E.P.S.M.

2.3.2 Niveau médico-social : le renforcement des A.C.T.

Ce renforcement est en cours avec un projet d'extension de 5 à 10 places d'A.C.T. qui a reçu l'avis favorable du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (C.R.O.S.M.S.) le 5 décembre 2008. Cependant les mesures nouvelles au titre de l'année 2008 n'ont pas encore été notifiées ce qui reporte l'extension effective de la capacité d'accueil jusqu'à cette notification.

Ce prochain renforcement s'inscrit dans la logique de la réorganisation territoriale. En effet, le dispositif d'A.C.T. fait partie d'un dispositif de coordination très large, en particulier avec le service addictologie de l'E.P.S.M. qui lui adresse des patients. La création dans le cadre du département d'addictologie à l'E.P.S.M. de places d'hospitalisations courtes

pour des sevrages simples et soins résidentiels complexes, la création du S.S.R. d'addictologie pour une durée de prise en charge de 3 mois ainsi que la mise en place de l'équipe de liaison vont amener des demandes importantes de prise en charge à l'issue de ces hospitalisations afin de permettre une consolidation des soins. Des conventions de partenariat sont d'ores et déjà établies. De plus, l'établissement reçoit depuis le début de l'année 2007 un nombre de demandes de prise en charge croissant.

En Aquitaine, l'A.C.T. d'Agen est le seul établissement « adossé à un C.S.S.T. » pouvant prendre en charge des personnes relevant du dispositif A.C.T. et présentant une addiction « non réglée ». Cette spécificité de prise en charge de conduites addictives reconnue l'amène à recevoir de nombreuses demandes non prises en compte dans les autres A.C.T. de la région. Ainsi, sur les 15 derniers mois, 49 demandes d'accueil et d'hébergement en A.C.T. ont été recensées. Sur l'ensemble de ces demandes, 11 personnes ont été prises en charge, 6 ont reçu un avis défavorable pour cause de dépendance sévère ou de manque total d'autonomie et 32 personnes ont été mises sur liste d'attente faute de places disponibles. A noter que 14 demandes étaient issues du Lot-et-Garonne, 9 de la région et les autres de l'ensemble du territoire français. Au plan des addictions, 33 personnes étaient dépendantes majeures aux opiacés avec traitement de substitution et 6 présentaient des problématiques essentiellement alcooliques. Sur l'ensemble des demandes, 26 personnes étaient porteuses d'un virus V.H.C. ou V.I.H.

Dans un souci de continuité des soins mais également de prise en charge globale, les A.C.T. ont un rôle majeur à jouer. Ils sont en effet à la jonction du sanitaire, du médico-social et du social. L'accompagnement social s'entend comme un accompagnement administratif pour aider à la régularisation ou à l'ouverture de droits, mais également un accompagnement personnel pour pallier le cas échéant les carences éducatives qui invalident les usagers au quotidien. Une équipe médico-psychologique intervient également dans l'accompagnement. Elle est composée d'un médecin qui coordonne les soins, d'une infirmière qui met en application les thérapeutiques nécessaires et prend en charge la gestion des traitements et de leurs délivrances pluri-journalières, ainsi que d'un psychologue. Dans le champ de la prévention, l'infirmière anime hebdomadairement un atelier santé à partir de thèmes concernant les usagers accueillis et le plus souvent choisis par eux. Le psychologue reçoit dans le cadre d'entretiens très réguliers (2 fois par semaine) l'ensemble des usagers. Les prises en charge sont individualisées et adaptées aux besoins de chaque personne accueillie et varient entre 2 et 12 mois, avec une durée moyenne de 6 mois.

La fin de l'hébergement dans le cadre des A.C.T. ne signe pas l'arrêt de la prise en charge puisqu'un certain nombre d'usagers ont bénéficié d'un suivi extérieur durant quelques mois, notamment par le biais du C.S.S.T.

2.3.3 Une mise en œuvre parcellaire

Le P.M.T. aura eu un impact positif certain sur l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie sur le territoire de Lot-et-Garonne et par là même sur l'amélioration de ce dispositif au vu des différents textes législatifs et réglementaires précités. Cet apport est largement souligné par les acteurs de terrain interrogés. Il est possible de synthétiser l'évolution depuis 2006, date d'élaboration du P.M.T., dans un tableau récapitulatif.

Evolution du dispositif de prise en charge et soins en addictologie de Lot-et-Garonne depuis 2006

<i>FAIBLESSES 2006</i>	<i>EVOLUTION 2006-2008</i>
<i>RPIB</i>	
Encore peu de médecins généralistes impliqués dans le dispositif R.P.I.B. et dans l'aide au sevrage tabagique : 73 médecins généralistes, 15 médecins du travail et 4 médecins de prévention.	Fin 2007 : 144 personnes formées dans le dispositif dont 12 médecins généralistes. Actions de formation orientées vers les services de périnatalité et des urgences des établissements de santé (E.T.S.) vers la santé scolaire. Dispositif à évaluer et à développer notamment en direction des professionnels libéraux : logique de réseau à développer.
<i>ELSA</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte insuffisante des besoins des personnes présentant des risques d'alcoolisation en milieu hospitalier. - Insuffisance d'organisation des activités relatives aux conduites addictives dans les E.T.S. : pas d'E.L.S.A. et peu de services identifiés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Délégation de crédits en 2007 pour la création d'une E.L.S.A. inter-hospitalière entre l'E.P.S.M. et le CH d'Agen. Mise en œuvre en mai 2008. - Demande de création d'une E.L.S.A. au C.H. de Villeneuve déposée en mars 2008 (financement partiel obtenu en 2008). - Pas d'E.L.S.A. ni de projet identifié sur le territoire de Marmande.
<i>SEVRAGE TABAGIQUE</i>	
Pas d'offre sur l'aide au sevrage tabagique sur le territoire intermédiaire de Marmande-Tonneins.	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'une consultation d'aide au sevrage tabagique au C.H.I.C. de Marmande-Tonneins en 2007. - Centre Médico Psychologique spécialisé « alcool » géré par l'E.P.S.M., à Marmande dispensant également des consultations tabac.

<i>HOSPITALISATION EN ADDICTOLOGIE</i>	
Pas de lit d'hospitalisation complète en addictologie.	<ul style="list-style-type: none"> - Autorisation pour la création de 15 lits de S.S.R. à l'E.P.S.M. en 2007 (projet modifié en 2008). - Dépôt d'un dossier d'autorisation de lits en addictologie afin de structurer le département d'addictologie : hospitalisation complète en médecine : sevrages simples et complexes, hospitalisation de jour, S.S.R.
<i>COMPLEMENTARITES</i>	
Complémentarités entre établissements de santé et autres acteurs spécialisés, insuffisamment formalisées.	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des complémentarités. - Complémentarités entre acteurs à formaliser.
<i>COUVERTURE TERRITORIALE</i>	
Couverture incomplète du territoire par les structures spécialisées.	<ul style="list-style-type: none"> -Couverture incomplète malgré la création d'antennes et/ou consultations avancées du C.C.A.A. : Villeneuve, Fumel, Nérac. - Mise en œuvre de 5 A.C.T. et projet d'extension à 10 places.
<i>RESEAUX</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un réseau de médecins et de pharmaciens centrés sur la substitution mais non formalisé, non financé et non évalué. - Pas de réseau de soins addictologie. 	<ul style="list-style-type: none"> - pas de formalisation du réseau. - toujours pas de réseau de soins. - Formalisation d'un réseau alcool/parentalité à l'initiative de l'A.N.P.A.A.

A la lecture de ce tableau, on se rend compte que malgré les évolutions positives, la mise en œuvre du P.M.T. n'a pas permis de répondre à toute la problématique posée par le dispositif d'addictologie dans le département. En effet, plusieurs constats se dégagent, deux ans et demi après l'élaboration du P.M.T.

D'une part, on remarque l'existence de complémentarités mais qui sont peu formalisées. Progressivement, les différentes structures intervenant dans le département se sont décloisonnées. Le médecin addictologue du département d'addictologie de l'E.P.S.M. dans le département depuis 2002 intervient dans les autres hôpitaux mais également dans le secteur extra hospitalier puisqu'il a travaillé pour le C.C.A.A. et actuellement pour le C.S.S.T. De fait, il constitue une liaison entre les diverses structures. Cependant, ce système a ses limites car il repose sur un seul homme. Les différentes structures entretiennent des relations « de fait » mais qui ne font pas toujours l'objet de conventions.

En effet, il ressort des entretiens que les acteurs de terrain s'intéressent peu à la formalisation des partenariats estimant que l'important est que : « *cela fonctionne dans les faits* ». L'étude des C.P.O.M. des C.H et notamment de l'annexe 6 (coopérations, complémentarités, réseaux) illustre néanmoins une évolution car des conventions sont prévues entre les établissements à court terme.

D'autre part, la médecine de ville est encore trop peu impliquée dans le dispositif d'addictologie. Or, les médecins généralistes ont un rôle de premier ordre à jouer pour le repérage précoce, étape clé dans la prise en charge. De fait, il paraît nécessaire de poursuivre la formation R.P.I.B. et de mener une réelle réflexion sur la place que devraient occuper les médecins généralistes dans le dispositif. La bonne orientation des patients dans le parcours de soins est essentielle pour une prise en charge précoce et qui a donc le plus de chances d'aboutir. Ainsi, il serait opportun d'envisager des actions d'informations et de formations vers ces acteurs essentiels mais pourtant trop peu impliqués.

Enfin, et malgré de réels résultats en la matière grâce à la mise en œuvre du P.M.T., on constate la persistance d'une couverture incomplète du territoire.

L'E.L.S.A. n'a pas été mise en place sur le territoire intermédiaire de Marmande. Cependant, le C.H.I.C. fixe dans son C.P.O.M. comme objectif opérationnel l'amélioration de l'organisation et de la visibilité de l'ensemble du dispositif hospitalier en addictologie. A cet effet, le C.H.I.C. s'est fixé la date limite de 2011 pour la création d'une E.L.S.A. La mise en place d'une Consultation Jeunes Consommateurs est également envisagée. De plus, le territoire intermédiaire de Marmande/Tonneins ne bénéficie pas encore à l'heure actuelle de toutes les prises en charge médico-sociales, ce qui pose un problème d'égalité d'accès aux soins. Si des solutions pour la prise en charge de conduites addictives liées à l'alcool existent sur ce territoire, il y a en revanche un vrai déficit au niveau de la toxicomanie. A cela s'ajoute un manque de visibilité certain de la prise en charge hospitalière sur ce territoire, ce qui pose de réels problèmes de visibilité de l'offre et donc d'orientation des patients.

Au vu de tous ces éléments, on peut dire que même si le P.M.T. a insufflé une dynamique positive en renforçant et structurant l'offre de prise en charge et de soins, le dispositif reste perfectible. Il convient donc de réfléchir dans une troisième et dernière partie aux leviers d'actions qui permettraient d'améliorer le dispositif.

3 Leviers d'actions et propositions pour poursuivre l'amélioration du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

Plusieurs leviers d'actions et propositions corrélatives sont envisageables pour poursuivre la dynamique lancée par la mise en œuvre du P.M.T. et aller plus loin dans la recherche de l'amélioration du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. La prochaine mise en œuvre du Schéma Régional Médico-Social d'Addictologie (S.R.M.S.A.) constitue un nouveau cadre de planification pour l'organisation du dispositif d'addictologie qui va impacter l'organisation des territoires dans le but de mettre en œuvre une organisation plus cohérente (3.1). Au vu des constats tirés de la deuxième partie de cette étude, la formalisation des complémentarités constitue un deuxième levier d'action possible pour l'amélioration du dispositif en Lot-et-Garonne. Ce levier d'action pourrait être mis en œuvre par la création d'un réseau de santé en addictologie (3.2). Enfin, un troisième levier d'action réside dans la réduction voire l'annihilation des inégalités en matière de couverture territoriale. La prochaine mise en place des C.S.A.P.A. doit être l'occasion d'agir sur ces inégalités (3.3).

3.1 Un nouveau cadre pour la planification du dispositif d'addictologie : le S.R.M.S.A.

Le Schéma Régional Médico-Social d'Addictologie vient compléter l'offre de planification au niveau des territoires de santé et notamment le S.R.O.S. L'addictologie dispose désormais de son propre schéma. Ce schéma, envisagé au départ comme concernant uniquement le médico-social, a vu son champ d'action s'élargir à tous les secteurs concernés par la prise en charge des addictions. Cet enrichissement, décidé pour être en cohérence avec l'idée de prise en charge globale, fait de cet outil une réelle possibilité de pérennisation et de déploiement des actions énoncées dans le P.M.T. (3.1.1). De plus, il est l'occasion de lancer une politique de concertation dans le domaine de l'addictologie au travers de l'instance chargée de son élaboration : la Commission Régionale Addiction (C.R.A.) (3.1.2) mais également par la volonté de la D.D.A.S.S. de Lot-et-Garonne d'impliquer les acteurs locaux (3.1.3).

3.1.1 Le S.R.M.S.A. : une optique de pérennisation et de déploiement des actions

La circulaire du 28 février 2008⁵⁸ prévoit la mise en œuvre des S.R.M.S.A., élaborés par les D.R.A.S.S. et arrêtés par les préfets de région. Il ressort de cette circulaire que le schéma doit dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ainsi que de l'offre du secteur hospitalier et de la ville. Il détermine ainsi les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale en fonction du niveau et de l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population.

Il poursuit plusieurs objectifs :

- permettre l'articulation entre les différents dispositifs intervenant en addictologie (sanitaire, médico-social, ville),
- définir les besoins (nature, niveau, évolution),
- faire un état des lieux des dispositifs de prise en charge (bilan quantitatif et qualitatif de l'offre),
- déterminer les perspectives de développement (créations, transformations, suppressions),
- préciser le cadre des coopérations et des coordinations,
- définir les critères d'évaluation des actions,
- établir une annexe avec la programmation des opérations à mener.

Le S.R.M.S.A. est en cours d'élaboration dans la région Aquitaine et devrait aboutir en mai 2009. Il doit porter sur tout le dispositif de prise en charge des conduites addictives et concerne les établissements et structures médico-sociales en articulation avec le dispositif hospitalier et la ville. En Aquitaine, ce travail s'appuiera sur le volet addictologie du S.R.O.S., actualisé conformément à la circulaire du 16 mai 2007 précitée et des P.M.T. de chaque territoire de recours. Il ressortira du schéma la programmation des opérations à mener au vu de tous les objectifs évoqués. Dans ce cadre, il pourrait permettre de pérenniser les actions déjà mises en œuvre dans le cadre du P.M.T., notamment s'agissant de la filière addictologique hospitalière, et inciter au déploiement de celles qui n'ont encore pas vu le jour (par exemple la création d'une ELSA à Marmande). Un de ses objectifs principaux est en effet d'avoir une prise en charge globale des addictions dès les territoires intermédiaires. Or si le P.M.T. a permis de lancer une réelle dynamique sur le territoire de recours de Lot-et-Garonne, il trouve ses limites. Ainsi, une planification régionale spécifique à l'addictologie est un vecteur pour poursuivre la réorganisation du

⁵⁸ Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des C.S.A.P.A. et à la mise en place des S.R.M.S. d'Addictologie.

dispositif sur chaque territoire pour plus de cohérence dans l'optique de la mise en place d'une filière de soins graduée, le tout en cohérence avec l'ensemble de la région.

Le défi du schéma régional est de fournir un cadre de référence opérationnel pour développer la complémentarité entre les structures et dispositifs concernés et non de juxtaposer l'existant. Les articulations entre les dispositifs sont un axe essentiel pour atteindre cette complémentarité. Il s'agit d'atteindre une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins sur un territoire. De fait, une éventuelle recomposition des moyens actuels dans les territoires de santé est prévisible.

3.1.2 Une dynamique de concertation impulsée par la D.R.A.S.S. : la mise en place de la C.R.A.

La Commission Régionale Addiction est une instance de concertation, d'échanges et d'informations. Elle est chargée d'élaborer et d'accompagner la mise en œuvre du schéma régional d'addictologie qui se situe à la confluence des secteurs couverts par le Plan Régional de Santé Publique (P.R.S.P.), le S.R.O.S., la santé de ville et le secteur médico-social. Le schéma régional a en effet vocation à embrasser tout le champ de l'addictologie. Pour élaborer ce schéma, la commission est chargée de travailler sur plusieurs thèmes. En premier lieu, elle doit analyser les besoins de santé et de prise en charge des personnes ayant une consommation à risque ou problématique de substances psychoactives, ou une dépendance sur toute la région. Les problématiques spécifiques, populationnelles, situationnelles ou sanitaires (milieu du travail, jeunes consommateurs, milieu pénitentiaire, périnatalité, personnes âgées, etc.) devront émerger de cette analyse. Un deuxième axe de travail de la commission réside dans l'amélioration des pratiques professionnelles, la promotion de la qualité des soins, la diffusion et la promotion des bonnes pratiques validées. Dans cette optique, les besoins de formation des professionnels afférents à la réorganisation de la filière de soins en addictologie devront être recensés. En troisième lieu, l'organisation et les articulations du dispositif de prise en charge concernant les dispositifs hospitaliers, médico-sociaux et libéraux constituent un axe fort de travail pour la commission.

Enfin, des propositions sur l'évaluation du dispositif de prise en charge en termes d'effectivité, de qualité, d'efficience et de satisfaction des usagers devront être formulées.

Deux principes doivent prévaloir dans les travaux de la commission : d'une part, le principe d'approche globale de l'ensemble des addictions (toutes les actions et activités en lien avec le domaine des addictions doivent être prises en compte) et d'autre part, le principe de proximité. Les opinions des acteurs de terrain méritent une attention particulière afin de tendre au mieux à la satisfaction des besoins en addictologie. C'est pourquoi cette commission associe des intervenants de structures médico-sociales, des associations spécialisées en addictologie, des représentants des établissements de

santé, des réseaux addictions, des professionnels de proximité de la santé et du social, des personnalités qualifiées, des représentants des collectivités territoriales, de l'A.R.H. et des institutionnels concernés.

Pour l'élaboration du schéma, il est prévu que la C.R.A., en formation plénière, se réunira à trois reprises : en juin et novembre 2008 et en mars 2009. Dans le même temps des groupes de travail ont été créés sur six thématiques :

- l'articulation entre les dispositifs en addictologie hospitaliers, médico-sociaux et villes sur les territoires de santé afin d'améliorer l'accueil, les soins et le suivi,
- les recommandations de bonnes pratiques pour les structures médico-sociales spécialisées en addictologie et pour la prise en compte de publics spécifiques (milieu carcéral, précarité, périnatalité, jeunes),
- les besoins de formations des professionnels dans la prise en charge des addictions,
- les indicateurs de suivi et d'évaluation du schéma,
- les programmes de prévention en addictologie,
- la communication et l'annuaire répertoriant les acteurs en addictologie.

Les groupes thématiques se sont réunis de juin à novembre 2008 avec pour objectifs : l'approfondissement des thématiques, la concertation, l'élaboration de propositions (actions et scénarii stratégiques) et la rédaction d'un document respectant le cadre de formalisation élaboré par la D.R.A.S.S.

Ce document, en sus des éléments recueillis par les D.D.A.S.S. pour leurs territoires, sera présenté à la commission et servira de base à la rédaction du schéma. Il s'agira alors pour la commission de faire des propositions notamment d'adaptation de l'offre aux besoins des territoires en termes de moyens, de répartition et de logiques d'accès aux soins. Ces propositions devraient permettre de donner une nouvelle impulsion à la réorganisation du dispositif sur le territoire de Lot-et-Garonne.

Une fois le schéma élaboré, la C.R.A. sera associée au suivi, à la mise en œuvre et à l'évaluation du schéma, et plus largement à la mise en œuvre de la politique régionale d'addictologie.

3.1.3 La volonté de la D.D.A.S.S. de faire participer les acteurs locaux à l'organisation du dispositif

Les réflexions sur le S.R.M.S.A. ont été l'occasion pour la D.D.A.S.S. de relancer la question des addictions sur le territoire de recours de Lot-et-Garonne. En effet, deux réunions ont été organisées avec les membres qui avaient participé au groupe de travail addictologie dans le cadre de l'élaboration du P.M.T. Ces réunions poursuivaient deux

objectifs principaux. Dans un premier temps, c'était l'occasion de dresser, presque deux ans après, un premier bilan de la mise en œuvre du P.M.T. Dans un second temps, il s'agissait d'envisager ensemble les leviers d'actions pour la réorganisation du dispositif d'addictologie dans le département, dans la perspective de la mise en place du schéma régional d'addictologie.

En effet, comme lors de l'élaboration du P.M.T., la D.D.A.S.S. de Lot-et-Garonne, veut insister sur l'importance de la concertation et de la collaboration avec les acteurs les plus proches du terrain pour la mise en œuvre d'une démarche de planification. Ainsi, la D.D.A.S.S. a invité les acteurs lot-et-garonnais à participer aux réunions organisées à la D.D.A.S.S. mais également aux groupes de travail de la commission afin qu'ils soient eux-mêmes acteurs de la planification.

De plus, une autre rencontre territoriale s'est déroulée début novembre 2008 pour repérer les structures référentes sur chaque territoire intermédiaire et de recours, encourager les maillages inter-établissements, réinterroger les établissements sur les besoins de leur bassin de vie et enfin pour réfléchir avec les établissements sur leur collaboration avec les autres établissements et avec le secteur ambulatoire. Ce travail s'est déroulé en lien avec les présidents de conférences sanitaires de territoires.

Le S.R.M.S.A., en relançant la dynamique de réorganisation du dispositif, est un moyen de réfléchir sur les leviers d'action que possède le Lot-et-Garonne pour répondre à ses propres problématiques. Il y en a essentiellement deux : la mise en place d'un réseau de santé pour aboutir à la formalisation des complémentarités et mieux impliquer la médecine de ville, et la mise en œuvre de la réforme C.S.A.P.A. pour assurer une couverture optimale du territoire.

3.2 La formalisation des complémentarités : une réflexion nécessaire sur la mise en place d'un réseau d'addictologie

La complémentarité recouvre la notion de décloisonnement entre les divers acteurs de santé. Selon les recommandations du S.R.O.S., la mise en œuvre de réseaux de santé doit permettre d'assurer une première réponse dans la proximité, en s'appuyant sur les établissements de soins ou les structures médico-sociales qui se situent sur un niveau territorial intermédiaire ou de recours. En effet, la prise en charge des addictions ne peut être que multidisciplinaire et diversifiée pour prendre en compte la diversité des situations et des déterminants individuels. Les réseaux addictions sont donc une nécessité pour coordonner toutes ces offres de soins de proximité dans une vision multidisciplinaire et complémentaire. Il conviendra de voir l'intérêt de leur mise en place (3.2.1), les modalités

de leur mise en œuvre (3.2.2), leur mode de financement (3.2.3) ainsi que les difficultés suscitées par leur mise en place (3.2.4).

3.2.1 Intérêt de la mise en place d'un réseau

Avant d'appréhender quel peut être l'intérêt d'un réseau d'addictologie, il convient de définir le réseau car il n'a pas toujours eu la même acception.

- Qu'est ce qu'un réseau ?

Les réseaux de santé ont été créés par la loi du 4 mars 2002⁵⁹ qui abroge la plupart des textes antérieurs et crée une forme unique et légale de réseaux : les réseaux de santé, en lieu et place des réseaux de soins expérimentaux et des réseaux de soins. Désormais, tout regroupement interdisciplinaire favorisant au maximum le décloisonnement de la prise en charge des malades peut se constituer en réseau et bénéficier, sous certaines conditions, du financement sur le fond spécifique voté dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale.

La loi en précise l'objet, les missions, la composition et les conditions de financement :

OBJET : Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

MISSIONS : Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

COMPOSITION : ils sont constitués de professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements de santé, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales et d'organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que de représentants des usagers.

FINANCEMENT : les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret⁶⁰, peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (O.N.D.A.M.).

⁵⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, codifiée à l'article L.6321-1 du CSP.

⁶⁰ Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé.

Il ressort de cette définition législative des réseaux une logique de prise en charge globale de la personne.

- intérêt d'un réseau en addictologie

Les réseaux de santé sont devenus un axe explicite des S.R.O.S., la circulaire du 5 mars 2004⁶¹ relative à l'élaboration du S.R.O.S. de troisième génération incite fortement au développement des réseaux de santé. De même le plan de prise en charge et prévention des addictions 2007-2011⁶² et la récente circulaire du 26 septembre 2008⁶³ relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, soulignent l'importance des réseaux pour assurer l'articulation et la coordination des différents secteurs du dispositif de prise en charge et de soins pour les personnes ayant une conduite addictive. Ainsi, le décloisonnement ville-hôpital est l'une des principales missions des réseaux de santé en addictologie. L'intérêt de la création d'un réseau en addictologie est d'optimiser la qualité des soins et d'améliorer l'efficacité des modes de prise en charge en vue notamment d'optimiser les ressources. Il s'agit également de permettre une meilleure coordination des professionnels autour des usagers pour mieux articuler le travail des différents acteurs de la santé et ainsi assurer une continuité dans le suivi des usagers. En effet, cela est particulièrement important dans le domaine de la prise en charge des conduites addictives car elle nécessite une fluidité entre les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social pour une prise en charge globale.

Le rapport I.G.A.S. de mai 2006, s'il dresse un constat sévère de la prise en charge assurée par les réseaux, n'en conteste pas moins la pertinence. Les critiques concernent notamment le manque d'évaluation des actions financées, les résultats limités en termes de service médical ou médico-social rendu ainsi qu'en matière d'innovation de l'organisation de l'offre. Cependant, le rapport met également en avant les possibles effets positifs décrits par les acteurs de terrain. Ceux-ci constatent une reconnaissance mutuelle entre les acteurs des divers champs, une meilleure compréhension entre les professionnels, les institutionnels financeurs et les gestionnaires du système de santé et une certaine amélioration des pratiques. Malgré ce bilan mitigé, la mission estime que « *il n'existe pas aujourd'hui d'alternatives organisationnelles (...). Dans ce contexte, le modèle de réseau au sens large, en raison de ses potentialités reste pour la mission un modèle à promouvoir* »⁶⁴.

⁶¹ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

⁶² Plan relatif à la prise en charge et à la prévention des addictions 2007-2011-mesure 11 : organiser les réseaux en addictologie.

⁶³ Op.cit. p.38.

⁶⁴ DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., Rapport IGAS, 2006. *Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR, Rapport de synthèse*, p.62.

3.2.2 Modalités de mise en place d'un réseau

Le montage de réseau ne relève pas des fonctions spécifiques de l'I.A.S.S. Cependant, il peut encourager sa création et accompagner sa mise en œuvre. Cela semble d'autant plus réalisable en Lot-et-Garonne que les acteurs du dispositif de prise en charge en addictologie sont dans une dynamique positive grâce à la mise en œuvre du P.M.T. De plus, la constitution d'un réseau a déjà été évoquée par certains d'entre eux et répondrait à une forte demande des médecins généralistes qui ont parfois des « *problèmes de visibilité* » pour orienter leurs patients souffrant de troubles addictifs.

Il est donc du ressort de l'I.A.S.S. d'encourager cela. Le décret du 17 décembre 2002 fixe les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé⁶⁵. Il dispose que « *le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive, lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement.* ». De plus, un document d'informations aux usagers et une charte du réseau sont des éléments obligatoires pour l'obtention d'un financement public.

Cependant, plusieurs prémices sont nécessaires à une éventuelle formalisation d'un réseau sur le territoire de recours de Lot-et-Garonne. En effet, avant d'en arriver à cette convention constitutive, plusieurs axes de réflexions doivent être envisagés en amont et prendre en compte la circulaire D.H.O.S. du 2 mars 2007⁶⁶. Cette étape pourra être amorcée avec l'appui méthodologique de l'I.A.S.S.

En effet, ce dernier pourra aider les acteurs à dresser un état des lieux spécifiant la définition des besoins, la description des éléments actuels de la prise en charge ainsi que les insuffisances poussant les acteurs à mettre en place un réseau. Cet état des lieux, pour le territoire de Lot-et-Garonne a déjà été en partie réalisé notamment par le biais de ce mémoire. Ainsi, cela constitue un facilitateur pour la réflexion autour de la formalisation d'un réseau. Les partenaires intéressés devront également définir un thème fédérateur et des objectifs communs afin de déterminer la population visée et le territoire géographique précis d'intervention du réseau. Dans le même sens, il est important de délimiter précisément l'activité du réseau en fonction de ses membres. Lorsque ces divers éléments auront été éclaircis, il sera indispensable d'envisager les questions de coordination du réseau mais également d'évaluation.

⁶⁵ Op.cit. p.49.

⁶⁶ Circulaire N°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

Ainsi, selon les activités envisagées (coordination des soins intégrant la dimension médico-sociale, diffusion de référentiels, formation des professionnels, éducation des patients, etc.), le fonctionnement du réseau demandera plus ou moins de temps de coordination. C'est pourquoi il est nécessaire de réfléchir en amont à la mise en place d'une instance de coordination chargée d'organiser le travail en réseau. Cela pourrait induire un travail à temps plein dont il faudrait penser dès le début au financement pérenne. De même cette instance pourrait être chargée de l'évaluation du réseau, condition *sine qua non* d'un financement dans une perspective d'amélioration permanente du service apporté aux patients et de meilleure efficacité. Quant à l'organisation du réseau, elle dépendra des personnes et structures intéressées par la constitution du réseau. Au vu du dispositif de prise en charge à l'œuvre sur le territoire de Lot-et-Garonne, il pourrait s'agir de professionnels de santé du secteur hospitalier et médico-social spécialisé, de professionnels du secteur ambulatoire de soins avec notamment des représentants des médecins généralistes engagés dans la démarche R.P.I.B. et du réseau non formalisé de médecins et pharmaciens centrés sur la substitution. Enfin, l'accent devrait être mis sur l'intégration des professionnels du secteur social notamment les C.H.R.S. et les Lits Halte Soins Santé pour que la prise en charge soit réellement globale, et des représentants d'usagers et d'associations néphalistes afin de respecter le principe de démocratie sanitaire. Le réseau pourrait fonctionner sous la forme d'une nouvelle association ou d'un groupement (Groupement d'Intérêt Economique, Groupement d'Intérêt Public notamment) ou enfin procéder de la signature d'une convention entre les différents membres. Il est essentiel que ce travail préparatoire réponde bien aux orientations définies par la circulaire du 2 mars 2007⁶⁷ car c'est sur cette base que les instructeurs du dossier pour un financement s'appuieront. Il est notamment primordial d'insister sur la cohérence du projet avec l'organisation territoriale des soins et avec le dispositif des parcours de soins coordonnés par le médecin traitant.

3.2.3 Les modes de financement

Comme l'avait suggéré le rapport I.G.A.S. de 2006, les enveloppes du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (F.A.Q.S.V.) et la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (D.R.D.R.), qui étaient les principaux modes de financement des réseaux, ont fusionné le premier juillet 2007. En effet, conformément au décret du 15 mai 2007⁶⁸, le nouveau mode de financement est le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (F.I.Q.C.S.).

⁶⁷ Op.cit. p.51.

⁶⁸ Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux. Cela représente une simplification des circuits de décision et de financements. De plus, cette réforme homogénéise l'organisation puisque les dates de dépôt des dossiers et les décisions de financement diffèrent entre le F.A.Q.S.V. et la D.R.D.R.

L'attribution des aides du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, placé au sein de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S), est déconcentrée pour l'ensemble des actions à caractère régional ou local et confiée aux Missions Régionales de Santé (M.R.S.). L'attribution des aides se fait par le Directeur de la M.R.S. (en alternance le directeur de l'U.R.C.A.M. et de l'A.R.H.) sur une base pluriannuelle et pour une durée maximale de 5 ans. Le renouvellement des financements est subordonné à l'évaluation des résultats.

Avant tout dépôt d'un dossier de demande de financement, et dès que les promoteurs d'un projet auront conçu ensemble l'intention commune de s'engager dans cette voie, il est indispensable qu'ils prennent un premier contact avec le secrétariat technique U.R.C.A.M. /A.R.H. de la M.R.S. Aquitaine, afin de procéder à un premier échange sur les objectifs poursuivis et le contenu de la démarche entreprise. Le premier contact et ceux qui suivent sont un gage de réussite et de compréhension partagée des enjeux du projet.

Le dispositif d'instruction et d'appui mis en place en Aquitaine s'articule autour :

- du secrétariat technique U.R.C.A.M./A.R.H. guichet unique et cellule d'appui permanente dont le rôle principal est d'organiser l'appui au promoteur ainsi que l'instruction et le suivi des projets. Ce secrétariat bénéficie d'une expertise médicale apportée par la Cellule médicale et d'un appui technique apporté par la Cellule d'appui en charge de la gestion courante du dispositif d'instruction et de suivi des dossiers,
- du secrétariat commun des réseaux, instance d'expertise et de concertation réunissant l'ensemble des partenaires institutionnels et acteurs de santé.

D'autres sources de financement peuvent néanmoins être envisagées pour faire fonctionner un réseau, il s'agit essentiellement : du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information pour la Santé (F.N.P.E.I.S.), du Groupement Régional de Santé Publique (G.R.S.P.), des crédits Missions d'Intérêt Général (M.I.G.) et plus ponctuellement des subventions des collectivités territoriales, des mutuelles, des laboratoires pharmaceutiques ou encore des fondations.

3.2.4 Les difficultés de mise en œuvre

Plusieurs conditions sont nécessaires pour la réussite d'un réseau. Or il peut exister des freins non seulement administratifs et financiers, mais également provoqués par les réticences plus ou moins grandes des acteurs de terrain.

L'élément essentiel pour la création d'un réseau de santé est avant toute chose la volonté des acteurs du champ de l'addictologie. La mise en place d'un réseau de santé n'est pas chose aisée et nécessite beaucoup de réflexion. De fait, il doit y avoir parmi les acteurs de terrain une forte motivation à l'idée de travailler en réseau et quelqu'un qui y consacre beaucoup de son temps. Il ressort des entretiens que deux praticiens hospitaliers seraient motivés pour réfléchir sur la création d'un réseau de santé sur le territoire de Lot-et-Garonne. Cependant, l'unanimité des acteurs de la prise en charge serait souhaitable. Or la prochaine transformation des structures médico-sociales en C.S.A.P.A. ne constitue pas le contexte idéal, les structures souhaitant se concentrer pour le moment sur leurs propres préoccupations. De plus, une personne interrogée craint que la formalisation des partenariats ne nuise dans les faits à ceux-ci, de par l'obligation de « *rendre des comptes* » qui en découlerait.

Administrativement, des difficultés pourraient surgir lors du montage du dossier de financement. Selon une personne interrogée, le dossier de création du réseau est très complexe. De même, l'exigence d'évaluation posée par la circulaire du 2 mars 2007 précitée rencontre des résistances en partie dues à l'instabilité et à la difficile compréhension par les acteurs de l'environnement réglementaire mais également dues au manque de formation sur les règles d'évaluation.

Enfin, les difficultés de financement rendent difficile la création de nouveaux réseaux. En effet, la circulaire du 2 mars 2007 précitée pose un cadre strict pour la décision de financement ce qui entraîne une difficile pérennisation des financements. Ainsi, elle dispose que « *le but est de ne financer ou de ne continuer à financer que les réseaux qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations et dont les coûts sont compatibles avec le cadrage financier de la politique des réseaux de santé* ».

Le travail en réseau semble être l'une des réponses les plus adaptées à une prise en charge optimale du patient par les différents acteurs de l'addictologie. Dans l'attente de la création d'un réseau d'addictologie sur le territoire de recours de Lot-et-Garonne, il est de la compétence de l'I.A.S.S. d'inciter les structures à formaliser par des conventions les partenariats effectivement en place ou souhaités entre tous les divers acteurs précités, dans le but d'assurer une meilleure visibilité de l'offre et de privilégier un « fonctionnement de réseaux ».

3.3 La réduction des inégalités territoriales : le défi de la mise en place des C.S.A.P.A. pour le binôme I.A.S.S./M.I.S.P.

La couverture incomplète du territoire de recours de Lot-et-Garonne en structures spécialisées en addictologie est l'un des constats qui émerge suite au point d'étape relatif à la mise en œuvre du P.M.T. Ainsi, la réduction des inégalités territoriales est un levier d'action pour l'amélioration du dispositif. La mise en place prochaine des C.S.A.P.A. semble être l'outil approprié pour résorber ces inégalités. Après avoir rappelé ce qu'est un C.S.A.P.A. (3.3.1), nous verrons que leur mise en œuvre soulève de multiples questionnements (3.3.2).

3.3.1 C.S.A.P.A. : définition, genèse

Les C.S.A.P.A ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale⁶⁹. Cependant, faute d'un décret fixant leurs missions et d'une disposition concernant leur financement, ils n'avaient pu se mettre en place. C'est désormais chose faite avec la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007⁷⁰ qui prévoit leur financement par l'assurance maladie, avec le décret du 14 mai 2007⁷¹ prévoyant leurs missions et avec le décret du 24 janvier 2008⁷² fixant les conditions de fonctionnement. Nous sommes donc dans une période transitoire puisque les structures ont trois ans à compter du 23 décembre 2006 pour solliciter l'autorisation de la transformation en C.S.A.P.A.

Les établissements médico-sociaux spécialisés prenant en charge les personnes ayant des conduites addictives (C.S.S.T., C.C.A.A. et communautés thérapeutiques) ont en effet jusqu'à la fin de l'année 2009 pour se transformer en C.S.A.P.A. Ils auront ainsi un statut juridique commun même s'il ne s'agit pas d'une fusion administrative obligatoire. Les C.S.A.P.A. s'adresseront, selon la circulaire D.G.S. du 28 février 2008⁷³, aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives, licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage. Plus largement, leur mission concernera également les personnes souffrant d'addictions sans substance comme le jeu pathologique.

Le décret du 14 mai 2007 précité prévoit quatre missions obligatoires que doivent proposer tous les C.S.A.P.A. à tous les publics qui se présentent et indépendamment de leur éventuelle spécialisation. Il s'agit : de l'accueil qui doit permettre d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes, de l'information, de l'évaluation médicale, psychologique et sociale, et de l'orientation.

⁶⁹ Op.cit. p.6.

⁷⁰ Loi n°2006-1666 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007.

⁷¹ Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

⁷² Décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des CSAPA.

⁷³ Op.cit. p.44.

Pour ne pas bouleverser trop fortement l'organisation actuelle du dispositif, construit autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre, les C.S.A.P.A. pourront conserver une spécialisation pour la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative (sevrage, accompagnement, prescription et suivi des traitements dont les traitements de substitution aux opiacés) du patient et pour la réduction des risques. S'il décide de prendre en charge toutes les addictions, il sera dit généraliste. Néanmoins quel que soit l'option retenue, il devra prendre en charge l'ensemble des consommations associées de ses patients, tabac et addictions sans produit inclus soit directement, soit en lien avec d'autres par le biais de conventions de partenariats.

A côté des missions obligatoires, quatre missions facultatives peuvent être assurées par les C.S.A.P.A. : les consultations de proximité et le repérage précoce des usages nocifs (ex Consultation Jeunes Consommateurs), les activités de prévention, de formation, de recherche, la prise en charge des addictions sans substance et les interventions auprès de détenus ou sortants de prison.

Ainsi, toute personne accueillie dans un C.S.A.P.A. devra pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation de prise en charge ou d'orientation vers la structure la plus adaptée à ses besoins. Cela implique que lorsque le C.S.A.P.A. accueille une personne qu'il ne peut pas prendre en charge du fait de sa spécialisation, il a l'obligation de l'orienter vers une structure plus adaptée. Cela induit de fait un fonctionnement nécessitant l'instauration de partenariat entre les structures de prise en charge en addictologie.

3.3.2 Les difficultés inhérentes à la volonté des structures

Les C.S.A.P.A. doivent permettre une couverture optimale du territoire afin de proposer une prise en charge complète sur l'ensemble du territoire. Ainsi la D.D.A.S.S., notamment le binôme I.A.S.S. /M.I.S.P., doit veiller au respect de l'égalité d'accès aux soins en encourageant la restructuration la plus adaptée aux besoins de la population. Les compétences du binôme, acquises en matière de planification et de relations humaines, devront être déployées pour inciter voire imposer aux structures d'opérer les mutations nécessaires. Cependant, cela ne va pas sans poser de difficultés car les enjeux pour les structures sont importants notamment en termes de ressources humaines.

Sur le territoire de recours de Lot-et-Garonne, plusieurs possibilités semblent envisageables. En premier lieu, le C.S.S.T. et le C.C.A.A., localisés tous les deux à Agen, pourraient se transformer pour devenir un seul et unique C.S.A.P.A. généraliste avec des antennes sur les trois territoires intermédiaires. En deuxième lieu, il pourrait être imaginé deux C.S.A.P.A. sur le territoire de recours, l'un spécialisé alcool et l'autre spécialisé drogues illicites ou encore deux C.S.A.P.A. généralistes également avec des antennes

territoriales. Enfin, la dernière possibilité est qu'il y ait un C.S.A.P.A. généraliste et un C.S.A.P.A. spécialisé drogues illicites ou alcool. Pour déterminer l'organisation optimale, il est nécessaire de s'appuyer sur le diagnostic départemental résultant de l'étude de l'offre de prise en charge en addictologie.

À l'heure actuelle, il apparaît difficile d'avoir deux C.S.A.P.A. généralistes et donc délivrant de la méthadone, localisés sur la ville d'Agen car cela ne correspondrait pas aux besoins recensés de la population et n'irait pas dans le sens des principes définis d'optimisation de l'offre.

De fait, les seules solutions pertinentes au vu de l'organisation départementale actuelle seraient celles d'un seul C.S.A.P.A. généraliste avec des antennes territoriales, d'un C.S.A.P.A. généraliste et d'un C.S.A.P.A. spécialisé ou de deux C.S.A.P.A. spécialistes mais déployant des antennes sur les territoires intermédiaires pour que cela ne confine pas à conserver une sorte de *statut quo*.

Dans un souci d'optimisation de l'offre et en ayant pour objectif une meilleure couverture territoriale des besoins en matière de prise en charge des usagers, la solution qui me paraît la plus pertinente serait la première solution, à savoir la création d'un seul C.S.A.P.A. généraliste avec des antennes sur chaque territoire intermédiaire qui tiendrait compte de l'offre hospitalière. Le décret du 6 avril 2006⁷⁴ et l'instruction de la D.G.A.S. du 3 août 2007⁷⁵ donnent les clés pour réussir une restructuration du paysage médico-social. En effet, ce décret de 2006 définit le cadre juridique des Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (G.C.S.M.S.), outil de mutualisation des moyens à l'image des Groupements d'Intérêt Economique (G.I.E.) et des Groupements d'Intérêt Public (G.I.P.). Le G.C.S.M.S. : « *permet aux établissements médico-sociaux, quel que soit leur statut juridique, et éventuellement avec un ou plusieurs établissements sanitaires, de rassembler une partie, voire toutes leurs activités médico-sociales pour les gérer en commun* ». ⁷⁶ Il vise à favoriser la coordination et la complémentarité des établissements médico-sociaux mais également à assurer la continuité de la prise en charge.

En Lot-et-Garonne, la mise en place d'un tel groupement entre le C.S.S.T. et le C.C.A.A. permettrait d'aboutir à la mise en place d'un C.S.A.P.A. généraliste situé à Agen et disposant d'antennes locales sur les deux autres territoires intermédiaires (Marmande et Villeneuve sur lot). En effet, un des avantages du G.C.S.M.S. est la possibilité

⁷⁴ Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire).

⁷⁵ Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 Août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

⁷⁶ LIBERMANN J., 2008. Le fonctionnement des établissements médico-sociaux en alcoologie et en toxicomanie dans la perspective de la mise en place des C.S.A.P.A. Exemple de la région Haute-Normandie, mémoire IASS : EHESP, p.47.

d'exploitation directe des autorisations des membres. De plus, l'existence de plusieurs hôpitaux locaux sur les territoires intermédiaires pourrait permettre l'implantation d'antennes ou de consultations avancées de C.S.A.P.A.

Cependant, la constitution d'un G.C.S.M.S. relève de l'initiative des établissements et suppose une volonté conjointe des deux structures. Lors des réunions de réflexions sur les leviers d'actions et les perspectives d'évolution du dispositif d'addictologie, les représentants des structures concernées par la création des C.S.A.P.A. se sont montrés réticents à l'idée qu'il n'y ait qu'un seul C.S.A.P.A. sur le territoire de recours c'est-à-dire dans le département de Lot-et-Garonne. Leur souhait à tous les deux serait d'être chacun un C.S.A.P.A. généraliste.

La solution de créer un C.S.A.P.A. généraliste et un C.S.A.P.A. spécialisé sur la ville d'Agen - le C.S.A.P.A. généraliste développant des antennes sur les territoires intermédiaires - a été envisagée par le binôme. Cependant, cette possibilité conduirait nécessairement à opérer un arbitrage entre les deux structures pour savoir laquelle deviendrait C.S.A.P.A. toutes addictions. Le binôme n'a pas souhaité s'engager dans cette voie là, non seulement du fait de la très forte réticence des structures mais également car aucun élément objectif ne se dégage pour privilégier l'une ou l'autre des structures. En effet, les deux présentent des arguments pertinents pour leur transformation en C.S.A.P.A. généraliste (toutes addictions).

Au regard de tous ces éléments, le binôme a organisé une réunion avec les directeurs généraux des associations gestionnaires des deux structures pour décider d'une proposition d'organisation départementale à présenter à la C.R.A, dans le but de la rédaction du S.R.M.S.A. Dans ce cadre, le binôme a proposé une organisation à deux C.S.A.P.A. spécialisés localisés sur la ville d'Agen mais devant déployer des antennes sur les territoires intermédiaires dans un souci de couverture optimale du territoire.

Cette proposition ressort de l'étude des besoins sur le territoire, qui tient compte de l'organisation de la filière hospitalière d'addictologie. En effet, l'idée n'est pas tant d'assurer un déploiement de l'offre médico-sociale complet sur l'ensemble du territoire mais que les usagers puissent avoir accès à une prise en charge en addictologie où qu'ils se trouvent sur le territoire, que cette offre soit hospitalière ou médico-sociale. En résumé, ce n'est pas l'égalité stricte qui est recherchée mais plutôt un accès équitable aux soins pour tous les usagers. C'est l'idée même de promotion de la coordination entre les acteurs pour éviter les simples juxtapositions.

En conséquence, dans une telle organisation, le C.C.A.A., futur C.S.A.P.A. spécialisé alcool localisé à Agen, devrait implanter une antenne sur les sites de Villeneuve et de Nérac (territoire intermédiaire d'Agen) sachant qu'il a déjà une consultation sur le site de

Marmande. La prise en charge en alcoologie serait ainsi complète sur tout le département. Quant au C.S.S.T., futur C.S.A.P.A. spécialisé drogues illicites, il lui est préconisé d'ouvrir une antenne C.S.A.P.A. drogues illicites sur le site de Marmande car l'offre de prise en charge des toxicomanes sur ce territoire est largement insuffisante. En effet, beaucoup d'usagers marmandais se dirigent vers la ville de Bordeaux, plus proche géographiquement que la ville d'Agen pour bénéficier d'une prise en charge. De même, le C.S.S.T. devrait implanter une Consultation Jeunes Consommateurs sur le site de Villeneuve car il existe beaucoup de demandes sur ce territoire que le C.I.S.D. du C.H. de Villeneuve ne peut prendre en charge.

RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS DU BINOME DANS LE CADRE DU S.R.M.S.A.

TERRITOIRE D'AGEN

Maintien de deux C.S.A.P.A. spécialisés, l'un en alcoologie, l'autre en drogues illicites (avec une convention de partenariat entre les deux).

Maintien de la Consultation Jeunes Consommateurs rattachée au C.S.A.P.A. drogues illicites.

Consultations avancées à Nérac du C.S.A.P.A. alcool

TERRITOIRE DE MARMANDE

Création d'une antenne C.S.A.P.A. drogues illicites.

Consultation jeunes consommateurs rattachée au C.S.A.P.A. drogues illicites.

TERRITOIRE DE VILLENEUVE SUR LOT

Maintien d'une antenne C.S.A.P.A. alcool

Création d'une Consultation Jeunes Consommateurs rattachée au C.S.A.P.A. drogues illicites.

Ce positionnement du binôme soulève des contestations de la part du C.S.S.T. qui maintient son souhait d'être un C.S.A.P.A. généraliste. C'est dans ce contexte d'incertitude que ces dernières lignes sont écrites. Nul doute que le binôme devra continuer un travail pédagogique et d'accompagnement des structures afin de dénouer cette situation.

La réflexion sur le schéma régional d'addictologie permet, comme il a été vu précédemment, de remobiliser les acteurs du champ de l'addictologie. De même, les dispositions règlementaires relatives aux C.S.A.P.A. agissent comme un « déclencheur » pour la modification de l'offre médico-sociale sur le territoire. Sans elles, il serait difficile à la D.D.A.S.S. et notamment au binôme I.A.S.S. /M.I.S.P. d'impulser des changements afin de mettre en adéquation l'offre et la demande, de la rendre plus cohérente avec les besoins des usagers.

Conclusion

L'étude de l'apport du Projet Médical de Territoire sur le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie sur le territoire de santé de Lot-et-Garonne et de ses perspectives a été l'occasion d'appréhender un champ vaste et complexe faisant intervenir de nombreux acteurs. Une personne traitée pour des troubles addictifs peut relever autant du secteur hospitalier que médico-social voire social et entrer dans le dispositif par la voie de la médecine de ville. Cette multiplicité des acteurs suffit à expliquer le besoin de coordination et de décloisonnement dans ce champ de l'addictologie.

Le renforcement de l'offre, généré par la mise en œuvre du P.M.T. et les perspectives de pérennisation et de développement des actions par le biais de la mise en place du S.R.M.S.A., permettent au territoire de recours de Lot-et-Garonne de proposer une prise en charge complète. Cependant, une prise en charge optimale n'est possible que s'il existe une coordination entre les différents secteurs. L'arrivée en 2002 d'un médecin addictologue a permis en Lot-et-Garonne un décloisonnement des structures. Cependant, la pérennisation de cet équilibre retrouvé dans le département ne peut exister que si elle ne repose pas sur le seul facteur humain. La prochaine ouverture du service d'hospitalisation complète en addictologie, la mise en place des E.L.S.A., la transformation des structures médico-sociales en C.S.A.P.A., constituent des facteurs importants de modification de la prise en charge addictologique dans le département. L'addictologie devient ainsi une discipline à part entière qui n'aura plus besoin d'être portée par un facteur humain et pourra ainsi exister en tant que telle.

De plus, la prochaine mise en place des Agences Régionales de Santé (A.R.S.), en regroupant l'hospitalier, la ville et le médico-social pourrait être un moyen supplémentaire pour fluidifier l'organisation du dispositif. En effet, le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires prévoit la mise en œuvre par les A.R.S. des projets régionaux de santé composés du plan stratégique régional et de trois schémas : le schéma régional de prévention, le schéma régional d'organisation des soins et le schéma régional de l'organisation médico-sociale. L'addictologie pourra ainsi trouver une place à part entière dans ces trois schémas et bénéficier d'une coopération accrue entre les différents acteurs dans l'idée de la mise en place d'un continuum de soins.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi du 23 janvier 1873 relative à la répression de l'ivresse publique.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux pour autrui. Journal Officiel du 21 avril 1954, p.3827.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic, et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Journal Officiel du 3 janvier 1971, p.74.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel du 1^{er} juillet 1975, p.6604.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi Veil n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. Journal Officiel du 10 juillet 1976, p.4148.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Journal Officiel, n°10 du 12 janvier 1991, p.615.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Journal Officiel, n°175 du 31 juillet 1998, p.11679.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel du 3 janvier 2002, p.124.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel du 5 mars 2002, p.4118.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel, n°185 du 11 août 2004, p.14277.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2006-1666 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007. Journal officiel, n° 299 du 27 décembre 2006, p.19641.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal officiel, n°206 du 6 septembre 2003, p.15391.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins pour toxicomanes. Journal Officiel, n°152 du 2 juillet 1992, p.8752.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n°98-1229 du 29 décembre 1998 relatif aux centres mentionnés à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique. Journal Officiel n°302 du 30 décembre 1998, p.19822.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 99-808 du 15 septembre 1999 relatif au comité interministériel de lutte contre les drogues et la toxicomanie et de prévention des

dépendances et à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Journal Officiel, n°216 du 17 septembre 1999, p.13927.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique. Journal Officiel, n°232 du 4 octobre 2002, p.16410.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé. Journal Officiel, n° 294 du 18 décembre 2002, p.20933.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Journal Officiel, n°50 du 28 février 2003, p.3566.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel, n°297 du 22 décembre 2005, p.19743.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Journal Officiel, n°265 du 16 novembre 2006, p.17249.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Journal Officiel, n°112 du 15 mai 2007, p.8997.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Journal Officiel, n°113 du 16 mai 2007, p.9369.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Journal Officiel, n°0023 du 27 janvier 2008, p.1623.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires. Journal Officiel, n°113 du 15 mai 2007, p.8684.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Circulaire DGS/1252/MSI du 23 novembre 1970.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Circulaire du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DH/EO4/96 n°557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie de liaison hospitalière.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DGAS/DAS/DH/DSS/DIRMI/99/648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalière de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DHOS/O2-DGS/SD6B n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour des personnes ayant des conduites addictives.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis autres substances psychoactives et leur famille.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DHOS/O4/2005 du 4 octobre 2005 relative à l'entrée en vigueur de certaines dispositions du code de la santé publique prises en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003, concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime d'autorisation.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux en addictologie.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE. Instruction ministérielle n°DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Rapports

DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., 2006. *Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR, Rapport de synthèse*, Paris : La Documentation française, Inspection générale des affaires sociales, 163 p.

DUBURCQ A., 2003. *Rapprochement des dispositifs spécialisés – évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions*, Paris : La documentation française, 88 p.

HENRION R., 1995. *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Paris : La Documentation française, 156 p.

LEPINE J.P., MOREL A., PAILLE F., 2006. *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions*, Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 64 p.

MAESTRACCI N., 2001. *Réflexion sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions*, Paris : M.I.L.D.T., 37 p

PLASAIT B., OLIN N., 2003. *Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, créée en vertu d'une résolution adoptée par le sénat le 12 décembre 2002*, Paris : La documentation française, 1183 p.

REYNAUD M., PARQUET P.J., LAGRUE G., 1999. *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives*, Paris : La documentation Française, 169 p.

Enquêtes, bilans

Baromètre santé 2005, INPES

ESCAPAD 2005, extractions régionales, OFDT

Base ILIAD 2006, OFDT

Les addictions dans les régions de France, FNORS 2006

Projection 2005, INSEE

Ouvrages lus ou consultés

RICHARD D., SENON J.-L., VALLEUR M., 2004. *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris : Larousse, 626 p.

VALLEUR M., MATYSIAK J.-C., 2006. *Les addictions panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris : Armand Colin, 379 p.

Articles de périodiques

CHASSAT-PHILIPPE S., 8 juin 2007, « Addictologie : la restructuration de l'offre de soins sur les rails ». *TSA Hebdo*, n°1118, p.4-5.

COPPEL A., SIMMAT-DURAND L., mars/avril 2002, dossier « Drogues et toxicomanies. Vers de nouveaux modes d'intervention. ». *Les cahiers de l'actif*, n°310/311, 142 p.

JOURDAIN A., juin 1995, « les nouveaux outils de planification sanitaire ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°11, p.II.

MOREL A., POLEMENI P., GAYRARD P., septembre 2007, dossier « Prévenir les addictions ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°60, 83 p.

Mémoires

DURLIN D., 2003. *Nouvelles orientations et nouvelles normes dans le champ de la prise en charge des conduites addictives : le centre hospitalier de Roubaix face au concept d'addictologie et à la nécessité des complémentarités*, mémoire Directeur d'Hôpital : ENSP, 186 p.

LIBERMANN J., 2008. *Le fonctionnement des établissements médico-sociaux en alcoologie et en toxicomanie dans la perspective de la mise en place des C.S.A.P.A. Exemple de la région Haute-Normandie*, mémoire IASS : EHESP, 78 p.

MUNOZ RIVERO M., 2001. *L'addictologie : du concept à la mise en place d'un réseau – l'exemple rennais*, mémoire MISP : ENSP, 75 p.

Schémas, plans et programmes

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION AQUITAINE, mars 2006. *Schéma Régional de l'Organisation des Soins III 2006-2010*, volet conduites addictives.

DELEGATION GENERALE A LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE, 1993. *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue du 21 septembre 1993*.

DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, octobre 2006. *Projet Médical de Territoire 2006-2010*, volet conduites addictives.

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES D'AQUITAINE, 2004. *Plan Régional de Santé Publique d'Aquitaine 2004-2009*, volet lutte contre les addictions.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, novembre 2006. *Plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions*. Lien : www.sante.gouv.fr/html/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE, 2000. *Plan Triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001*. Paris : La documentation Française, Collection des rapports officiels, 226 p.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE, 2004. *Plan Gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool*. Paris : La documentation Française, Collection des rapports officiels, 76 p.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*. Lien : http://mildt.systalium.org/IMG/pdf/Plan_gouvernemental_2008-2011-DF.pdf

Sites internet

ANITEA : www.anitea.fr

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE
ASSOCIATIVE : <http://www.sante.gouv.fr>

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA
TOXICOMANIE : www.drogues.gouv.fr

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES : www.ofdt.fr

Liste des annexes

ANNEXE I : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE II : Grille d'entretien

ANNEXE III : Territoires intermédiaires du territoire de recours de Lot-et-Garonne

ANNEXE IV : Principales étapes de l'élaboration du P.M.T.

ANNEXE I

LISTE DES PERSONNES VUES EN ENTRETIEN INDIVIDUEL

Madame le Docteur CHRISTIANI-GOUYOU, praticien hospitalier au C.I.S.D. du C.H. de Villeneuve sur lot.

Madame DAUTREY, infirmière.

Madame le Docteur FRANÇOIS, M.I.S.P. à la D.D.A.S.S. de Lot-et-Garonne.

Monsieur GARCIA, I.A.S.S. à la D.D.A.S.S. de Lot-et-Garonne.

Monsieur le Docteur JACQUIEZ, responsable du département d'addictologie de l'E.P.S.M.

Monsieur le Docteur MOITSINGA, praticien hospitalier, médecin gastro-entérologue coordinateur du C.I.S.D., centre hospitalier Saint Cyr Villeneuve-sur-Lot au C.H. de Villeneuve sur lot.

Madame ROUZADE, directrice du C.C.A.A.

Monsieur VIVES, directeur du C.S.S.T., C.A.A.R.U.D., de la Consultation Jeunes Consommateurs et des A.C.T.

ANNEXE II

GRILLES D'ENTRETIEN

Quel est le type d'activité de votre structure/service ? Quel type d'action menez-vous ?

Quel type de public recevez-vous (profil) ?

Comment les personnes arrivent-elles dans la structure/service ?

Comment qualifieriez-vous l'évolution du public qui fréquente votre structure/service ?

Quel type d'accompagnement proposez-vous aux usagers ?

Existe-t-il une continuité dans la prise en charge (réalisation du suivi...) ?

Travaillez-vous en partenariat avec d'autres acteurs ?

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans votre activité : financières, politiques, matérielles... ?

Quels sont les projets de la structure/ du service ?

Comment jugez-vous le dispositif actuel de prise en charge et de soins en addictologie dans le département ?

Qu'attendez-vous du projet médical de territoire ?

A-t-il eu un impact direct sur votre organisation ?

Avez-vous eu des difficultés à le mettre en œuvre ?

Seriez-vous favorable à la mise en place d'un réseau de santé dans le département ?

Questions supplémentaires pour les entretiens des responsables de structures médico-sociales :

Comment appréhendez-vous la réforme qui va aboutir à la mise en place des C.S.A.P.A. ?

Le rapprochement C.S.S.T. /C.C.A.A. est-il pour vous souhaitable ?

Pensez-vous être un C.S.A.P.A. généraliste ou spécialisé ?

Quel pourrait en être les conséquences au niveau de votre organisation, fonctionnement, financement, partenariats ?

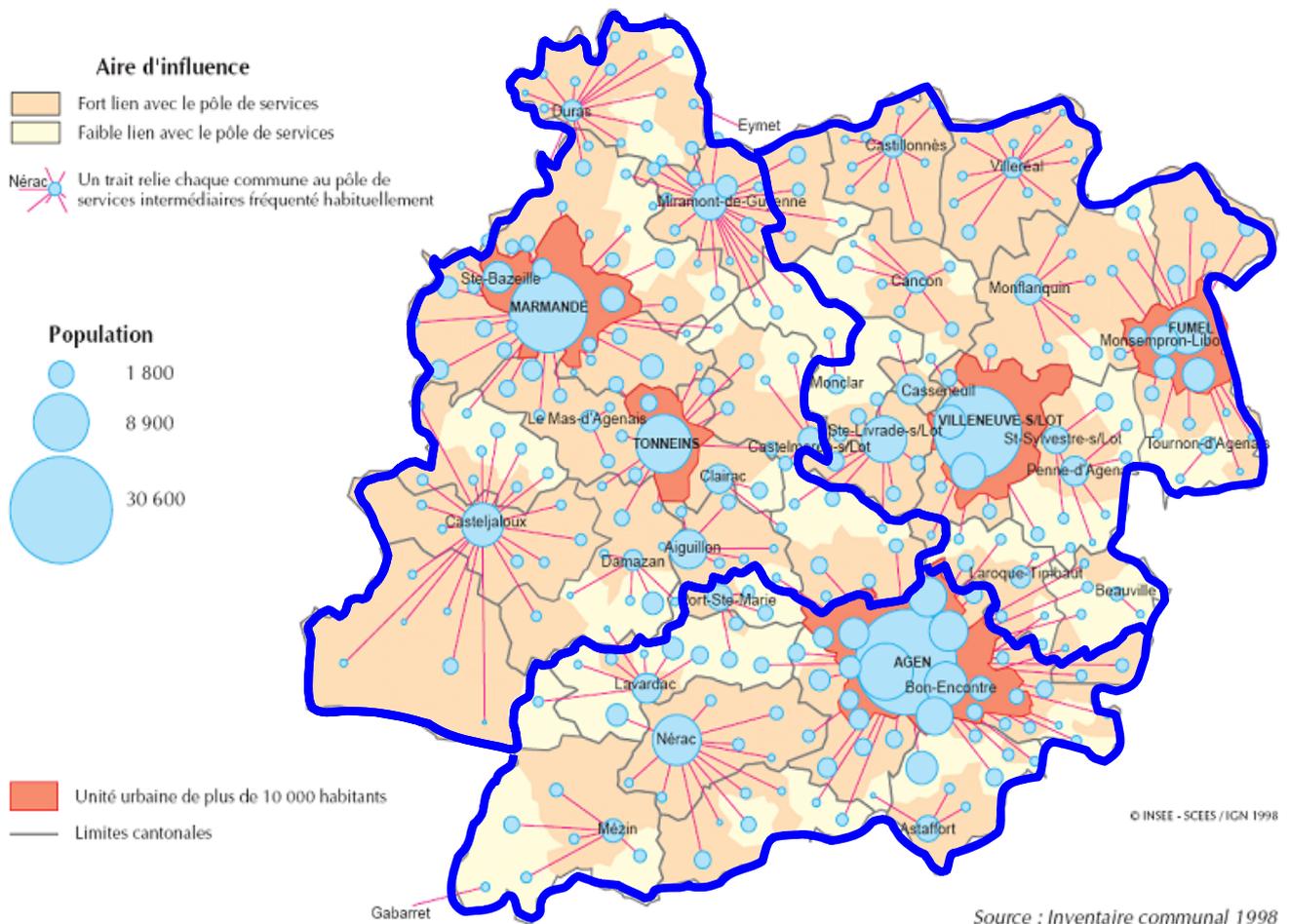
ANNEXE III

Territoires intermédiaires de santé S.R.O.S. 3 et pôles de services généraux

Le territoire de recours de Lot-et-Garonne, se décompose en trois territoires intermédiaires :

- Le territoire de Marmande au Nord-ouest
- Le territoire de Villeneuve sur Lot au Nord-est
- Le territoire d'Agen au Sud

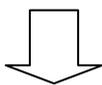
Aires d'influence des pôles de services intermédiaires



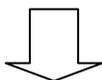
ANNEXE IV

PINCIPALES ETAPES DE L'ELABORATION DU P.M.T.

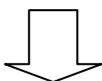
D.D.A.S.S. : en tant que chef de projet, élabore un diagnostic faisant ressortir les forces et faiblesses du territoire de santé de Lot-et-Garonne



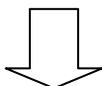
CONFERENCE SANITAIRE DE TERRITOIRE :
identifie les priorités départementales à partir de ce diagnostic



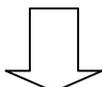
GROUPE DE TRAVAIL : un groupe de travail composé d'institutionnels et d'acteurs locaux pour chaque thème valide le diagnostic et fait des propositions d'organisation territoriale



CONFERENCE SANITAIRE DE TERRITOIRE : à partir de ces propositions, la conférence propose des actions concrètes à mettre en œuvre



ARH : validation en commission exécutive



D.D.A.S.S. : évalue les actions