



**ADAPTER L'OFFRE DE SOINS D'UN CENTRE DE POSTCURE
POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DE
L'ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES ALCOOLIQUES**

Cécile DANIEL

2010

cafdes



Sommaire

Introduction	1
1. L'accompagnement de personnes alcoolodépendantes au Centre de postcure VIRAC: un projet thérapeutique singulier.....	3
1.1 Un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation en alcoologie	3
1.1.1 L'association gestionnaire : acteur historique de l'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool.	3
1.1.2 Le Centre de postcure, dernier maillon de l'hospitalisation	4
1.1.3 Un public souvent marqué par la précarité	6
1.1.4. Une équipe pluridisciplinaire pour un accompagnement médico-psycho-social..	10
1.1.5. L'établissement dans son environnement : le territoire de santé.	13
1.2. Analyse et diagnostic du projet de soins	14
1.2.1. Le projet thérapeutique : regard sur ses spécificités	14
1.2.2. Une efficacité en demi-teinte : de nombreuses rechutes au terme du séjour.....	18
1.2.3. Analyse des causes : énoncé de quelques hypothèses.....	19
1.2.4. La régionalisation du recrutement, une injonction des financeurs.....	21
1.2.5. Absence d'un continuum entre les différentes prises en charge	22
2. Comprendre la maladie alcoolique pour améliorer la qualité de l'accompagnement.....	22
2.1 La maladie alcoolique et les conduites d'alcoolisation.....	22
2.1.1. Une définition française.....	22
2.1.2. Un trouble progressif : du risque à la dépendance.	23
2.2. L'alcoolisme, un problème de santé publique majeur.....	24
2.2.1. Une réalité sanitaire	25
2.2.2. Une réalité sociale.....	25
2.3. Evolution des politiques publiques du secteur	25
2.3.1. Histoire de l'alcool	25
2.3.2. Les années 2000 : l'émergence d'une politique volontariste.....	26
2.4. Les traitements des troubles de l'alcoolisation.	29
2.4.1. Les résultats des traitements, les degrés d'une rémission.....	29

2.4.2. Le processus du changement : petite révolution, grande révolution.	30
2.4.3. Les acteurs du soin au service du changement.	31
2.5. La diversité des prises en charge et le maillage territorial comme facteur d'amélioration du projet thérapeutique individuel.	37
2.5.1. Projet de vie, projet individuel	37
2.5.2. Une étude de l'ANPAA* Ardèche : état des lieux du dispositif alcoolique du département.	37
2.5.3. La modulation de la durée du séjour pour une réponse de proximité	40
2.5.4. La filière de soins : un outil pour une prise en charge globale graduée.	41
2.5.5. Le réseau de santé : un lien entre médecine de ville et hôpital.	43
3. Adapter l'offre de soins et l'inscrire dans un réseau territorial afin de réduire les risques de rechute.	47
3.1. Conduire le changement.....	48
3.1.1. Une identité claire et partagée par tous	48
3.1.2. La nécessité du changement	50
3.1.3. Coût de la conduite du changement.....	51
3.1.4. Les outils du management au sein de l'établissement.	52
3.2. Adaptation de l'offre de soins du SSR* VIRAC : diversifier les modalités de séjour afin de répondre aux besoins des usagers du territoire.....	53
3.2.1. Le séjour de rappel	54
3.2.2. Le séjour de 2 mois.....	57
3.3. Création d'une filière de soins en alcoologie sur le territoire de santé.	62
3.3.1. Choix d'un territoire pertinent et identification des acteurs de la filière	63
3.3.2. Définition des complémentarités et des besoins de chacun des acteurs.....	64
3.3.3. Modalités de mise en place de la filière	67
3.3.4. Financement de la filière.....	70
3.3.5. Evaluation de la filière	70
3.3.6. Calendrier de mise en place de la filière	71
3.4. Mise en place d'un Réseau de santé	71
3.4.1. L'expérience du réseau départemental de la Savoie.....	72
3.4.2. Définition d'un territoire pertinent	73
3.4.3. Définition des acteurs du réseau.....	73
3.4.4. Modalités de fonctionnement du réseau	74
3.4.5. Des outils à la hauteur des objectifs du réseau	75
3.4.6. Le financement du réseau.....	77
3.4.7. L'évaluation : une condition du financement.....	78
3.4.8. Calendrier de mise en place du réseau.....	79

3.5. Incidence du projet sur l'établissement.....	79
3.5.1. Incidence sur le projet d'établissement.....	79
3.5.2. Incidence budgétaire	79
Conclusion.....	80
Bibliographie	I
Liste des annexes	III

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ANAES : Agence Nationale
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agencé Régionale de la Santé
ASSEDIC : Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
CA : Conseil d'Administration
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST : Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes
CSTS : Conseil Supérieur du Travail Social
DAF : Dotation Annuelle de Financement
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS : Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTD : Direction Territoriale Départementale
ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
ETP : Equivalent Temps Plein
ESPIC : Etablissement de Santé privé d'intérêt Collectif
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne à but non lucratif
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HAS : Haute Autorité de Santé
HELP.AM : Hôpitaux et Etablissements locaux de proximité d'Ardèche méridionale
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMSI : Programme de Médicalisation des systèmes d'information
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
RECAP : Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RSA : Revenu de Solidarité Active
SROS : Schéma Régional d'Organisation sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification à l'Activité
URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

Le centre de postcure VIRAC accueille depuis plus de vingt ans des patients alcoolodépendants après sevrage. Autour d'un accompagnement médico-psycho-social chaque patient est encouragé à être acteur du soin. Ainsi, le projet thérapeutique prend appui sur le patient lui-même.

L'engagement dans les soins est en effet essentiel, les personnes accueillies ont pour beaucoup d'entre elles déjà fait l'expérience de traitements variés pour tenter d'enrayer le besoin de consommer. Mais la consommation alcoolique semble être l'unique solution qu'ils aient pu donner en réponses à différents conflits externes et internes. En ce sens l'alcoolisation peut-être considérée comme un symptôme et il importera de travailler sur les causes profondes de ce mal être en vue de la reconstruction de la personne. Un accompagnement au long court sera souvent nécessaire.

La haute autorité de santé, responsable de la certification des établissements sanitaire, reconnaît que l'accompagnement est particulièrement adapté aux patients accueillis.

Toutefois, certains médecins de notre territoire de santé expriment des difficultés pour orienter leurs patients vers notre établissement du fait de la durée de séjour qui met un frein à un engagement dans le soin déjà délicat. En outre, l'agence régionale de la santé qui finance l'établissement souhaite que le centre s'inscrive davantage dans l'offre de soins régionale et augmente son recrutement régional.

Depuis ma prise de fonction, il y a quatre ans, j'ai travaillé pour la reconnaissance de l'établissement, qui bien que disposant d'un projet thérapeutique pertinent souffrait d'un déficit d'image. J'ai donc œuvré pour l'ouverture de l'établissement en direction des instances politiques du secteur et des professionnels. Le centre a ainsi gagné en notoriété et s'est inscrit dans les orientations du schéma régional de l'offre de soins. Il répond aux exigences législatives, tant sur le plan de sa catégorie sanitaire, encadrée par les décrets du 17 avril 2008 qui viennent définir les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, que sur celui de sa spécialité.

Il met par ailleurs en œuvre les préconisations de la loi du 4 mars 2002 dite de démocratie sanitaire qui place la personne hospitalisée au centre du dispositif hospitalier.

Pour autant, je constate que malgré ces avancées nous peinons toujours à répondre aux besoins territoriaux. Je déplore de surcroît un nombre encore conséquent de rechute après la sortie malgré un séjour de trois mois et un travail psycho-social accru.

Ce mémoire aura pour objet de proposer la mise en œuvre d'un plan d'action qui permettra d'offrir un projet de soin adapté aux besoins des patients du territoire et de mettre en place les coopérations nécessaires à un étayage fort en amont et en aval du séjour à VIRAC afin de réduire les risques de rechute alcoolique.

Après avoir présenté les caractéristiques de l'établissement et analysé son projet de soins dans une première partie, nous étudierons les principes de la maladie alcoolique, son évolution et les diverses modalités des prises en charge existantes. Puis, prenant appui sur le diagnostic et sur les connaissances actuelles de la pathologie alcoolique nous présenterons dans une troisième partie un plan d'action visant à améliorer la continuité de l'accompagnement de personnes malades alcooliques.

Nous développerons ainsi l'adaptation des modalités actuelles du séjour par la création d'un séjour de rappel et d'un séjour de postcure plus court. Nous proposerons ensuite la mise en place d'une filière et d'un réseau de soins en addictologie sur le territoire de santé de l'établissement.

1. L'accompagnement de personnes alcoolodépendantes au Centre de postcure VIRAC: un projet thérapeutique singulier.

1.1 Un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation en alcoologie

1.1.1 L'association gestionnaire : acteur historique de l'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool.

La Croix Bleue a été créée en 1877 en Suisse puis s'est étendue à l'ensemble de l'Europe dont la France en 1883. Son fondateur n'était pas dépendant de l'alcool et le premier comité directeur comptait vingt-trois membres dont un seul était un ancien alcoolique. Chacun des membres prenait l'engagement de ne pas consommer de boissons alcooliques.

En France, Pierre Barbier, ancien buveur, avec Lucy Peugeot, membre solidaire, fondèrent le premier groupe Croix Bleue.

Ce mouvement s'inscrivait dans le droit fil des sociétés de tempérance apparues quarante ans auparavant dans les pays anglo-saxons.

L'association est déclarée en préfecture de Paris en 1904 et reconnue d'utilité publique en 1922.

➤ Ses objectifs :

Clairement définis dans les statuts : l'association a pour objet d'aider des personnes alcooliques à sortir de l'état de dépendance, de favoriser leur guérison et de conduire des actions de prévention contre l'alcoolisme.

➤ Ses valeurs :

Considérer la personne dans sa globalité en tenant compte de ses dimensions physique, psychologique et existentielle.

➤ Sa méthode :

L'engagement d'abstinence et le témoignage des bénévoles, le recours à des professionnels dans les centres de SSR*.

L'engagement d'abstinence se concrétise par un écrit, cosigné de celui ou celle qui souhaite rompre avec l'alcool et de la personne désireuse de l'aider : ce qui permet d'acter cette décision.

L'engagement et le témoignage des bénévoles concernent celles et ceux qui souhaitent se mettre au service de l'Association en participant notamment à la vie de la section locale.

Le recours à des professionnels : dès 1962, considérant les grandes difficultés physiques et psychologiques des personnes souffrant de l'alcool, la Croix Bleue s'enrichit par la création de centres de SSR*.

➤ Ses moyens :

La Société Française de la Croix Bleue est une association nationale structurée en régions et sections. Elle dispose également de quatre établissements sanitaires spécialisés en alcoologie.

Les bénévoles se rassemblent dans des locaux, des lieux de vie appelés sections. Elles sont des lieux de partage, d'écoute, d'information et d'apprentissage d'une vie sans alcool. 84 sections fonctionnent actuellement.

Les établissements sanitaires sont répartis sur le territoire : deux dans le département du Pas de Calais, un dans le Morbihan et un en Ardèche, dont j'assume la direction.

Le siège social est situé à Paris. Il organise le fonctionnement associatif et facilite la mise en application des orientations et décisions prises par ses instances : l'assemblée générale, le conseil d'administration, le bureau et les différentes commissions techniques.

Les directeurs rencontrent chaque trimestre la commission des centres, émanation du conseil d'administration, dont le président national assure directement le fonctionnement. Cette rencontre permet aux trois directeurs d'échanger sur leurs pratiques avec les membres de la commission, de rendre compte de l'activité de chaque établissement et de faire le point sur les projets en cours. La commission des centres est donc l'interface entre les directeurs et le conseil d'administration. Elle a mandat du conseil d'administration pour transmettre les orientations de la politique associative aux directeurs et pour se prononcer sur les documents financiers et budgétaires annuels.

Le conseil d'administration est composé de 15 membres, dont certains sont d'anciens malades alcoolique, d'autres sont retraités ou salariés du secteur sanitaire ou médico-social.

La commission des centres est constituée de 4 membres dont le président et la trésorière.

1.1.2 Le Centre de postcure, dernier maillon de l'hospitalisation

Le centre de postcure de Virac est un établissement sanitaire de SSR* privé participant au service public hospitalier (PSPH*), devenu ESPIC* avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST*).

Il est situé en région Rhône-Alpes, dans le sud Ardèche sur la commune de Labastide de Virac, dans la garrigue surplombant les gorges de L'Ardèche. L'établissement est installé dans une ancienne ferme ardéchoise, léguée en 1985 par la famille ROUME, sensible aux valeurs de l'association.

Ouvert depuis le 1er janvier 1987, le centre de Virac reprenait la suite du centre des Freyguières, près de Marseille, qui accueillait une population masculine depuis 1963. Agréé pour une capacité de 23 lits à l'ouverture, le centre est passé au fil des ans à une autorisation de 30 lits.

L'équipe d'accompagnement essentiellement éducative dans les premières années de fonctionnement s'est peu à peu enrichie. Ainsi, tour à tour, le temps infirmier s'est accru, des aides-soignantes, une psychologue, une conseillère en économie sociale et familiale, et un éducateur sportif en activités physiques adaptées sont venus l'étoffer. Elle est aujourd'hui pluridisciplinaire et comprend 27 salariés pour 20 ETP*. Des infirmiers sont présents 24h/24.

L'activité du centre de Virac s'inscrit dans le schéma régional de l'offre de soins (SROS* 2007-2010) révisé en juillet 2009.

Le budget de fonctionnement de l'établissement est assuré par une Dotation Annuelle de Financement versée par l'Agence Régionale de la Santé (ARS*), par le produit des forfaits journaliers et par des produits annexes (chambres particulières...)

➤ Un établissement de santé singulier

L'établissement est peu médicalisé, le projet thérapeutique met l'accent sur l'autonomisation et considère le résident acteur de sa guérison. Alors que le patient subit un traitement¹, le résident demeure dans un lieu et met en œuvre son « traitement ». Bien plus qu'un établissement de santé, la durée de séjour fait de la structure un lieu de vie où le résident va se reconstruire. En octobre 2009, le centre est certifié par la Haute Autorité de Santé (HAS*) qui met en avant l'application des valeurs éthiques de l'association gestionnaire au respect de la dignité du patient (patient-résident acteur de sa guérison, écoute attentive et bienveillante de la part des professionnels, compétences professionnelles adaptées aux besoins des patients) et l'adéquation de la prise en charge à l'évolution des besoins des patients traités².

L'établissement propose un projet de soins qui vise à :

- Accueillir les buveurs en grande difficulté au sortir d'un sevrage ou d'une cure.
- Consolider l'abstinence dans un milieu protégé, au cours d'un séjour de 90 jours, prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.

¹ Définition Petit Larousse

² Annexe 1 : Extrait du rapport de certification

- Assurer un suivi médical, un accompagnement psychothérapeutique individuel et collectif, un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale.

Nous verrons par la suite que la démarche de soins de la personne alcoolique passe tour à tour du centre hospitalier, très médicalisé, où seule la question médicale est abordée, à des établissements intermédiaires, éventuellement, où la question sociale est posée mais sans temps nécessaire pour l'approfondir. Le Centre de Postcure VIRAC dernier maillon de l'hospitalisation peut poursuivre les soins et mettre en place une véritable stratégie d'accompagnement social.

1.1.3 Un public souvent marqué par la précarité

Bien que les politiques publiques sanitaires et médico-sociales préconisent désormais une prise en charge globale des addictions, nous traiterons ici de la seule addiction à l'alcool, l'expérience de l'établissement et le public accueilli restant encore en majorité liés à l'alcoolisme.

Nous comptons environ 145 admissions par an. En 2009, 68% des patients terminent le séjour, la durée moyenne du séjour est de 71 jours. La rigueur du programme thérapeutique, concrétisée par un contrat de soins qui vise à la réadaptation à une vie sans alcool et à l'apprentissage d'une hygiène de vie équilibrée explique que certains quittent la structure de manière prématurée. Par ailleurs, la plupart des départs volontaires s'effectuent dans la première quinzaine, période repérée comme un temps d'essai, diminuant de manière significative la durée moyenne de séjour.

L'admission d'un patient est prononcée après examen d'un dossier, comprenant une partie administrative et sociale, une lettre de motivation et une partie médicale.

Le psychologue et le médecin visent le dossier, je le valide ensuite et donne mon accord.

Un courrier stipulant le refus d'admission ou l'acceptation avec la date d'entrée est envoyé à l'intéressé et à la personne ayant instruit le dossier. Les motifs de refus sont toujours d'ordre médical en rapport avec nos limites d'accompagnement vis-à-vis de certaines pathologies associées.

En 2009, 59% des admissions ont lieu en transfert direct depuis un autre établissement hospitalier, tandis que 41% proviennent directement de leur domicile.

Les motifs de « non entrée » d'une admission programmée sont toujours en lien avec les délais d'admission et l'absence de continuité des soins.

On constate en effet que les délais d'admission ne permettent pas toujours d'assurer une continuité entre les divers modes de prise en charge. Nombre de patients ont du mal à

maintenir une abstinence entre le sevrage et la postcure. Le sevrage étant le préalable à l'admission, un passage par l'hôpital s'impose donc à nouveau.

L'admission en soins de suite constitue une démarche volontaire. Contrairement à d'autres maladies, dans la pathologie alcoolique la motivation reste le facteur principal de guérison.

➤ Cursus de soins précédant la postcure

L'entrée en postcure à VIRAC constitue pour 36% des patients accueillis une deuxième ou une troisième démarche de soins, ce qui signifie qu'ils ont effectué deux ou trois sevrages et/ou cures avant leur admission à VIRAC. On note également une augmentation régulière des patients entrant après 5 séjours et plus. Cette progression semble s'effectuer au préjudice d'une diminution des patients entrant dans une première démarche de soins. La multiplicité des parcours que nous remarquons ici vient suggérer la complexité de la maladie alcoolique et la durée souvent importante du soin. Nous développerons ces aspects dans le chapitre suivant.

Nombre de cures préalables en %

	2007	2008	2009
0	6	13	3
1 à 2	42	42	36
3 à 4	33	25	31
5 et PLUS	19	20	30

➤ Profil sociodémographique des patients accueillis

L'âge moyen et l'état civil des patients évoluent peu. La moyenne d'âge reste de 45 ans avec une proportion importante pour la classe d'âge des 35/45 ans, les patients célibataires (49%) et les patients divorcés (36%) représentent une majorité sur les quatre dernières années.

Depuis 2006 nous constatons un changement au niveau du statut professionnel avec une augmentation régulière du nombre de salariés (de 23% en 2006 à 31% en 2009) et une diminution du nombre de patients aux ASSEDIC* (de 33% en 2006 à 14% en 2009). Le nombre d'allocataires du RMI*/RSA* reste quant à lui stable et représente en 2009 26% du public accueilli. Enfin, les patients percevant l'AAH* ou une pension d'invalidité constituent 17% du public accueilli en moyenne sur les 4 ans.

L'étude comparative de ces données avec les indicateurs sociaux régionaux permet de mettre en lumière les caractéristiques du public accueilli au sein de l'établissement.

Ainsi, les statistiques réalisées par la DRASS* sur les prestations d'interventions sociales au 01/01/08 montrent que la région Rhône Alpes se situe en deçà de la moyenne nationale en ce qui concerne le nombre d'allocataires de l'AAH et du RMI. Les départements de l'Ardèche et de la Drôme, avec un nombre d'allocataires supérieur à la moyenne régionale, restent proches de la moyenne nationale.

Ces indicateurs comparés à ceux de l'établissement révèlent en outre une concentration du nombre d'allocataire de l'AAH* et du RMI* parmi le public accueilli.

Par ailleurs, les statistiques 2007 élaborées par l'OFDT* (observatoire français des drogues et des toxicomanies) dans son indicateur RECAP* (recueil commun sur les addictions et les prises en charge) concernant les CCAA*, donnent 132 allocataires du RMI pour 1000 personnes reçues, et 45 allocataires de l'AAH pour 1000.

Ces chiffres mettent, là encore, en exergue non seulement la fragilité sociale de la population dépendante alcoolique globale mais encore permettent de vérifier le repérage de l'établissement pour un public très marqué socialement. Un séjour de trois mois semble en effet plus favorable au travail de réadaptation souvent nécessaire pour cette population, tandis que certains patients insérés professionnellement et familialement y voient plus volontiers un frein.

Concernant le type de logement occupé on note une augmentation du nombre de patients ayant un domicile propre (de 56% en 2007 à 68 % en 2009), une stabilité du nombre de patients en hébergement social (14% en 2009), ou chez un membre de la famille(15%), et une diminution de personnes sans domicile fixe (3% en 2009).

En 2007, une analyse relative au niveau d'étude et au métier d'origine des patients accueillis montre que 20% d'entre eux n'ont aucun diplôme, 50% détiennent un CAP, 7% un BEP, 9% un BAC et 14% ont suivi des études supérieures.

Le corps de métier le plus représenté s'avère être le bâtiment qui représente 33% des patients accueillis, suivi du secteur de la restauration avec 13%.

Au cours du séjour, nombre de patients émettent le souhait de se réorienter, soit pour fuir un milieu qu'ils considèrent comme potentiellement dangereux au regard de la prégnance de l'alcool, soit parce qu'ils ne se sentent plus à même de l'assurer. De surcroît, avec l'arrêt de l'alcool renaît le désir de trouver un emploi chez ceux qui en sont dépourvus. Ce constat m'a conduite à impulser une réflexion quant à la mise en place d'une activité visant à la réorientation professionnelle, activité débutée fin 2009, grâce à l'obtention d'une augmentation du temps de la Conseillère sociale.

➤ Origine géographique du recrutement

Le recrutement est national. En 2009, 36% des patients sont originaires de la région parmi lesquels 15% des départements de la Drôme et de l'Ardèche (territoire de santé), 28% des régions limitrophes (08% de Languedoc Roussillon, 20% de Provence Alpes Côte d'Azur), et 36% d'autres régions. Ces proportions restent proches de celles des années antérieures.

Or, l'étendue du recrutement n'est pas sans poser de problèmes, tant au regard de la qualité de la prise en charge qu'à celui du financeur.

En effet, du point de vue de la qualité de la prise en charge, je constate que cela ne permet pas toujours de faire le lien avec le médecin prescripteur du soin, qu'il soit libéral ou hospitalier, ce qui a parfois pour effet de recevoir des patients mal préparés, surpris de l'accompagnement proposé, découvrant le règlement de fonctionnement³ et le lieu de séjour, quelque peu isolé. Ce décalage donne lieu soit à des ruptures de séjour précoces soit à un temps d'adaptation plus long, préjudiciable à la mise en place du travail thérapeutique.

Qui plus est, la préparation à la sortie s'en trouve également complexifiée pour les patients en recherche de logement et/ou de mise en place d'un accompagnement socioprofessionnel. Pour autant je note que l'éloignement est quelquefois vécu comme nécessaire et choisi par le patient, la mise à distance géographique intervenant alors comme facteur du soin.

➤ Déroulement du séjour

Sur 136 résidents sortis en 2009, 92 ont effectué un séjour complet ; 26 ont mis un terme au soin prématurément, 3 ne sont pas revenus après une sortie thérapeutique, 8 ont été renvoyés pour des motifs disciplinaires (non respect du règlement de fonctionnement, agressivité et violence notamment), 4 ont été hospitalisés sur un centre hospitalier général pour un problème médical ne pouvant être pris en charge sur l'établissement, 3 ont été renvoyés suite à une ré-alcoolisation.

Seules les exclusions après une ré-alcoolisation ont évolué de manière significative depuis 4 ans, elles passent en effet de 15 en 2006 à 3 en 2009.

Une ré-alcoolisation constitue toujours une rupture du contrat de soins, puisque le patient s'engage au travers de celui-ci à ne pas consommer d'alcool pendant la durée du séjour. L'équipe doit alors se positionner pour l'élaboration d'un deuxième contrat de soins ou pour une exclusion. C'est précisément cette posture qui a changé et non le nombre de ré-alcoolisations qui reste plutôt stable.

³ Annexe 2 : Règlement intérieur des résidents

Depuis 2 années, avec le soutien de la psychologue de l'établissement nous avons conduit une réflexion qui nous permette d'aller vers un accompagnement plus individualisé. Aujourd'hui, face à une rechute alcoolique, l'équipe se positionne différemment et prend davantage en compte le parcours de la personne, son évolution dans le séjour, et tente d'apercevoir si la rechute peut représenter un tremplin pour la poursuite du soin. L'exclusion n'est donc plus systématique.

1.1.4. Une équipe pluridisciplinaire pour un accompagnement médico-psycho-social

L'accompagnement thérapeutique s'organise autour de trois axes: médical, psychologique et socio-éducatif, sa mise en œuvre nécessite une équipe pluridisciplinaire. Cette dernière constitue 5 secteurs d'activité qui fonctionnent en interactions⁴.

➤ Accompagnement médical et paramédical :

L'augmentation de la médicalisation accordée en 2009 à l'établissement a permis de rehausser le temps médical de 0.3 ETP*. Le **médecin généraliste** alors en poste est passé de 0.2 à 0.3 ETP*.

Dans l'idée de favoriser les partenariats avec notre Centre Hospitalier de référence, qui effectue des sevrages, j'ai sollicité son directeur pour une mise à disposition de 0.2 ETP* d'**addictologue**. Conscient du manque de passerelles entre nos deux établissements, ce dernier a accepté. La mise à disposition devait débuter en Juin 2010, mais a pris du retard suite aux difficultés de recrutement rencontrées par l'hôpital. Un médecin devrait prochainement être présent sur l'établissement 4 jours par semaine.

Dans le même temps l'équipe infirmière est passée de 2.1 ETP* à 5.3 ETP* pour **8 infirmiers**, ce qui permet désormais une présence infirmière 24 heures/24, 7 jours/7.

Devant la généralisation des co-morbidités somatique ou psychique la continuité des soins devenait en effet une nécessité. Elle permet ainsi de garantir la sécurité des soins et d'élargir le recrutement à certaines personnes souffrant de pathologie jusqu'alors contre indiquées pour l'admission (diabète insulino-dépendants, prise de traitement de substitution, affaiblissement important de l'état général nécessitant une surveillance...).

Une présence infirmière continue étant désormais obligatoire pour les établissements SSR, cette augmentation nous a permis de répondre à la fois aux exigences de la HAS*

⁴ Annexe 3 : Organigramme fonctionnel et hiérarchique

pour être certifié et à celles du décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation⁵.

En outre, lors du passage aux 35h, l'établissement s'est pourvu d'**aides-soignantes**. A l'heure actuelle nous disposons de 1.4 ETP*. L'aide soignante joue un rôle important dans le réapprentissage d'une hygiène de vie équilibrée, elle est référente des résidents en 1^{er} mois de séjour.

➤ Accompagnement Socio-éducatif/ Réadaptation-Rééducation

Acteurs historiques de l'accompagnement, l'établissement emploie **3 moniteurs d'ateliers**, tous professionnels dans leur secteur, ils ont été artisan ou ont travaillé dans l'industrie avant de s'investir auprès de personnes malades alcooliques. Ils se sont donc formés à l'accompagnement dans le cadre de la formation continue et animent trois ateliers de réadaptation : menuiserie, jardinage et ferronnerie. Ils sont également investis dans d'autres activités telles que découverte du travail du cuir, apprentissage de la photographie et prochainement initiation à l'outil informatique.

Une Conseillère en Économie Sociale et Familiale est présente sur l'établissement 3 jours et demi par semaine.

Souvent en rupture sociale, familiale et affective, il est fréquent que la personne alcoolique se soit repliée sur elle-même, et enfermée dans un monde clos. La fonction de la conseillère sera donc de proposer un accompagnement au résident, de l'orienter et de le soutenir dans ses recherches et ses démarches, qu'elles soient administratives, judiciaires ou professionnelles. Elle proposera également une aide pour la recherche de logement ou encore un apprentissage à la gestion d'un budget.

En 2008, faisant le constat de la diminution de l'aptitude physique des patients accueillis, j'ai fait le choix de redéployer une partie du poste d'un moniteur d'atelier parti en retraite pour embaucher **un éducateur sportif en Activité Physique Adaptée**. Présent 2 matinées par semaine, il travaille en lien avec le médecin afin d'adapter des activités en fonction des difficultés physiques (problème d'équilibre, gêne respiratoire, polynévrites...) de chacun des patients. L'éducateur propose aux résidents, différents petits exercices susceptibles de remettre en activité et/ou de remuscler certaines parties du corps.

⁵ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ;

Deux veilleurs de nuit assurent la sécurité et veillent au repos des résidents, ils restent disponibles pour les patients en démarche et/ou en difficulté, assurant ainsi une fonction éducative. L'infirmier présent la nuit depuis juin 2009, garantit, lui, la permanence des soins.

➤ Accompagnement psychologique

La psychologue, présente 28h par semaine au sein de l'établissement, intervient de différentes manières. Elle anime des groupes de paroles une fois par semaine pendant toute la durée du séjour, et propose un accompagnement individuel pour les patients qui le souhaitent.

En lien permanent avec l'équipe, la psychologue participe aux réunions au cours desquelles elle transmet certaines informations qu'elle juge importantes et susceptibles d'éclairer l'équipe soignante sur le fonctionnement psychique des patients. La psychologue a une fonction d'étayage pour l'équipe.

➤ Service Logistique

Les services logistiques comprennent, un cuisinier, deux agents hôteliers et un agent technique. Outre leurs fonctions d'agents généraux, ils interviennent auprès des résidents dans le cadre du projet thérapeutique. Ainsi, durant le premier mois de séjour les résidents participent aux tâches de la vie journalière. C'est dans ce contexte que cuisinier, agents hôteliers et agent technique les accompagnent vers la redécouverte des gestes de la vie quotidienne.

➤ Service administratif et Direction

Le service administratif est assuré par une secrétaire et un secrétaire comptable. J'assume la responsabilité de la direction. Un adjoint à la direction supplée à mes absences s'il y a lieu. Il a une fonction hiérarchique de cadre intermédiaire. Il est en parallèle responsable de la gestion des risques (sécurité des patients, du personnel et de l'environnement) et de l'amélioration de la qualité.

L'équipe est par ailleurs renforcée par l'intervention de personnels extérieurs, avec d'une part, sur un plan thérapeutique, la participation d'un prestataire en activités artistiques qui intervient 6h par semaine, et d'autre part l'implication de personnels mis à disposition par le groupement de coopération sanitaire auquel l'établissement adhère.

En effet, sous l'impulsion de la DDASS*, j'ai proposé en 2007, au conseil d'Administration l'implication de l'établissement au groupement de coopération sanitaire des hôpitaux et établissements locaux de proximité d'Ardèche méridionale (HELP.AM) alors en construction. Avec l'aval du CA*, le centre est depuis membre fondateur du GCS* de

moyens et bénéficie dans ce cadre de la prestation d'un ingénieur qualité, indispensable dans un contexte d'établissement sanitaire, d'une infirmière hygiéniste un jour par quinzaine, d'un responsable des systèmes d'information et d'organisation, et d'un responsable des achats.

Les personnels mis à disposition par le GCS* permettent à l'établissement de répondre aux différentes exigences sanitaires malgré sa taille certes critique, mais néanmoins pertinente au regard du type de prise en charge. Dès lors, je suis persuadée que le GCS contribue à la pérennité de la structure.

Sur un plan organisationnel, le psychologue et le médecin, en plus de leur fonction soignante, s'appliquent à travailler en lien permanent et en bonne intelligence avec les intervenants.

Le secteur socio-éducatif et le secteur paramédical constituent ensemble un élément essentiel de la prise en charge des patients dans le cadre du projet thérapeutique.

En lien avec le conseil d'administration, je coordonne l'ensemble des secteurs et donne les orientations politiques.

1.1.5. L'établissement dans son environnement : le territoire de santé.

Bien que n'étant pas parmi les régions françaises les plus touchées par l'alcoolisme, la région s'est dotée d'un panel de structures permettant une prise en charge quasi complète du patient alcoolique. On dénombre en effet des lits d'hospitalisation complète, des structures ambulatoires, des établissements de sevrage, cure et postcure proposant des durées de séjour variables. Le Centre de Virac est néanmoins le seul à proposer un séjour de trois mois en SSR*.

Le SROS* repère toutefois un manque de place en hospitalisation partielle, en SSR* et de réadaptation pour personnes addictives souffrant de troubles cognitifs au premier plan, et des difficultés dans la prise en charge du public en situation de précarité.

Enfin, notons que la législation relative aux établissements de SSR* pointe désormais la nécessité de l'accompagnement à la réinsertion sociale, professionnelle et familiale, tandis que la loi HPST* vise une meilleure articulation de la prévention, des soins de ville, du sanitaire et du médico-social. Or, aucun maillage fonctionnel n'existe à l'échelle du territoire de santé ou de la région, ce qui ne favorise ni l'articulation des divers modes de prises en charge, ni la qualité des soins due à l'utilisateur.

1.2. Analyse et diagnostic du projet de soins

1.2.1. Le projet thérapeutique : regard sur ses spécificités

➤ Un projet de soins qui s'inscrit dans un contexte réglementaire :

Conformément à la circulaire DHOS*/02/2008/299 du 26 septembre 2008, relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, le centre met en œuvre un projet thérapeutique visant à prévenir et réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques et sociales des personnes ayant une conduite addictive et de promouvoir leur réadaptation. Il remplit les conditions particulières de prise en charge des affections liées aux conduites addictives telles que précisées par le décret SSR du 17 avril 2008.

Le centre de Virac constitue une : « Étape importante de la prise en charge résidentielle des patients après les soins aigus pour consolider l'abstinence... » telle que prévue par la circulaire du 16 mai 2007, relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

➤ Un projet de soins qui prend appui sur une démarche scientifique et clinique

Nous utilisons de nombreuses médiations dans le cadre des activités thérapeutiques que nous proposons aux patients. Toutefois, pour que ces médiations permettent l'évolution de la problématique, il faut qu'elles correspondent à la psychopathologie alcoolique. Il est donc nécessaire que les interventions des soignants aient une base théorique et clinique, c'est la condition qui justifiera leur aspect thérapeutique.

Ainsi, en accord avec les recommandations de la conférence de consensus des 7 et 8 mars 2001 sur les « modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après sevrage »⁶, l'établissement met en œuvre un projet de soins qui prévoit un soutien psychologique, des ateliers thérapeutiques et des moyens socio-éducatifs. La durée du séjour s'inscrit dans le cadre des soins requis pour « des patients dépendants, en échec de tentatives ambulatoires, relevant d'un suivi médical et social au long cours, pour des personnes présentant des manifestations cliniques de co-morbidités somatiques ou psychiatriques graves. »⁷

⁶et⁷ ANAES, SFA, Conférence de consensus, Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après sevrage, mars 2001, Cité des sciences et de l'industrie-Paris, 34p.

➤ Présentation du projet de soins

Le centre de postcure de Virac⁸ s'adresse à des hommes qui reconnaissent que l'alcool est un problème et qui ont fait l'expérience d'une difficulté pour le résoudre. Sortir de l'alcool exige un investissement personnel. Nous considérons donc que la participation active du patient est nécessaire.

Les objectifs du séjour :

Proposer un accompagnement médical, social et psychologique de réadaptation pour favoriser le retour à l'autonomie et :

- Se restaurer physiquement et psychiquement et rompre avec l'alcool,
- Reconstituer et accepter sa propre histoire pour retrouver son identité et donner un autre sens à sa vie,
- Reprendre confiance en soi et favoriser la réadaptation à une vie sociale,
- Rétablir des relations en bonne intelligence avec son entourage et être acteur de son projet de vie,
- Impulser la réinsertion socioprofessionnelle et préparer le retour à domicile.

Les Moyens : le programme thérapeutique⁹

Un travail d'accompagnement thérapeutique individuel et de groupe au quotidien. Le séjour s'organise en trois périodes de trente jours.

Chacune des activités proposées vise à limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

1^{er} mois :

- Reprendre sa vie en main en participant aux différentes activités de réadaptation à la vie quotidienne (lingerie, hôtellerie, entretien, bricolage...),
- Remettre son corps en route par la marche, la réadaptation à l'effort, le travail de rééducation physique en salle, la balnéothérapie,
- Séance d'éducation thérapeutique sur la santé (alcool, cannabis, tabac, traitements psychotropes...),
- Réfléchir sur son parcours dans les groupes de paroles et les entretiens individuels.

2^{ème} mois :

- Reprendre sa vie en main en participant à des ateliers thérapeutiques de réadaptation au travail : atelier menuiserie, ferronnerie, jardinage, créativité.

⁸ Annexe 4 : Plaquette de l'établissement

⁹ Annexe 5 : Planning d'activité des patients

- Activités psychothérapeutiques (groupe de parole, jeux de rôle, atelier senteur...),
- Activités physiques et sportives,
- Séance d'éducation thérapeutique autour de l'hygiène de vie (sommeil, diététique, MST...),
- Atelier de préparation à la réinsertion (apprendre à connaître ses valeurs et ses savoirs pour faire un choix professionnel et définir les étapes pour le concrétiser),
- Sortie thérapeutique à la journée.

3^{ème} mois :

- Suite des activités débutées au deuxième mois, élaboration du projet de vie,
- Sorties thérapeutiques de deux jours à domicile,
- Préparation de la sortie (notamment prendre les rendez-vous social, médical, de suivi de la problématique addictive...).

La prise en charge thérapeutique ne concerne pas l'entourage familial, nous travaillons exclusivement avec le patient.

Cette stratégie thérapeutique n'est pas sans lien avec la situation géographique de l'établissement, et donc avec la possibilité de rompre symboliquement avec l'entourage, et l'environnement. Et surtout elle laisse la possibilité aux résidents d'entamer un véritable travail de réflexion, sous forme de face à face avec eux-mêmes.

➤ Un projet de soins singulier : regard sur ses spécificités

- Durée de la prise en charge.

La durée d'un séjour de soin au sein de notre centre est de trois mois. Le séjour se divise en trois périodes bien distinctes de 30 jours chacune : 1^{er} mois, 2^{ème} mois, 3^{ème} mois.

La première étape, celle du premier mois, concerne l'entame d'une rupture symbolique importante avec l'entourage et l'environnement. C'est aussi le temps du bilan biologique et clinique, de la remise en activité, du début de la restauration du corps et de la restauration narcissique.

Le premier mois est un douloureux face à face avec soi-même, sans alcool, donc sans produit pour fuir la réalité. C'est aussi le mois d'adhésion au sens du parcours qui est proposé¹⁰. C'est le mois de la décision, de l'acceptation de l'abstinence.

Le deuxième mois est celui de la poursuite du travail. Cette seconde étape est davantage orientée vers l'extérieur. Les patients peuvent sortir et recevoir des visites de leur entourage (enfants, épouse, parents, frères et/ou sœurs, amis...).

Le troisième mois permet une continuité dans la réflexion. Les temps libres y sont d'ailleurs plus nombreux.

Cette troisième et dernière étape est celle de la préparation à la sortie et de l'organisation de la suite thérapeutique.

Durant ce troisième temps une ou deux sorties thérapeutiques de deux jours, sont autorisées dans le milieu qui accueillera le patient à sa sortie. Ce va-et-vient entre le centre et l'extérieur permet d'analyser le vécu de chacun et de chercher comment se protéger de l'alcool et/ou de situations trop conflictuelles pour atteindre l'objectif d'une vie autre sans alcool.

La reprise de situations vécues, et des mises en situations réelles ou fictives (jeu de rôle) sont donc proposées aux patients.

Au premier abord, ce parcours thérapeutique de trois mois peut paraître long, (d'autres centres de postcure accueillent leurs patients sur des durées plus courtes), cela nous semble pourtant être un atout thérapeutique capital.

- Situation géographique du centre de postcure.

Une autre des spécificités de la prise en charge concerne la situation géographique de l'établissement.

En effet, le site géographique où se déroule la postcure offre aux patients un éloignement réel. Loin du bruit, de la ville, et bien souvent pour les résidents loin d'un milieu familial, social ou professionnel trop conflictuel, le site est un lieu propice à la réflexion.

Exprimé ainsi, nous voyons bien l'effet escompté de cet éloignement géographique : c'est la possibilité de se séparer de certaines attitudes, comportements et/ou fonctionnements invalidants dont le patient n'aurait pas conscience, pris au jeu de l'alcool, dans un environnement où les règles ne changent plus depuis longtemps.

S'éloigner, c'est prendre le recul nécessaire pour s'apercevoir et voir autrement.

- La remise en activité, le retour à l'autonomie

La dernière spécificité, propre au centre de Virac concerne la remise en activité et l'autonomisation du patient.

En effet, nous visons bien sûr en premier lieu à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et à assurer un suivi médical. Mais nous contribuons aussi, par un programme thérapeutique diversifié, à poursuivre la réflexion personnelle par une aide psychothérapeutique individuelle et collective, et nous favorisons la remise en activité,

¹⁰ Annexe 6 : Contrat de soins et projet individuel

l'autonomisation par un programme socio-éducatif, de vie communautaire, qui permet le réapprentissage des règles de vie sociale (règlement de fonctionnement, contrainte d'horaire (il faut se lever le matin et être à l'heure aux différentes activités, donc organiser l'utilisation du temps...) , contraintes hiérarchiques...).

La personne malade alcoolique s'est souvent repliée sur elle-même, négligeant toutes les tâches de la vie quotidienne. Chaque patient durant le premier mois doit participer à différents « services » (cuisine, salle, entretien, lingerie et bricolage...) afin de retrouver et de se réapproprier les gestes de la vie courante et/ou d'apprendre de nouvelles choses susceptibles d'être réutilisées à l'extérieur.

Il s'agit donc ici de favoriser une reprise de confiance en soi et une meilleure qualité de vie en s'appuyant sur les ressources et les capacités de chacun, dans le but d'acquérir davantage d'autonomie.

Les patients intègrent des ateliers dès le deuxième mois ; les trois ateliers auxquels ils participent, outre leurs différents aspects thérapeutiques, facilitent les échanges et la mobilisation des potentialités des patients.

Chacun doit y retrouver le goût d'une activité et de la créativité tout en s'intégrant dans les limites des lieux et des horaires. Le patient découvre une discipline, et tente de réutiliser un savoir qui lui a été transmis, afin de devenir autonome. Ce mode de fonctionnement pourrait faire penser à une réadaptation à la vie professionnelle.

1.2.2. Une efficacité en demi-teinte : de nombreuses rechutes au terme du séjour.

La conférence de consensus de 2001 sur le thème « modalités d'accompagnement du sujet alcoolodépendant après sevrage » déplore l'absence d'évaluation de l'efficacité du soin proposé. Les publications réalisées sont rares, hétérogènes et sans similitude des procédures.

« L'évaluation du résultat doit porter sur le malade dans sa globalité. Si le maintien de l'abstinence est un élément incontournable dans l'aide thérapeutique apportée au malade, il ne peut être considéré comme une fin en soi. Le mieux-être du sujet est la priorité des soins... » mentionne encore cette dernière.

La Conférence de consensus précise en outre que même s'il n'y a pas de délai idéal, une première évaluation peut être faite après un délai de 3 ou 6 mois.

Fort des recommandations de l'ANAES* et soucieux d'évaluer notre pratique nous avons mis en place dès novembre 2006, une enquête à destination des médecins traitant des patients accueillis en postcure. Ainsi, trois mois après le séjour, nous leur envoyons un questionnaire d'évaluation sur le mieux-être du patient. Quoique succincte, l'enquête

aborde la question du maintien de l'abstinence après 3 mois, du suivi médical, et de la réinsertion sociale et professionnelle.

L'enquête est envoyée seulement aux médecins dont les patients ont effectué un séjour complet, soit 179 questionnaires envoyés entre novembre 2006 et octobre 2008. Nous en avons reçu 91 parmi lesquels 25 n'ont pu être exploités, les médecins n'ayant plus de nouvelles de leur patient. C'est donc à partir de 66 retours que nous tenterons d'évaluer l'efficacité du séjour.

- 44% des patients sont abstinents 3 mois après le séjour. En l'absence de comparaison nous ne pouvons dire s'il s'agit là d'un bon ou d'un mauvais résultat, en revanche nous pourrions exprimer très subjectivement notre niveau de satisfaction.

- 74% des patients ont un suivi régulier, parmi lesquels une majorité voit régulièrement son médecin traitant, ce qui permet de mettre en évidence si besoin l'était que les médecins traitants sont en première ligne de la prise en charge de la dépendance alcoolique, alors que nous n'entretenons actuellement que peu de contacts directement avec eux.

- 71% des patients sont socialement insérés,

- 20% des patients sont professionnellement insérés, tandis que sur cette période 25% d'entre eux en moyenne sont salariés à l'admission dans l'établissement. Ce chiffre est donc plus bas 3 mois après le séjour ; nous pouvons faire l'hypothèse que le salariat au moment de l'entrée était précaire, en lien avec des contrats aidés ou en voie de rupture. Il est donc fort probable que ces 20% concernent des personnes déjà salariées à l'entrée, et qu'il n'y ait pas eu d'évolution significative en faveur de l'emploi après le séjour.

- 21% des patients sont dans un dispositif d'insertion, alors que 68% ne sont pas professionnellement insérés.

Or, nous savons que le manque d'emploi et plus généralement le manque d'occupation est facteur d'alcoolisme pour un public déjà fragilisé, il est à craindre que les patients sans emploi, et non intégrés dans un dispositif d'insertion ne rechutent. Il serait intéressant de connaître l'évolution de ces mêmes patients 6 mois à un an après le séjour. Toutefois même en l'absence d'enquête, nombreux reprennent contact avec l'établissement, certains dans le désespoir de l'alcool téléphonent pour demander un secours. Nous pensons donc que le nombre de patients abstinents au-delà des 3 mois est plus faible.

1.2.3. Analyse des causes : énoncé de quelques hypothèses

Outre les effets intrinsèques à la maladie, que nous aborderons plus loin, et qui peuvent justifier en partie les rechutes, cette enquête vient questionner notre pratique.

C'est pourquoi, dès les premiers résultats, j'ai mis en place un groupe de travail pluridisciplinaire dont l'objectif était d'analyser le projet de soins sous l'angle des moyens mis en place. Permettaient-ils vraiment d'aller vers l'objectif recherché ? Etaient-ils conformes aux bonnes pratiques ? Le groupe s'est réuni 4 fois.

J'ai ensuite demandé à la psychologue de conduire des études de cas cliniques : la place du soignant, son positionnement vis-à-vis du patient seraient-ils en cause ?

Enfin, j'ai souhaité accroître la participation des membres de l'équipe à des séminaires et congrès en addictologie, développer le niveau de formation et favoriser le partage avec nos confrères.

Ce travail débuté au printemps 2008 suite aux premiers résultats de l'enquête se poursuit aujourd'hui encore au travers de temps d'analyse des pratiques, des multiples réunions institutionnelles et d'une réelle volonté politique d'ouverture et de rencontre par le biais de la formation, de l'adhésion à des comités scientifiques en addictologie et de participation à certains congrès spécialisés.

Au cours de ce travail, l'établissement a reçu la visite des experts de la HAS, qui comme je l'indiquais en introduction de ce chapitre ont jugé le projet de soins en accord avec les besoins des patients.

Leurs remarques ont conforté le travail réalisé en interne et ont permis d'exclure les moyens mis en place pour atteindre les objectifs du séjour et la posture du soignant comme facteurs impliqués dans les résultats de l'enquête.

Nous nous sommes alors intéressés aux passerelles faites entre l'amont et l'aval d'avec le séjour. Qu'en était-il du parcours de soins effectué par le patient avant son admission à VIRAC, d'où venait-il, dans quelles conditions ? Comment préparait-on la sortie, rencontrons-nous des difficultés particulières ?

Les statistiques sur les caractéristiques des usagers accueillis au sein de la structure et leurs modalités d'entrée mettent en évidence des délais d'admission ressentis par les patients comme trop longs, souvent à l'origine de ruptures de soins entre le passage du sevrage ou de la cure à la postcure. Cette interruption, parfois cause de rechutes alcooliques, donnera alors lieu à un nouveau sevrage, souvent perçu comme un échec et coûteux en terme de santé publique.

On constate par ailleurs que l'insuffisance de repérage de partenaires médicaux rend plus complexe l'admission en postcure. Ainsi, il n'est pas rare de recevoir des dossiers incomplets, des demandes qui ne correspondent pas au projet thérapeutique, ou des usagers qui ne savent pas toujours dans quel type de soins ils s'engagent. De vrais partenariats entre médecins permettraient sans doute de construire un projet de soins personnalisé.

De la même manière, la préparation à la sortie nous confronte à des difficultés dans la mise en place d'un projet socioprofessionnel. La distance, le changement de région ou de

département ne facilitant pas l'inscription des patients dans des dispositifs d'insertion, ni même la rencontre des accompagnants et structures futures au cours du séjour.

Le manque de coordination entre l'amont et l'aval de la postcure peut donc avoir pour conséquence un manque de préparation du séjour et du coup d'adaptation au projet de soin individuel, et rendre malaisée la préparation à la sortie et au retour à domicile. Dès lors ce déficit de coordination apparaît comme un frein à la guérison.

Par ailleurs, interrogés, les médecins des établissements du territoire disent voir nombre de leurs patients refuser le centre de Virac au motif de la durée du séjour, qu'ils jugent trop longue, ainsi rencontrent-ils des difficultés quant à l'orientation de leurs patients vers notre structure. Qui plus est, ils déploraient jusqu'à l'augmentation de la médicalisation de l'établissement, les restrictions médicales que nous étions obligés de mettre à l'admission faute de personnel infirmier suffisant. Toutefois, il semble encore que le centre de VIRAC ne réponde qu'aux besoins d'une minorité.

Dans ce contexte, sans renoncer au projet thérapeutique très singulier construit sur une durée de trois mois, ne devons-nous pas envisager d'autres modalités de séjour permettant entre autres choses la mise en place d'un projet de soins plus court, plus adapté à certains patients de la région, davantage intégré dans une démarche de soin où tant la préparation de l'admission que celle de la sortie seraient facilitées?

De surcroît, précisons que les financeurs demandent à l'établissement d'accroître le recrutement régional.

1.2.4. La régionalisation du recrutement, une injonction des financeurs

Reconnu par les financeurs comme un élément intéressant de l'offre de soins régionale, l'établissement a bénéficié en 2009 d'une augmentation de 38% de sa dotation de fonctionnement dont la finalité principale était d'augmenter la médicalisation afin de mieux répondre aux besoins des patients. Cette reconnaissance, fruit d'un important travail en amont, a fait l'objet d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens. Dans ce dernier, l'ARS* exige de l'établissement une augmentation du recrutement régional qui, comme nous l'avons présenté, peine à atteindre les 40%. A cette fin, nous avons proposé de solliciter les établissements du territoire disposant de lits d'alcoologie pour la signature de conventions de partenariat et d'engager un travail sur la filière de prise en charge, en identifiant notamment un parcours du sevrage à la postcure.

L'agence nous demande par ailleurs de poursuivre les efforts de gestion en garantissant le maintien de l'équilibre financier et conditionne la reconduction des crédits alloués à l'ensemble de ces éléments.

L'augmentation du recrutement régional constitue donc un double enjeu, d'une part améliorer la qualité de l'accompagnement et l'inscrire dans la durée, et d'autre part satisfaire aux exigences de l'ARS* pour assurer la pérennité des financements.

1.2.5. Absence d'un continuum entre les différentes prises en charge

Après avoir esquissé et éliminé certaines des hypothèses potentiellement en cause dans les risques de rechute, nous retiendrons l'absence de continuum entre les différentes prises en charge. **Nous tenterons de démontrer en quoi l'adaptation de l'offre de soins et une augmentation du nombre de patients de la région peut diminuer le risque de rechute et être facteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge.**

Avant l'élaboration d'un plan d'action à même de créer un continuum, nous nous proposerons dans un premier temps de mieux comprendre la maladie alcoolique et les diverses modalités de prise en charge existantes. Cette étude théorique nous permettra dans un deuxième temps d'envisager les adaptations du projet de soins, les complémentarités et partenariats possibles.

2. Comprendre la maladie alcoolique pour améliorer la qualité de l'accompagnement.

Ce chapitre nous permettra de mieux cerner la maladie alcoolique et l'évolution de sa prise en charge au cours des siècles. Nous verrons ensuite comment envisager l'adaptation des soins à une maladie qui recouvre des réalités individuelles multiples.

~~**2.1 La maladie alcoolique et les conduites d'alcoolisation.**~~

2.1.1. Une définition française.

C'est Pierre FOUQUET, fondateur de l'alcoologie en France qui le premier donne une définition de l'alcoolisme encore largement utilisée de nos jours : « est alcoolique tout homme (ou femme) qui a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool ».

En outre, la dépendance, concept fondamental dès que l'on parle d'alcoolisme, peut être définie selon les normes de l'OMS* par un invincible besoin, une obligation, une pulsion à consommer, à se procurer, une tendance à augmenter les doses nécessaires.

2.1.2. Un trouble progressif : du risque à la dépendance.

Les conduites d'alcoolisation peuvent, elles aussi être précisées et classées. La Société Française d'Alcoologie détermine ainsi plusieurs catégories autour du terme "usage" et de son antonyme "mésusage".

Les différentes formes de conduites d'alcoolisation peuvent être classées en 3 catégories, incluant les formes pathologiques.

Graduellement, nous pouvons citer le non usage, qui peut être primaire ou secondaire, suivant si le fait de ne boire aucune boisson alcoolisée est secondaire à une pathologie alcoolique ou pas. L'usage concerne toute personne ayant une consommation modérée et en tout état de cause ne dépassant pas les seuils définis par l'OMS :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ; et pas de plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

Le mésusage correspond à la catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolodépendance incluse.

- Usage à risque (*consommateur à risque*)

Toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme.

- Usage nocif (*consommateur à problèmes*)

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par : 1) l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, et par : 2) l'absence de dépendance à l'alcool.

- Usage avec dépendance (*consommateur dépendant ou alcoolodépendant*)

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés. Ce sont ces derniers consommateurs que nous accueillons dans l'établissement.

L'alcoolodépendance dont la définition semble claire et admise de tous les professionnels relève néanmoins d'une multiplicité de facteurs : neurobiologiques, voire génétiques, environnementaux, culturels, psychologiques, psychopathologiques et psychiatriques témoignant du fait que l'alcoolodépendance est autant un processus qu'un symptôme. De fait, la conférence de consensus sur les modalités de l'accompagnement du sujet

alcooolodépendant après sevrage¹¹ précise qu'« il est actuellement vain d'identifier de façon claire, en dehors de quelques exceptions, des sous-groupes permettant une adaptation thérapeutique précise. Une véritable typologie de l'alcooolodépendance [...] se heurte de fait à une vision simplificatrice, voire ambiguë, car réductrice de complexité ».

Face à cette complexité, différentes modalités d'accompagnement coexistent qui selon JP DESCOMBEY¹², psychiatre et membre de la société française d'alcoologie, doivent être examinés quant à leur pertinence vis-à-vis de la clinique et des objectifs thérapeutiques, plus que dans la spécification concernant les divers alcoolismes.

Nous aborderons dans un prochain point les particularités de chaque type d'accompagnement et lieux de soins pour ensuite envisager les complémentarités possibles.

2.2. L'alcoolisme, un problème de santé publique majeur.

La France figure au quatrième rang mondial des pays les plus gros consommateurs d'alcool. Bien qu'en diminution depuis 1960, la consommation moyenne par jour et par habitant est de trois verres, ce qui représente 30 grammes d'alcool pur par jour. Un homme sur cinq est un sur-consommateur, c'est-à-dire qu'il présente un usage à risque, ce qui correspond à l'échelon national à 7 millions de personnes et à 7 millions de personnes de l'entourage.

La surconsommation d'alcool induit un coût social estimé en 1997 par KOPP à 17,6 milliards d'euros par an soit 300 euros par habitant. Ce montant comprend les dépenses de santé mais également la perte de production et l'absentéisme.

Cette vision économique se double en France d'un regard simultanément indulgent pour les conduites d'alcoolisation socialement et culturellement intégrées et accusateur lorsqu'il s'agit d'alcooolodépendance qui vient alors perturber les relations familiales, professionnelles et sociales.

La France semble en effet avoir une longue histoire du boire social- l'alcool comme rituel du passage d'une semaine à l'autre avec une augmentation des consommations le week-end, d'une année à l'autre, des anniversaires, du statut d'actif à celui de retraité...- et une courte histoire de la dénonciation de l'alcool.

¹¹ ANAES, SFA, Conférence de consensus, mars 2001, Cité des sciences et de l'industrie-Paris, 34p.

¹² DESCOMBEY JP., 1994, *Précis d'alcoologie clinique*, Paris : DUNOD, 350 p.

2.2.1. Une réalité sanitaire

Dans le secteur de la santé on estime que près d'un tiers des cancers sont liés à la consommation excessive d'alcool, que 15 à 25% des hospitalisations en hospitalisation générale sont induites par la prise d'alcool tandis que 40% des hospitalisations en psychiatrie seraient associées à l'alcool.

Le coût sanitaire global est estimé dans une étude réalisée par Reynaud et coll. en 2001¹³ à 2.5 milliards d'euros.

Enfin, on estime que près de 45 000 décès par an seraient attribués à l'alcool, parmi lesquels les décès par accidents de la route.

2.2.2. Une réalité sociale

Plus globalement, l'alcool est ainsi à l'origine d'une part importante des accidents mortels : 31% sur les routes, 15 à 20% au travail, 20% des accidents domestiques.

Concernant les crimes et délits les chiffres sont tout aussi alarmants puisque 40% des crimes et délits et 30% des violences conjugales sont commis sous l'emprise d'alcool.

La prise en charge de l'addiction alcoolique représente donc aujourd'hui encore un enjeu majeur de santé publique, que les pouvoirs publics ont pourtant tardé à considérer.

2.3. Evolution des politiques publiques du secteur

2.3.1. Histoire de l'alcool

C'est le hasard d'une fermentation qui est à l'origine de la découverte de l'alcool au néolithique.

La Grèce puis la Rome antique célèbrent un culte à Dionysos chez les Grecs et à Bacchus chez les Romains, puis le Nouveau Testament insère le vin dans la vie sociale. Mais c'est avec le Moyen-âge qu'arriveront les grandes réglementations sur la consommation et le négoce du vin. Plus tard au milieu du XIX un médecin suédois Magnus Hus propose le terme d'alcoolisme tandis que Dickens décrit les méfaits de

¹³ Expertise collective INSERM, Santé publique/dossier d'information/addictions : Alcool, dommage sociaux, abus et dépendance, 2003, www.inserm.fr

l'alcoolisme. Parallèlement les premières sociétés de tempérance se constituent en mouvement d'entraide, ce sont elles qui feront les premiers sevrages.

Les grandes crises du XX siècle seront toutes accompagnées d'une augmentation des consommations qui provoquera l'essor de lois répressives allant jusqu'à la prohibition dans les années 1920 aux Etats Unis.

Ce n'est qu'à partir des années 1950 que la médecine s'empare de la dépendance alcoolique et des alcoolopathies. Celui qui jusqu'alors était traité de délinquant, de vicieux, est enfin reconnu malade. Différentes méthodes de soins apparaissent alors, grâce à la découverte de nombreux médicaments. Mais l'alcoolisme, considéré aussi comme une erreur d'hygiène alimentaire donne le jour dans les années 1970 aux premières consultations en la matière, qui deviendront les centres d'Hygiène alimentaire, puis les Centres de Cures Ambulatoires en 1999. Aujourd'hui cette appellation est amenée à disparaître au profit des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA*).

Il faudra attendre les années 2000 pour que le soin dans toute sa complexité soit pris en compte par le législateur et que les établissements de SSR* trouvent une légitimité.

2.3.2. Les années 2000 : l'émergence d'une politique volontariste.

A) Les politiques nationales.

La fin des années 1990 voit émerger la notion d'addiction qui associe les diverses formes de dépendances. Ainsi la loi Evin en 1991 encadre la publicité pour l'alcool dans le même temps que pour le tabac, elle entend prévenir la consommation et informer sur les risques liés à l'usage du tabac mais aussi de l'alcool. Les premiers plans gouvernementaux concernant les addictions auront aussi pour objectif principal la prévention. Prenant compte du plan triennal 1999-2002 qui avait retenu une approche globale de l'ensemble des substances et des conduites addictives, le plan gouvernemental 2004-2008¹⁴ de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool propose également un plan global mais dont les stratégies tiennent compte des caractéristiques propres à chaque produit et des conditions concrètes de consommation. Ce plan, associant parents et école, accorde une place majeure à la prévention et ce afin d'empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances et réduire les consommations, il se donne également comme objectif de faire évoluer et respecter les lois en vigueur. Même si l'organisation des soins

¹⁴ Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, www.ladocumentationfrancaise.fr

n'est pas encore centrale, ce plan en donne une amorce qui préfigurera le plan 2007-2011.

Le plan 2007-2011¹⁵ témoigne d'une réelle volonté politique de lutte contre les addictions, il s'engage sur le terrain de la prise en charge et de la prévention des addictions, il a pour objectif d'apporter une réponse globale à un problème de santé publique majeur. L'Etat s'engage et précise que « Pour lutter efficacement contre les conduites addictives, c'est à lui de poser les bases d'un système qui permette à chaque personne concernée de prendre conscience qu'elle présente une addiction et qu'elle peut trouver de l'aide. C'est à l'Etat de lui donner également la possibilité de savoir où, quand et comment elle peut trouver un accompagnement adapté. 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 ». Ce sont ainsi 77 millions d'euros chaque année et pendant cinq ans qui vont permettre de renforcer et coordonner les dispositifs existants et développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge: prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social. Une commission addictions est créée, composée de professionnels de santé, institutions et associations, elle est en charge d'évaluer la mise en œuvre des mesures du plan ainsi que son efficacité.

Le plan envisage ainsi de restructurer l'offre de soins afin de placer le patient au cœur du dispositif en apportant à la fois une réponse médicale et médico-sociale. Nous pouvons toutefois regretter que dans le même temps le législateur vote un plan ambitieux et affaiblisse la loi Evin en autorisant la publicité pour l'alcool sur Internet.

Concernant le secteur hospitalier, il prévoit la création de consultations d'addictologie, la généralisation des équipes de liaison, dont la mission est de repérer les patients en difficulté pendant une hospitalisation, d'apporter une première réponse et d'orienter dans le parcours de soins. Enfin, il envisage la création de services d'addictologie spécialisés dans les sevrages simples ou complexes et des pôles d'addictologie dans les CHU* qui ont vocation à être à la fois un service d'addictologie de recours et un centre régional de référence, de formation et de recherche.

Et parce que mettre fin à une conduite addictive est un combat qui s'inscrit dans le quotidien et dans le temps, le plan souhaite pouvoir apporter une aide médico-sociale qui soit adaptée à chaque parcours. Néanmoins, afin de réduire les coûts de fonctionnement il prévoit de restructurer les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST*) et les

¹⁵ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011

CCAA* en centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, orientés vers toutes les addictions.

Afin d'impliquer plus encore la médecine de ville à la lutte contre les addictions, les réseaux ville-hôpital seront enfin développés. Il existe actuellement 46 réseaux de santé en addictologie. Le plan de prise en charge et de prévention des addictions a pour objectif d'en créer 250 nouveaux d'ici 2011 afin de disposer d'un réseau de proximité en addictologie pour 200 000 habitants.

Même si les établissements de SSR* ne sont pas explicitement cités, ils trouvent leur place parmi l'offre hospitalière en charge des soins complexes. Ainsi la circulaire du 16 mai 2007 n°2007-203 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie vient préciser les rôles et articulations de chaque volet du plan gouvernemental. Le volet sanitaire hospitalier qui nous concerne est ainsi organisé en 3 niveaux. L'annexe 3 précise chacun d'entre eux.

Ainsi les établissements SSR* spécialisés en addictologie constituent un des éléments du niveau 2 de recours dont il est dit qu' « ils constituent une étape importante de la prise en charge résidentielle des patients après les soins aigus pour consolider leur abstinence. Ils proposent un projet thérapeutique médico-psycho-social où la réadaptation est un objectif essentiel. »¹⁶ L'annexe 4 sur laquelle nous reviendrons mentionne quant à elle la place des réseaux de santé en addictologie.

Le 17 avril 2008, deux décrets¹⁷ très attendus viennent définir les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR*. Ces décrets imposeront aux établissements le dépôt d'un dossier d'autorisation répondant aux nouvelles normes. Précisons ici que la commission régionale de l'offre de soins s'est prononcée le 3 juin 2010 et a donné un avis favorable au Centre de postcure VIRAC.

Après avoir défini chaque volet et encadré l'activité de SSR, la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins publie une circulaire relative à la filière hospitalière de soins en addictologie¹⁸ précisant les articulations de chaque volet du dispositif sanitaire par des référentiels de prise en charge et de soins aux personnes ayant une conduite addictive.

Avec ces textes le Centre de VIRAC trouve enfin une reconnaissance sanitaire et une lisibilité pour l'ensemble des acteurs du secteur. Il prend place dans le maillage de l'offre de soins du bassin dont il devra maintenant tisser les liens.

¹⁶ Annexe 3 de la Circulaire n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

¹⁷ Décrets n°2008-376 et n°2008-377 du 17 avril 2008.

¹⁸ Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008

B) Les schémas et plans régionaux.

La circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie précise que le dispositif addictologique ne doit pas rester cloisonné, ainsi les différentes démarches de planification régionale doivent être harmonisées. C'est pourquoi le SROS a fait l'objet d'une révision en 2009 et un volet addictologie y a été ajouté. Il dresse un état des lieux et précise les besoins en offre de soins de chaque territoire de santé.

Le plan régional de santé publique Rhône Alpes poursuit plusieurs objectifs en matière de prévention de l'alcoolisme et de prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool. Il souhaite notamment améliorer la prise en charge par la formation des médecins généralistes au repérage et à l'orientation des patients ainsi qu'améliorer l'accès des patients aux dispositifs spécialisés en alcoologie.

2.4. Les traitements des troubles de l'alcoolisation.

2.4.1. Les résultats des traitements, les degrés d'une rémission.

Comme dans toutes les affections chroniques, on parle de phase active de la maladie lorsque les symptômes sont présents et de rémission quand ils disparaissent.

Guérison ou rémission ? La question fait encore débat notamment parmi les malades et les associations d'entraide. Nombre de chercheurs parmi lesquels ceux de l'Inserm* préfèrent parler de rémission aux vues du risque de rechute important qui perdure même après de nombreuses années d'abstinence. Néanmoins ils concèdent que la durée et la qualité des rémissions peuvent être tellement longues qu'elles s'apparentent à une guérison. En effet, si le petit Larousse définit la guérison comme la disparition d'un mal physique ou moral, il qualifie la rémission comme l'atténuation momentanée d'un mal. On peut donc considérer qu'une abstinence prolongée accompagnée d'une amélioration de la qualité de vie constitue bel et bien une guérison.

La rémission est considérée par les chercheurs comme totale lorsque le malade ne boit pas une goutte d'alcool et que tout va mieux dans sa vie¹⁹.

La rechute est caractérisée par l'incapacité à maintenir une abstinence, même partielle. Les ré-alcoolisations sont fréquentes ou continues, conduisant à la réapparition du

¹⁹ BATEL Ph., 2006, *Pour en finir avec l'alcoolisme. Réalités scientifiques contre idées reçues*, Paris : La Découverte, 213p, p 148.

comportement pathologique et des dommages qui y sont associés. Le risque de décès est accru.

La rémission partielle concerne le malade qui n'est pas abstinente mais dont la réalcoolisation est faible, peu fréquente et qu'il existe une amélioration de la qualité de vie et des alcoolopathies. Cependant, les rémissions partielles, intermédiaires entre la rémission et la rechute, demeurent souvent instables. En effet des études de suivi montrent que près de la moitié des alcoolodépendants qui s'étaient provisoirement stabilisés dans une rémission partielle ont rechuté après un an. Toutefois près de 40% d'entre eux ont atteint l'objectif de l'abstinence et peuvent être classés en rémission totale.

Le nombre de rémissions spontanées, c'est-à-dire de personnes passant d'une alcoolodépendance à l'abstinence sans avoir recours aux soins serait voisin de 4% par an, tandis que les chercheurs estiment que la plupart des soins alcoolologiques sont globalement près de 10 fois plus efficaces. Il n'existe par ailleurs aucune enquête permettant de vérifier si ces rémissions sont aussi solides que celles obtenues au cours d'un traitement.

Philippe BATEL rapporte dans son ouvrage le pronostic à un an de patients alcoolodépendants chez qui un sevrage et un projet d'abstinence ont été mis en place, sans toutefois détailler le type de soins qui a donné lieu au sevrage puis au maintien. Ainsi il constate qu'à un an, deux tiers des patients se sont améliorés en cas d'intervention d'un soignant, parmi lesquels un tiers est en rémission totale, soit plus de 30% des patients qui sont en rémission totale avec l'intervention d'un soignant contre 4% en rémission spontanée, sans recours aux soins. Il est donc indiscutable que les traitements contre l'alcoolodépendance sont efficaces, surtout si l'on considère que peu de traitements d'autres maladies chroniques sévères peuvent permettre d'atteindre ce résultat. Pourtant les malades de l'alcool, leur entourage et les médecins parfois, pensent souvent que la rechute est inéluctable. Cet *a priori* véhicule dans le grand public une image d'inefficacité des traitements qui contribue sans doute à décourager les 80% de malades de l'alcool qui ne rentreront pas dans une démarche de soins.

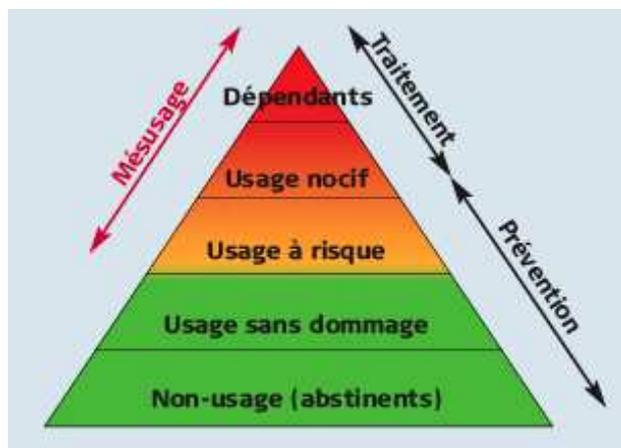
2.4.2. Le processus du changement : petite révolution, grande révolution.

Les études de l'INSERM* font le constat que traiter un malade alcoolique implique de conduire avec lui un projet d'accompagnement sur une longue période-au moins un an-

qui se décline en trois étapes : préparer, réaliser et maintenir un changement radical de comportement avec l'alcool.

La pyramide de Skinner permet de visualiser les diverses conduites d'alcoolisation, elle nous sera utile pour expliquer le type de changement que le malade devra opérer.

Pyramide de Skinner



D'après Skinner HA, Holt S, Israël Y (1981), « Early identification of alcohol abuse : 1. Critical issues and psychosocial indicators for a composite index », Can. Med. Assoc.J., 124(9) : 1141-1152.

Ainsi, la prévention et le dépistage du médecin traitant- rappelons que 75% des Français sont vus chaque année en consultation- pourraient permettre à un consommateur à usage nocif de redescendre de deux étages vers un usage sans dommage, ce que Philippe BATEL qualifie de petite révolution. Cette petite révolution ne nécessitant aucune prise en charge spécifique, puisqu'elle concerne les conduites d'alcoolisation avec usage sans dépendance, permettrait d'éviter la survenue de la dépendance et des alcoolopathies.

La grande révolution concerne, elle, le passage de la dépendance au non usage. Le malade alcoolique devra atteindre le rez-de-chaussée de la pyramide et s'y stabiliser.

Ce changement se déroulera en 3 phases : une phase de préparation conduisant à la prise de décision, l'entrée dans le soin avec le sevrage qui met en place l'abstinence, puis l'élaboration d'une stratégie à long terme pour la maintenir.

2.4.3. Les acteurs du soin au service du changement.

A) Du repérage de l'alcoolodépendance à la prise de décision.

Le repérage d'une alcoolodépendance s'effectue de multiples manières. Le médecin du travail, le médecin traitant, ou l'équipe hospitalière de liaison peuvent en être à l'origine.

Le médecin généraliste constitue un dispositif de proximité facilement accessible et demeure une personne ressource tant pour le sujet que pour son entourage. Toutefois la

conférence de consensus de 2001 sur les modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après sevrage²⁰ admet que les médecins généralistes méconnaissent souvent les acteurs et structures de leur territoire pouvant intervenir en relais ou en complémentarité. Elle recommande par ailleurs la mise en place d'une véritable formation initiale et continue des médecins généralistes afin de leur permettre de « nommer la maladie, de participer à la prise en charge des patients sans contribuer au déni social du risque alcool ». ²¹

Les équipes de liaison et de soins en addictologie- ELSA*, dont la circulaire DHOS* du 26 septembre 2008 précise les missions dans son annexe 3- assurent des interventions spécifiques dans l'ensemble des services hospitaliers, notamment dans les structures de médecine d'urgence pour aider au repérage précoce des problèmes addictifs, contribuer à l'évaluation de l'addiction, à l'évaluation du projet de soins et à la mise en place d'une prise en charge médico-psychosociale. Le repérage peut être opportuniste ou systématique.

Elles contribuent en outre à la formation des équipes de soins à l'addictologie et au travail en lien avec les équipes addictologiques du territoire de santé. Elles sont constituées par du personnel médical et paramédical tel que infirmiers, psychologue et assistant social.

Le plan gouvernemental 2007-2011 prévoit que tout hôpital disposant d'un service d'urgence ait une équipe de liaison, ce qui est le cas sur le territoire de santé du Centre de VIRAC ; chacune d'entre-elle s'est d'ailleurs déjà déplacée pour visiter l'établissement et prendre connaissance du projet thérapeutique.

Ainsi, le médecin comme les équipes de liaison contribuent au repérage de l'alcoolodépendance et peuvent amener le patient à prendre la décision d'entrer dans une démarche de soins. Notons enfin que l'entourage ou le malade lui-même peuvent aussi en être à l'origine sans intermédiaire soignant.

B) Le sevrage : une rupture physique de l'alcoolodépendance.

Le sevrage constitue la rupture physique avec l'alcool. D'une durée habituelle de cinq à dix jours, il peut être réalisé en milieu hospitalier, spécialisé ou non ou en ambulatoire. Dans les deux cas un traitement médicamenteux est prescrit afin d'éviter les complications du sevrage et d'en améliorer son confort. De nombreuses molécules ont été utilisées, majoritairement des calmants, mais un consensus d'experts préconise les

²⁰et²⁰ Cf. référence 6 p14, Conférence de consensus, p17

benzodiazépines. Leur utilisation réduit ainsi les tremblements, l'anxiété et les insomnies du sevrage.

Ainsi le sevrage constitue une étape intermédiaire primordiale qui initie l'abstinence, étape difficile toutefois puisque une étude de l'Inserm montre que 20% des patients sortant d'un sevrage résidentiel se réalcoolisent dans les quarante-huit heures qui suivent leur sortie. Il sera par conséquent essentiel de mettre en place des outils au maintien de l'abstinence.

C) Le maintien de l'abstinence.

Les moyens mis en œuvre pour permettre le maintien de l'abstinence sont multiples. Ils peuvent être constitutifs d'un accompagnement ambulatoire ou résidentiel et d'une durée variable. Nous en présenterons ici les principales modalités.

- Les psychothérapies :

La conférence de consensus reconnaît que même si peu d'études permettent de valider l'efficacité des psychothérapies, un accord professionnel existe et considère que le soutien psychologique est le fondement même de la prise en charge de toute personne en difficulté avec l'alcool.

En effet, l'expérience de tout professionnel ne peut qu'attester que la tête des malades de l'alcool apparaît souvent bien pleine. Les traumatismes précoces, les accidents de la vie, le manque de confiance en soi...entrent ainsi souvent en jeu dans le processus de la dépendance.

Plusieurs formes de soutien psychologique coexistent et sont pratiquées en ambulatoire, dans les lieux de soins et au sein du Centre de Virac. Souvent complémentaires, c'est à mon sens la pratique simultanée de psychothérapies à visée analytique ou cognitive, individuelle ou de groupe qui permettra au malade de se situer et de trouver les outils le conduisant à mieux se connaître et à explorer les mécanismes qui l'ont amené à l'alcoolisation. Ainsi, si les psychothérapies d'inspiration analytique permettent au malade de résoudre les conflits inconscients qui pourraient jouer un rôle dans l'émergence de la maladie, les thérapies cognitives permettront de reconnaître les principales situations de rechute, de préparer un plan d'action pour y faire face, de s'affirmer et d'apprendre à dire non en cas d'invitation à boire.

- Les médicaments :

Les médicaments utilisés dans le maintien de l'abstinence sont essentiellement de deux types : d'une part, les médicaments visant à réduire l'appétence pour l'alcool et d'autre part les médicaments ayant un effet antabuse. Ces derniers provoquent chez le malade qui absorbe de l'alcool des symptômes très désagréables tels que chute de tension,

malaise, tachycardie...qui se veulent dissuasifs. La conférence de consensus ne recommande pas ces médicaments dont l'efficacité thérapeutique n'a pas été prouvée et qui peuvent en outre provoquer de graves complications.

Pour conclure ce paragraphe, évoquons enfin le fameux Baclofène dont la presse s'est fait l'écho. Ce myorelaxant prescrit notamment chez des malades atteints de sclérose en plaques aurait selon le cardiologue Olivier Ameisen²², lui-même malade alcoolique, des vertus dans le traitement de l'alcoolisme. Pris à des doses bien supérieures à celles prescrites pour ses effets myorelaxants, le Baclofène réduirait, selon O. Ameisen, non seulement l'appétence à l'alcool mais encore permettrait de maintenir une alcoolisation sans risque de survenue de l'alcoolodépendance. Encore peu utilisé par les alcoologues français, des études menées chez le rat semblent démontrer ces effets. Toutefois le fait de devoir utiliser des doses deux à trois supérieures aux recommandations freinent la plupart des professionnels médicaux. D'autres études devront confirmer l'efficacité thérapeutique de ce traitement avant sa généralisation.

Par ailleurs, la conférence de consensus rappelle que la prescription médicamenteuse ne peut intervenir qu'en complément de l'accompagnement psychosocial.

- Les groupes d'entraide :

Les groupes d'entraide sont reconnus comme une ressource supplémentaire de l'accompagnement. Ancrés historiquement dans l'aide aux buveurs dépendants, notamment pour le maintien de l'abstinence, ils offrent un accueil, une écoute, une disponibilité qui complètent le travail mis en place par les professionnels. Ainsi, les bénévoles, anciens buveurs ou non, organisent des animations de loisirs, des permanences, des réunions, au sein même de l'hôpital parfois et participent au réseau.

La Croix Bleue, association gestionnaire du Centre de Virac, compte parmi la dizaine d'associations en France constituant des groupes d'entraide.

Une récente thèse²³, non publiée mais que j'ai pu entendre lors d'un congrès, montre au travers d'une étude réalisée auprès de plus de 800 personnes alcoolodépendantes le rôle positif joué par le groupe dans le maintien de l'abstinence. Dès lors, il semble intéressant de proposer à chaque malade de se rendre dans l'un de ses groupes, en lui donnant l'adresse, les horaires de réunions des associations proches de son domicile. Il pourra ainsi se faire sa propre idée et décider ou non d'une implication.

²² Ce médecin cobaye qui a vaincu son alcoolisme, www.lepoint.fr.

²³ Karine PAIN, Docteure en psychologie de la santé : Les associations d'entraide et le rétablissement post-alcoolique, Université de Rennes.

- L'hospitalisation à temps partiel ou à temps complet :

Même si des lits attribués à des personnes alcoolodépendantes sont encore présents dans des services de médecine ou de psychiatrie, de plus en plus d'établissements offrent des lits ou places dédiés. Ainsi les soins hospitaliers spécifiques d'alcoologie dans la suite du sevrage permettent un accompagnement médico-psycho-social du patient. Cette prise en charge pluridisciplinaire adaptée aux besoins du patient repose sur une démarche volontaire de sa part. Elle se déroule en hospitalisation de jour ou en hospitalisation complète. C'est la situation propre à chaque patient qui là encore déterminera les modalités de l'hospitalisation.

Ainsi un patient en échec de tentative ambulatoire, relevant d'un suivi médical et social au long cours ou présentant des manifestations cliniques de co-morbidités somatique ou psychiatrique sera plus volontiers orienté vers un séjour long, en SSR*. Le séjour en SSR* dure de 1 à 3 mois. Dans le cas du Centre de Virac, le séjour est de 90 jours, il est, comme nous l'avons vu, particulièrement indiqué pour des patients nécessitant une réadaptation sociale et une consolidation importante du projet d'abstinence.

La circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie précise que « les services de SSR* ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation ». « Ils assurent en plus du suivi médical, une aide psychothérapeutique individuelle et collective, un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale ».

- Le suivi en ambulatoire :

Les CSAPA*, considérés dans le plan gouvernemental 2007-2011 comme un élément clé du dispositif médico-social offrent la particularité d'être à la fois acteurs de la prévention, du dépistage et du soin. Acteurs incontournables de l'accompagnement du malade alcoolique, ils interviennent dans les trois phases du changement : la préparation qui conduira à la prise de décision, l'entrée dans le soin avec le sevrage ambulatoire et le maintien de l'abstinence.

Le centre de Virac est donc amené à travailler avec les CSAPA* de son territoire, en amont et en aval de la prise en charge en SSR* qu'il propose.

- La réinsertion socioprofessionnelle :

La maladie alcoolique a un impact désorganisateur qui peut entraîner le sujet dans la spirale de l'exclusion. Un soutien social spécifique devient alors nécessaire. Certains Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS*) offrent un accompagnement spécifique pour les personnes alcoolodépendantes. Ainsi le centre de Virac entretient un

lien privilégié avec le CHRS* de Regain dans la Drôme. Cet établissement propose un séjour de 6 mois pour se reconstruire et retrouver une autonomie. Accompagnés par des éducateurs et des psychologues, les usagers tous abstinentes ont l'opportunité d'effectuer des chantiers d'insertion et d'accéder au logement, à la formation et à l'emploi à leur sortie.

Nombre de patients accueillis au sein du Centre de Virac se trouvent en situation d'exclusion, c'est pourquoi ce partenariat constitue un élément important du projet de préparation à la sortie.

- Le réseau en addictologie :

En 2001, la conférence de consensus recommandait le regroupement en réseaux spécialisés en alcoologie de l'ensemble des dispositifs d'aide et de soins du sujet alcoolodépendant, jugeant l'organisation de l'époque insuffisante. Il existe aujourd'hui 46 réseaux en addictologie sur le plan national dont 2 au niveau régional : le réseau REALS qui couvre la Savoie et le réseau R3-2A pour la Loire et le Rhône. La circulaire relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie définit les missions du réseau addictologique. Elle précise ainsi que sa mission centrale reste la coordination professionnelle du soin, le réseau n'assurant pas lui-même des soins. Il met également en œuvre des moyens d'aide à l'amélioration des pratiques professionnelles par l'élaboration de protocoles de soins, il soutient des actions de prévention, il participe aux actions de formation et enfin il développe des outils de communication.

En Ardèche, un guide du réseau en addictologie édité en 2006 sous l'égide de la DDASS répertorie l'ensemble des acteurs du département sans qu'il y ait pour autant de véritable réseau ni de coordination entre les différents dispositifs.

Nous nous sommes attachés à présenter jusqu'ici les acteurs du soin dans leurs principales caractéristiques. Mais, comme nous l'avons évoqué il serait risqué de faire une typologie de la personne alcoolique, c'est pourquoi chaque type d'accompagnement sera adapté au patient : un sevrage pouvant ainsi se faire sur une période de 3 à 10 jours en ambulatoire, dans un service spécialisé ou non, un séjour en SSR pourra également avoir une durée variable et revêtir différentes formes.

Fort du constat de la nécessaire adaptation des soins aux caractéristiques de chaque patient et du consensus autour duquel un accompagnement d'au moins un an est nécessaire, il paraît indispensable pour notre établissement de s'adapter. Avec d'une part la mise en place de partenariats forts entre les différentes structures de soins afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement du patient au

long cours et ainsi, de favoriser sa rémission totale et d'autre part de réfléchir à une adaptation du projet thérapeutique en fonction des besoins du territoire.

2.5. La diversité des prises en charge et le maillage territorial comme facteur d'amélioration du projet thérapeutique individuel.

2.5.1. Projet de vie, projet individuel

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé constitue un évènement charnière dans l'histoire des droits des usagers. Elle est pourtant le résultat d'une lente évolution, non encore achevée, initiée après la seconde guerre mondiale.

Tandis que la loi du 2 janvier 2002 concrétise la participation de l'utilisateur dans le champ social et médico-social, la loi du 4 mars 2002 dite de démocratie sanitaire fait de la personne malade un partenaire de la décision médicale, un acteur de la prise en charge de sa propre santé et des décisions de santé publique. Elle renforce le respect de la dignité et des droits dus à l'utilisateur. La commission de relation avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQ-PC) est créée dans chaque établissement, des représentants des usagers siègent et défendent les droits de l'utilisateur.

Qui plus est, tant dans le secteur social que sanitaire, le législateur pose le principe du choix de l'établissement social ou de santé. Ainsi, le projet de loi- émanation des lois de 2002 et de la loi sur l'égalité des droits et des chances pour les personnes handicapées promulguée en 2005- permettra à la personne malade d'énoncer son désir de soins ou non et le type de soins qu'elle est prête à investir le cas échéant.

Or, comme nous l'avons vu la maladie alcoolique concerne des réalités individuelles multiples auxquelles il est important d'apporter des réponses adaptées. En outre, le processus de dépendance alcoolique se développe dans la durée, le soin doit pouvoir s'y adapter et apporter des réponses à chaque stade de la maladie et de la volonté du sujet de se soigner.

Prenant appui sur une base théorique, ce chapitre aura pour objet de présenter quelques expériences et d'en faire émerger une plus-value pour le soin du sujet alcoolique.

2.5.2. Une étude de l'ANPAA* Ardèche : état des lieux du dispositif alcoologique du département.

En 2002, l'ANPAA* Ardèche fut sollicitée par la DDASS* afin de dresser un état des lieux dans le domaine de l'alcoologie et de faire des propositions. Cette action se situait alors

dans le cadre du plan régional de santé alcool Rhône-Alpes. Un groupe de pilotage fut constitué avec pour mandat de déterminer la place et le rôle des différentes structures dans le cadre de la prise en charge thérapeutique et d'analyser la filière de soin des acteurs spécialisés, à l'exclusion des travailleurs sociaux et des médecins généralistes.

Pour mémoire, rappelons que dans le département des lits de sevrage dédiés ou non existent sur les Centres hospitaliers (Aubenas et Privas), une unité intersectorielle de 20 lits sur l'hôpital psychiatrique Ste Marie à Privas- Les Alizés, réalise des « cures » de 4 à 6 semaines permettant un accompagnement médico-psycho-social ayant pour vocation de renforcer l'abstinence, le Centre de SSR* Virac propose une postcure de 3 mois d'aide au maintien de l'abstinence et de consolidation des soins. Les CSAPA* de Privas et Aubenas rattachés à leur centre hospitalier respectif interviennent à toutes les étapes du parcours de soins.

L'étude de l'ANPAA*, en extrapolant les données nationales relevées dans l'enquête STATISS²⁴ 2003, parvient à évaluer le nombre d'alcoolodépendants potentiels en Ardèche entre 17 988 et 20 184 personnes, soit 6 à 7% de la population.

Elle précise par ailleurs que d'après une enquête menée en 1999²⁵, les médecins généralistes ont vu en moyenne 1.7 patients souhaitant s'arrêter de boire au cours de la semaine précédant l'enquête. Extrapolé à l'Ardèche, 301 médecins généralistes libéraux et 48 semaines de travail, on arrive à 24 562 patients qui pourraient être vus chaque année par des médecins généralistes.

De surcroît, parmi les patients hospitalisés dans les services de court séjour, le pourcentage de personnes pouvant être considérées comme ayant un problème avec l'alcool se situe entre 15 et 25%. En Ardèche sur la base de 20% du total des patients hospitalisés en 2001, cela représenterait 5 600 personnes.

Ce sont donc bien les centres hospitaliers et les médecins libéraux qui sont les acteurs de premières lignes pour le repérage de l'alcoolodépendance.

A) Analyse des flux de patients des différentes structures de soins en alcoologie.

Selon l'étude de l'ANPAA* toujours, en 2001, 633 patients ont été hospitalisés dans les centres hospitaliers d'Ardèche pour un problème d'alcool. Les CCAA* ont suivi 572 patients en moyenne sur l'année, tandis que pour la même période, l'unité des Alizés a reçu 236 patients dont 163 Ardéchois, et le Centre de postcure Virac 139 patients parmi

²⁴ Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, DREES*

²⁵ Enquête menée par l'OFDT*, Tendances 2002, p 81.

lesquels seulement 8 étaient originaires d'Ardèche. Certes ces chiffres sont à nuancer, car la file active des CCAA* comprend 53% de nouveaux patients et un patient peut effectuer plusieurs séjours dans un milieu institutionnel. Toutefois aujourd'hui encore le nombre de patients domiciliés dans le département reçus au centre de Virac reste peu élevé (7 en 2009, 7 au premier semestre 2010), or on peut supposer que le nombre de patients en difficulté avec l'alcool en Ardèche n'a, lui, pas diminué pour autant.

Le nombre de personnes alcoolodépendantes du département a été estimé en 2001 à 20 000 personnes, les CCAA* en prennent en charge seulement 2.9%. Si l'on considère que seulement 20% des malades d'alcool entrent dans une démarche de soin, 4000 personnes seraient tout de même susceptibles de se soigner chaque année en Ardèche.

B) Analyse qualitative des files actives des différentes structures en alcoologie.

- Orientation des patients par des structures vers les CCAA*

L'étude de l'ANPAA* révèle que l'immense majorité des patients des CCAA* est originaire du département. L'hôpital est le principal pourvoyeur de patients avec 51% de la file active, suivent ensuite les patients eux-mêmes : 18% de la file active et le secteur médical pour 16%. Les acteurs en alcoologie participent à l'activité à hauteur de 5% (ANPAA*.3%, Cure des Alizés 1%, Mouvements néphalistes 1%, Postcure Virac < 1%), enfin le secteur social et la justice participent à hauteur de 5% des adressages.

- Collaboration des CCAA* avec les autres structures d'alcoologie

Le CCAA* réalise l'ensemble de la prise en charge en ambulatoire, de ce fait il utilise de façon ponctuelle les autres institutions en alcoologie. En effet 81% des personnes accompagnées dans les CCAA* le sont de manière exclusive. Les 19% de prises en charge restantes sont réparties de la façon suivante : 11% de sevrage en centre hospitalier, 4% de patients en cure aux Alizés, et 4% soit 47 patients de postcure parmi lesquels seulement un à Virac.

- Orientation des patients par des structures vers les Alizés

Sur les 236 patients adressés en cure par les CCAA*, 163 le sont par des professionnels ardéchois, parmi lesquels 47% sont orientés par la médecine générale, 25% par le secteur psychiatrique, 15% par les CCAA* et 13% par les centres hospitaliers.

- Orientation des patients par des structures vers la postcure de Virac

Sur les 8 patients ardéchois reçus en 2001, 6 venaient des hôpitaux et 2 étaient orientés par des médecins généralistes.

Cette étude permet de dresser le constat suivant, d'une part les structures ardéchoises disposent d'un potentiel de développement important au regard des données épidémiologiques, d'autre part les structures du « réseau » de soins en alcoologie ne sont pas utilisées de façon optimale par l'ensemble des acteurs. Les intervenants ne constituent pas une réelle filière de soins compte tenu du peu de coopération mis en place et du faible flux de patients d'une structure à l'autre.

La situation a peu changé depuis 2002 malgré ce travail qui a permis néanmoins de réunir les différents acteurs de l'époque, car au-delà des institutions ce sont des professionnels qui sont impliqués et qui doivent apprendre à se connaître.

Le Centre de Virac, à qui il est demandé de travailler en région et de répondre au besoin des patients de son territoire ne remplit pas à l'heure actuelle sa mission de proximité. L'enquête révèle que sur 47 patients ardéchois orientés en postcure, 1 seulement a intégré la postcure de Virac. Même si certains patients souhaitent un éloignement géographique important, il est à craindre que le projet très spécifique de l'établissement ne réponde pas aux besoins de proximité.

2.5.3. La modulation de la durée du séjour pour une réponse de proximité

Certains établissements proposant une offre de soins similaires à la nôtre avec une durée de séjour de 3 mois se sont diversifiés et disposent désormais de durées de séjour variables. C'est le cas du centre de SSR* Marienbron situé en Alsace.

Afin de répondre à une demande du financeur, cet établissement a diversifié ses modalités de séjour. Ainsi, il propose depuis peu des séjours de rappel de 15 jours, des séjours de 6 semaines et a conservé le séjour de 3 mois.

Le choix du type de séjour est déterminé soit avant l'admission par le patient en accord avec son médecin, soit à l'entrée sur proposition de l'équipe de Marienbronn, qui a mis en place des indicateurs d'orientation. Le projet thérapeutique de l'établissement a été reconsidéré et permet désormais l'intrication de ces trois modalités de séjour.

Une recomposition de l'offre de soins du centre de Virac, dans cet esprit, permettrait sans doute de répondre davantage à la diversité des besoins des patients du territoire. Prenant appui sur cette expérience, nous proposerons une adaptation du projet thérapeutique de l'établissement et verrons comment envisager diverses modalités de séjour.

2.5.4. La filière de soins : un outil pour une prise en charge globale graduée.

A) La filière de soins, ses missions.

Deux textes font référence concernant la filière de soins en addictologie, tous deux déjà cités. Il s'agit de la Circulaire DGS*/6B/DHOS*/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et de la Circulaire DHOS*/02/2008/229 du 26/09/2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. Le premier texte vise à préciser les rôles et articulations de chaque volet du dispositif de prise en charge et de soins aux personnes ayant une conduite addictive tandis que le deuxième, s'attachant au seul volet sanitaire, précise les référentiels de prise en charge de chacun des acteurs hospitaliers.

La filière de soins en addictologie a pour objectif :

- De permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé,
- D'assurer des évaluations cliniques et psychosociales à visée diagnostique, thérapeutique et de réinsertion,
- D'organiser l'orientation rapide de la personne selon ses besoins, soit dans le cadre hospitalier, soit au sein d'un dispositif médico-social, soit par le biais de la médecine de ville,
- De faire bénéficier à la personne ayant une conduite addictive d'une palette complète de prises en charge spécifiques.

La filière de soins en addictologie a une dimension territoriale, elle propose sur son territoire d'implantation des dispositifs couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles co-morbidités associées (somatique, psychologique, psychiatrique).

La filière doit s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs maillons de l'activité addictologique que sont le court séjour, les équipes de liaison, les consultations hospitalières et l'hospitalisation de jour, les SSR*.

L'apport d'une filière est d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive.

La filière a également une dimension partenariale, elle doit en effet s'appuyer sur des partenariats solides au sein de son territoire avec l'ensemble des acteurs du dispositif de

prise en charge. Ces partenariats peuvent être facilités par la coordination des acteurs de l'addiction au sein du réseau.

Enfin, la structuration de la filière de soins doit être graduée. Elle dispose d'une offre de proximité, dite de niveau 1, dont la mission sera de réaliser des sevrages simples, des consultations et l'activité de liaison. Le niveau 2 concerne une offre de proximité spécialisée et correspond aux structures de recours d'un territoire que sont les structures de court séjour réalisant des sevrages complexes et les structures de SSR, tel le centre de Virac, qui permettent de poursuivre les soins résidentiels au delà des soins aigus pour les patients qui le nécessitent. Enfin, un niveau 3 complète la filière, il s'agit de structures spécialisées de recours régional, elles assurent en plus des missions du niveau 2, des missions d'enseignement et de recherche. A terme, une structure de ce type est envisagée dans chaque CHU*.

La création de filière doit ainsi permettre d'améliorer le parcours de soins du patient et de structurer l'offre de soins, elle est aujourd'hui devenue une véritable priorité de santé publique. Elle représente un réel défi pour les structures et pour le centre de SSR Virac qui devra y trouver sa place.

B) Expérience d'une filière de soins dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à Lille.

A ma connaissance, il n'existe pas de filière en addictologie véritablement constituée, c'est pourquoi j'ai choisi de présenter les bénéfices apportés par la mise en place d'une filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans le bassin de vie lillois :

« Ouverte le 14 janvier 2008 autour de l'unité neuro-vasculaire (UNV) du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL), une filière structurée de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux réunit 11 établissements du bassin de vie lillois. Une équipe mobile et partagée de rééducation intervient sur les lits de soins de suite de la filière ».

Les 11 établissements de santé du territoire se sont impliqués dans cette filière visant à concilier qualité des soins et proximité. « L'ouverture de cette filière est le fruit d'une réflexion concertée entre les médecins et l'ensemble des établissements de la filière. »

La démarche concertée a notamment permis le dimensionnement des besoins à chaque niveau de prise en charge. Chaque établissement de la filière a défini ses capacités d'accueil en fonction des besoins. Le fonctionnement de la filière et les engagements en

termes d'accueil de chaque établissement ont été inscrits dans une charte. Cette charte, signée par les 11 établissements, prévoit de plus la mise en place d'une équipe partagée de rééducation. Cette équipe mobile, financée par l'ARH* au titre des MIGAC*, prépare la sortie et le retour à domicile pour chaque patient hospitalisé en soins de suite. Après 3 mois d'activité, le fonctionnement en filière apparaît aux acteurs du projet pleinement satisfaisant. Cette expérience montre que la filière structurée ne peut que s'imposer dans l'organisation de la prise en charge des patients victimes d'un AVC²⁶.

Cette filière constituée autour de trois catégories d'acteurs hospitaliers - service de soins intensifs, service de court séjour et lits de soins de suite et de réadaptation- garantit une meilleure qualité des soins de proximité à un meilleur coût. Elle a en effet permis d'une part le dimensionnement des besoins à chaque niveau de prise en charge et d'autre part la création d'une équipe partagée de rééducation. Ainsi, la filière répond aux critères d'efficience fixés par les financeurs.

Nous constatons par ailleurs que la création de la filière a nécessité en amont une réflexion commune des médecins de chaque établissement et l'évaluation des besoins. Une charte de filière a ensuite été élaborée, elle précise le fonctionnement et les engagements de chacune des parties.

L'organisation en filière, même sous-tendue par une réflexion commune des médecins et éventuellement la rédaction d'un projet médical, respecte néanmoins l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage. Une fois le travail de mise en place effectué, elle demeure souple et ne semble pas revêtir de véritables difficultés ou contraintes.

La mise en place d'une telle filière dans la prise en charge des addictions sur le territoire de santé du centre de Virac apparaît alors facilement envisageable. Elle permettrait d'une part une orientation qualitative et quantitative des patients du territoire vers l'établissement et d'autre part permettrait de renforcer l'étayage mis en place à la sortie.

Gage d'une amélioration de la qualité des soins et d'une plus grande fluidité dans le parcours de soins, nous proposerons sa mise en œuvre dans le point suivant.

2.5.5. Le réseau de santé : un lien entre médecine de ville et hôpital.

La filière de soins, dont la valeur ajoutée sera d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge à vocation à s'inscrire dans un réseau de santé. La filière et le réseau constituant deux approches fondamentalement

²⁶ <http://www.creer-hopitaux.fr>

différentes mais complémentaires, nous présenterons dans ce point les caractéristiques d'un réseau de santé, ses contraintes et sa plus-value dans l'accompagnement des malades.

En outre, nous constatons que depuis une dizaine d'années le législateur a souhaité encadrer cette montée en charge des réseaux que Gwénola LEVASSEUR²⁷ explique par l'augmentation des pathologies chroniques « on assiste actuellement à une transition épidémiologique caractérisée par la montée en charge des pathologies chroniques : maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire, diabète, cancers, etc. De plus en plus de patients ont donc besoin de plus de services, plus souvent et par plus de professionnels. Toutes ces pathologies chroniques ont une caractéristique commune : elles se traitent au long cours dans la communauté. Les traitements et surveillances qui auparavant se faisaient à l'hôpital sont actuellement possibles en médecine ambulatoire. L'équilibre entre soins hospitaliers et soins extrahospitaliers s'en trouve modifié et les missions et prestations de l'hôpital doivent être repensées. Ce nouvel équilibre a trouvé renvoie à la notion de réseaux que l'on peut imaginer capables de répondre aux impératifs de coordination et de coopération. »²⁸

A) Le réseau de soins : ses missions.

La Haute Autorité de Santé définit le réseau de soins comme «une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné sur un territoire donné», elle précise par ailleurs que «lorsque ces réseaux comportent également, en amont de la prévention et en aval de l'éducation pour la santé, on parle volontiers de "réseaux de santé"»

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé mentionne " 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. 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"

²⁷ Gwénola LEVASSEUR est médecin généraliste, promoteur du réseau « ville hôpital » consacré, à Rennes au suivi des patients atteints par le VIH, co-auteur de « Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes »

²⁸ Extrait du cours de médecine générale du 18 décembre 2002, sur les filières et réseaux du Pr. Charles HONNORAT, enseignant à la faculté de médecine de Rennes.

Enfin, la circulaire de mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie donne dans son annexe 4 la place des réseaux de santé en addictologie et en précise les missions évoquées par la loi de mars 2002. Ainsi les réseaux ont pour missions :

- la coordination professionnelle du soin, mais n'assurent pas de soins directs aux patients.
- la mise en œuvre de moyens d'aide à l'amélioration des pratiques professionnelles par l'élaboration de protocoles de soins, de référentiels de prise en charge évalués régulièrement.
- le soutien d'action de prévention
- la participation à des actions de formation
- le développement d'outils de communication.

Le réseau de santé doit ainsi permettre une prise en charge globale des patients par le déclouisonnement des professionnels, la qualité, la sécurité et la continuité des soins, mission en outre reprise dans le cadre de la loi HPST*.

B) Financement et évaluation des réseaux de santé.

La circulaire du 2 mars 2007²⁹ relative aux orientations de la DHOS* et de la CNAM* en matière de réseaux de santé et à destination des ARH* et des URCAM* insiste sur la nécessaire adéquation du réseau de santé avec les besoins de son territoire d'implantation et sur la cohérence avec les objectifs de la réforme de l'assurance maladie en matière de parcours de soins. Elle précise par ailleurs les modalités de financement des réseaux et leur conditionnement à une évaluation rigoureuse. Les réseaux doivent garantir l'efficacité de l'organisation des soins et favoriser les mutualisations. Tous les réseaux dont l'évaluation ne démontrerait pas l'amélioration du service apporté aux patients ainsi qu'une meilleure efficacité des soins verrait ses financements stoppés. Ainsi, la mise en place des réseaux entre aussi dans une logique de rationalisation des coûts.

Le réseau de santé se caractérise donc par la mise en lien d'individus : patients, soignants et financeurs et par l'utilisation d'outils : référentiels de pratique, système d'information, dossier patient, système de coordination, modalités de financement, procédures d'évaluation.

²⁹ Circulaire n° 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.

Nous comprenons donc aisément que bien que la mise en place d'un réseau de santé semble constituer une amélioration dans l'accompagnement des patients, elle représente néanmoins un ensemble d'obstacles que les acteurs du soin devront franchir ensemble.

C) Les écueils à la mise en place d'un réseau de santé.

La conférence de consensus, déjà citée, reconnaît que la difficulté de l'organisation d'un réseau de soins réside dans le fait qu'il rassemble des acteurs venant d'horizons divers, aux objectifs parfois différents ou aux cultures différentes. Elle met en garde et précise que « le réseau ne doit pas être une invocation vide de sens, il doit être l'engagement d'une responsabilité collective autour d'un sujet souffrant. Il ne doit pas être le champ clos de lutte d'influences ».³⁰

François-Xavier SCHWEYER, Gwénola LEVASSEUR et Teresa PAWLIKOWSKA dans leur opuscule « Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes »³¹ reconnaissent à partir de l'évaluation de leur expérience de réseau n'avoir pas pensé le réseau « comme un ensemble humain, où la dimension symbolique des lieux, les formes de reconnaissance de l'autre, les hiérarchies professionnelles, etc. sont des éléments déterminants. »³² Le réseau centré sur les seuls objectifs médicaux était en échec par manque d'analyse sociologique de son fonctionnement organisationnel. « Les dimensions sociologiques et managériales de son organisation n'étaient pas perçues comme légitimes, comme objet de travail au même titre que les soins à délivrer ».

Qui plus est, la logique du réseau s'oppose au cloisonnement du champ sanitaire, et social. En effet, malgré un contexte législatif qui tend à passer d'une logique de blocs à l'interaction des champs sanitaire et social, le conseil supérieur du travail social dans un rapport intitulé « décloisonnement et articulation du sanitaire et du social »³³ auditionne des acteurs ouverts aux dimensions sanitaires et sociales, satisfaits de leur exercice de la complémentarité mais recueille néanmoins des plaintes relatives aux empiètements d'une profession et/ou d'un champ sur l'autre, ou aux mélanges de compétences. Il note par ailleurs que beaucoup de travailleurs sociaux « se démotivent ou sont privés d'autonomie professionnelle, et que leur action se résume trop souvent à la simple application de procédures à des populations ». Fort de ce constat le conseil supérieur du travail social reconnaît que l'articulation du sanitaire et du social apparaît plus incantatoire que réelle et

³⁰ Cf. note 6, p 14 : Conférence de consensus, mars 2001, page 21

³¹ Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes, 2004, 2ème édition, 112p, Rennes, Edition ENSP

³² Lu pour vous, Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes, www.presses.ehesp.fr

généralisable, mais considère néanmoins que « le décroisement du sanitaire et du social est une fausse évidence mais aussi un objectif pertinent qui mérite que des efforts lui soient consacrés pour l'avenir ». Il remarque en outre l'importance des pratiques de réseaux d'acteurs dans la mise en œuvre du décroisement au service d'une prise en charge globalisée.

L'expérience du réseau apparaît donc comme un élément essentiel d'une prise en charge globale à même d'apporter un bien-être physique, mental et social, mais sa mise en œuvre devra prendre en compte les écueils évoqués dans la littérature.

Nous verrons dans le point suivant comment envisager le réseau au sein du territoire de santé du Centre de VIRAC et dépasser ces différentes contraintes.

3. Adapter l'offre de soins et l'inscrire dans un réseau territorial afin de réduire les risques de rechute.

Nous avons vu que l'accompagnement des personnes malades alcooliques doit être pensé dans la durée, il doit s'appuyer sur une prise en charge globale sans cesse adaptée au besoin de l'individu. En outre, la régionalisation du recrutement s'impose, d'une part, parce que le financeur la souhaite et d'autre part parce qu'elle devrait permettre une meilleure efficacité de l'accompagnement.

C'est précisément cette conjoncture qui me conduit à envisager une réponse plurielle. Je proposerai donc dans un premier temps l'adaptation de la prise en charge au sein du centre de postcure de Virac, dans un deuxième temps la structuration d'une filière de soins en addictologie et enfin la création d'un réseau de santé spécialisé sur le territoire. Ces trois éléments, complémentaires les uns des autres, devraient enrichir l'offre de soins du territoire et apporter une amélioration de la prise en charge globale des patients.

Cependant, chacune de ces propositions aura un impact sur notre pratique professionnelle. Afin que l'équipe comprenne la nécessité des changements à opérer et puisse y adhérer je proposerai un programme d'accompagnement et de réflexion autour des adaptations envisagées.

Qui plus est, l'établissement a connu courant 2009 un petit bouleversement avec l'augmentation de la médicalisation et l'arrivée de 5 infirmiers supplémentaires. L'effectif est alors passé de 22 salariés à 27. Même si le projet thérapeutique n'a pas changé pour autant, l'équipe en majorité éducative a dû apprendre à travailler avec les personnels

³³ CSTS*, Décroisement et articulation du sanitaire et du social p 40, éditions ENSP 2007, 115p

nouvellement embauchés et accepter que les résidents-patients se tournent davantage vers un service infirmier devenu conséquent. Elle a dû laisser un peu de terrain et a parfois eu l'impression de passer au second plan de la prise en charge.

Les réunions institutionnelles, et la supervision notamment ont contribué à ce que chacun trouve - retrouve - sa place. Après un an de fonctionnement, nous pouvons dire aujourd'hui qu'un nouvel équilibre s'est installé au sein de l'équipe, mais j'ai conscience que ces nouvelles modifications devront faire l'objet de toute mon attention afin que l'institution n'en soit pas fragilisée.

3.1. Conduire le changement

Le management que je pratique dans l'établissement est fondé sur 3 principes, repris dans le projet social de l'établissement :

- La Communication: la communication interne vise le partage du sens de la démarche, la valorisation des démarches, la pérennisation des actions réalisées. Elle suscite l'implication des acteurs.

- L'implication des professionnels : l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge repose sur la mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs fixés. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs *via* une participation réelle de ceux qui mettent en œuvre les processus en lien avec le fonctionnement et la prise en charge.

- La responsabilisation : le rôle de chaque acteur est d'égale importance dans tous les processus, qu'il participe à la prise en charge de l'utilisateur, au fonctionnement ou au management de l'établissement.

Le directeur est le garant de la qualité de l'accompagnement de l'utilisateur, il est le responsable du fonctionnement global de l'établissement dans tous ses aspects et met en œuvre les orientations politiques du conseil d'administration.

La démarche proposée ci-dessous prend appui sur ces principes.

3.1.1. Une identité claire et partagée par tous

Avant tout changement et l'implication de l'établissement dans une filière et un réseau tels que je l'envisage, il me semble important que l'ensemble de l'équipe puisse se réunir pour réfléchir à l'identité propre de l'établissement ses valeurs, ses missions, ses spécificités, les valeurs associatives.

Ce travail avait déjà eu lieu il y a trois ans au moment de la rédaction du projet d'établissement. Toutefois, il me semble opportun de réitérer cette réflexion, d'une part

parce que l'équipe s'est étoffée et d'autre part parce que les patients accueillis changent peu à peu, et présentent des pathologies associées plus importantes qu'auparavant qui nécessitent un suivi médical plus conséquent.

Je souhaite donc mettre en place une journée de réflexion autour de ce qui constitue notre identité, je l'envisage de la façon suivante :

- 1 journée de réflexion où toute l'équipe est conviée, ce qui implique de:
 - Remplacer les agents en poste ce jour là, comme pour un dimanche ou un jour férié (permanence infirmière via l'intérim et embauche d'un cuisinier en CDD pour la journée),
 - Annuler les activités des patients,
 - Faire récupérer le temps de travail correspondant à la journée de réflexion pour ceux qui ne devaient pas travailler,
 - Prévoir cette rencontre suffisamment à l'avance et en dehors des périodes de congés pour que chacun y participe,
- Déjeuner en commun, pour la convivialité et l'unité de l'équipe,
- Organiser cette rencontre dans un lieu neutre à l'extérieur de l'établissement,
- « Les anciens » de l'équipe partagent leurs visions de la prise en charge, leurs valeurs, les changements constatés parmi les résidents accueillis, les difficultés qu'ils rencontrent, les inadaptations qu'ils constatent...
- « Les nouveaux » apportent un regard neuf, peut-être critique, font part de leurs impressions, des points positifs et/ou négatifs qu'ils ont pu constater, des difficultés qu'ils ont rencontrées...
- Ouvrir la journée en donnant son objectif et les raisons de son organisation, notamment brièvement la nécessité d'une adaptation du projet thérapeutique. Je me chargerai de cette présentation.
- Animation de la journée avec un intervenant extérieur : le psychologue qui supervise la régulation si l'équipe en est d'accord.

Puis je détaillerai le projet de filière et de réseau. Même si chacun d'eux n'induit que peu de changement direct, il importe que l'équipe de Virac puisse se situer dans son environnement et connaître les acteurs avec lesquels elle sera amenée à travailler.

Un compte-rendu écrit sera rédigé il permettra de présenter les différents aspects abordés au cours de la journée, et d'en dégager nos valeurs, notre identité.

3.1.2. La nécessité du changement

Les modifications envisagées nécessitent une identité forte de l'établissement, partagée par tous, qui en aucun cas ne saurait être altérée par le nouveau fonctionnement. Il sera essentiel que chacun en acquière la conviction. L'adaptation, certes nécessaire, n'aura pas pour but d'affaiblir les valeurs de l'établissement et d'amoindrir le projet en cours mais d'adapter son fonctionnement aux besoins des usagers de proximité et de répondre aux attentes des financeurs.

L'accord du conseil d'administration sera nécessaire avant la mise en œuvre d'un tel projet. Je solliciterai son accord de principe lors de la prochaine commission des centres. Toutefois, pour m'être déjà entretenue sur ce sujet avec lui, je le sais favorable à l'ouverture et conscient de la nécessité de s'adapter aux besoins des usagers.

Après avoir donc redéfini qui nous sommes et ce que nous faisons, je souhaite présenter les raisons qui nous conduisent à modifier nos modalités de prise en charge. Pour ce faire, j'organiserai une deuxième journée sur le même principe que la première mais celle-ci se déroulera dans l'établissement et j'en assurerai l'animation dans sa totalité.

Ainsi après avoir présenté la synthèse de la première journée, nous aborderons :

- l'injonction du financeur quant à la régionalisation du recrutement,
- les remarques faites par les médecins des CSAPA, concernant l'inadaptation des 3 mois de séjour aux besoins des patients de proximité,
- je présenterai le projet, sur lequel je souhaite obtenir l'adhésion de l'équipe : l'adaptation des modalités de séjour, avec d'une part la mise en place d'un séjour de rappel de 15 jours et d'autre part une variante du séjour actuel sur 2 mois au lieu de 3. Je m'appuierai sur l'expérience de Marienbronn.

J'expliquerai ensuite qu'il s'agira de modalités de séjour expérimentales et que seules l'évaluation et la satisfaction des usagers permettront de les pérenniser.

- les bénéfices du changement pour les patients- les contraintes et les risques pour les patients et pour nous-mêmes,

Dans la deuxième partie de la journée, je constituerai des groupes de travail autour de chaque modalité de séjour. Ils seront formés en fonction de l'intérêt de chacun pour l'un ou l'autre des séjours, mais devront être pluridisciplinaire.

Le travail que j'ai réalisé servira de base à la réflexion de chaque groupe. Chacun devra faire une proposition de programme thérapeutique notamment, et en étudier les avantages et les contraintes. Une restitution sera ensuite faite à l'ensemble de l'équipe et le débat ouvert.

Le travail de réflexion et de discussion se poursuivra ensuite durant 2 ou 3 réunions institutionnelles qui seront consacrées à ce sujet, chacun y sera convié.

Je proposerai une visite et une rencontre avec l'équipe du Centre de Marienbronn, puisque mon collègue directeur me l'a proposé.

Je me positionnerai ensuite et présenterai le projet final au conseil d'administration.

J'ai conscience que l'adhésion de l'équipe n'est pas encore acquise et que je devrai la convaincre de la nécessité du changement, mais j'ai confiance dans sa capacité à avancer, dans sa mobilisation autour de valeurs partagées, dans son engagement auprès de nos usagers, d'autant plus que nous avons déjà envisagé la mise en place d'un séjour plus court.

En effet, au moment de la rédaction du projet d'établissement en 2007-2008, déjà en raison des difficultés rencontrées pour accroître le recrutement régional, nous avons évoqué cette possibilité avec l'accord du conseil d'administration. Le médecin en particulier, sensible aux arguments de ses confrères, pensait que cette adaptation était inévitable. Une « revue de cas » nous avait alors convaincus de l'intérêt du séjour de 3 mois, nous avons donc abandonné l'idée. Aujourd'hui, je pense que nous devons tendre vers une modulation de la durée de séjour et faire coexister plusieurs types de séjour, malgré les contraintes que cela peut représenter.

3.1.3. Coût de la conduite du changement

Première journée : réflexion sur notre identité, coût estimé à 3 253 €

- intérim Infirmier (2 nuits + 2 en jour) : soit 45 €/h en moyenne x 24h x 2 = 2160 €
- CDD cuisinier une journée : environ 200 €
- Salle mise à disposition par le restaurant
- Repas pour 27 personnes : 16 € x 27 = 593 €
- Animation par le superviseur 300 €

Deuxième journée : la nécessité du changement, présentation du projet, coût estimé à 2495 €

- intérim infirmier (2 nuits + 2 en jour) soit 2160 €
- CDD cuisinier : 200 €
- Repas pour 27 personnes mais pris sur place : 5 € x 27 : 135 €

Soit un total de 5 748 € qui seront pris sur le budget de fonctionnement.

3.1.4. Les outils du management au sein de l'établissement.

Outre ce dispositif, mis en place pour conduire le changement, je dispose d'outils d'accompagnement de l'équipe qui serviront de leviers et de lieu d'écoute et d'évaluation.

- Les entretiens annuels d'évaluation :

J'envisage l'entretien annuel d'évaluation comme un lieu d'échange entre le salarié et moi-même. Afin d'être le plus objectif possible il se fonde sur des grilles d'évaluation, qui permettront d'aborder la technicité, l'implication, l'autonomie, la capacité relationnelle, l'efficacité (c'est-à-dire la capacité à optimiser les moyens à disposition) et les désirs d'évolution et de formation. La rencontre est préparée en amont par le salarié, à qui j'ai donné la grille, et par moi-même. En outre, l'entretien d'évaluation permet de fixer des objectifs et d'évaluer leurs niveaux d'atteinte. J'ai fait le choix de me limiter à deux objectifs d'amélioration maximum par an et de valoriser chaque point positif.

- Trois réunions institutionnelles ponctuent la semaine :

Les réunions du lundi et du mercredi se rapprochent de réunions dites « cliniques », c'est-à-dire orientées sur l'analyse de situations cliniques, donc en lien avec le dit « savoir » et le dit « savoir-faire ». Ces temps constituent un moment essentiel pour l'équipe qui peut confronter ses expériences, son vécu et s'enrichir des apports des autres. Elles représentent aussi un lieu où le nouage entre discours institutionnel et signifiants de terrain peut s'élaborer en équipe et trouver une finalité dans la pratique de chacun. Ce nouage se fait guide d'une certaine dynamique de travail auprès des résidents et dans l'intérêt de leur évolution. Ces réunions nous permettront d'orienter le patient vers la durée de séjour la plus pertinente au regard de sa situation si le choix n'a pas été fait en amont, d'en tester l'adéquation et de faire face aux écueils éventuels.

La réunion du mercredi nous sert également à partager une fois par mois des questions en rapport avec le fonctionnement de la structure et son évolution. Il s'agit alors d'une réunion de fonctionnement, une fois le projet en place cette dernière nous permettra d'aborder les questions d'organisation et les difficultés de fonctionnement rencontrées par la coexistence des séjours de rappel, des séjours de 2 mois et de 3 mois.

J'anime les réunions de fonctionnement tandis que les réunions « cliniques » sont conduites par le médecin ou la psychologue suivant les sujets.

Enfin, une relève, a lieu le mardi matin, le séjour de chaque patient est évoqué, c'est un membre de l'équipe volontaire qui mène la réunion et consigne les remarques faites dans le dossier du patient.

- La Régulation d'équipe :

Depuis ma prise de fonction, j'ai mis en place une régulation d'équipe, conduite par un psychologue extérieur, obligatoire pour tous. Toutefois la psychologue et le médecin exerçant aussi en libéral n'y participent pas. J'ai par ailleurs souhaité que ni mon adjoint ni moi-même n'y assistions.

Les deux premières années, elle a permis de faire table rase du passé et de ramener un peu de sérénité dans un climat social tendu. Puis, d'un commun accord avec le psychologue, nous avons espacé les rencontres qui se sont peu à peu tournées vers l'analyse des pratiques. Aujourd'hui nous fonctionnons sur un rythme d'une réunion toutes les 6 à 7 semaines. Cette rencontre permet, en particulier, à chacun d'exprimer ses difficultés dans l'accompagnement des résidents, et ses craintes quant à l'évolution de la prise en charge ou des changements opérés.

- La Formation :

Le budget du plan de formation est utilisé chaque année et suffit à peine à couvrir les besoins. Les formations ont lieu soit à ma demande soit pour répondre à un besoin ressenti par un membre de l'équipe dans sa pratique. Tous les nouveaux embauchés suivent une formation en alcoologie soit en interne, soit avec un organisme extérieur. Les réunions du mercredi peuvent aussi être formatrices. Dans ce cadre par exemple, la psychologue et le médecin ont dernièrement organisé un cycle de formation sur les drogues et les traitements de substitution.

Après avoir présenté la manière dont je souhaite conduire l'équipe vers les diverses modifications envisagées, je me propose de présenter les objectifs ainsi que le programme thérapeutique de chaque séjour.

3.2. Adaptation de l'offre de soins du SSR VIRAC : diversifier les modalités de séjour afin de répondre aux besoins des usagers du territoire.

La diversité des modalités de séjour me semble intéressante dans la mesure où elle prend place dans un ensemble territorial structuré et s'inscrit dans une filière/réseau.

C'est pourquoi, j'envisage la création d'un séjour de rappel de 15 jours et d'un séjour de 8 semaines. Chacune des modalités de séjour viendra répondre à des profils de patients et des besoins différents. Le programme thérapeutique sera donc adapté à chacune des situations. Ces modalités d'accompagnement permettront à des personnes trop fragiles pour un suivi en ambulatoire de prendre de la distance avec leur environnement pour se

soigner. La personne malade alcoolique formulera la demande de séjour avec un avis favorable du médecin prescripteur qui se prononcera pour la durée lui paraissant la plus appropriée à son patient.

3.2.1. Le séjour de rappel

➤ Définition : séjour de 15 jours, éventuellement reconductible.

➤ Pour quoi ? s'éloigner de son environnement à risque pour éviter la rechute dans un contexte difficile, prévenir la rechute. Ce court séjour permettrait de refaire le point par rapport au risque alcool : Où en suis-je ? Dans quelle situation suis-je tenté ? Comment y faire face ? Quelle stratégie mettre en place pour maintenir le changement ?

➤ Pour qui ? des patients ayant fait un séjour dans l'établissement depuis moins de deux ans (pour demeurer dans un contexte de rappel, au-delà un séjour plus long pourra être envisagé), des patients abstinents, ou ayant rechuté très brièvement sans que cette rechute nécessite un sevrage et ne présentant pas de complication somatique ou psychique.

➤ Pour quel projet de soins ? Le projet de soins se fonde sur une connaissance des mécanismes de la dépendance et de la rechute alcoolique, il a été construit en collaboration avec le médecin et la psychologue de l'établissement. Il sera présenté à l'équipe qui aura aussi l'opportunité de l'amender.

- Il prévoit :

Des entretiens individuels ou des groupes de parole à visée addictologique avec un infirmier, 5 séances obligatoires sur la quinzaine. Il s'agira d'entretiens semi-directifs, préparés autour d'une thématique :

○ Séance 1 : Présentation du séjour et définition de l'objectif thérapeutique, réflexion sur les questions suivantes : Comment s'est passé le retour à domicile ? Quelles ont été les difficultés rencontrées, comment les ai-je surmontées ?

○ Séance 2 : Qu'est-ce qui est difficile aujourd'hui, la situation a-t-elle changé ou est-ce moi qui ai changé ?

○ Séance 3 : Quelles sont encore mes fragilités, quels sont les points de ma personnalité, de mon vécu que je dois encore travailler... ?

○ Séance 4 : Jeux de rôle, mise en situation sur un thème défini par le patient (la psychologue serait associée à cette séance), la vidéo pourra être utilisée.

○ Séance 5 : Quelles stratégies mettre en place à la sortie pour maintenir l'abstinence ? Comment, par qui être accompagné ?

Les thèmes de ces « séances » seront affinés en équipe, un espace de discussion libre sera laissé au patient à chaque rencontre.

- Une consultation médicale à l'entrée et à la sortie,
- Participation aux séances thérapeutiques par le travail : service communautaire avec les résidents en 1^{er} mois, nous définirons un planning de service sur 15 jours (lingerie, hôtellerie, entretien, bricolage...),
- Participation au débat après le visionnage d'un film avec les 3^{ème} mois. Le film³⁴ représente un support de réflexion intéressant et permettra une prise de contact avec d'autres résidents,
- Des entretiens motivationnels optionnels, autour de la décision de ne plus boire d'alcool,
- Une séance de psychothérapie individuelle par semaine, suivant la demande du patient,
- Des marches avec le groupe des premiers mois, parce que cela constitue une activité physique saine, qui pourra éventuellement être réinvestie à la sortie.
- Des rencontres avec la conseillère sociale, afin de préparer de manière très pratique la sortie : prise de rendez-vous, renseignement sur les associations et loisirs possibles autour du domicile...ces rencontres seront adaptées aux besoins du patient, elles seront facultatives,
- Deux séances de relaxation seront prévues,
- Des sorties à la journée le samedi ou le dimanche seront possibles, une sortie au moins devra être effectuée, cette sortie donnera lieu à un entretien afin de faire le bilan de cette expérience et des difficultés rencontrées éventuellement.

Le programme indicatif est joint en annexe³⁵.

➤ Pourquoi à Virac ?

- Une équipe compétente, déjà connue par le patient,
- Des lits de SSR, moins coûteux que le court séjour,
- Un lieu adapté car isolé et calme.

➤ Les contraintes

- La gestion du calendrier des entrées en sera complexifiée, nous devons parvenir à combiner des entrées et sorties sur plusieurs durées de séjour. La date de sortie de

³⁴ Annexe 7: Le film, extrait du projet thérapeutique de l'établissement

³⁵ Annexe 8 : Programme de soins du séjour de rappel

chaque patient devra être fixée le plus tôt possible en amont de l'admission ou après une période d'adaptation de 3 jours qui aura permis de déterminer avec le patient la durée de séjour la plus adaptée à son projet de soins et/ou à sa situation. Les dates d'admission devront être programmées un mois avant la date d'entrée et pas dès que le dossier a été étudié comme c'est le cas aujourd'hui. Une liste d'attente sera constituée, en fonction du lieu de domiciliation du patient, de sa situation et de l'ordre d'acceptation des dossiers. Le calendrier des entrées sera organisé sur une base de 32 patients en séjour malgré un agrément de 30 lits. Cet écart permettra d'anticiper les désistements sans risque de faire diminuer le taux d'occupation. Seule l'expérience nous permettra d'évaluer la file active, une évaluation à un an nous permettra de dresser un premier bilan et d'en tirer les leçons notamment en termes de planification.

➤ Les conditions d'entrée

Le séjour de rappel étant destiné à des patients à fort risque de rechute, nous devons être réactifs, et en capacité de les accueillir rapidement. Aussi, le dossier d'admission sera-t-il réduit. Il comprendra un compte-rendu médical, mentionnant le traitement en cours et les principales pathologies ; l'objectif thérapeutique du séjour défini par le patient ; l'effectivité de l'abstinence ; une fiche administrative précisera l'ouverture des droits à l'assurance maladie.

➤ Le coût spécifique du projet : 11 404 €

- Formation entretien motivationnel 2000 € pour une infirmière. (Inscription au plan de formation de l'établissement)
- Augmentation du temps infirmier : 0.2 ETP soit : 9 404 €

L'augmentation du temps de la secrétaire, d'un agent des services hôteliers et du médecin, voire de la psychologue sera également nécessaire mais nous regrouperons le financement de ces postes avec les besoins pour le projet de séjour sur 2 mois.

Ces mesures nouvelles seront demandées à titre expérimental, pour trois ans. C'est ensuite l'évaluation qui nous conduira à solliciter ou non un financement pérenne.

Pour la première année de fonctionnement, prenant appui sur la priorité d'accès des salariés à temps partiel à un emploi à taux plein (article L.3123-8 du code du travail), un avenant de réévaluation de la durée de travail à durée déterminée sera proposé à chaque salarié concerné.

➤ Evaluation :

L'évaluation permettra de suivre les indicateurs suivants :

- Nombre de séjours de 15 jours,

- Enquête 3 mois après la sortie auprès du médecin traitant, pour vérification du maintien de l'abstinence,
- Enquête de satisfaction auprès des prescripteurs (satisfaction quant aux délais d'attente, satisfaction quant à l'adéquation entre le besoin et l'offre de soins proposée par l'établissement, efficacité des soins pour leur patient...)
- Nombre d'événements indésirables rencontrés au cours du séjour de rappel pour l'ensemble des patients (réalcoolisation, violence, interruption prématurée du séjour...) : des fiches relateront chaque événement. Une analyse en sera faite, des actions correctrices seront mises en place.

Le suivi de ces indicateurs nous permettra d'évaluer objectivement la pertinence du séjour, de voir s'il répond aux besoins des patients du territoire, et à l'objectif de régionaliser le recrutement pour réduire les rechutes.

Les résultats de l'évaluation seront transmis au financeur et donneront lieu ou pas à la pérennisation du projet.

3.2.2. Le séjour de 2 mois.

➤ Définition : séjour en soins de suite et de réadaptation addictologique de 8 semaines.

➤ Pour qui ? Ce séjour s'adressera à des patients ayant suivi un sevrage physique dans le cadre d'un programme dynamique animé par une équipe addictologique pluridisciplinaire, ayant un état somatique peu affecté par l'intoxication chronique, ayant étayé leur motivation à rompre avec une relation de dépendance à l'alcool et aux autres produits psycho-actifs associés, bénéficiant d'un environnement familial et professionnel stable et peu pathogène et ayant élaboré leur projet d'après cure avec une équipe qualifiée.

➤ Pour quoi ? Proposer un accompagnement médical, social et psychologique de réadaptation. Les objectifs de ce séjour seront proches de ceux du séjour sur 3 mois mais moins orientés vers la réadaptation sociale. Outre la restauration physique et psychique, ce séjour permettra de rompre avec l'alcool et de travailler sur son vécu pour retrouver son identité, reprendre confiance en soi et donner un autre sens à sa vie.

La différence avec le séjour de 3 mois réside essentiellement dans la durée du soin qui sera déterminée par le patient et son médecin en fonction des besoins et/ou de la volonté de la personne alcoolodépendante à s'inscrire dans un séjour plus ou moins long. Des passerelles du séjour court au séjour long seront possibles, mais devront être envisagées

avant le passage en 2^{ème} mois. Nous tenterons d'établir une certaine souplesse sans perdre de vue la gestion des dates d'admission. Ce séjour devrait ainsi permettre de lever les craintes que ressentent certains patients à l'idée de s'engager dans un séjour de trois mois, un étayage important devra être mis en place à la sortie afin d'optimiser les chances de rémission.

➤ Pour quel projet de soins ? Le projet de soins proposé dans le cadre du séjour de 8 semaines prendra appui sur celui du séjour long. Toutefois, parce qu'il s'adresse à des patients plus insérés socialement et familialement, et dans une dynamique de soins plus conséquente, chaque étape sera réduite. Ainsi, le séjour sera organisé autour de trois périodes :

- La première, de 15 jours, correspondra à la mise en place de la rupture avec l'entourage pour un face à face avec soi-même ; la prise de conscience de la problématique alcoolique en sera facilitée.

- La deuxième et la troisième période permettront un approfondissement de ce travail, mais se distingueront par la possibilité de sorties, à la journée dans la deuxième phase du séjour puis le week-end dans la troisième étape. Les sorties en autonomie seront donc plus précoces que dans le séjour long. Enfin, la dernière étape du séjour sera davantage tournée vers la préparation de la sortie.

Les séances d'activités de réadaptation à la vie quotidienne et d'ateliers seront moins nombreuses. Les activités transversales à l'ensemble du séjour (relaxation, atelier d'expression, activité physique...) fonctionnant en mode ouvert, avec de nouvelles personnes chaque semaine, pourront être investies par les patients qui auront fait le choix de ce séjour. Cependant, du fait de la réduction de la durée du séjour, le travail poursuivi dans chacune des activités sera adapté au projet individuel du patient.

Ainsi, l'atelier photo, se déroulera sur 6 séances, les résidents intégrant le séjour de 8 semaines effectueront les 6 premières séances. Les quatre premières permettant un apprentissage et une découverte de la photographie, les autres moins guidées donneront l'occasion au résident de travailler plus en autonomie, de développer ses propres photos...de parler de lui, de son image...³⁶

^{36,37,38} Annexe 9: Les ateliers d'expression, les activités physiques, extrait du projet de soin de l'établissement.

Les séances de créativité et l'atelier cuir fonctionneront sur 4 semaines pour les résidents qui ont fait le choix du séjour de 8 semaines, ces derniers intégreront l'activité avec le groupe des résidents en troisième mois.³⁷

Les activités physiques³⁸, sur 8 semaines également permettront sur un versant plus éducatif de travailler le sens de l'effort, le plaisir, le jeu collectif ou individuel...là encore le fait que cette activité se déroule sur 8 semaines au lieu de 12 constituera une adaptation au public de ce séjour.

En revanche, les groupes de parole avec la psychologue seront spécifiques à chacun des séjours, ce qui permettra de développer des thèmes plus adaptés à chaque groupe.

Tout comme aujourd'hui, chaque patient, quel que soit son choix, pourra bénéficier d'un accompagnement social et psychologique. Les consultations médicales seront régulières. L'ensemble de l'équipe se tiendra disponible et ouvert à la discussion.

➤ Pourquoi à Virac ?

La création de ce séjour constituera une nouveauté sur le territoire et viendra en complément de ce qui existe déjà. Seul VIRAC a aujourd'hui le potentiel humain et matériel pour le mettre en place. Les autres structures davantage médicalisée ne permettent pas une remise en activité telle que nous la proposons. Or nous constatons qu'elle contribue à l'autonomisation, au retour de l'estime et de la confiance en soi, souvent mises à mal dans la maladie alcoolique, et ce, même pour des patients dont la trajectoire est moins douloureuse.

➤ Les contraintes du projet :

Outre la complexification de la gestion des entrées déjà évoquée, la juxtaposition de deux durées de séjour risque de générer des tensions dans le groupe des résidents et des départs anticipés. En effet, nous constatons régulièrement la difficulté de certains face aux départs de résidents-camarades, dont le départ, soit au terme du séjour soit prématuré, réactive la difficulté de certains face à la séparation. Par ailleurs, tout au long du séjour, le résident passe par des phases de doutes, de souffrance où le passé vient encombrer le présent ; des phases de bien-être et d'envie d'aller plus vite, avec parfois l'impression d'avoir atteint l'objectif recherché, d'avoir réglé la dépendance à l'alcool. Il se peut que dans ces moments là la tentation de partir avec l'autre soit forte. Nous devons

donc être attentifs à cet effet « boule de neige » afin que chacun puisse parvenir au terme du traitement qu'il s'est fixé.

➤ Les conditions d'entrée :

L'entrée se fera dans les mêmes conditions que pour le séjour actuel. Un dossier d'admission sera renseigné par le patient et le médecin prescripteur du séjour. La durée du séjour envisagée sera précisée et justifiée par la prescription du médecin et dans la lettre de motivation du patient. L'équipe du centre conservera la possibilité de proposer une autre orientation au terme d'une période d'adaptation de deux semaines.

Une visite de pré-admission pourrait être envisagée en fonction du temps dont le médecin de l'établissement disposera et de la situation du patient.

➤ Le programme du séjour de 2 mois et les interactions avec le séjour de 3 mois est présenté en annexe³⁹.

➤ Le coût du projet :

La mise en place de durée de séjour variable aura pour conséquence l'augmentation des mouvements de patients au sein de l'établissement. Cet accroissement entraînera donc inévitablement un surcroît de travail pour la secrétaire, le personnel hôtelier, la conseillère sociale et le médecin. Le temps de la psychologue sera par ailleurs augmenté du fait de la mise en place d'un groupe de parole supplémentaire par semaine.

Le poste de secrétaire sera augmenté de 0.1 ETP afin de permettre la gestion administrative des dossiers patients, l'accueil des patients entrants, et la gestion du calendrier des entrées.

Le coût estimé est de : 2 807 €⁴⁰,

L'agent hôtelier sera augmenté de 0.5 ETP afin de répondre à l'augmentation du nombre de chambres à entretenir, et de s'adapter à un accompagnement de proximité des résidents en service, qui tourneront davantage. En outre, le temps de l'agent hôtelier paraît déjà insuffisant au regard des difficultés cognitives ou physiques de nombre de patients.

Le coût est estimé à 13 546 €.

³⁹ Annexe 10 : Programme du séjour de 2 mois et ses interactions avec le séjour de 3 mois

⁴⁰ Annexe 11 : Détail du calcul des coûts

La conseillère sociale reçoit chaque patient entrant afin de faire le point sur sa situation sociale, elle devra donc répondre à davantage de rendez-vous. Son poste sera augmenté de 0.1 ETP.

Le coût est estimé à 4 329 €.

Le médecin devra lui aussi recevoir en consultation d'entrée et de sortie davantage de patients, une augmentation de 0.2 ETP sera nécessaire à la mise en œuvre des deux nouvelles modalités de séjour.

Le coût est estimé à 19 526 €.

La psychologue recevra davantage de patients en entretien d'entrée et organisera un groupe de parole spécifique au séjour de deux mois, c'est pourquoi le temps de travail de ce poste devra être augmenté de 0.2 ETP.

Le coût est estimé à 9 836 €.

Les frais de bureau, les produits d'entretien augmenteront quelque peu mais ces charges seront intégrées aux charges de fonctionnement globales de l'établissement et ne seront pas chiffrées ici. Par ailleurs, il se peut que nous ayons quelques produits supplémentaires du fait du ticket modérateur (9 €/jour à l'heure actuelle, les 30 premiers jours d'hospitalisation pour les patients pris en charge à 80% par la sécurité sociale) et des chambres particulières pour ceux dont la mutuelle en prend la charge. Mais nous ne disposons que de 10 chambres facturables aux mutuelles pour l'instant, utilisées de manière optimale.

Coût de la mise en place du séjour de deux mois : 50 044 €

Coût global de l'adaptation des modalités de séjour, séjour de rappel et séjour de 2 mois : $11\,404 + 50\,044 = 61\,448$ €, soit un surcoût de l'ordre de 5.5% par rapport à la dotation annuelle de financement 2010. Ramené à la journée, avec une moyenne de 10 129 journées par an, le surcoût représente environ 6 euros.

Même si ce budget peut paraître conséquent, alors que l'établissement vient de se voir allouer près de 300 000 euros supplémentaires, il convient de comparer notre dotation à d'autres établissements du même type pour s'apercevoir que nous sommes encore sous-dotés. De surcroît, le financement des établissements SSR changera en 2012 et passera de la dotation globale à la tarification à l'activité (T2 A). Chaque activité sera alors directement facturée à l'assurance maladie. Nous sommes actuellement dans une période transitoire mais il semble que l'établissement verra augmenter ses recettes grâce à ce nouveau cadre.

Afin de débiter le plus tôt possible cette activité, je souhaite malgré tout faire la demande de financement sans attendre de voir si nous pourrions l'autofinancer du fait de la T2A, le cas échéant nous devrions attendre 2013.

Je mettrai en avant l'enrichissement de l'offre de soins territoriale que représente la modulation du séjour. Le cadre expérimental du projet devrait aussi favoriser son financement puisque seuls des résultats d'évaluation satisfaisants permettront de pérenniser le projet.

A l'exception du financement, ce projet ne nécessitera aucune formalité particulière. L'agrément en SSR* de l'établissement permettra sa mise en place.

➤ Evaluation :

Nous utiliserons globalement les mêmes indicateurs d'évaluation que pour le séjour de rappel, dans un même objectif de validation du projet au regard des constats diagnostiqués.

L'évaluation permettra de suivre les indicateurs suivants :

- Nombre de recours au séjour de 8 semaines,
- Enquête de satisfaction auprès des résidents,
- Enquête 3 mois après la sortie auprès du médecin traitant, pour vérification du maintien de l'abstinence,
- Enquête de satisfaction auprès des prescripteurs
- Nombre d'événements indésirables rencontrés au cours du séjour pour l'ensemble des patients.
- Taux de recrutement régional et territorial.

Tout comme pour le séjour de rappel, ce projet sera conduit de façon expérimentale pendant trois années. Ce sont les résultats de l'évaluation qui permettront de proposer sa pérennisation à l'agence régionale de la santé.

Je souhaite que la mise en place de ces séjours débute au printemps 2011.

3.3. Création d'une filière de soins en alcoologie sur le territoire de santé.

Comme nous l'avons vu, la filière s'entend comme la mise en place de partenariats privilégiés entre acteur de l'addictologie et de la réinsertion sociale. Elle a pour objet de faciliter le cheminement du malade alcoolique d'une structure à l'autre et de lui garantir un accompagnement de qualité, plus adapté à sa situation, véritable parcours de soins.

Sa mise en œuvre nécessitera dans un premier temps l'identification des partenaires sur un territoire pertinent, dans un deuxième temps l'organisation de rencontres qui permettront d'étudier les complémentarités et les besoins, enfin la rédaction d'un projet médical et d'une charte de filière définira son fonctionnement. La filière sera formalisée par la signature de conventions entre les différents partenaires. Le Centre de Virac en sera l'initiateur.

Après sa constitution, des rencontres régulières s'il y a lieu permettront d'affiner les partenariats mis en place et d'analyser les pratiques. Enfin, l'évaluation du dispositif sera prévue dès sa formalisation et réalisée une fois par an.

3.3.1. Choix d'un territoire pertinent et identification des acteurs de la filière.

Les textes rappellent que la filière propose une offre de soins de proximité et associe sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive.

C'est pourquoi nous définirons le territoire en fonction, d'une part de la proximité et d'autre part des complémentarités.

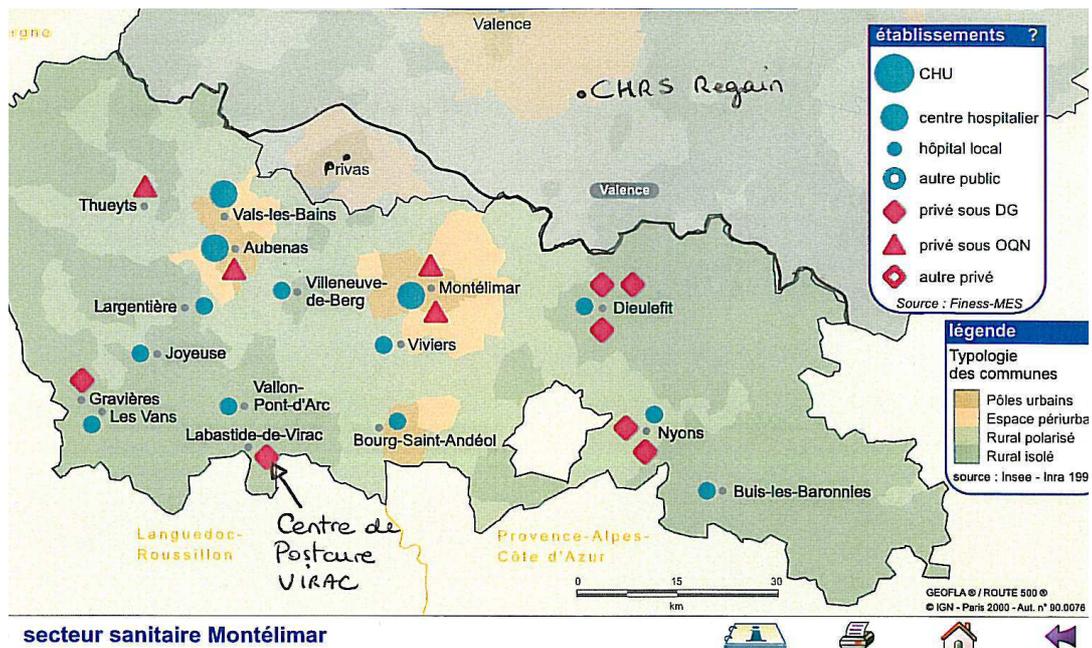
La carte ci-dessous délimite le territoire de santé de Montélimar, il comprend les structures en lien avec le Centre Hospitalier d'Aubenas, tel le centre de Virac, et les structures associées au Centre hospitalier de Montélimar et de Privas. Nous y incluons le CHRS* Regain dans la Drôme.

Ce territoire ainsi défini comprendra les structures de niveau 1 et 2 telles que prévues par la circulaire de 2008 relative à la filière hospitalière et une structure sociale avec laquelle notre établissement travaille régulièrement dans le cadre de la préparation à la sortie pour les patients les plus fragilisés.

La filière ne disposera pas d'établissement de niveau 3, qui est un niveau régional. La région ne disposant pas pour l'instant de ce niveau, l'addictologie étant encore peu développée au niveau des 3 C.H.U régionaux.

Chacun des établissements cités sera contacté par mes soins, le territoire lui sera ensuite présenté pour validation.

La carte ci-dessous situe chacun des établissements mentionnés.



Source site parthage.sante.fr

3.3.2. Définition des complémentarités et des besoins de chacun des acteurs

Les missions principales de chacun des acteurs sont définies par les textes, il sera donc suffisant de voir quelles complémentarités peuvent être mises en place. En revanche, les spécificités de Virac devront, elles, être présentées et expliquées. L'établissement ayant souffert d'un déficit d'image et d'une méconnaissance de son projet thérapeutique dans le passé, je proposerai que les rencontres aient lieu sur l'établissement.

Ces rencontres s'organiseront en deux étapes, le centre de Virac en sera à l'initiative, par la voix du médecin et la mienne.

- 1^{ère} étape : Rencontre des acteurs intervenant en amont de la postcure :

QUI ?

- Médecin de l'Equipe de liaison du centre hospitalier d'Aubenas, également responsable du CSAPA,
- Médecin de l'Equipe de liaison du Centre hospitalier de Privas, également responsable du CSAPA,
- Médecin de l'Equipe de liaison du centre hospitalier de Montélimar,
- Médecin de l'unité des Alizés (réalisation de Cure) du Centre hospitalier spécialisé Ste Marie à Privas.

A notre initiative, une première réunion a eu lieu en juin 2009, seuls les médecins d'Aubenas et des Alizés avaient alors pu se libérer. Tous deux connaissent donc déjà l'établissement et reconnaissent la nécessité de davantage de partenariat. Après avoir présenté notre projet de soins, nous avons alors évoqué les besoins et limites du dispositif actuel ardéchois, la psychologue de l'établissement participait à l'échange.

Les conclusions de cette rencontre montrent d'une part le souhait d'échanges réguliers entre les médecins des différentes structures afin de consolider et d'intensifier les partenariats, et d'autre part les difficultés d'orientation de patients alcoolodépendants sous traitement de substitution.

Virac qui alors ne prenait pas encore ces patients a depuis réfléchi à la question et grâce à l'augmentation de la médicalisation, les accueille désormais et répond d'ores et déjà à ce besoin.

Sur la question de la mise en place d'une filière en addictologie, chaque médecin se dit favorable et prêt à s'engager dans ce travail.

Le médecin de l'ELSA/CSAPA d'Aubenas pointe par ailleurs un besoin de lits en soins de suite et de réadaptation, pour l'accueil de patients au sortir du sevrage, non stabilisés sur le plan somatique, pour lesquels il est trop tôt pour envisager une postcure à Virac. Une orientation sur notre structure pourrait être organisée après la stabilisation somatique si tel est le souhait du patient.

Nous aurions ainsi la possibilité de proposer à la personne malade alcoolique qui le désire un sevrage institutionnel ou ambulatoire, suivi éventuellement d'une cure, et/ou d'une postcure sur un territoire de proximité. En revanche, l'orientation de patients trop fragiles sur le plan somatique pour s'investir dans un séjour en SSR* à Virac, où comme nous l'avons présenté, la réadaptation sociale et la remise en activité s'ajoutent au travail psychothérapeutique, reste encore à déterminer.

J'ai alors sollicité un collègue, membre du groupement de coopération sanitaire HELP.AM, directeur de l'hôpital local de Vallon Pont d'Arc, établissement disposant de lits de SSR polyvalents et proche de Virac, puisqu'il suffit de dix minutes pour s'y rendre.

J'ai donc demandé au chef de cet établissement s'il serait favorable à ce que quelques lits du service de SSR soient mis au bénéfice de patients alcoolodépendants et lui ai proposé les conditions suivantes :

- Admission de patients au sortir du centre hospitalier d'Aubenas, après sevrage et avant entrée en soins à Virac,
- Mise en place d'une prestation entre l'hôpital local et Virac : des infirmiers de Virac formés à l'addictologie se déplaceraient sur l'hôpital pour s'entretenir avec ces patients et ainsi faire le lien thérapeutique entre le sevrage et la postcure, éventuellement une visite du médecin pourrait avoir lieu,

- L'entrée à Virac serait organisée de sorte que sitôt les patients stabilisés, ils puissent intégrer notre structure.

Disposant de 20 lits en SSR, le directeur de Vallon me donne son accord de principe et me dit avoir la disponibilité en lits pour accueillir ces patients. Toutefois, l'avis de la commission médicale de l'établissement devra être recueilli, elle devra se prononcer favorablement pour qu'un tel dispositif puisse être mis en place.

Nous devrions donc pouvoir organiser un parcours de soins entre le sevrage et la postcure et répondre au besoin en lits de stabilisation évoqué par le médecin de l'ELSA/CSAPA d'Aubenas.

Cependant, du fait de délai d'admission important, une difficulté majeure réside dans la programmation des admissions sur Virac : Cette question devra être étudiée avant toute formalisation. Par ailleurs, l'échafaudage présenté ne concerne pour l'heure qu'une partie des partenaires d'amont, une réunion réunissant les médecins de l'ELSA de Privas et de Montélimar devra être programmée rapidement.

- 2^{ème} étape : Rencontre des partenaires intervenant en aval de la postcure :

Il s'agit là des acteurs de la réinsertion sociale, ils seront donc concernés par l'orientation des patients les plus fragilisés, dont l'alcoolisme a eu pour conséquences la perte de l'emploi et/ou la perte du logement et souvent la rupture des liens sociaux et/ou familiaux conjugués quelquefois à une certaine perte d'autonomie.

Notre établissement travaille avec de nombreux centres de réinsertion et foyers, mais plus particulièrement avec le CHRS Regain qui propose un travail de consolidation de l'abstinence.

C'est pourquoi, il nous semble devoir être un acteur de la filière : qui plus est, les CSAPA* et l'unité des Alizés sollicitent également cet établissement qui demande comme préalable à l'admission le sevrage et dans certains cas une postcure à Virac.

Au premier semestre 2010, sur 15 patients qui s'orientent à la sortie de VIRAC vers un CHRS*, 5 font le choix de Regain.

Nous nous sommes là aussi réunis en juin dernier. Un moniteur, la conseillère sociale et moi-même avons rencontré le directeur, une éducatrice et l'assistante sociale du CHRS*.

Nous avons pu passer en revue les patients orientés vers Regain afin d'en évaluer ensemble la pertinence. La conseillère sociale et la psychologue se sont depuis rendues sur les lieux pour visiter et rencontrer l'ensemble de l'équipe afin d'approfondir leurs connaissances du projet et proposer cette orientation de manière plus adaptée aux patients de Virac.

J'ai par ailleurs proposé au directeur la formalisation de notre partenariat par la signature d'une convention. Je le contacterai à nouveau pour lui proposer de participer à la constitution de la filière en addictologie. Les CHRS* enregistrent la plupart du temps des délais d'admission importants, cependant la durée du séjour à Virac donne le temps de la préparation d'une entrée au CHRS* Regain.

3.3.3. Modalités de mise en place de la filière

Afin de fluidifier la trajectoire de soins des patients alcoolodépendants du territoire, il est essentiel de définir les critères d'orientation d'un établissement à l'autre et les modalités de ce fonctionnement, l'objectif étant de permettre au patient désireux de se soigner d'avoir accès à un dispositif coordonné, avec des délais d'admission réduits, où tous les partenaires sont en lien. La filière doit ainsi être au service du projet de soins individuel du patient.

➤ Modalités d'adressage vers le Centre de Virac

Le parcours de soins sera défini en fonction du projet de soins du patient et de son état de santé. Ainsi le médecin traitant ou le médecin institutionnel à l'origine de la mise en place de la démarche définira chacune des étapes avec ce dernier.

Chaque intervenant du parcours sera ensuite contacté, et les dossiers d'admission élaborés afin que des dates d'admission soient fixées s'il y a lieu.

Le centre de Virac, dans le but de diminuer le délai d'admission pour les patients inscrits dans la filière propose la démarche suivante :

Depuis 2 années déjà, afin de répondre aux demandes régionales, nous privilégions les dossiers émanant de la région. Il apparaît important de saisir le moment où le patient se sent prêt à s'investir dans les soins ; des délais d'admission trop longs peuvent en effet se révéler démobilisateurs pour lui et porteurs de rechute.

Mettre en priorité les patients de la région ne suffit pas, et nous en constatons régulièrement les limites. Il est important donc de compléter ce dispositif.

La secrétaire, responsable du calendrier des admissions et moi-même avons donc réfléchi au sujet et souhaitons mettre en place les solutions suivantes :

- Proposition d'une date d'admission sur simple appel de la personne en charge du dossier, avant la réception du dossier et son étude, la date est fixée sous réserve de l'acceptation du dossier.

Ce dispositif réduirait les délais et présente peu de risque dans la mesure où les médecins « adresseurs » intervenants de la filière connaissent les indications pour le

projet thérapeutique de l'établissement et ses contraintes, nous le faisons d'ailleurs de manière informelle chaque fois que possible. Dans les rares cas où le dossier est refusé ou abandonné par le patient, nous proposons la date à une autre personne sans que cela pose de difficultés.

- Proposition d'une réserve de places.

L'établissement doit répondre à des objectifs de volume qui lui imposent d'optimiser ses 30 lits. C'est pourquoi, cette possibilité pourra être mise en place une fois définie la file active. A l'heure actuelle aucun des acteurs cités n'est en mesure de l'évaluer, nous savons par contre, depuis l'étude de l'ANPAA que le besoin est réel. Je pense qu'une évaluation à un an nous permettra de cerner la file active et éventuellement de définir une réserve de places pour les établissements partenaires.

- **Projet médical de filière**

Le projet médical sera rédigé par les médecins des différentes structures, il définira les indications et contre-indications médicales et/ou sociales d'entrée dans chacune des structures.

Un premier échange donnera lieu à l'exposition des indications et contre-indications pour discussion et explication, chaque médecin rédigera ensuite ce qui concerne son établissement d'exercice.

Le centre de Virac, mettra le projet en forme avant diffusion à l'ensemble des acteurs, le médecin de l'HL de Vallon Pt d'Arc sera bien entendu associé à ce travail.

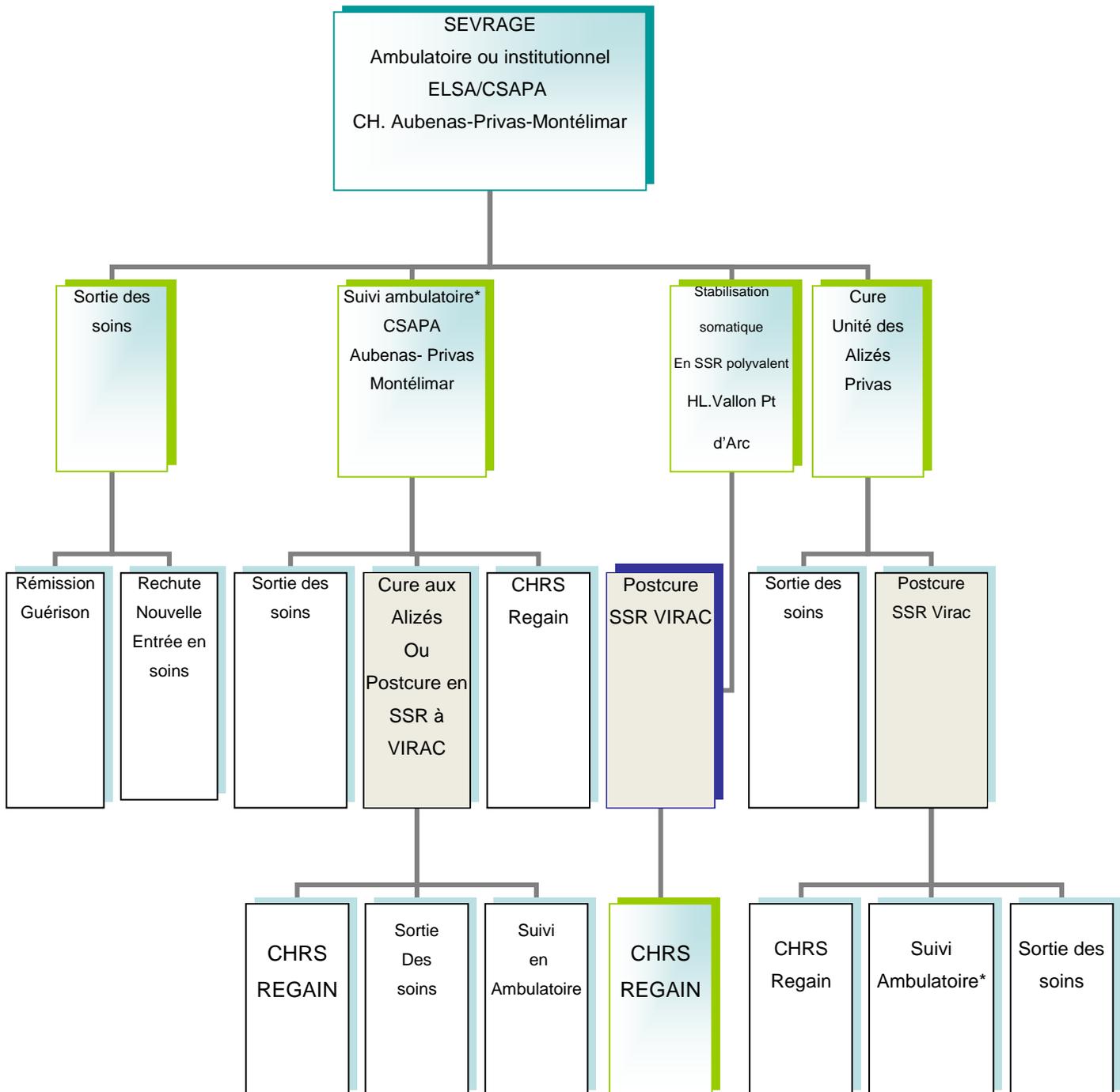
Même si la rencontre de l'ensemble des médecins partenaires est nécessaire à la définition d'un projet médical, nous pouvons d'ores et déjà proposer le modèle suivant qui sera présenté lors de la prochaine réunion et étayé au besoin.

- **La charte de filière :**

Enfin, une charte formalisera les principes de fonctionnement de la filière, ses missions, le rôle, les moyens et modes d'action de chacun, ainsi que les engagements réciproques et partagés de chaque acteur. Elle rappellera les principes généraux de complémentarité et de continuité de la prise en charge dans le respect des spécificités et d'autonomie de chaque équipe. Elle sera cosignée par les directions et médecin de chaque site concerné après approbation du conseil d'administration des structures.

Des conventions entre acteurs concrétiseront les liens et les conditions d'admission dans les établissements.

MODELISATION DE LA TRAJECTOIRE DU PATIENT ALCOOLODEPENDANT
SUR LE TERRITOIRE DE LA FILIERE



Le Centre de Virac est repéré en grisé,

La sortie des soins donnera lieu à la rémission/guérison ou dans certains cas à une rechute avec nouvelle entrée en soins à plus au moins long terme.

Le suivi ambulatoire fortement recommandé, pourra se mettre en place à la suite d'un séjour en hospitalisation complète quel qu'il soit mais également à la sortie du CHRS.*

La sortie des soins pourra se faire à chaque étape du parcours selon le souhait du patient.

3.3.4. Financement de la filière

La filière se mettra en place et fonctionnera presque à moyens constants puisqu'il ne s'agit là que de la définition d'une organisation et d'une coordination des différents acteurs, à l'exception toutefois de la mise en place d'un suivi addictologique sur l'hôpital local de Vallon Pt d'Arc pour des patients en stabilisation avant une admission sur Virac.

Dans ce contexte une infirmière de Virac se déplacerait, et éventuellement un médecin, les frais afférents concerneraient alors d'une part les indemnités de déplacement, et d'autre part la rémunération.

- L'indice kilométrique conventionnel serait appliqué, il est aujourd'hui de 0.62 €/km
- La rémunération : Un infirmier revient à 27 € de l'heure en moyenne, ancienneté, primes conventionnelles et charges patronales comprises.
- La rémunération du médecin : Le médecin revient à 98 € de l'heure tout compris.

Même s'il est encore difficile d'évaluer le nombre de prestations, en l'absence de file active connue, je pense que nous pourrions démarrer sur 0.1 ETP* infirmier et 0.05 ETP* médecin pour 2 allers retours par semaine concernant l'infirmière et 1 aller retour par semaine pour le médecin, sur une estimation de vingt semaines par an :

- 0.05 ETP infirmier : 3 376 €
- 0.02 ETP médecin : 3 640 €
- Indemnité kilométrique : $0.62 \times 20\text{km aller retour} \times 3 \text{ trajets par semaine} \times 20 \text{ semaines} = 744 \text{ €}$
- Budget total : 7 760 €

Un financement pour mission d'intérêt général sera demandé à l'ARS*.

La participation de l'établissement à la filière de soins sera contractualisée dans le cadre du CPOM* par voie d'avenant.

3.3.5. Evaluation de la filière

L'évaluation de la filière sera prévue dès sa constitution.

Elle se formalisera par une réunion annuelle entre les partenaires afin d'examiner les résultats et les conditions de fonctionnement.

Des indicateurs de suivi seront définis.

Je propose d'ores et déjà d'évaluer annuellement les indicateurs suivants :

- le nombre de patients pris en charge par la filière. Le premier professionnel à engager la prise en charge dans la filière comptabilise le nombre de patients.

- le nombre de patients en rémission /rechute 6 mois après la sortie de la filière, par mise en place d'une enquête auprès du médecin traitant. Le dernier professionnel de la filière à avoir accompagné le patient serait en charge de l'envoi de l'enquête.
- le nombre d'événements indésirables au niveau du fonctionnement : recueil des dysfonctionnements rencontrés par les professionnels pour évaluation et mise en place d'actions correctrices. Chaque acteur recueille les dysfonctionnements dont il est le témoin.
- le nombre d'évènements indésirables au niveau des patients : par exemple interruption des soins prématurément du fait du patient ou de l'institution qui l'accueillait, analyse de cas et mise en place d'actions correctrices. Chaque acteur recueille les dysfonctionnements dont il est le témoin.

3.3.6. Calendrier de mise en place de la filière

Le calendrier est détaillé en annexe 12.

Le travail autour de la filière a débuté en juin 2009 et devrait aboutir au printemps 2011.

3.4. Mise en place d'un Réseau de santé

Les textes mettent en avant la complémentarité entre la filière et le réseau de santé. C'est pourquoi, je pense que la filière en addictologie doit intégrer un réseau de santé spécialisé qui aura vocation, notamment, à créer du lien avec d'autres acteurs tels que l'offre de soins libérales et l'entraide associative.

Le réseau, sorte de guichet unique de l'offre de soins addictologiques permettrait d'orienter et de centraliser les demandes de soins. En 2002, l'étude réalisée par l'ANPAA montrait que seulement 2.9% des malades alcoolodépendants ardéchois étaient suivis par un CSAPA* et estimait le nombre de malades alcooliques en Ardèche à 20 000. Plus globalement les chercheurs estiment que seulement 20% des malades entrent dans une démarche de soins.

On peut supposer que le manque de lisibilité de l'offre de soins et le manque d'information des médecins libéraux contribue à ce déficit de prise en charge.

La filière de soins ne concernera que les personnes qui ont déjà pris contact avec les acteurs du soin addictologique, tandis que le réseau s'adressera à un public plus large.

3.4.1. L'expérience du réseau départemental de la Savoie

Dans le cadre du programme de santé régional de lutte contre l'alcoolisation excessive les structures savoyardes spécialisées en alcoologie ont réalisé, en 2001, un diagnostic départemental sur l'accès aux soins alcoologiques en préalable à la formalisation d'un réseau départemental⁴¹. Ce diagnostic s'est appuyé sur deux approches distinctes, d'une part une étude d'image externe et, d'autre part un descriptif du dispositif départemental débouchant sur l'élaboration d'un guide de l'offre de soins. Ce travail collectif a finalement contribué à la formalisation du réseau départemental d'alcoologie de la Savoie.

L'étude d'image externe, réalisée auprès des médecins généralistes, des médecins du travail et des intervenants médicaux, sociaux et judiciaires de différentes structures non spécialisées a permis de mesurer la connaissance que les acteurs de terrain avaient du dispositif spécialisé, de dégager les points forts et les faiblesses de l'offre existante.

L'enquête met ainsi en avant la confrontation directe des médecins généralistes et des médecins du travail à la problématique alcoolique et précise les acteurs spécialisés les mieux repérés. Les faiblesses et les insuffisances donnent lieu à des recommandations auxquelles le réseau tâchera de répondre.

Nous nous appuyerons sur cette méthode dans la proposition de mise en œuvre du réseau de santé en alcoologie/addictologie du territoire de santé.

Nous présenterons dans ce chapitre la mise en place d'un réseau en alcoologie/addictologie, en partenariat avec les services départementaux. En effet, la création du réseau doit, me semble-t-il, reposer au préalable sur un diagnostic territorial de l'accès aux soins alcoologiques et dépasse la mission de l'établissement. Toutefois convaincue de l'intérêt d'un tel réseau sur le territoire et de sa complémentarité avec la filière, je souhaite porter ce projet et le soumettre au financeur. Je pense en outre qu'une des fonctions du directeur est d'être force de proposition. C'est pourquoi, j'ai pris contact avec la DTD de l'Ardèche (ex-DDASS), à laquelle j'ai présenté un pré-projet, qui sera nécessairement amendé par les résultats du diagnostic. Je me propose de présenter ci-dessous ce pré-projet.

⁴¹ Diagnostic de l'accès aux soins alcoologiques en Savoie, Alcoologie et addictologie 2003 ; 25(2), p143-149, BERENGER.

3.4.2. Définition d'un territoire pertinent

Le plan gouvernemental addiction prévoit la mise en place d'un réseau pour 200 000 habitants et se fixe l'objectif de la création de 250 réseaux d'ici 2011.

Le territoire de santé de Montélimar comprend 211 900 habitants, et correspond de ce fait aux critères du plan. Nous pourrions proposer donc comme territoire pertinent celui du bassin de santé et tout comme pour la filière le CHRS* de Regain pourrait y être associé.

3.4.3. Définition des acteurs du réseau

Conformément aux textes, je propose que le réseau associe les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, les établissements de santé spécialisés en alcoologie/addictologie, les institutions sociales et médico-sociales, les associations de prévention et d'entraide et, les services de l'état.

L'Ardèche compte 272 médecins libéraux, auxquels s'ajoutent les médecins drômois du territoire de santé, tous seraient informés de la constitution du réseau et de la possibilité d'y adhérer.

Les structures spécialisées déjà citées et membres de la filière constitueraient notamment le comité de pilotage du réseau en charge d'organiser son fonctionnement.

Les associations d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool et les associations de prévention seront sollicitées, on peut citer sur le territoire de santé :

- Alcool Assistance à Aubenas.
- Société française de la Croix Bleue à Montélimar et Privas.
- Et au niveau de la prévention : ANPAA* 07 à Aubenas.

Les institutions, telles que la Caisse Régionale de l'Assurance Maladie, la Délégation Territoriale de l'Ardèche, ou encore la Maison Départementale du Handicap seront associées au projet.

Des plaquettes de présentation du réseau pourront être mises à disposition dans les officines et les cabinets médicaux à destination des usagers, les usagers pourront être pris en charge par le réseau qui se chargera de l'orientation et de la coordination des soins.

3.4.4. Modalités de fonctionnement du réseau

Un comité de pilotage sera formé, il sera constitué par les membres de la filière, les médecins libéraux qui le souhaitent, les associations d'entraide volontaires, l'ANPAA*, des représentants des institutionnels et des usagers.

Le comité de pilotage choisira la forme juridique du réseau, il définira la convention constitutive ainsi que la charte de fonctionnement.

Concernant sa forme juridique, notons que le groupement de coopération semble particulièrement adapté, il permet en effet l'association d'établissements de santé, d'établissements médico-sociaux et de médecins libéraux notamment, il est le cadre privilégié de la coopération du secteur sanitaire et social public et/ou privé non lucratif. Le GCS* gestionnaire de réseau est par ailleurs prévu par le code de la santé publique.

La convention constitutive du réseau en présente l'objet et les objectifs poursuivis, la couverture géographique et la population concernée, le siège (notamment l'identité du promoteur, sa fonction et l'identification du responsable du système d'information), les personnes physiques et morales membres qui en sont membres et leur rôle, les modalités d'entrée et de sortie des acteurs, les modalités de représentation des usagers, la structure juridique, les statuts et conventions, contrats correspondants, l'organisation de la coordination et du pilotage, le fonctionnement et l'organisation de la continuité des soins, l'organisation du système d'information, et l'articulation avec les systèmes d'information existants, les modalités d'évaluation, la durée de la convention et son renouvellement, le calendrier prévisionnel et enfin les modalités de dissolution du réseau.

La charte définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou dans le cadre du bénévolat.

Cette charte, cosignée par chacun des acteurs, rappelle les principes éthiques. Elle précise :

- les modalités d'accès et de sortie du réseau,
- le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage,
- les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que la formation des intervenants,
- les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques de chacun,
- les référentiels et les protocoles de prise en charge choisis.

L'ARS* Rhône Alpes met en ligne sur son site l'ensemble des documents relatifs à la constitution du réseau, son fonctionnement, son financement, ainsi que des modèles pour la rédaction du rapport d'activité annuel, l'adhésion ou le retrait des professionnels et usagers du réseau. Nous ne détaillerons pas l'ensemble de ces éléments mais y aurons recours le moment venu dans la constitution du réseau. Néanmoins, la démarche présentée dans ce pré-projet prend en compte les obligations fixées par l'ARS*.

3.4.5. Des outils à la hauteur des objectifs du réseau

Le comité de pilotage sera en charge de proposer des outils à même de répondre aux objectifs du réseau et aux points faibles relevés par le diagnostic préalable. Il se réunira une fois par mois jusqu'à l'élaboration complète des outils, il établira par ailleurs des indicateurs pertinents capables de satisfaire aux exigences d'évaluation du réseau. Le promoteur sera en charge de la constitution du dossier de financement.

Un comité scientifique sera formé en vue de l'élaboration de protocoles et référentiels de prise en charge, le médecin de l'établissement ainsi que la psychologue en feront partie. Un comité de l'évaluation et des groupes de travail à objet défini seront également constitués conformément au cahier des charges de l'ARS*. Le réseau sera officiellement mis en place après réception des financements et arrêté portant création du réseau par l'ARS*.

Le comité de pilotage se réunira deux fois par an pour analyser l'évaluation et mettre en place des actions correctrices.

Je propose de synthétiser sous la forme d'un tableau les objectifs du réseau, les outils susceptibles d'y répondre et les indicateurs d'évaluation associés. Ces éléments serviront de base au travail du groupe de pilotage et seront présentés au financeur afin de susciter son intérêt et le solliciter pour le financement du diagnostic préalable.

OBJECTIFS OPERATIONNELS	OUTILS	INDICATEURS D'EVALUATION
Favoriser l'accès aux soins	Guichet unique -plateforme téléphonique	-Nombre d'appels téléphoniques/an -Nombre de demandes de dossier pour admission dans structure/an - Nombre de transmissions des coordonnées pour rendez-vous

	<p>-guide de l'offre de soins (présentation des différentes structures et des divers niveaux de prise en charge associés)</p> <p>Délégué santé prévention</p> <p>Visite au cabinet des médecins généralistes du territoire, information sur les lieux ressources, les dispositifs existants</p>	<p>spécialisé/an</p> <p>-Nombre de livrets distribués/an</p> <p>-Nombre d'adhérents professionnels/an</p> <p>-Nombre d'adhérents usagers/an</p> <p>-Nombre de visites/an</p>
Favoriser la coordination, la continuité des soins et l'interdisciplinarité de la prise en charge	<p>Coordonnateur du réseau</p> <p>Rôle de coordination des soins et de mise en lien des intervenants,</p> <p>Soutien technique dans l'élaboration si besoin du projet thérapeutique individuel,</p> <p>Diagnostic médico-psycho-social de l'usager,</p> <p>Mise en place d'un dossier médical partagé et/ou une messagerie sécurisée entre professionnels,</p> <p>Comité scientifique pour l'élaboration de protocoles de soins, de référentiels de prise en charge</p>	<p>-Nombre de saisines du manager/an</p> <p>-Nombre de projets thérapeutiques individuels élaborés/an</p> <p>-Nombre de protocoles élaborés</p> <p>-Nombre de référentiels élaborés</p>
Formation	<p>-Réunion entre professionnels pour partage et apport de connaissance actualisée,</p> <p>-Revue de presse, études de cas diffusées aux membres,</p> <p>-Cycle de formation continue sur les addictions.</p>	<p>-Nombre de réunions annuelles</p>
Rationalisation des coûts	<p>-Calcul du coût patient</p> <p>-Calcul du taux de rechute alcoolique et si possible du nombre de ré-hospitalisations évitées</p>	<p>-Comparaison du coût patient avec d'autres réseaux</p> <p>-PMSI*, nombre de passages aux urgences pour ivresse.</p>
Communications	<p>-Site internet</p> <p>-Diffusion de la création du réseau aux professionnels et aux usagers du</p>	<p>-Nombre de recours annuels au réseau tous moyens confondus</p> <p>-Nombre d'adhérents au réseau/an</p>

	territoire (plaquette de présentation) -Lettre du réseau -Guide de l'offre de soins -Délégué santé prévention	
--	--	--

Ces outils donnent une première idée de ce qui peut être fait dans le cadre du réseau, le groupe de pilotage devra l'affiner, élaborer la fiche de poste du coordonnateur et du délégué, si ce choix est retenu.

Le choix du coordonnateur devra prendre en compte les écueils évoqués précédemment. Outre ses compétences techniques, il devra avoir les qualités humaines lui permettant de rassembler l'ensemble des acteurs autour du projet. Il devra se documenter et se former à cet exercice afin d'éviter que des rivalités de pouvoir n'émergent. La charte de fonctionnement devra par ailleurs garantir équité et égalité entre tous les membres.

3.4.6. Le financement du réseau

La demande de financement est envoyée au secrétariat du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins à l'URCAM* Rhône Alpes. Ce document comprend une présentation complète et détaillée du réseau, il est accompagné de la convention constitutive, de la plaquette de présentation du réseau destinée aux usagers, de la charte d'engagements des professionnels et des statuts de l'association.

La demande de financement est constituée d'un budget prévisionnel classique, sur 3 ans, et des différentes ressources de financement (conseil général, conseil régional, organismes complémentaires d'assurance et de prévoyance).

Le budget prévisionnel comprend les dépenses d'investissement et de fonctionnement.

La décision du financement est conjointe ARS*-URCAM*, l'exécution du financement est prévue dans une convention tripartite URCAM*/CPAM*/Promoteur.

Nous ne détaillerons pas ici le budget qui ne pourra être établi qu'après le diagnostic et le travail du comité de pilotage. Toutefois, j'ai contacté l'union nationale des réseaux de santé pour me faire une idée du coût de fonctionnement. Il ressort une grande hétérogénéité budgétaire suivant le personnel employé, notamment médical, rémunéré par le réseau. Son budget peut ainsi varier entre 200 000 et 800 000 €. Ainsi, il semble plus économique de confier la direction du réseau à un administratif et d'en décharger le poste de médecin, qui sera centré sur la coordination médicale.

Les coûts du réseau seront si possible analysés selon deux catégories, les coûts de fonctionnement de la structure promotrice gérant le réseau d'une part, il s'agit du coût de

la cellule de coordination, des charges locatives, du système d'information, des formations, de l'investissement...et des coûts dérogatoires qui correspondent à la rémunération des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant auprès des patients du réseau.

Ces deux coûts composés doivent aboutir au calcul du coût par patient qui sera l'objet de l'évaluation.

3.4.7. L'évaluation : une condition du financement.

L'évaluation des réseaux de santé se situe à deux niveaux, une évaluation interne réalisée tous les ans d'une part et une évaluation externe à la fin de chaque période de financement d'autre part. La HAS* publie en 2004 un guide de l'évaluation des réseaux très détaillé, mais nous retiendrons les axes de l'évaluation tels que les définit la circulaire de mars 2007 relative aux orientations de la DHOS* et de la CNAMTS* en matière de réseaux⁴² à laquelle fait référence l'ARS* Rhône Alpes sur son site.⁴³

Ce texte précise que l'évaluation des réseaux s'entend comme l'appréciation de l'atteinte d'objectifs qualitatifs et quantitatifs permettant de mesurer l'impact du réseau sur la qualité de la prise en charge des patients, les pratiques professionnelles et l'environnement sanitaire du réseau. Elle vise à mettre en évidence la valeur ajoutée du réseau en termes de qualité et d'efficience de la prise en charge du patient.

➤ L'évaluation interne

Elle est assurée une fois par an à l'occasion du rapport d'activité transmis aux financeurs. Elle mesure l'atteinte des objectifs, par l'intermédiaire des indicateurs retenus à la conception du réseau.

➤ L'évaluation externe

L'évaluation externe est réalisée par un évaluateur extérieur au réseau, choisi par le financeur. Il devra veiller à l'évaluation des quatre champs suivants :

- l'organisation du fonctionnement du réseau, et son impact sur son environnement,
- la participation et l'intégration des acteurs professionnels,
- la prise en charge des patients dans le cadre du réseau et l'impact de ce dernier sur les pratiques professionnelles,
- l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coûts/résultats.

⁴² Circulaire n°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.

⁴³ <http://ars.rhonealpes.sante.fr>: Réseaux de santé, lien entre offre libérale et hôpital

Ainsi, le promoteur devra prouver la valeur ajoutée du réseau au risque de perdre le financement.

3.4.8. Calendrier de mise en place du réseau

J'envisage le travail sur le réseau en 2011, une fois seulement que le projet d'établissement aura été redéfini en intégrant les nouvelles modalités de séjour et l'inscription de l'établissement dans la filière.

3.5. Incidence du projet sur l'établissement

3.5.1. Incidence sur le projet d'établissement

L'adaptation de l'offre de soins, que se soit du fait de la mise en place de 2 types de séjour supplémentaires ou de l'inscription de l'établissement dans un maillage territorial, aura une incidence sur le projet d'établissement.

Le projet d'établissement devra prendre en compte la création du séjour de rappel, du séjour de 2 mois et des coopérations dans le cadre de la filière. Le projet de soins en développera les aspects thérapeutiques ; le projet social présentera les adaptations nécessaires en matière de ressources humaines : en terme d'évolution des compétences et d'augmentation de poste ; tandis que le volet financier en développera les aspects budgétaires. Le volet relatif à l'amélioration de la qualité exposera, lui, les modalités de l'évaluation de chaque séjour ainsi que de la filière. Enfin, aucune augmentation de la capacité n'étant envisagée pour l'instant, ce projet n'aura pas d'incidence sur la gestion logistique et immobilière de l'établissement.

Concernant le système d'information, des projets régionaux de dossier patient informatisé partagé sont en cours d'élaboration et pourraient revêtir un intérêt dans le cadre de la filière et du réseau. Toutefois, malgré les progrès de sécurisation des données, de nombreuses résistances demeurent chez les médecins, chacun d'entre eux devra se prononcer.

3.5.2. Incidence budgétaire

Le tableau ci-dessous reprend les aspects budgétaires du projet, hors réseau.

	Mode de financement	Coût
Séjour de rappel	DAF* ou T2A*	11 404 €
Séjour de 8 semaines	DAF* ou T2A*	50 044 €
Filière	MIGAC*	7 760 €
Total		69 208 €

Conclusion

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁴⁴. L'OMS* donne cette définition de la santé en 1946. Bien que communément admise, elle reste encore aujourd'hui, me semble-t-il, un objectif à atteindre.

Directrice d'un petit établissement de santé en alcoologie, spécialité à l'interface du secteur sanitaire et social, je souhaite travailler dans cette direction.

Déclinaison des valeurs associatives, le projet de soins de l'établissement considère la personne accueillie dans sa globalité. Reconnu par ses pairs et par les financeurs, l'établissement dispose d'un projet singulier de qualité. Néanmoins, sa taille critique m'incite à développer partenariats et initiatives. C'est dans cet esprit, qu'en 2007 j'ai proposé au conseil d'administration la participation de l'établissement au GCS* de moyens HELP.AM*, et que s'inscrit aujourd'hui la réflexion présentée dans ce mémoire.

Depuis quelques années se pose la question du recrutement que l'ARS* souhaite voir davantage ouvert sur la région et dans le même temps celle du nombre de rechute encore trop important après le séjour.

L'analyse du projet thérapeutique a montré que ces deux questions pouvaient trouver une réponse commune, permettant de concilier tout à la fois le respect des usagers et la gestion des contraintes politiques.

L'adaptation de l'offre de soins par la création de deux modalités de séjour complémentaires permettra d'enrichir le dispositif addictologique du territoire pour l'ajuster au mieux aux besoins de ses patients. Cependant, je souhaite que ce changement ait lieu dans un cadre expérimental afin d'en vérifier l'adéquation. C'est donc une évaluation rigoureuse qui nous permettra de pérenniser cette action, de l'adapter ou le cas échéant de revenir au modèle actuel. Au modèle seulement, car j'envisage l'expérimentation très positivement et j'ai la conviction que l'équipe, quelque soit l'aboutissement de ce volet, tirera de cette période de vie institutionnelle une capacité à interroger sa pratique renforcée, une confiance mutuelle accrue et une aptitude à la mobilisation très utiles dans la démarche dynamique que se doit d'avoir l'établissement.

L'inscription du séjour dans une filière de soins à même de garantir une continuité dans l'accompagnement devrait favoriser la rémission et réduire les risques de rechute. Tandis

⁴⁴ Préambule de la constitution de l'OMS*, conférence internationale de la santé, New York 19 juin/ 22 juillet 1946.

que la création d'un réseau de santé en addictologie rendra plus lisible et plus accessible le dispositif addictologique, ce qui, je le souhaite facilitera l'entrée en soins des personnes alcoolodépendantes.

C'est enfin la conjugaison de ces trois volets qui permettra au Centre de VIRAC d'accroître son recrutement régional et de satisfaire ainsi à la demande de l'ARS* tout en améliorant le service rendu à l'utilisateur tout au long de son parcours de soins, du sevrage à la réinsertion.

La filière comme le réseau s'inscrivent dans une volonté de faire ensemble ce que chacun seul n'aurait pu réaliser. Les coopérations et le rapprochement avec nos différents partenaires d'amont et d'aval permettront non seulement de coordonner les actions dans un objectif de personnalisation de la prise en charge mais encore d'utilisation optimale des finances publiques.

Bibliographie

Ouvrages :

- BATEL Ph., 2006, *Pour en finir avec l'alcoolisme*, Paris : La Découverte, 213 p.
- CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, 2007, *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*, Rennes : ENSP, 115 p.
- CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, 2007, *L'utilisateur au centre du travail social*, Rennes : ENSP, 165 p.
- DESCOMBEY JP., 1994, *Précis d'alcoologie clinique*, Paris : DUNOD, 350 p.
- GOMEZ H., 2006, *La personne alcoolique*, Paris : DUNOD, 335 p.
- GOMEZ H., 2002, *Soigner l'alcoolique*, Paris : DUNOD, 295 p.
- MIRAMON J.M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, Presses de l'EHESP, 149p.

Articles de périodique :

- BERENGER P., 2003, « Diagnostic de l'accès aux soins alcoologiques en Savoie : Formalisation du réseau départemental d'alcoologie », *Alcoologie et Addictologie*, vol.25, n°2, pp 143-149.
- BERTOZ D., DAEPPEN JB., CHOLLET T., KERN F., 2007, « Mise en place d'un réseau alcoologique coordonné d'indication et de suivi dans le canton de Vaud », *Revue médicale suisse*, vol.3, pp 1688-90.
- REYNAUD M., 1999, « Les réseaux de soins en alcoologie : Phénomène de mode ou nécessité fonctionnelle », *Alcoologie*, vol.21, pp 11-14.

Textes législatifs :

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

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011

Textes de recommandations :

ANAES, SFA, Conférence de consensus, Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après sevrage, 7 et 8 mars 2001, Cité des sciences et de l'industrie-Paris, 34p.

ANAES, Les réseaux de santé-Guide d'évaluation, juillet 2004, Paris, 24 p.

Etude :

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, Etude préalable au schéma régional addictions en Rhône-Alpes, septembre 2007, Lyon, 53 p.

Site internet visités :

Expertise collective INSERM, Santé publique/dossier d'information/addictions : Alcool, dommage sociaux, abus et dépendance, 2003, www.inserm.fr

La lettre des réseaux de santé addictions gironde, Les réseaux : piliers du système de santé ? Avril 2009, www.renasud.org

Les mots pour parler d'alcool / Comprendre le risque alcool, consulté en février 2010, www.anpaa.asso.fr

Programme régional de santé publique, consulté en juillet 2010, www.alcoolobase-rhone-alpes.org

Réseaux de santé, lien entre ville et hôpital, <http://ars.rhonealpes.sante.fr>

Une filière de soins AVC à Lille, 2008, <http://www.creer-hopitaux.fr>

VIALA-ARTIGUES et MECHETTI C., Histoire de l'alcool, 2003, www.alcoologie.org
www.ors-rhone-alpes.org

Liste des annexes

Annexe 1 : Extrait du rapport de Certification.

Annexe 2 : Règlement intérieur des résidents.

Annexe 3 : Organigramme fonctionnel et hiérarchique de l'établissement.

Annexe 4 : Plaquette de l'établissement.

Annexe 5 : Planning d'activités des patients.

Annexe 6 : Contrat de soins et projet individuel.

Annexe 7 : Le film, extrait du projet thérapeutique.

Annexe 8: Programme de soins du séjour de rappel

Annexe 9 : Les ateliers d'expression, les activités physiques, extrait du projet thérapeutique.

Annexe 10: Programme du séjour de 2 mois et ses interactions avec le séjour de 3 mois

Annexe 11 : Détail du calcul des coûts du projet.

Annexe 12 : Calendrier de mise en place de la filière.

HAS-Rapport de certification – V2007

Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre I		
Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
Application des valeurs éthiques de l'association gestionnaire (la Croix-Bleue) au respect de la dignité du patient.	<p>La Croix-Bleue, dont dépend l'établissement, est une association regroupant des membres ayant décidé de vivre sans alcool, regroupés en France en une centaine de sections.</p> <p>L'établissement intègre les valeurs de l'association qui font du patient l'acteur essentiel de sa guérison. Cette confiance dans les ressources du patient et dans sa capacité à s'en sortir, constitue une traduction spécifique de la notion de respect de la dignité.</p> <p>Le contrat de soins exige pendant les trois mois du séjour, un engagement total, une discipline stricte, un travail introspectif parfois douloureux, une participation aux contraintes d'une vie sociale (activités domestiques) et professionnelle (ateliers professionnels).</p> <p>En contrepartie l'établissement apporte une écoute attentive et bienveillante et des compétences professionnelles particulièrement adaptées aux besoins spécifiques des patients.</p>	<p>Les témoignages recueillis (directement avec les patients lors des entretiens au cours de la visite, ou indirectement rapportés par la représentante des usagers), font état de l'important travail de reconstruction personnelle réalisé au cours des trois mois d'hospitalisation avec restauration progressive de l'image de soi et récupération, voir acquisition, de compétences humaines, sociales, professionnelles, parfois jusque-là insoupçonnées.</p> <p>Ces témoignages évoquent la fierté du travail personnel réalisé et l'importance du regard exigeant et bienveillant des professionnels dans la réussite de leur reconstruction.</p>

ACC01_F096_A

Centre de posture Virac/Code FINES 070784897/octobre 2008

36/167

Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre III – MCO		
Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
Adéquation spécifique de la prise en charge de postcure alcoolique à l'évolution des besoins des patients traités.	<p>Au cours du séjour, le patient bénéficie d'une prise en charge globale, somatique, psychologique mais également éducative, rééducative, sociale et professionnelle, spécifique à la pathologie traitée. Cette prise en charge, explicitée dans le projet médical, fait l'objet d'un contrat de soins engageant le patient et l'établissement.</p> <p>Les activités de soutien constituent la part essentielle de la prise en charge, qu'elles soient collectives (réadaptation physique et sportive, groupes de parole, relaxation, balnéothérapie, ateliers vidéo, ateliers d'expression artistique, stages en cuisine et lingerie, ateliers professionnels – bois, ferronnerie, espaces verts) ou individuelles (consultations et entretiens, psychothérapie, suivi du projet social de réinsertion par la conseillère en économie sociale et familiale).</p> <p>Le projet est segmenté en trois étapes de 30 jours comportant chacune un emploi du temps adapté et des objectifs spécifiques. La coordination entre les différents professionnels et le suivi du projet sont assurés au travers des diverses réunions de synthèses.</p>	<p>Le projet de soins, avec sa segmentation en trois étapes, apparaît comme une réponse pertinente à l'évolution des besoins, des capacités et des compétences des patients au cours du séjour.</p> <p>Les patients bénéficient d'un accompagnement adapté, de la phase d'introspection et de reconstruction de soi en premier mois, jusqu'à la réalisation du projet de sortie avec projection sociale et professionnelle sur le monde extérieur au cours du troisième mois, en passant par la réhabilitation physique et psychique tout au long du séjour.</p> <p>Les patients en fin de séjour témoignent de la cohérence (et de la qualité) de cette prise en charge progressive ainsi que de son impact sur le cheminement personnel réalisé au cours du séjour.</p>

REGLEMENT INTERIEUR

Préambule :

Virac est un centre de soins et d'adaptation à une vie sans alcool.

Le contrat de soins définit la démarche mise en place pour atteindre cet objectif.

Le règlement intérieur définit le cadre nécessaire à l'exécution de ce contrat.

Article 1 : Les activités.

La participation aux activités définies par le contrat de soin est obligatoire. Ces activités sont précisées dans le programme. Elles s'étalent dans un espace temps allant de 8h30 à 12h et de 14h à 17h45 à l'exception des services, des réunions exceptionnelles ou des groupes de parole qui peuvent s'étendre au-delà de ces horaires.

Pour des raisons pratiques cet horaire peut-être légèrement modifié, augmenté ou diminué, d'une demi-heure ou d'une heure.

Exceptionnellement, des activités peuvent être remplacées ou supprimées (absence de l'animateur, intempéries...). Dans ce dernier cas, elles se transforment en temps libre pour les résidents.

Pendant les heures d'activités, tous les résidents sont occupés, personne ne doit se trouver dans sa chambre, dans la cour, au relais, dans la salle de jeu ou de télé.

Article 2 : Le vécu dans la maison.

Attitude à l'égard de vos dépendances (alcool, tabac, ...)

Toute consommation d'alcool ou autre produit toxique est strictement interdite pendant le séjour et entraîne une rupture du contrat quasi systématique. En effet, un des objectifs du centre est de vous faire vivre 3 mois consécutifs sans alcool.

Tout doute sur une alcoolisation donne droit à un Alcootest.

Des narcotests seront également pratiqués.

Il est strictement interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments. On ne jette pas les mégots par terre. Fumer dans sa chambre peut entraîner sur simple décision de la Directrice ou de son remplaçant un renvoi immédiat.

Le comportement

Une tenue vestimentaire correcte est exigée à l'intérieur de l'établissement.

La présence au repas est obligatoire dans son intégralité. Chacun veillera à respecter les règles d'hygiène et de savoir-vivre (main propre...)

Il est rigoureusement interdit d'avoir de la nourriture, des boissons ou des médicaments dans sa chambre. Des vérifications peuvent être faites à tout moment par le personnel.

Un comportement agressif ne pourra pas être toléré. Tout passage à l'acte entraîne un renvoi immédiat

Les médicaments

La prise de médicaments doit être contrôlée par l'infirmier(e) de service. Les médicaments sont distribués par l'infirmier(e) à l'infirmierie 4 fois par jour : matin, midi, soir et coucher.

Article 3 : En **cas de rupture** de contrat ou de renvoi disciplinaire, il vous sera demandé de quitter le centre par vos propres moyens dans les plus brefs délais. Aucune avance d'argent ne sera accordée. La personne à prévenir que vous aurez nommé, à votre entrée, sera contactée par la Direction.

Article 4 : L'hygiène.

Chaque résident est tenu d'être propre. Il est indiqué de prendre une douche par jour et de changer quotidiennement ses sous-vêtements. (Suivre les directives de la lingerie)

La chambre doit être correctement entretenue ainsi que les toilettes et les parties communes. (Suivre les directives de l'aide soignante), le mobilier doit rester en place. Les rallonges électriques ne sont pas autorisées.

Article 5 : Relation avec l'extérieur. Sorties

La posture est un cadre de vie pour vous aider à devenir autonome et indépendant. C'est pourquoi :

- les portables ne sont autorisés que le week-end et la dernière quinzaine de votre séjour, si vous le souhaitez.
- Vous vous efforcerez de ne téléphoner qu'une ou deux fois par semaine à la même personne.
- Vous veillerez à n'être appelé qu'un ou deux fois par semaine.
- Vous privilégieriez la correspondance par écrit.

Au premier mois, les sorties ne sont pas autorisées.

A partir du 2^{ème} mois, vous aurez la possibilité de sortir 1 jour par semaine- le samedi ou le dimanche- l'autorisation préalable de l'équipe est nécessaire.

Au 3^{ème} mois, vous pourrez, en plus, sortir 2 fois 2 jours (incluant au moins 1 samedi ou 1 dimanche). Une dérogation d'un jour supplémentaire pourra être accordée dans le cas où vous auriez à effectuer un trajet important.

Durant tout le séjour, pendant les temps libres, vous pourrez sortir autour du centre, sur la propriété, en respectant les conditions suivantes :

- prévenir le permanent à votre départ et à votre retour,
- sortir à deux,
- indiquer le lieu de votre ballade,
- ne pas sortir plus de 1h30.

Article 6 : Déroulement du séjour.

- Après une période d'essai de 15 jours, un bilan avec l'infirmier(e) vous permettra de préciser votre projet de soins.
- Le passage du 1^{er} au 2^{ème} mois se fait lors d'un entretien où, après un bilan auquel vous participez, il vous sera indiqué l'atelier qui correspond le mieux à vos besoins et selon les possibilités du moment. Vous devez garder cet atelier jusqu'à la fin du séjour.
- Le passage du 2^{ème} au 3^{ème} mois donnera lieu à un entretien-bilan.

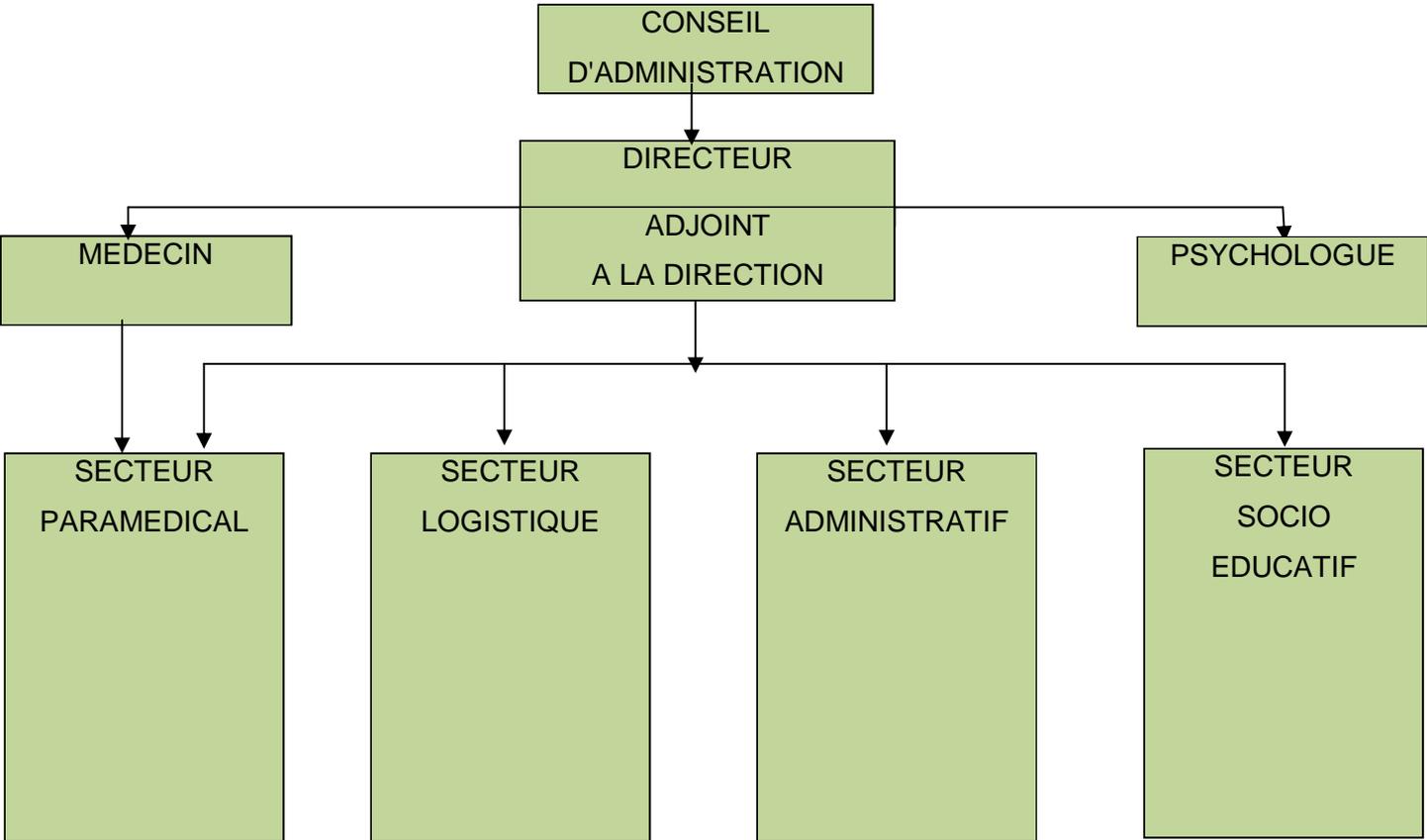
Pendant le déroulement du séjour, vous serez, si nécessaire, convoqués par l'équipe d'accompagnement pour faire le point.

Fait à Virac le 4 mai 2010

La Directrice

**ANNEXE 3 : ORGANIGRAMME FONCTIONNEL ET HIERARCHIQUE DE
L'ETABLISSEMENT**

ORGANIGRAMME



ORGANISATION

Modalités d'admission

Le centre de postcure Virac est un établissement de soins de suite et de réadaptation privé, participant au service hospitalier public. L'admission nécessite donc une prescription médicale et l'accord de votre régime complémentaire maladie.

Le dossier d'admission est disponible sur simple demande au centre.

Il comprend 3 volets : médical, social, administratif, et une lettre de motivation.

Après étude du dossier, les admissions ont lieu par transfert depuis un établissement hospitalier, ou directement depuis le domicile.

Hébergement

En chambre double pendant le premier mois de séjour, puis en chambre individuelle.

Des chambres particulières sont disponibles avec supplément.

Coordonnées

Centre de postcure Virac
07150 LABASTIDE DE VIRAC

Tél : 04.75.38.60.05 / fax : 04.75.38.67.36

E-mail : alcohol.virac@wanadoo.fr

PLAN D'ACCÈS

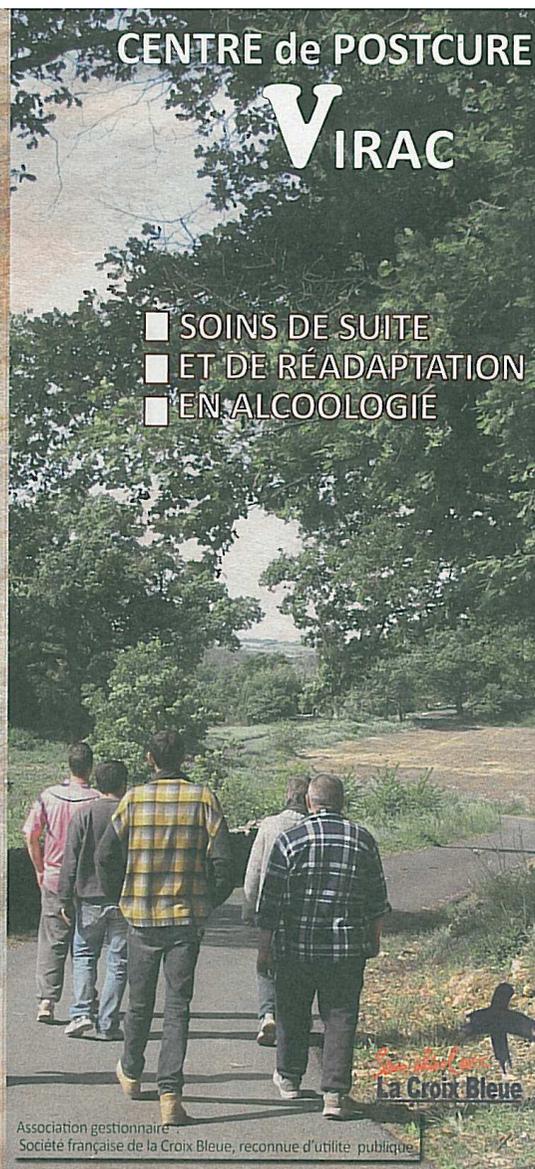
- **Par l'autoroute**
- Sortie Bollène,
- passer à Pont-Saint-Espirit,
- Orgnac, puis Labastide de Virac.
- **Par les transports en commun**
- Correspondance par car
- depuis Avignon ou Montélimar.
- Horaires précisés avec la lettre d'admission.



CENTRE de POSTCURE

VIRAC

- SOINS DE SUITE
- ET DE RÉADAPTATION
- EN ALCOOLOGIE



Association gestionnaire
Société française de la Croix Bleue, reconnue d'utilité publique

Agréé pour une capacité de 30 lits, le centre de Virac conduit une mission de soins de suite en alcoologie. Il accueille durant un séjour de 90 jours des hommes malades alcooliques au sortir du sevrage ou d'une cure.

Les objectifs du séjour :

- Se restaurer physiquement et psychologiquement
- Rompre définitivement avec l'alcool
- Reconstituer et accepter sa propre histoire pour retrouver son identité et donner un autre sens à sa vie
- Reprendre confiance en soi
- Rétablir des relations en bonne intelligence avec son entourage
- Être acteur de son projet de vie
- Favoriser la réadaptation à une vie sociale, impulser la réinsertion socioprofessionnelle
- Préparer le retour à domicile.

Les moyens : le programme thérapeutique

Un travail d'accompagnement thérapeutique individuel et de groupe au quotidien.

Le séjour se décompose en trois périodes de trente jours.

1^{er} mois :

- Reprendre sa vie en main en participant aux différents services de la vie quotidienne (lingerie, entretien)
- Remettre son corps en route par la marche, la réadaptation à l'effort, le travail en salle, la balnéothérapie
- Réfléchir sur son parcours dans les groupes de paroles et les entretiens individuels.

Ce premier mois est aussi le temps de la rupture avec l'entourage, c'est la période de la prise de conscience et du face à face avec soi-même. Le deuxième correspond à l'approfondissement de ce travail.

2^e mois :

- Ateliers thérapeutiques (ferronnerie, menuiserie, jardinage, créativité)
- Activités psychothérapeutiques (jeux de rôle, atelier senteur, groupe de parole)

Activités physiques et sportives
Atelier de préparation à la réinsertion
Sortie thérapeutique à la journée.

Le troisième mois est davantage orienté vers l'extérieur et la préparation à la sortie.

3^e mois :

- Suite des activités débutées au deuxième mois
- Élaboration du projet de vie
- Sorties thérapeutiques de deux jours à domicile
- Préparation à la sortie.

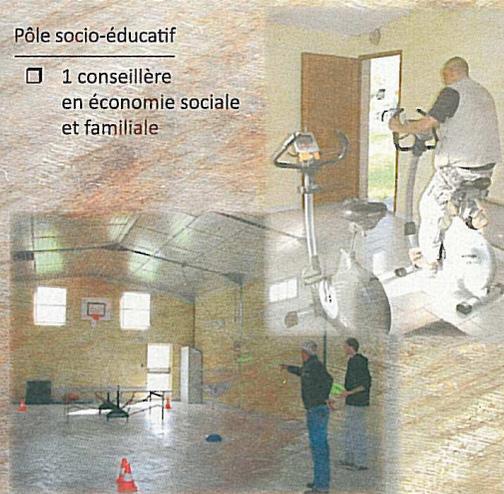
UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Pôle médical et paramédical

- 2 médecins
- 8 infirmiers, pour une présence continue
- 2 aides-soignantes
- 1 psychologue

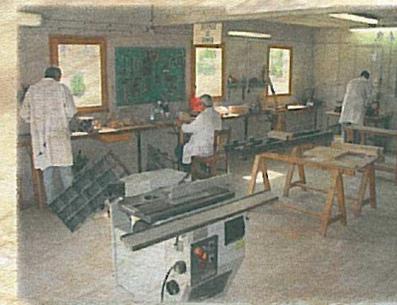
Pôle socio-éducatif

- 1 conseillère en économie sociale et familiale



- 1 éducateur sportif en activités physiques adaptées

- 3 moniteurs d'atelier (menuiserie, ferronnerie, jardinage)
- 2 veilleurs de nuit



Pôle technique et administratif

- 1 cuisinier
- 2 agents des services
- 1 agent d'entretien
- 1 secrétaire
- 1 comptable
- 1 adjoint à la direction
- 1 directeur



EMPLOI DU TEMPS DE LA SEMAINE - GROUPE 1ER MOIS

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
07H00	LEVER						
07H30 => 08H00	PETIT DEJEUNER						LEVER
08H00 => 08H30	CHAMBRE						PETIT DEJEUNER
08H30 => 08H45	MESSAGE						
09H00 => 12H00	SERVICE					TEMPS LIBRE	
12H00 => 13H00	REPAS						
13H00 => 14H00	TEMPS LIBRE					TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE
14H00 => 16H00	EXPRESSION ARTISTIQUE	GRUPE DE PAROLE	PISCINE	BILAN	SPORT		SORTIE VISITE DE LA REGION
16H00 => 16H30	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE		GOUTER	TEMPS LIBRE		
16H30 => 17H00				TEMPS LIBRE			
17H00 => 17H30	RELAXATION			INFO SANTE			
17H30 => 18H00							
18H00 => 18H30	TEMPS LIBRE		TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE			TEMPS LIBRE
18H30 => 19H00							
19H00 => 20H00	REPAS						

EMPLOI DU TEMPS DE LA SEMAINE - GROUPE 2EME MOIS

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	
07H00	LEVER							
07H30 => 08H00	PETIT DEJEUNER					LEVER		
08H00 => 08H30	CHAMBRE					PETIT DEJEUNER		
08H30 => 08H45	MESSAGE							
09H00 => 09H30	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE	ATELIER	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE		
09H30 => 10H00	EXPRESSION ARTISTIQUE	ATELIER	INFO SANTE		ATELIER			AU CHOIX* : - Sport - Atelier "Impulser l'insertion professionnelle" - Temps Libre
10H00 => 10H30			TEMPS LIBRE					
10H30 => 11H00								
11H00 => 11H30								
11H30 => 12H00								
12H00 => 13H00	REPAS							
13H00 => 14H00	TEMPS LIBRE					TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE	
14H00 => 14H30	ATELIER PHOTO	ATELIER	ATELIER	ATELIER	GROUPE DE PAROLE			
14H30 => 15H00				GOUTER				
15H00 => 15H30					TEMPS LIBRE			
15H30 => 16H00	RELAXATION	ATELIER	ATELIER	TEMPS LIBRE				
16H00 => 16H30					TEMPS LIBRE			
16H30 => 17H00	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE				
17H00 => 17H30								
17H30 => 18H00								
18H00 => 18H30								
18H30 => 19H00								
19H00 => 20H00	REPAS							

* Au choix du résident qui s'engage pour 2 mois

EMPLOI DU TEMPS DE LA SEMAINE - GROUPE 3EME MOIS

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	
07H00	LEVER							
07H30 => 08H00	PETIT DEJEUNER					LEVER		
08H00 => 08H30	CHAMBRE					PETIT DEJEUNER		
08H30 => 08H45	MESSAGE							
09H00 => 09H30	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE	ATELIER	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE		
09H30 => 10H00		ATELIER PHOTO	ATELIER		FILM			AU CHOIX* : - Sport - Atelier "Impulser l'insertion professionnelle" - Temps Libre
10H00 => 10H30					TEMPS LIBRE			
10H30 => 11H00								
11H00 => 11H30								
11H30 => 12H00								
12H00 => 13H00	REPAS							
13H00 => 14H00	TEMPS LIBRE					TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE	
14H00 => 14H30	TEMPS LIBRE	ATELIER	ATELIER	ATELIER	SPORT			
14H30 => 15H00	RELAXATION							
15H00 => 15H30								
15H30 => 16H00	EXPRESSION ARTISTIQUE			GOUTER	ATELIER CUIR			
16H00 => 16H30								
16H30 => 17H00								DEBAT FILM
17H00 => 17H30								
17H30 => 18H00	TEMPS LIBRE			GROUPE DE PAROLE				
18H00 => 18H30								
18H30 => 19H00	TEMPS LIBRE			TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE	TEMPS LIBRE		
19H00 => 20H00	REPAS							

* Au choix du résident qui s'engage pour 2 mois

CONTRAT DE SOINS

Le centre de postcure VIRAC vous propose un séjour de soins afin :

- D'expérimenter 90 jours consécutifs sans alcool,
- De vous approprier une nouvelle façon de vivre à travers l'abstinence.

Pour vous accompagner dans la réalisation de ces objectifs nous vous proposons :

- Une redécouverte de l'autonomie et de la responsabilité en vous appropriant les gestes de la vie quotidienne en participant aux différents services.
- Des lieux où vous pourrez vous exprimer et échanger sur votre vécu et votre ressenti (groupes de paroles, entretiens individuels...)
- Une meilleure compréhension des besoins physiques et psychiques du corps humain (entretien médicaux, entretien infirmier, info santé)
- Des ateliers de réalisation et de créativité (travail du cuir, atelier photo, arts plastiques, menuiserie, ferronnerie, jardinage)
- Des activités physiques et corporelles
- Des sorties thérapeutiques et culturelles

Toutes ces activités s'inscrivent dans un projet thérapeutique élaboré par l'équipe soignante, elles sont balisées par un règlement intérieur qui a été porté à votre connaissance à votre admission.

Il vous incombe donc de participer à l'ensemble des activités et de respecter le règlement intérieur. Toute ré-alcoolisation ainsi que toute impossibilité de respecter le règlement intérieur entraîne une rupture du contrat de soins.

NB : La durée du séjour est de 90 jours. En demandant une postcure à Virac, vous vous engagez, après une période d'adaptation de 15 jours à terminer votre séjour et à définir certains points importants sur lesquels vous souhaitez travailler.

L'ensemble de l'équipe de l'Etablissement s'engage quant à elle à vous accompagner dans votre projet de soins.

Ecrire « lu et approuvé »

Date : Nom, prénom Signature Signature de la direction

PROJET DE SOINS INDIVIDUALISE

Cela fait 15 jours que vous êtes entrés à Virac, nous vous proposons à présent de définir certains des points importants sur lesquels vous souhaitez travailler durant votre séjour.

En effet, au-delà du projet thérapeutique global de l'établissement qui a pour finalité principale de vous approprier une nouvelle façon de vivre à travers l'abstinence, il semble intéressant que vous puissiez orienter votre réflexion et votre travail sur quelques points importants que vous préciserez ci-dessous :

-
-
-
-

Date

Nom, prénom

Signature du patient

Signature du soignant

- Le film.

Tous les mercredi matin les patients du deuxième et du troisième mois visionnent un film choisi par un des moniteurs. Ce film peut concerner différents thèmes.

Le jeudi soir, les patients du 3^{ème} mois se réunissent avec le moniteur qui a choisi le film et tentent d'en parler, et de mettre l'accent sur les points importants de celui-ci. Les discussions peuvent être directement liées au film, mais bien souvent à travers leurs ressentis, c'est d'eux que les patients finissent par parler. Le film devient alors le support de nombreuses projections.

De plus, cette activité, lorsqu'elle est destinée à des personnes malades alcooliques est un mode d'approche très intéressant, dans le sens où le support principal du film c'est l'image. L'image est dans un premier temps (temps de visionnage) privilégiée aux mots. Cela permet parfois aux patients d'avoir accès à des choses qu'ils ne pouvaient jusque là pas verbaliser.

« Plus les sensorialités et les affects seront sollicités directement, plus proche sera l'expérience alcoolique. » (Monjause. M p.192)

ANNEXE 8 : PROGRAMME DE SOINS DU SEJOUR DE RAPPEL

Semaine 1	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Matin				ENTREE	-Service (2h) -Consultation médicale
Après midi				Groupe addictologique N°1 (1h30) 14h-15h30	Marche (ou autre activité physique) Avec groupe 1 ^{er} mois (2h) -Groupe addictologique N°2 (1h30)

Semaine 2	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Matin	Service (2h)	Service (2h)	Visionnage du film (2h)	Service (2h)	Service (2h)
Après midi	-Relaxation (1h) -Groupe addictologique N°3 (1h30)	-Suivi social : préparation pratique de la sortie N°1 optionnel -Suivi psychologique, optionnel	Groupe addictologique N°4 (1h30) 14h-15h30 -Entretien motivationnel optionnel	-Débat/film 17h-18h	Marche (ou autre activité physique) Avec groupe 1 ^{er} mois (2h)

Semaine 3	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Matin	Service (2h)	Service (2h)	-Consultation médicale de sortie -Bilan de sortie individuel		
Après midi	-Groupe addictologique N°5 (1h30) -Relaxation (1h) -Bilan de sortie individuel	-Suivi social individuel : préparation pratique de la sortie N°2 <i>optionnel</i> -Suivi <i>psychologique optionnel</i>	SORTIE		

**ANNEXE 9 : LES ATELIERS D'EXPRESSION, LES ACTIVITES PHYSIQUES,
EXTRAIT DU PROJET THERAPEUTIQUE**

- Les ateliers d'expression.

Différents ateliers d'expression sont proposés aux patients du deuxième mois et du troisième mois. La diversité de la prise en charge procure une ouverture du regard et permet à chacun de trouver de l'intérêt à ce qu'il y a autour de soi, c'est une manière de sortir d'une forme de rigidité. (Avoir un autre regard sur le monde et/ou une autre relation aux autres.) Les moniteurs tentent de transmettre aux patients le plaisir que peut leur procurer chaque activité créative qu'ils dispensent.

La création devient alors le terrain de rencontre des capacités d'élaboration du patient et du soignant.

Le lieu où se rencontrent sans douleur les alcooliques et les autres, c'est le domaine des arts.

Là où on peut en savoir davantage sur la problématique alcoolique, tout en se réconfortant du fait que finalement, les personnes malades alcooliques peuvent faire quelque chose de leur souffrance, quelque chose de dramatique et/ou de drôle, éminemment partageable.

La photo.

L'atelier photo est adressé aux messieurs du deuxième et du troisième mois. Il se déroule le lundi de 10H à 12h pour les troisièmes mois et de 14h00 à 16h00 pour les deuxièmes mois.

Les quatre premières séances auxquelles participent les résidents sont structurées de la manière suivante :

- La première séance allie théorie et pratique.
 - o On travaille autour de la question : « Qu'est ce que la photographie ? ». Les patients, en perpétuelle interaction avec leur moniteur abordent quelques points relatifs à l'histoire de la photographie. L'objectif étant la réflexion et la découverte.
 - o Puis les résidents se prennent en photo. La pédagogie se corréle à un véritable travail sur l'image de soi.
 - o Ensuite, les résidents développent leur première pellicule. Travail dans l'obscurité, qui déclenche souvent de fortes émotions et quelques angoisses archaïques.
- En parallèle, des explications sont données sur tout le processus de développement.

- La deuxième séance consiste à tirer sur papier la pellicule développée.
 - o Une explication sur les modalités de l'agrandissement d'une photo est transmise.
 - o Toujours, dans un même mouvement d'alternance entre théorie et pratique, et dans le cadre d'un partage autour de la parole, les résidents apprennent les différents réglages possibles de la lumière et des contrastes (sortie de la lumière de l'appareil, objectif, diaphragme).
 - o Puis c'est la préparation des différents bains : révélateur, fixateur, bain d'arrêt.

- La troisième séance est destinée à la consolidation des techniques acquises et à la transmission de celles-ci aux nouveaux arrivants dans le groupe.

- La quatrième séance s'attache à détailler les différentes manières de travailler une photo (travail sur l'ombre et la lumière, en lien avec le calcul des temps de pose par rapport à l'éclairage, travail sur les différentes possibilités de développement...).

Les séances photos pour les troisièmes mois sont différentes. Leur moniteur leur demande de travailler seul. Ceux dont la fin du séjour approche développent leurs photos. C'est un temps où chacun parle de son image : A qui je ressemble ? A quoi je ressemble ? A qui je ressemblais avant ? Est-ce que je me plais ? Est-ce que j'ai changé ?

Le cuir

L'atelier cuir se tient le vendredi de 14H00 à 17H30, il est réservé uniquement aux résidents du troisième mois. De ce fait, l'atelier induit une prise en compte du facteur temps : tous les projets des résidents ne sont pas réalisables en un mois ! C'est donc un véritable travail sur l'optimisation de son temps qu'offre l'atelier cuir. Parallèlement le coût du cuir nécessite quelques exigences et limite les productions.

Le travail du cuir demande beaucoup de contraintes.

Cet atelier nous prouve que l'exigence et la rigueur peuvent permettre d'avoir des résultats et une réelle satisfaction.

- La première séance est un temps consacré à la découverte :
 - o Découverte du cuir : Les résidents touchent la matière, ces deux faces, et prennent ainsi conscience qu'ils travaillent avec quelque chose de vivant, qu'il va falloir nourrir.
 - o Découverte des outils spécifiques au travail du cuir et de la manière dont ils vont devoir les utiliser.
 - o Découverte de la chronologie rigoureuse de la fabrication d'un objet en cuir.

- La deuxième séance invite le patient à réaliser sa première fabrication :
 - o Le moniteur demande aux résidents s'ils souhaitent réaliser quelque chose de particulier, et considère avec eux les possibilités de réalisation de leur projet.
 - o La fabrication peut alors commencer. Le moniteur explique longuement les différentes étapes de cette fabrication, et passe beaucoup de temps à montrer aux résidents les gestes méticuleux que demande le travail du cuir.
 - o L'attente des différents temps de pose des produits destinés à traiter le cuir, permet de fréquents échanges verbaux.

- Durant la troisième séance la fabrication se poursuit :
 - o Le petit morceau de cuir découpé au départ commence à prendre forme et à être mis en valeur.
 - o Les résidents travaillent et se familiarisent avec les outils et les techniques sur un morceau de chute.
 - o Enfin, ils apprennent à utiliser les produits pour protéger, teinter, assouplir, et imperméabiliser le cuir. Dans le cadre de cette étape, l'erreur n'est pas permise. Lorsque le moniteur estime que certains principes sont acquis, il laisse les résidents se débrouiller seul jusqu'à l'étape suivante.

- La dernière séance permet de mettre fin à la fabrication :
 - o Pour certains résidents, il s'agit de finir leur réalisation avant leur départ de Virac.
 - o Les autres passent un moment à essayer leur bracelet et/ou ceinture. C'est un moment de plaisir pour chacun, où une fois de plus le rapport au corps peut être travaillé.

La créativité :

Une intervenante extérieure anime par ailleurs des ateliers d'expression le lundi, à raison de 2h par groupe, premier, deuxième et troisième mois. Cet atelier est un lieu d'expression artistique où à partir de thèmes, et souvent à l'aide de matières naturelles (toile de jute, cordage, terre, plâtre) la créativité de chacun s'exprime. Un travail de mise en valeur de la création est effectué, mise en place de Marie-Louise, encadrement, pose d'un vernis, exposition dans le centre et depuis le mois de juin à l'extérieur du centre.

Les activités physiques.

Différentes activités sportives sont proposées au sein de notre établissement, collectives ou individuelles. Tels que Vélo, marche à pied, Piscine, Volley, Badminton, tennis

Certaines, nous l'avons vu précédemment, sont animées par le personnel infirmier, d'autres sont co-animées par un des moniteurs et/ou l'infirmier, les dernières sont animées par un éducateur sportif en activités physiques adaptées.

Alors que l'infirmier va davantage s'intéresser au corps dans tout ce qu'il peut y avoir « d'anatomique », le moniteur, de manière complémentaire, va apporter un versant éducatif aux activités.

- Le plaisir
- Le jeu
- Les règles du jeu
- L'apprentissage de certaines techniques
- Le goût à l'effort
- La participation
- L'individuel et le collectif
- La détente
- L'entraînement
- L'endurance
- L'intérêt et l'objectif de chaque activité.
- Concrétisation

**ANNEXE 10 : PROGRAMME DU SEJOUR DE 2 MOIS ET SES INTERACTIONS AVEC
LE SEJOUR DE 3 MOIS**

SEJOUR DE 8 SEMAINES

- Programme des 2^{ème} mois dans la configuration actuelle mais durant 3 semaines,
- Programme des 3^{ème} mois dans la configuration actuelle mais sur 3 semaines,
- Groupe de parole spécifique 1 fois par semaine,
- Suivi psychologique et social individuel si le patient le souhaite,
- Préparation à la sortie,

TRONC COMMUN

15 JOURS

Programme des 1^{er} mois dans la configuration actuelle

Le jour de l'admission

-Accueil : secrétariat et entretien infirmier

Le lendemain de l'admission

- 1 consultation médicale,
- 1 entretien avec la directrice (présentation de l'établissement et du déroulement du/des séjours, du règlement intérieur, du contrat de soins)
- 1 entretien avec une aide soignante : présentation des modalités pratiques de déroulement du séjour,

2 jours après l'admission,
début des activités

- Activité de réadaptation à la vie quotidienne 5 séances par semaine,
- Expression artistique 1 séance par semaine,
- Groupe de parole 1 séance par semaine,
- Relaxation 1 séance par semaine,
- Activité physique et sportive 1 séance collective par semaine et 1 individuelle,
- Séance d'information Alcool/tabac 1 séance par semaine,
- Réunion bilan 1 séance par semaine,
- 1 entretien individuel obligatoire avec la psychologue,
- 1 entretien obligatoire avec la conseillère sociale,
- Entretien avec l'équipe à la demande du patient,
- Sortie accompagnée, culturelle et/ou de loisir le dimanche après midi.

SEJOUR DE 3 MOIS

Poursuite du programme du 1^{er} mois pendant 15 jours,

2^{ème} mois

- Atelier de réadaptation ferronnerie, jardinage et menuiserie, 5 séances par semaine,
- Groupe de parole, 1 séance par semaine
- Relaxation, 1 séance par semaine,
- Atelier photographie, 1 séance par semaine,
- Expression artistique, 1 séance par semaine,
- Activité physique et sportive 1 séance collective par semaine,
- Séance d'information sur la santé, 1 séance par semaine,
- Atelier d'orientation professionnelle

3^{ème} mois

Poursuite des activités, approfondissement du travail de réflexion et de réadaptation. Préparation à la sortie.

ANNEXE 11 : DETAIL DU CALCUL DES COÛTS DU PROJET

Le poste de secrétaire sera augmenté de 0.1 ETP afin de permettre la gestion administrative des dossiers patients, l'accueil des patients entrants, et la gestion du calendrier des entrées.

Le coût estimé est de : 2 807 €

Détail du calcul : [(Coefficient de référence 329 x valeur point FEHAP 4.381 x 0.1 ETP) + 12% ancienneté + 5% prime décentralisée + 38% charges patronales] x 12 mois.

L'agent hôtelier sera augmenté de 0.5 ETP afin de répondre à l'augmentation du nombre des chambres à entretenir, et de s'adapter à un accompagnement de proximité des résidents en service, qui tourneront davantage.

Le coût est estimé à 13 546 €

Détail du calcul : [(Coefficient de référence 312 x valeur point FEHAP 4.381 x 0.5 ETP) + 10% ancienneté + 5% prime décentralisée + 43% charges patronales] x 12 mois.

La conseillère sociale reçoit chaque patient entrant afin de faire le point sur leur situation sociale, elle devra donc répondre à davantage de rendez-vous. J'estime l'augmentation de son poste à 0.1 ETP.

Le coût est estimé à 4 329 €

Détail du calcul : [(Coefficient de référence 479 x valeur point FEHAP 4.381 x 0.1 ETP) + 7% ancienneté + 5% prime décentralisée + 53% charges patronales] x 12 mois.

Le médecin devra lui aussi recevoir en consultation d'entrée et de sortie davantage de patient, j'estime qu'une augmentation de 0.2 ETP sera nécessaire à la mise en œuvre des deux nouvelles modalités de séjour.

Le coût est estimé à 19 526 €

Détail du calcul : [(Coefficient de référence 937 x valeur point FEHAP 4.381 x 0.2 ETP) + 10% ancienneté + 10% majoration spécifique + 5% prime décentralisée + 56% charges patronales] x 12 mois.

La psychologue recevra davantage de patient en entretien d'entrée et organisera un groupe de parole spécifique au séjour de deux mois, c'est pourquoi j'estime que le temps de travail de ce poste devra être augmenté de 0.2 ETP.

Le coût est estimé à 9 836 €

Détail du calcul : [(Coefficient de référence 518 x valeur point FEHAP 4.381 x 0.2 ETP) + 5% ancienneté + 5% de majoration spécifique + 5% prime décentralisée + 56% charges patronales] x 12 mois.

ANNEXE 12 : CALENDRIER DE MISE EN PLACE DE LA FILIERE

Quand	Qui	Pourquoi	Où
10 juin 2009	Médecins ELSA/CSAPA Aubenas Médecin chef des Alizés-Privas, Excusés médecin ELSA - Montélimar et Privas.	Echange et connaissance réciproque	Centre de SSR VIRAC
Juin 2009	CHRS Regain, CHRS Entraide protestante Centre de SSR VIRAC	Echange, revue des parcours de patients communs, revue des indications et contre indications à l'orientation	CHRS Entraide protestante- Montélimar
<i>Octobre 2010</i>	<i>La direction</i>	<i>Présentation du projet à l'équipe du Centre de Virac</i>	<i>Centre de VIRAC</i>
Novembre 2010	TOUS les acteurs référencés dans la filière	-Présentation du projet de filiale et étayage si besoin, -Définition des indications et contre-indications à l'orientation dans chaque établissement.	Centre de SSR* VIRAC
Décembre 2010	Tous les médecins de la filière	Rédaction du projet médical	A définir, je proposerai CHS* PRIVAS
Décembre 2010 travail par mail, Si discussion nous organiserons une rencontre	Tous les acteurs de la filière	Présentation et validation de la charte et mise place des conventions	A définir s'il y a lieu
Janvier/février 2011	Direction Virac	Demande de financement au titre des MIGAC* dans le cadre du rapport préliminaire de VIRAC	Envoi à la DTD*
Janvier/Février	Direction VIRAC	Envoi Charte et	

2011		conventions à la DTD* de l'ARS*	
A réception accord ARS*	Direction Virac	Envoi charte signée et accord ARS* à chaque acteur de la filière	
Février/Mars 2012	Tous les acteurs	Evaluation	A définir