
**Inspecteur de l'action sanitaire
et sociale**

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **Mars 2008**

**Le fonctionnement des établissements
médico-sociaux en alcoologie
et en toxicomanie
dans la perspective de la mise en place
des C.S.A.P.A.**

Exemple de la Région Haute-Normandie

Jérôme LIBERMANN

Remerciements

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

Je remercie plus particulièrement Madame Claudine COULAUD, mon maître de stage, pour ses conseils et son appui méthodologique.

Sommaire

Introduction	1
1 Le dispositif national de prise en charge des conduites addictives	5
1.1 Un dispositif historiquement centré sur les produits	5
1.1.1 Le dispositif médico-social de lutte contre l'alcool.....	5
1.1.2 Le dispositif médico-social de lutte contre les drogues dites illicites	6
1.1.3 Le dispositif sanitaire	9
1.2 L'approche par comportement se substitue à l'approche par produit.....	10
1.2.1 Le concept.....	10
1.2.2 La genèse des CSAPA.....	12
1.3 Pour une prise en charge globale des addictions.....	13
1.3.1 Le plan MILDT.....	13
1.3.2 Le plan addiction	14
1.3.3 Un cadre juridique pour les CSAPA.....	15
2 Les dispositifs de prise en charge en Haute-Normandie	19
2.1 Le contexte régional.....	19
2.1.1 Un contexte épidémiologique peu favorable	19
2.1.2 Les plans régionaux et départementaux.....	22
2.1.3 Des réseaux à la fois sectorisé géographiquement et dans l'approche par produits	24
2.1.4 L'aspect financier : l'enveloppe médico-sociale	25
2.2 L'analyse des structures	26
2.2.1 Profil des publics accueillis.....	26
2.2.2 Profil des structures.....	29
2.2.3 Répartition territoriale	31
2.3 L'expérience innovante d'une structure et d'une fédération	35
2.3.1 Présentation de la structure.....	35
2.3.2 Fonctionnement en CSAPA.....	37
2.3.3 Une fédération qui mélange les cultures.....	40

3	Le rapprochement des structures la cible à atteindre	43
3.1	Une évolution attendue par les acteurs de terrain mais des craintes subsistent.....	43
3.1.1	Les attentes des professionnels.....	43
3.1.2	Les craintes des professionnels.....	44
3.2	Une planification à l'échelle des territoires de santé par la mise en place des schémas régionaux d'addictologie.....	45
3.2.1	Le Schéma Régional Addiction : un outil pour la territorialisation et le redéploiement des structures.....	45
3.2.2	La Commission Régionale Addiction : un espace de concertation	46
3.3	Propositions et facteurs de réussite	47
3.3.1	Accompagner les structures et les professionnels	47
3.3.2	Favoriser une dynamisme de réseau associant le secteur sanitaire et la médecine de ville.....	49
3.3.3	Positionnement de l'IASS dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de santé publique	53
	Conclusion.....	54
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ADISSA	Association Départementale d'Insertion Santé et de Soins des Addictions
ANPA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CDPA	Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
CHAA	Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie
CIM	Classification Internationale des Maladies
CLI	Commission Locale d'Insertion
CNG	Comité National de Gestion
CRA	Commission Régionale Addiction
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CRQCS	Conseil Régional de la Qualité et de la Coordination des Soins
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DRDR	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense
ETP	Equivalent Temps Plein
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIAE	Fédération des Intervenants en Addictologie de l'Eure
FIQCS	Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
ILIAD	Indicateurs Locaux pour l'Information sur les ADdictions
INPES	Institut National de Promotion et d'Education pour la Santé
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MISP	Médecin Inspecteur de la Santé Publique
MRS	Mission Régionale de Santé
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PEJP	Point Ecoute Jeunes Parents
PLSP	Pôle Libéral de Santé Publique
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
RASCAS	Réflexion sur les ASpects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions
RIAHN	Réseau des Intervenants en Alcoologie de Haute-Normandie
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RPIB	Repérage Précoce et Intervention Brève
SAF	Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SRA	Schéma Régional d'Addictologie
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TREND	Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues
TSO	Traitements de Substitution aux Opiacés
UCT	Unité de Coordination de tabacologie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

Introduction

*" Je me suis donc ré intoxiqué
parce que les médecins qui désintoxiquent
- on devrait dire simplement qui purgent -
ne cherchent pas à guérir les troubles premiers qui motivent l'intoxication,
que je retrouvais mon déséquilibre nerveux,
et que je préférais un équilibre artificiel à pas d'équilibre du tout. "*

Jean Cocteau, Opium

Lors de l'installation de la commission addiction en novembre 2006, le Ministre de la santé et des solidarités a rappelé qu'aujourd'hui, en France, les conduites addictives (en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool et dans une moindre mesure, de substances illicites) interviennent dans 30 % de la mortalité précoce et évitable. La consommation excessive d'alcool en France demeure très importante, le nombre de décès attribués à la consommation d'alcool représente 45 000 morts par an selon les dernières statistiques Inserm connues de 1995 soit 7 à 8 % de l'ensemble des décès. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable en France après le tabac¹. Le tabagisme reste une préoccupation constante de santé publique, le nombre de décès lié au tabagisme avoisine 66 000 décès par an, soit près de 15% de la mortalité globale. Le cannabis est le produit psycho-actif illicite le plus consommé en France chez les jeunes, en 2005, l'enquête ESCAPAD² révèle qu'à 17ans, 10,8 % en faisait un usage régulier. Après avoir été développées de manière spécifique, traitant séparément l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, les politiques de prévention et de soins insistent, depuis plusieurs années, sur la nécessité d'une part, de favoriser une plus grande cohérence du dispositif de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive et d'autre part, de renforcer ce dispositif afin de faire face au problème de santé publique que constitue l'addiction dans toutes ses dimensions et dans toutes ses composantes. Une meilleure articulation et coordination des intervenants dans les domaines des soins et de la réinsertion constituent alors une condition essentielle pour que les personnes ayant un

¹ Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 12 septembre 2006

² Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense

usage nocif ou une dépendance soient accompagnées et prises en charge dans leur globalité et dans la continuité de leur parcours. Cet objectif exige un véritable partenariat de l'ensemble des professionnels concernés, qu'ils relèvent du dispositif spécialisé, des établissements de santé, de la médecine ambulatoire. La création des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) va permettre la prise en charge globale des différents types d'addictions, isolée ou associée, ainsi qu'une articulation avec tous les acteurs de soins, qu'ils soient libéraux, associatifs ou hospitaliers. Correspondant à une attente des professionnels, cette réforme doit permettre de donner les moyens d'une politique de rapprochement des différentes structures médico-sociales œuvrant dans le champ des pratiques addictives, de développer une prise en charge multidisciplinaire et de diversifier l'offre pour une meilleure accessibilité des soins.

J'ai effectué mon stage professionnel au sein de l'unité de santé publique de la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale de Haute-Normandie (DRASS). Ma maître de stage, inspectrice principale, responsable de l'unité a été fortement impliquée sur la problématique des addictions puisque dans ses fonctions précédentes, elle était chargée de mission interdépartementale sur cette thématique. La prochaine mise en place des CSAPA est une préoccupation du service. Cette problématique est partagée par les deux directions départementales de la région. Il s'agit également d'un questionnement sur mon futur métier ; il s'agira, au travers de ce travail de définir la contribution d'un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) à la mise en œuvre d'une politique de santé publique à travers la mise en place de nouvelles structures médico-sociales.

Mon terrain d'enquête a été la région Haute-Normandie où douze Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et sept Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) fonctionnent.

Ce secteur a été jusqu'ici cloisonné entre structures spécialisées en alcoologie et structures spécialisées en toxicomanie. Depuis quelques années un processus de rapprochement et de restructuration a été amorcé pour définir et constituer un véritable dispositif médico-social en addictologie. Le Décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie³ donne une existence juridique aux futurs CSAPA. Par ailleurs la mise en place progressive des Schémas Régionaux d'Addictologie (SRA) va contribuer à un meilleur maillage des territoires.

³ Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Cette perspective m'a amené à m'intéresser au fonctionnement actuel des CCAA et des CSST afin de dégager des pistes d'améliorations

L'hypothèse de travail repose sur le principe que l'amélioration du fonctionnement actuel des structures apporte une plus value dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers.

Une deuxième hypothèse concerne la mise en place d'une meilleure adéquation entre les besoins et les moyens sur un territoire dans la perspective du schéma régional d'addictologie.

Enfin, une troisième hypothèse porte sur une meilleure coordination des différents acteurs (établissements de santé, CSAPA, médecine ambulatoire).

Méthodologie

Afin de répondre aux nécessités de ce travail de recherche d'un mémoire prospectif, plusieurs méthodes d'investigation complémentaire ont été menées : recherche documentaire, conduite d'entretiens, questionnaires et observation participante.

Le point de départ de mon mémoire a été l'entretien réalisé avec Monsieur Pascal Mélihan-Cheinin, chef du bureau des pratiques addictives (bureau MC2) à la Direction Générale de la Santé (DGS). Cet entretien m'a permis d'appréhender la genèse et les enjeux de cette réforme. Parallèlement, afin d'effectuer le bilan des structures existantes, j'ai exploité l'intégralité des rapports d'activités 2006 des structures ambulatoires (12 CCAA et 7 CSST). Au rapport d'activité standard des structures ambulatoires, j'ai rajouté le territoire de santé comme item. En effet une des hypothèses de travail repose sur le principe que les schémas régionaux relatifs aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie⁴ déclineront les besoins au niveau des territoires de santé. L'analyse statistique de ces rapports a été effectuée avec le logiciel Sphinx plus.

Lors de l'interview du chef de bureau de la DGS, celui-ci m'a indiqué l'existence d'un groupe de travail piloté par la DGS comprenant des représentants des services déconcentrés (DRASS et DDASS), de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), et des principales associations nationales. Il m'a proposé

⁴ Art L 312-5 du CASF : « Le représentant de l'Etat dans la région arrête les schémas régionaux relatifs :

a) Aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9^o du I de l'article L. 312-1 après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale »

d'intégrer ce groupe de travail dont l'objet est de préciser les missions des CSAPA ainsi que la méthodologie et les orientations relatives aux schémas régionaux d'addictologie. Une circulaire accompagnera la sortie du décret relatif aux missions des CSAPA.

Au niveau régional et départemental, j'ai interviewé le chef de projet du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) à la DRASS de Haute-Normandie ainsi que les médecins et les cadres de santé des deux DDASS chargés des questions d'addictions et ayant en charge le suivi des structures ambulatoires.

J'ai interviewé des responsables de CCAA et CCST, ainsi que divers professionnels de ces structures (médecins, psychologue, infirmiers, travailleurs sociaux et secrétaires d'accueil). Vu le nombre conséquent de structures, j'ai sélectionné un échantillon d'établissements comprenant des structures spécialisées en toxicomanie, en alcoologie, des structures à gestion hospitalière et associative. J'ai également identifié une structure qui fonctionne déjà en CSAPA, il s'agit de l'Association Départementale d'Insertion Santé et de Soins des Addictions (ADISSA) qui gère un CSST et deux CCAA. Un chapitre du présent mémoire est consacré à l'étude de cette association. Ces entretiens se sont déroulés sur la même période que ma participation au groupe de travail national. Cela m'a permis de faire des allers-retours entre « le terrain » et l'échelon central.

Par ailleurs dans le cadre de mon cursus de formation, j'ai participé à l'inspection d'un CSST de la région. J'ai également collaboré au séminaire inter-écoles qui s'est déroulé du 5 au 9 mars 2007 et dont le thème était « de la lutte contre la drogue à la prévention des addictions ».

Enfin, la méthode de l'observation participante a été utilisée lors de réunions diverses, réunissant le plus souvent des professionnels de la DRASS et des deux DDASS, des représentants de l'éducation nationale sur des thématiques liées aux addictions : mise en place d'un cahier des charges concernant la prévention des addictions en milieu scolaire, action expérimentale de prévention sur le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF).

La première partie de ce mémoire sera consacrée au dispositif national de prise en charge des conduites addictives.

Il s'agira dans la deuxième partie de dresser un état des lieux de la situation en Haute-Normandie en identifiant une structure qui fonctionne déjà en CSAPA.

Enfin, la troisième partie proposera des actions et des préconisations pour la mise en place des CSAPA dont la mise en œuvre pourrait permettre d'améliorer la prise en charge des usagers.

1 Le dispositif national de prise en charge des conduites addictives

Le dispositif national de prise en charge des conduites addictives a été historiquement centré sur les produits (1.1), puis à partir des années 2000, la communauté scientifique a privilégié une approche par comportement (1.2). Cette évolution trouve sa traduction dans les politiques publiques qui préconisent dorénavant une prise en charge globale des addictions (1.3).

1.1 Un dispositif historiquement centré sur les produits

L'offre de soins en addictologie s'est structurée autour de deux champs : celui de l'alcool et celui des toxicomanies et à partir de deux dispositifs : le dispositif spécialisé et le « droit commun hospitalier ».

1.1.1 Le dispositif médico-social de lutte contre l'alcool

La réglementation en matière d'alcool a oscillé entre deux objectifs a priori contradictoires : d'un côté un objectif sanitaire de prévention et de lutte contre l'alcoolisme, et de l'autre un objectif économique notamment sous la pression des lobbies. Les mesures de lutte contre l'alcoolisme ont été longtemps réduites à la répression de l'ivresse. Ainsi, la loi du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux pour autrui⁵ avait pour objet de rééduquer l'alcoolique dangereux et de l'obliger à se soigner. Des mesures législatives contre l'alcool au volant sont prises à partir de 1970. Elles ont pour objet la diminution du taux d'alcoolémie toléré, l'intensification des contrôles d'alcoolémie et les mesures pénales. La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme⁶ interdit la propagande ou la publicité en faveur des boissons alcoolisées.

Le dispositif spécialisé de prise en charge dans le domaine de l'alcool a été financé jusqu'en 1998, sur le budget de l'Etat. Ce dispositif était principalement composé d'une part des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA), centrés sur le soin et d'autre part des comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA), centrés

⁵ Loi n°54-439 du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux

⁶ Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

sur la prévention. La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions⁷ organise le transfert des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) vers le cadre juridique des établissements médico-sociaux. La transition s'effectue en 1999, et les CHAA deviennent les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Leur financement est transféré à l'assurance-maladie. Les associations d'aides qui ont essentiellement une activité de prévention peuvent comme auparavant bénéficier de subvention de l'Etat ou d'autres collectivités publiques ou de financement de l'assurance-maladie ou des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP).

Les CCAA sont chargés d'assurer le diagnostic, l'orientation, la prise en charge des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi que l'accompagnement social de ces personnes et de leur famille⁸. Les centres peuvent participer à toutes actions de prévention, de formation et de recherche en matière de lutte contre l'alcoolisme organisées par des personnes morales de droit public ou privé⁹.

En 2006, le nombre de CCAA au niveau national s'élève à 230. Ils peuvent appartenir au secteur privé (associations) ou au secteur public (établissements publics de santé). En 2004, un peu plus de 60 % des structures relevaient du secteur associatif. En outre près de la moitié des structures sont gérées par un opérateur associatif : l' Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (A.N.P.A.A.). En septembre 2003 l' Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (A.N.P.A.) est devenue l' A.N.P.A.A. intégrant ainsi la notion d'addictologie dans sa nouvelle appellation.

1.1.2 Le dispositif médico-social de lutte contre les drogues dites illicites

La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses¹⁰ pose le cadre de la politique française de lutte contre la toxicomanie. Elle comporte trois volets principaux : la répression du trafic et l'interdiction de l'usage, la possibilité d'une alternative thérapeutique à la sanction pénale ainsi que la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers. Elle a été complétée par plusieurs circulaires de politique pénale qui

⁷ Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

⁸ CSP article R-3311-1

⁹ CSP article R-3311-2

¹⁰ Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses

recommandent aux procureurs d'éviter l'incarcération pour l'usage et de privilégier l'orientation sanitaire et sociale. La loi du 3 février 2003¹¹ instaure des sanctions pénales pour les personnes conduisant sous l'emprise de produits stupéfiants. La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance¹² comporte un volet concernant la toxicomanie, « *elle élargit le panel des sanctions pénales en matière d'usage ou d'incitation à l'usage de produits stupéfiants. Elle vise à redonner force à l'interdit social par des sanctions plus crédibles et des réponses mieux adaptées* »¹³. Le décret du 26 septembre 2007¹⁴ met en place un dispositif de stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de cannabis et autres drogues illicites.

Les structures spécialisées de soins aux usagers de drogues sont désignées par le nom générique de centres spécialisés de soins aux toxicomanes (C.S.S.T.), comme l'indique le décret du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes¹⁵. Ce décret a depuis été codifié dans la partie réglementaire du code de la santé publique. Ainsi, selon la version antérieure de l'article D. 3411-1, les C.S.S.T. « *assurent les missions de prévention, d'accueil, et de prise en charge des personnes ayant une consommation à risque ou un usage nocif de substances ou plantes classées comme stupéfiants ou présentant des addictions associées* ». Depuis le 1er janvier 2003, ces structures relèvent de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹⁶ et font l'objet d'un financement par l'assurance maladie. Ce dispositif a pour mission d'assurer la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des usagers de drogues mais aussi l'accueil, l'orientation, l'information de ces patients, ainsi qu'un soutien à l'environnement familial. Les structures du dispositif spécialisé peuvent appartenir au secteur privé (associations) ou au secteur public (établissements publics de santé). En 2006, le nombre de CSST s'élève à 270.

La loi du 2 janvier 2002 intègre les C.S.S.T. dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux, sous la dénomination de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie¹⁷.

¹¹ Loi n°2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants

¹² Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance

¹³ Prévention de la délinquance, les points clés de la loi, Secrétariat général du Comité interministériel de prévention de la délinquance

¹⁴ Décret n° 2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi no 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale

¹⁵ Décret n° 2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes

¹⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

¹⁷ Article L. 312-1, 9° du code de l'action sociale et des familles

L'inscription des C.S.S.T. dans le champ du médico-social visait non seulement à leur donner un statut et un mode de financement identiques à ceux des C.C.A.A., mais aussi à renforcer leur assise juridique, en passant d'un dispositif basé sur un système conventionnel au droit commun des institutions médico-sociales.

On les distingue généralement en trois types listés ci après :

Les C.S.S.T. en ambulatoire. Ces centres assurent l'accueil, l'information et l'orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage, les consultations médicales, les soins, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif adapté à chaque situation. Ils prennent également en charge le sevrage en ambulatoire, son accompagnement ainsi que les traitements de substitution.

Les C.S.S.T. avec hébergement collectif. Il s'agit de lieux de vie accueillant, pendant une durée limitée, des personnes sevrées ou sous traitement de substitution. En plus des prestations décrites précédemment, cette prise en charge vise à consolider la rupture avec l'usage de produits illicites, restaurer l'équilibre personnel et favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des résidents.

Les C.S.S.T. intervenant en milieu pénitentiaire. Installés dans les maisons d'arrêt, ils sont chargés de la prise en charge médico-psychologique des usagers de drogue détenus et de la préparation de leur sortie en liaison avec des institutions extérieures. Ils sont placés sous l'autorité du praticien hospitalier responsable du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et du directeur du centre hospitalier de rattachement.

Le décret du 26 février 2003 précité précise, en outre, que le centre peut conduire des actions de prévention, de soins, de formation et de recherche « *organisées par des personnes morales de droit public ou privé, sous réserve que ces personnes rémunèrent l'intervention du centre* ». Dans le cadre de la participation du C.S.S.T. à des actions de soins, une convention entre le centre et la structure organisatrice doit être signée, laquelle prend en compte l'aspect financier.

En complémentarité des CSST, des structures de réduction des risques se sont développées à partir des années 1990. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de

santé publique¹⁸ a permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques mise en œuvre, jusque là, par voie de circulaire. Elle affirme la responsabilité de l'Etat dans ce domaine. Depuis le 1^{er} janvier 2006 ces structures sont financées également par l'assurance maladie. Il s'agit des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD). L'objectif de ce dispositif est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants afin d'améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins.

Depuis 2004, des consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives ont été mises en place. Elles ont pour finalité « *une meilleure prise en compte des demandes des jeunes et de leur entourage en difficulté avec cette consommation et en facilitant l'accès à des professionnels, favoriser une évaluation de leur situation et les aider, en particulier à adopter des comportements plus favorables à leur santé et à leur bien-être* »¹⁹. Ces consultations gratuites ont été étroitement associées au dispositif d'addictologie existant, elles sont majoritairement adossées à un CSST mais aussi parfois à un service hospitalier.

1.1.3 Le dispositif sanitaire

Le développement du système de soins spécialisés ne permet pas de faire face à l'ensemble des besoins en traitement des consommateurs de substances psychoactives. L'accent a été mis au cours des années 1990 sur l'amélioration de l'accueil des patients présentant des problèmes d'addictions dans le secteur sanitaire. Dans les établissements de santé, la prise en charge des addictions s'appuie essentiellement sur les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), les consultations, les lits d'hospitalisation et les réseaux ville-hôpital. Les ELSA ont été créées dans le domaine de la toxicomanie par la circulaire 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes²⁰ et dans le domaine de l'alcoologie par la circulaire du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison²¹. Ce dispositif a été complété par la circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les

¹⁸ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique – CSP article L.3121-5

¹⁹ Circulaire n°DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille

²⁰ Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes

²¹ Circulaire DH/EO4/96 n° 57 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison

personnes ayant des conduites addictives²² qui fixe un cadre d'organisation et de fonctionnement des ELSA. Ces équipes ont pour mission de former et d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de soins et de prise en charge, d'intervenir auprès des personnes hospitalisées et aux urgences. Les ELSA doivent aussi développer les liens avec les autres acteurs concernés et plus particulièrement les CCAA et les CSST. L'accent est mis sur la nécessité d'offrir des réponses centrées non plus sur les produits mais sur les conduites de consommation. Un dispositif similaire a été créé dans le champ de la tabacologie avec la circulaire du 3 avril 2000, relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie²³ (U.C.T.).

Les consultations hospitalières d'addictologie sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement des patients présentant des conduites addictives. Elles travaillent en partenariat avec des services d'hospitalisation afin de réaliser des sevrages simples. Ces services sont le plus souvent situés dans le système de soins généraux (médecine interne, médecine polyvalente...)

Les réseaux ville-hôpital ont été créés également par la circulaire du 3 avril 1996. Ils ont pour mission d'apporter une meilleure prise en charge des personnes dépendantes en lien avec la médecine de ville.

Il faut enfin noter que depuis 2002, tout médecin exerçant dans un établissement de santé est autorisé à prescrire de la méthadone.

1.2 L'approche par comportement se substitue à l'approche par produit

1.2.1 Le concept

En France il a perduré pendant longtemps une approche exclusivement centrée sur les produits et leurs effets. Cette approche a engendré un cloisonnement étanche des systèmes de prise en charge en fonction du produit consommé (alcool, drogues dites illicites, tabac). Elle ne correspond plus à la réalité car elle suppose que seuls les produits sont responsables des conduites addictives et la seule alternative proposée à l'utilisateur est

²² Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives

la rupture avec le produit dans le cadre d'une cure de sevrage puis l'abstinence. Autrefois on pensait que la monoconsommation était la règle, on sait maintenant que les consommateurs de substances psychoactives utilisent plusieurs produits. Cela a rendu obsolètes les termes d'alcoolique, héroïnomanie, tabagique au profit de la notion de conduites addictives et de polyconsommation. Ces comportements ont été décrits dans le rapport Parquet Reynaud Lagrue « Pratiques addictives » de 2000.

La communauté scientifique distingue trois types de comportements :

L'usage, qui recouvre une consommation de produit n'entraînant pas de conséquence en matière sanitaire, indépendamment du caractère licite ou illicite de l'usage de ces produits.

L'usage nocif : l'utilisation nocive est pour la Classification Internationale des Maladies dans sa dixième version (**CIM 10**), un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

La dépendance Elle est définie non pas par la quantité consommée, mais par l'existence d'une perte de maîtrise de la consommation. La personne est dite consommateur dépendant. On distingue:

- *La dépendance physique* définie par la survenue d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation sans précaution.
- *La dépendance psychique* qui est la pulsion à consommer une substance ou à reproduire un comportement pour en retrouver les effets. Cette dépendance a pour traduction principale la recherche compulsive de la substance

Le terme d'addiction regroupe l'ensemble de ces comportements. De nombreuses définitions ont été proposées pour le terme d'addiction. Son étymologie est latine et signifie esclavage. La définition la plus rigoureuse de l'addiction est apportée en 1990 par le psychiatre anglais GOODMAN : « *processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et*

²³ Circulaire DH/EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unité de coordination de tabacologie

qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives »²⁴.

1.2.2 La genèse des CSAPA

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2002 – a proposé d'engager une « réflexion méthodologique sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes conduites addictives » L'objectif était de proposer de nouvelles modalités d'organisation afin que le dispositif de prise en charge soit plus adapté, plus cohérent et plus efficace. Afin de mener à bien cette réflexion, la MILDT, sous la présidence de madame Maestracci, a réuni pendant deux ans un groupe de travail d'une vingtaine d'experts. Le rapport de la commission « Réflexion sur les ASpects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions » (RASCAS) paru en 2001, considère qu'il existe trois types de ressources : les acteurs locaux, le pôle hospitalier et le pôle médico-psycho-social en addictologie. Pour ce dernier, il propose de clarifier ses missions et son organisation : « Celui-ci doit s'organiser à partir de centres spécialisés de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ces centres spécialisés doivent jouer un rôle de référence et de proximité. Ils doivent assurer des missions de diagnostic, de prise en charge thérapeutique, de prévention et de réduction des risques. ». Les CSAPA venaient de naître. Le rapport RASCAS préconisait également la mise en place d'un statut unique et un financement par l'assurance maladie pour les CSAPA. Le socle législatif de la réforme est la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle modifie le code de l'action sociale et des familles en ajoutant un nouveau type d'établissement :

« Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

[.....] 9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, **dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie**». Par ailleurs la loi du 2 janvier 2002 a précisé que « Le représentant de l'Etat dans la région arrête les schémas régionaux relatifs : a) Aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. »

²⁴ Goodman, " Addiction : definition and implications, British Journal of Addictions ", n°85, pp. 1403-1408, 1990

1.3 Pour une prise en charge globale des addictions

1.3.1 Le plan MILDT

Le décret du 15 septembre 1999²⁵ a confié à la MILDT la mission d'animer et de coordonner les actions des ministères concernés par la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie (santé, éducation nationale, intérieur, justice, défense, finances, etc.) et de mobiliser les collectivités territoriales et les associations sur ces problématiques. Cette stratégie de pilotage interministériel s'applique également au niveau déconcentré, où la MILDT s'appuie sur un sous-préfet chef de projet « drogues » et sur un coordinateur technique issu le plus souvent des DDASS. Il s'agit d'inscrire la lutte contre la drogue comme un objectif prioritaire des plans d'action des services territoriaux de l'Etat.

Le Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001) élaboré par la MILDT a été caractérisé d'une part par une nouvelle approche centrée sur les comportements et d'autre part par l'élargissement du champ de la lutte contre la drogue à l'ensemble des produits psychoactifs quel que soit leur statut légal. Une commission d'enquête du sénat a dressé « un bilan mitigé » du plan triennal²⁶.

Ainsi, le plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) définit des objectifs et des stratégies d'actions spécifiques qui tiennent compte des caractéristiques propres à chaque produit et des conditions concrètes de consommation. Il s'accompagne d'un processus d'évaluation, qui fixe des objectifs de résultats à atteindre à l'issue des cinq ans. Il s'articule autour de trois volets.

Un volet relatif à la **prévention, l'information et la formation**. Le plan vise à donner une nouvelle dynamique à la prévention. Il prévoit un programme ambitieux qui veut répondre à deux objectifs : « *Empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances* » et « *Réduire les consommations* ».

Un Volet relatif au **respect de la loi et la répression**. Le plan vise à rétablir la portée de la loi, cet axe s'articule autour de quatre objectifs : « *Faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool* », « *Améliorer la réponse judiciaire à l'usage de stupéfiants* », « *Rendre plus performante l'articulation santé /justice* » et « *Renforcer la lutte contre le trafic* »

²⁵ Décret no 99-808 du 15 septembre 1999 relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances et à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

²⁶ Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002

Un volet relatif à l'**adaptation de l'offre de soins**. Le plan vise à mettre en place un système de soins accessible, plus diversifié et mieux adapté aux besoins de la personne. Les objectifs sont notamment de repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible pour proposer une prise en charge adaptée en médecine de ville ou en secteur spécialisé mais aussi de développer, organiser et optimiser l'offre de soins pour en améliorer l'accessibilité et la qualité. Le plan propose de réorganiser les CCAA et les CSST dans le cadre des futurs CSAPA qui pourront proposer des soins soit pour toutes les addictions, soit exclusivement pour l'alcool ou le tabac ou les substances illicites. Il prévoit également d'augmenter la médicalisation des CSST et de renforcer le dispositif en alcoologie sur la base des normes proposées par le rapport Parquet/Reynaud²⁷, soit par département de moyenne importance un centre d'alcoologie pour 100 000 habitants ou au moins un par département. Le plan préconise également de « *définir un schéma régional de prise en charge des toxicomanies et des dépendances intégrant les structures des champs sanitaire et médico-social* ».

1.3.2 Le plan addiction

L'ancien président de la République a fait de la lutte contre le cancer l'un des trois chantiers prioritaires de son quinquennat. Le plan cancer (2003-2007) affichait trois ambitions : rattraper notre retard en matière de prévention et de dépistage, offrir à chaque malade la qualité des soins et l'accompagnement humain auxquels il a droit et donner une impulsion décisive à la recherche. La deuxième étape du plan cancer lancé le 27 avril 2006 par le président de la République concerne la lutte contre les addictions. A cet effet, cinq experts dont quatre professeurs hospitaliers ont remis au Ministre de la santé et des solidarités en octobre 2006 un rapport intitulé « *propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions. Un enjeu majeur de santé* ». Ce rapport se compose de cinquante propositions articulées autour de 5 objectifs :

- Sensibiliser l'ensemble de la population française aux problèmes posés par les conduites addictives. Développer leur prévention.
- Faciliter l'accès aux soins, la prise en charge et la réinsertion des personnes souffrant d'addiction.
- Offrir à tous des soins de qualité.
- Former l'ensemble des professionnels des champs sanitaire et social concernés.
- Développer l'innovation par une recherche performante.

²⁷ Rapport de mission Parquet/Reynaud : Les personnes en difficulté avec l'alcool

Les mesures spécifiques au dispositif médico-social proposent la création des CSAPA, comme structures de proximité de référence sur un territoire de santé et de garantir une répartition d'un CSAPA pour 100.000 habitants.

Suite à ce rapport, Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la Santé, a présenté le 15 novembre 2006 le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011. Il a pour objectif la prise en charge de toutes les addictions, qu'elles soient ou non liées aux substances, du fait des atteintes graves pour ceux qui en dépendent, pour leur entourage et pour l'ensemble de la société. Le plan comprend 6 priorités, 13 objectifs et 26 mesures.

La première priorité est de mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé en instituant trois niveaux de recours : Un niveau de proximité avec une consultation hospitalière d'addictologie et une équipe hospitalière de liaison dans tous les hôpitaux dotés de services d'urgence, un niveau de recours avec un service d'addictologie pour 500.000 habitants et un niveau régional avec un pôle d'addictologie dans chaque centre hospitalo-universitaire.

La deuxième priorité est de mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux avec la création de CSAPA, de communautés thérapeutiques, et le renforcement du dispositif de prévention et d'accompagnement existant. La proposition de garantir un CSAPA pour 100.000 habitants n'est pas retenue

La troisième priorité est d'articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social en intégrant les réseaux d'addictologie dans les réseaux de soins et en mettant en place des Schémas Régionaux d'Addictologie (SRA).

La quatrième priorité est de développer la prévention, par des campagnes d'information sur les addictions et par la promotion du repérage et des interventions précoces auprès des professionnels de santé

La cinquième priorité est renforcer la formation des professionnels.

La sixième et dernière priorité est de renforcer et coordonner davantage la recherche en addictologie.

77 millions d'euros seront consacrés par an pendant cinq ans à la réalisation de ce plan. L'essentiel de ces financements proviennent de l'Assurance Maladie. La première priorité relative aux établissements de santé est évaluée à 43 millions d'euros alors que la deuxième priorité relative aux établissements médico-sociaux est évaluée à 17 millions d'euros.

1.3.3 Un cadre juridique pour les CSAPA

D'abord la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a modifié le code de l'action sociale et des familles pour créer les CSAPA comme établissements

médico-sociaux Ensuite la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2007 a créé le cadre financier pour les CSAPA, puisqu'ils sont financés dans le cadre de l'assurance maladie. A compter du 22 décembre 2006, date de la publication de la LFSS pour 2007²⁸, les actuels CCAA et CSST disposent d'un délai de trois ans pour solliciter une autorisation en tant que CSAPA. Plus de cinq ans se sont écoulés depuis la loi du 2 janvier 2002 pour que soit publié le décret qui fixe les missions des CSAPAS.

Le décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie prévoit les missions obligatoires que doivent proposer tous les CSAPA à tous les publics qui se présentent et indépendamment de leur éventuelle spécialisation. Par ailleurs la DGS a réuni un groupe de travail composé de professionnels du secteur (représentants des grandes associations nationales), de membres de la commission addiction et des agents des services déconcentrés afin de rédiger une circulaire. Cette circulaire précisera les missions des CSAPA ainsi que la méthodologie et les orientations relatives aux schémas régionaux d'addictologie. L'article premier du Décret indique que les CSAPA s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi qu'à leur entourage. Il s'agit donc bien d'une approche globale des addictions, le décret précise en outre que les CSAPA peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substances. Il s'agit des addictions dites "comportementales" ou addictions sans drogue qui correspondent à des comportements compulsifs, cela comprend notamment le jeu pathologique et les troubles du comportement alimentaire.

Le décret du 14 mai 2007 prévoit **quatre missions obligatoires** pour tout type d'addiction que doivent proposer tous les CSAPA, il s'agit **de l'accueil, de l'information, de l'évaluation médicale, psychologique et sociale et de l'orientation.**

La mission d'accueil consiste à accueillir tout public se présentant au CSAPA qu'il soit consommateur de substances psychoactives ou qu'il soit membre de l'entourage.

La mission d'information concerne aussi bien le patient que son entourage. Il s'agit de donner de l'information écrite ou orale sur les droits et les modalités de prise en charge. Cela vise à garantir les droits des usagers en application du CASF par la mise en place d'outils : livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne accueillie, règlement de fonctionnement, information et participation des usagers.

²⁸ Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

La mission d'évaluation médicale, psychologique et sociale consiste à évaluer la demande et les besoins du patient ou de son entourage ; toutes les dimensions doivent être abordées, le niveau de consommation du patient, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées, afin de lui proposer la prise en charge la plus adaptée.

La mission d'orientation concerne en priorité les CSAPA spécialisés, en effet lorsqu'un CSAPA accueillera un usager qu'il ne peut prendre en charge du fait de sa spécialisation il devra l'orienter vers une structure adaptée. Cette mission d'orientation implique un fonctionnement en réseau avec les structures qui prennent en charge les autres types d'addictions.

Les CSAPAS peuvent se spécialiser pour la prise en charge médicale, psychosociale et éducative et pour la réduction des risques **soit sur l'alcool, soit sur les substances psychoactives illicites**. Une solution médiane a donc été retenue pour les CSAPA, « *il y a un cœur de missions obligatoires : accueillir, informer, évaluer la dépendance quelque soit le produit et prendre en charge ou orienter* »²⁹. Indépendamment de sa spécialisation, le CSAPA devra prendre en charge les consommations associées de ses patients. L'absence de mention du tabac dans le décret est lié au fait que la tabacologie ne doit pas être le cœur des CSAPA, toutefois les CSAPA devront prendre en charge le tabac en tant que consommations associées.

Le décret précise qu'il existe **deux mission obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation** (soit pour toutes les addictions, soit pour l'alcool, soit pour les drogues illicites) : **la prise en charge et la réduction des risques**.

La prise en charge est globale puisqu'elle est à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative. Cela implique la présence d'une équipe pluridisciplinaire Le décret ne précise pas sa composition mais celle-ci doit être conforme aux objectifs du projet d'établissement. Dans un document de travail de la DGS, il était proposé que le « noyau dur » des CSAPA devait comportait au moins six professionnels dont au moins 0,75 Equivalent Temps Plein (ETP) de temps médical. Pours les CSAPA recevant des usagers de drogues illicites, la prise en charge médicale implique la possibilité de pouvoir prescrire les traitements de substitution aux opiacés (méthadone, subutex...).

La mission de réduction des risques a pour but de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au

processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social. Les CSAPA assurent cette mission avec les CAARUD mais à la différence de ces derniers, les CSAPA n'assurent une mission de réduction des risques que pour les seuls patients qu'ils prennent en charge. C'est dans cette perspective que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a indiqué que « *le dépistage des hépatites virales et la vaccination contre ces virus sont gratuits et anonymes lorsqu'ils sont effectués dans un CSAPA* ». ³⁰

En outre le décret précise deux missions facultatives que les CSAPA peuvent assurer : la mise en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs ainsi que des actions de prévention, de formation et de recherche. La prévention n'est donc pas une mission obligatoire des CSAPA, contrairement aux revendications des associations nationales qui souhaitaient voir donner un statut à la prévention ³¹.

Par ailleurs un second décret en conseil d'état est en cours de publication, il devrait préciser que les actions de prévention, de formation et de recherche qui ne relèvent pas de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) médico-social doivent faire l'objet d'un budget distinct du CSAPA.

Il est proposé dans la deuxième partie qui suit, une analyse des dispositifs de prise en charge en Haute-Normandie dans la perspective de la mise en place des CSAPA.

²⁹ Entretien avec le chef de bureau des pratiques addictives à la DGS

³⁰ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 – Art 72

³¹ Assemblée générale de l'ANPAA du 23 juin 2007 – Rapport moral

2 Les dispositifs de prise en charge en Haute-Normandie

Il convient d'étudier le contexte de la région Haute-Normandie (2.1) puis de procéder à une analyse approfondie des structures (2.2). Enfin il sera présenté les expériences innovantes d'une structure et d'une fédération (2.3).

2.1 Le contexte régional

2.1.1 Un contexte épidémiologique peu favorable

La Haute-Normandie est la treizième région française avec 1 780 439 habitants au dernier recensement, soit 3% de la population nationale. Elle fait partie des régions les plus urbanisées avec deux agglomérations de taille importante situées toutes deux dans le département de la Seine-Maritime : Rouen et Le Havre, regroupant plus du tiers des habitants. Cependant la région offre un aspect contrasté entre une densité de population supérieure à celle observée en France métropolitaine (respectivement 145 habitants par km² contre 108 habitants par km²) et une population rurale plus nombreuse que la moyenne nationale avec pour conséquence des zones peu peuplées.

La base nationale des Indicateurs Locaux pour l'Information sur le Addictions (ILIAD)³² situe la région Haute-Normandie parmi les régions les plus touchées par les addictions. En matière de décès avant 65 ans attribuables à l'alcool la Haute-Normandie occupe la 3^{ème} place des régions³³. Cependant pour le nombre de buveurs venus consulter dans les CCAA la région se situe à la 14^{ème} place³⁴. Toutefois, il existe des disparités départementales puisque la Seine-Maritime se situe dans la moyenne nationale (44^{ème} place) alors que l'Eure se situe parmi les derniers départements (89^{ème} place). Par ailleurs concernant les décès avant 65 ans par tumeur de la trachée, des bronches et des poumons, la Haute-Normandie occupe la 3^{ème} place des régions les plus touchées. De plus concernant les ventes de cigarettes, la région Haute-Normandie est la 3^{ème} région où la vente est la plus importante par habitant³⁵. En matière de drogues illicites, la Haute-

³² La base des Indicateurs Locaux pour l'Information sur le Addictions (ILIAD) regroupe les principaux indicateurs disponibles aux niveaux départemental et régional, dans le domaine des addictions et dépendances aux substances licites (alcool, tabac) et illicites (cannabis, héroïne, cocaïne)

³³ ILIAD - Source Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) / Registre national des causes de décès (Cépidc) – année 2004

³⁴ ILIAD - Rapports d'activité des CCAA - 2005

³⁵ ILIAD - Source Altadis distribution – 2006 - Mesure les sorties des grossistes en direction des buralistes, pour la France métropolitaine

Normandie se situe au 20^{ème} rang³⁶ des régions pour le nombre de consommateurs de drogues illicites venus consulter dans les CSST, ce qui traduit un faible recours aux structures spécialisées..

Indicateurs ILIAD

		Haute Normandie	France	Rang de la région	Eure	Rang dépt	Seine-Maritime	Rang dépt
ALCOOL								
Nombre de buveurs venus consulter dans les CCAA	Nombre	3 481	121 405	17	534	80	2 947	6
	Pour 1000 hab de 20 à 70 a	3	3,2	14	1,5	89	3,7	44
Décès avant 65 ans attribuables à l'alcool	Pour 10 000 hab de 40 à 64 ans	4,3	3,4	3	4,1	22	4,4	17
TABAC								
Vente de cigarettes	par habitant (tous âges)	1 063	890	3	1 084	9	1 053	13
Décès avant 65 par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons	Pour 10 000 hab de 40 à 64 ans	6	5,4	6	5,7	46	6,1	28
DROGUES ILLICITES								
Usage régulier de Cannabis à 17 ans	Pour cent	11	11		10		12	
Recours aux CSST	Nombre	1 900	88 353	17	451	60	1 449	14
	Pour 10 000 hab de 20 à 39 ans	39,2	54,6	20	31	78	42,7	65
Ventes de stéribox	Pour 100 hab de 20 à 39 ans	17,7	15,6	7	15,3	39	18,7	29
Ventes de Subutex	Pour 100 hab de 20 à 39 ans	41,8	36,8	8	36,8	35	44	27
Ventes de Méthadone	Pour 100 hab de 20 à 39 ans	17,2	33,7	19	13,6	83	18,7	67

Au niveau régional, l'étude réalisée par le groupe de travail de l'Observation Santé / Social Régionale (OSSR) en 2006 montre que la Haute-Normandie se caractérise par une surmortalité générale par rapport à la France métropolitaine : entre 1994 et 2002, 15 672 décès domiciliés dans la région ont été comptabilisés en moyenne chaque année, soit un taux comparatif de mortalité générale de 959,5 décès pour 100 000 habitants (1 286,5 décès pour 100 000 hommes et 724,3 décès pour 100 000 femmes). Ce taux est de 901,7 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Par ailleurs la région présente en effet un taux comparatif de mortalité prématurée de 254,0 décès pour 100 000 habitants contre 226,2 décès pour 100 000 en France métropolitaine. Les hommes sont principalement touchés par la mortalité prématurée avec un taux comparatif régional de 364,2 décès pour 100 000 hommes contre 146,8 décès pour 100 000 femmes. Les décès liés à une consommation excessive d'alcool ont pour plus de la moitié d'entre eux lieu avant 65 ans. Une partie de cette mortalité prématurée s'avère donc « évitable ». En effet, en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prises en charge du système de soins français certaines causes de décès ne devraient pas

³⁶ ILIAD - Rapports d'activité des CSST - 2005

entraîner la mort avant 65 ans. Les décès évitables peuvent être classés en deux groupes selon des modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence.

Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risques individuels, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accident de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins. Si le poids des décès prématurés évitables dans la mortalité avant 65 ans est semblable entre les hommes et les femmes, la lutte contre la mortalité évitable repose sur des actions différentes selon le sexe : prévention des comportements à risque chez les hommes, amélioration des soins et du dépistage chez les femmes. Les comportements à risque se traduisant par une forte mortalité prématurée évitable sont particulièrement présents en Haute-Normandie. La région se caractérise par une surmortalité prématurée importante par cancers, suicides ou encore liée à une consommation excessive d'alcool. Le taux comparatif de mortalité prématurée masculine liée à une consommation excessive d'alcool atteint 55,2 décès pour 100 000 contre 41,6 décès pour 100 000 en France métropolitaine.

Dans le cadre de ce mémoire, l'Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie (ORS) a réalisé **une analyse par territoire de santé** des taux comparatifs de mortalité liée à l'alcool et au tabac. Les résultats complets de cette étude sont présentés en annexe. Les données ont été agrégées sur 5 ans afin d'obtenir des résultats significatifs. Cette étude permet de mettre en évidence les disparités territoriales au sein de la région. Le taux comparatif de mortalité prématurée liée à une consommation excessive d'alcool est supérieur sur la période de 2000 à 2004 de 39 % au taux constaté en France métropolitaine. Deux territoires présentent une surmortalité importante liée à l'alcool. Le territoire de santé du Havre présente des taux de mortalité prématurée liée à l'alcool supérieur de 53 % au taux national alors que celui de Dieppe affiche une surmortalité de 43 %. Les territoires de Rouen-Elbeuf et d'Evreux-Vernon bien que largement supérieur à la moyenne nationale restent en deçà de la moyenne régionale.

**MORTALITE LIEE A L'ALCOOL ET AU TABAC
ANALYSE PAR TERRITOIRES DE SANTE - 2000-2004**

ALCOOL

MORTALITE TOUS AGES	HOMMES		FEMMES		DEUX SEXES	
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Nb. décès / an	TCM / 100 000
Territoire Rouen-Elbeuf	265	78,64	71	17,30	335	44,73
Territoire du Havre	172	88,98	45	18,71	216	49,50
Territoire Evreux-Vernon	132	77,29	36	18,16	168	45,06
Territoire de Dieppe	65	79,01	20	20,34	85	47,48
HAUTE-NORMANDIE	633	80,86	172	18,16	805	46,26
FRANCE METROPOLITAINE	16 736	61,23	4 556	13,82	21 292	35,22

MORTALITE PREMATUREE	HOMMES		FEMMES		DEUX SEXES	
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Nb. décès / an	TCM / 100 000
Territoire Rouen-Elbeuf	162	50,40	40	12,08	202	30,84
Territoire du Havre	108	56,96	27	14,05	135	35,21
Territoire Evreux-Vernon	80	48,34	21	12,68	101	30,47
Territoire de Dieppe	40	53,75	10	12,67	50	32,95
HAUTE-NORMANDIE	389	51,95	99	12,77	488	32,07
FRANCE METROPOLITAINE	9 502	37,44	2 365	9,07	11 867	23,04

Sources : Inserm CépiDc - Insee RP 1999 et projections

TABAC

CANCER TRACHEE, BRONCHES, POUMON

MORTALITE TOUS AGES	HOMMES		FEMMES		DEUX SEXES	
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Nb. décès / an	TCM / 100 000
Territoire Rouen-Elbeuf	297	96,12	60	14,27	357	48,96
Territoire du Havre	177	98,54	34	13,93	210	49,21
Territoire Evreux-Vernon	138	85,81	30	15,07	168	46,21
Territoire de Dieppe	64	80,75	12	11,79	76	42,03
HAUTE-NORMANDIE	675	92,76	136	14,09	811	47,69
FRANCE METROPOLITAINE	20 852	79,97	4 843	14,33	25 695	42,67

MORTALITE PREMATUREE	HOMMES		FEMMES		DEUX SEXES	
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Nb. décès / an	TCM / 100 000
Territoire Rouen-Elbeuf	130	41,14	26	7,59	156	23,97
Territoire du Havre	73	38,97	12	6,23	85	22,34
Territoire Evreux-Vernon	61	37,02	11	6,54	72	21,75
Territoire de Dieppe	29	39,74	5	6,79	34	22,93
HAUTE-NORMANDIE	294	39,54	54	6,94	348	22,97
FRANCE METROPOLITAINE	8 244	32,52	1 853	7,10	10 097	19,60

2.1.2 Les plans régionaux et départementaux

La loi relative à la politique de santé publique³⁷ a défini le niveau régional comme niveau d'élaboration, de coordination et d'animation de la politique de santé. L'ensemble coordonné des plans et programmes prioritaires en santé publique constitue le **Plan Régional de Santé Publique (PRSP)**. Il fournit un cadre lisible et cohérent de la politique de santé publique en région, après avis de la conférence régionale de santé. Ce cadre est élaboré en partenariat avec l'ensemble des acteurs et des institutions concernés. Il est d'une part arrêté par le Préfet de région et d'autre part mis en œuvre par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP). Le PRSP haut-normand a été arrêté le 19 mai 2006 par le préfet de région. La mise en cohérence des différents plans et programmes s'organise autour de trois axes prioritaires dont deux concernent le champ des addictions. Le premier axe s'intitule : « *Promouvoir des comportements et un environnement favorable à la santé* » Il se décline notamment par des mesures d'information à destination d'une part des consommateurs afin de les sensibiliser aux risques liés à la consommation de produits psychoactifs et d'autre part du grand public dans le cadre d'actions d'éducation pour la santé. Des actions de formation, à destination des professionnels sont également prévues afin d'améliorer les compétences. Le plan

³⁷ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

préconise à terme « *la création d'un réseau inter-institutionnel dans le domaine des addictions en favorisant les conventionnements entre le médical, le social et le judiciaire* ».

Le deuxième axe s'intitule : « *Améliorer le dépistage, la prise en charge des pathologies et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques* ».

L'objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers, pour y arriver le PRSP propose de développer les structures de prise en charge spécialisées en addictions mais aussi d'expérimenter et d'améliorer les programmes de réduction des risques, entre autre les actions de substitutions.

Le troisième **schéma régional d'organisation sanitaire** (SROS) de la Haute-Normandie a été arrêté le 30 mars 2006. Il guide l'action de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et celle des établissements de santé et de leurs partenaires jusqu'en 2011. Il a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social. Il est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population. Bien que l'addictologie ne figure pas dans la liste des matières obligatoires³⁸, il convient de souligner l'absence d'un volet addiction dans le SROS haut-normand. Des régions comme l'Alsace ou le Nord-Pas de calais ont développé un volet spécifique à l'addictologie dans leur SROS. Cependant dans le cadre des orientations stratégiques générales du SROS, le domaine de l'addictologie est concerné par :

- Le développement des réseaux de santé,
- La création d'une « unité de prévention et d'éducation » au sein des plus grands établissements de santé de chaque territoire de santé qui mènera, entre autre, des actions de prévention vis à vis des populations exposées (ex : sevrage tabac / alcool),
- La création de « maisons de santé et du patient » au sein du territoire de santé,
- L'articulation entre les acteurs du soin et ceux de la prévention/éducation à la santé qui concerne notamment le champ de la lutte contre les addictions,
- L'information des professionnels, la prévention auprès des jeunes et le soutien aux familles,
- Le développement des équipes d'addictologie de liaison.

³⁸ Arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire

Les plans départementaux de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool sont les déclinaisons locales du plan 2004-2008 de la MILDT.

En Seine-Maritime, le « nouveau » plan territorial vient d'être arrêté en novembre 2007 par le préfet. Il définit des orientations autour de 4 grands axes :

- La prévention, l'information et la formation
- L'accès aux traitements de substitution et aux soins
- la lutte contre les trafics et la consommation illicite de produits stupéfiants
- L'accompagnement et la prise en charge médico-psycho-sociale

Un des objectifs de ce dernier axe est « *d'adapter l'offre d'accompagnement et de prise en charge médico-sociale spécialisée aux nouveaux modes de consommation et notamment aux poly-consommations* ». Il se décline en deux actions dont une spécifique aux CSAPA : « *Accompagner la mise en place des CSAPA en Seine Maritime afin d'améliorer la prise en charge des poly-consommations* »

Dans le département de l'Eure le plan est en cours d'élaboration.

2.1.3 Des réseaux à la fois sectorisé géographiquement et dans l'approche par produits

Il existe dans la région plusieurs réseaux de santé qui jouent un rôle en matière de prise en charge et de prévention des conduites addictives et deux d'entre eux bénéficient de financements pérennes via la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR). Il s'agit de TOXENVILLE, réseau de proximité autour de Rouen spécialisé dans la prise en charge des patients toxicomanes et du Réseau des Intervenants en Alcoologie de Haute-Normandie (RIAHN). Ces deux réseaux continuent d'avoir une approche par produit.

Le réseau TOXENVILLE limité à l'agglomération rouennaise a pour objectifs :

- De rompre l'isolement ressenti par certains professionnels,
- D'être un lieu d'échange des pratiques,
- De permettre un travail de réflexion,
- De favoriser le partenariat
- D'être porteur et soutien d'initiatives.

En 2005, Toxenville a mis en place une démarche « d'Intervision ». Les « interventions » constituent une approche globale et concrète des situations cliniques des patients dans une dynamique de réseau. Le réseau Toxenville organise également des formations destinées aux médecins généralistes, pharmaciens d'officines, infirmières et travailleurs sociaux.

Le Réseau des Intervenants en Alcoologie Haut Normand (RIAHN) réunit la quasi totalité des acteurs en alcoologie de Haute Normandie autour de la définition commune d'objectifs dans un but de coordination et de coopération. Son action vise à 'améliorer la prévention, les soins, l'éducation et l'accompagnement médico-psycho-social des personnes en difficultés avec l'alcool au niveau régional, et de tenter d'en réduire ses conséquences individuelles et collectives notamment par une amélioration des pratiques professionnelles. Le RIAHN a pour objectif l'harmonisation des pratiques de prévention et de soins par une coordination des acteurs.

Les autres réseaux :

Le RHAFU (réseau havrais d'aide aux fumeurs) a été créé en 2000, il rassemble les différents acteurs institutionnels et professionnels de santé, travailleurs sociaux, associations impliquées dans la lutte contre le tabagisme. Il contribue à une meilleure prévention et information concernant le tabagisme tout en appuyant les actions au sevrage tabagique.

Le MAILLAGE est un réseau ville hôpital alcool localisé sur l'agglomération havraise. Son action se décline autour de trois axes : formation des acteurs, coordination de réseau et prévention.

Le **REVAH**, Réseau VIH de l'agglomération havraise a été créé en 1999. Il a pour mission de dynamiser et de coordonner les professionnels sanitaires et sociaux impliqués dans la prise en charge des patients VIH et de leur entourage, afin de promouvoir et d'améliorer leur qualité de vie.

Il n'existe aucun réseau relatif à l'addictologie dans le département de l'Eure mais une fédération qui est présentée au chapitre 2.3.3.

2.1.4 L'aspect financier : l'enveloppe médico-sociale

Le CASF³⁹ a instauré depuis 2006 un objectif spécifique de dépenses d'assurance maladie qui recouvre les structures d'addictologie (CCAA, CCST, ACT, CAARUD) et les structures dénommées Lits Halte Soins Santé (LHSS)⁴⁰. Chaque année, un arrêté ministériel fixe des dotations régionales limitatives. Chaque dotation régionale est répartie par la DRASS en dotations départementales limitatives⁴¹. Pour la région Haute-Normandie cette dotation est d'un montant de 7.883.600 € pour 2007 dont 6.520.000 €

³⁹ Article L.314-3-2 du code de l'action sociale et des familles

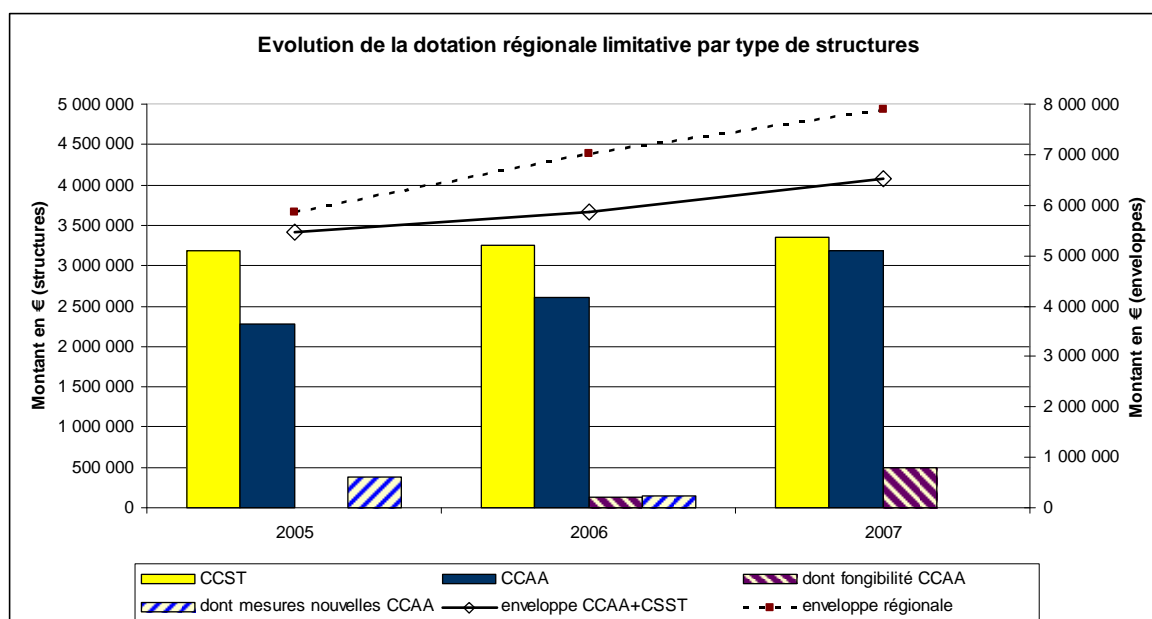
⁴⁰ Etablissements médico-sociaux qui dispensent aux personnes sans domicile fixe des soins médicaux et paramédicaux

⁴¹ Article L.314-4 du code de l'action sociale et des familles

sont attribués aux CCAA et CSST. L'évolution de l'enveloppe régionale au cours des trois dernières années est marquée par:

- la création de CCAA hospitaliers en vue d'une meilleure répartition de l'offre de soins
- des opérations de fongibilité entre enveloppes médico-sociales et sanitaires
- la création de nouvelles places d'Appartements de Coordination Thérapeutique
- le financement des CAARUD à compter de 2006 sur l'enveloppe
- la création en 2006 des LHSS financés sur l'enveloppe

En 2007, compte tenu de ces évolutions, les dotations allouées aux CCAA et CSST sont relativement similaires puisqu'elles sont respectivement de 3 177 341 € et de 3 341 933 €.



2.2 L'analyse des structures

2.2.1 Profil des publics accueillis

Répartition par sexe

CCAA et CSST ont en commun d'accueillir un public très masculin. En effet 76 % des patients pris en charge dans les CCAA et 81,2 % des usagers accueillis dans les CSST sont des hommes

La répartition par âge du public vu dans les CCAA est en revanche très différente de celle observée dans les CSST. Pour l'âge, la médiane des personnes fréquentant les CCAA se situe à 43 ans, alors que dans les CCST elle est à 29 ans Les moins de 25 ans représentent 4,8 % des personnes accueillies dans les CCAA contre près d'un tiers

(32,10%) de celles vues dans les CSST. Les quarante ans ou plus représentent 66 % des patients vus dans les premières structures contre 13 % dans les secondes.

Le public pris en charge dans les CSST est relativement plus précarisé que celui des CCAA, aussi bien en matière de logement que de ressources.

En 2006, 72,6 % des patients disposent d'un logement stable (77,8 % en CCAA contre 61,3 % en CCST) alors que 12,1 % sont considérés comme occupant un logement de façon précaire (8,7 % en CCAA contre 19,6 % en CCST) et 1,7 % sont sans domicile fixe (0,9 % en CCAA contre 3,5 % en CCST).

Les ressources de 45,10 % des patients proviennent de revenus du travail. (54,6 % en CCAA contre 24,2 % en CCST). 19,6 % des patients touchent des revenus issus de transferts sociaux (16,2 % en CCAA contre 33,8 % en CCST) et un peu plus de 10% des revenus provenant de l'assurance chômage (10,6 % en CCAA contre 9,2 % en CCST) .

Répartition des patients suivant les produits posant le plus de problèmes

Le public pris en charge dans les CCAA est beaucoup plus homogène que celui des CSST. Ces derniers sont confrontés à un public très souvent polyconsommateur de substances psychoactives.

Près de 90% des patients consultent dans un CCAA pour des problèmes liés à l'alcool. La proportion de consultants pris en charge pour des problèmes liés aux drogues illicites est de 2,2 %. Un second produit est mentionné pour plus de la moitié des patients. Il s'agit du tabac pour 49,4 % de l'ensemble des patients. et du cannabis pour 4,2 % des patients. Un troisième produit n'est cité que dans un nombre très faible de cas (6 %) En raison de ce faible taux de réponse, il n'apparaît pas utile de présenter ces données dans le tableau ci-dessous.

En ce qui concerne le public accueilli dans les CSST deux groupes principaux peuvent être identifiés à partir du produit consommé posant le plus de problèmes. Un premier groupe majoritaire comprend des patients qui ont un problème avec les opiacés. Le second groupe est constitué de personnes prises en charge en raison de leur problème avec le cannabis. En effet plus de 50% des patients consultent dans un CSST pour des problèmes liés aux opiacés au sens large (y compris les traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique). On remarque aussi la forte présence du

cannabis qui est cité pour 23,2 % des patients. L'alcool se situe en troisième position avec près de 8,7 % des cas. Un deuxième produit posant problème est déclaré pour plus de 70 % des consultants. Il s'agit de l'alcool pour 18,9 % de l'ensemble des patients et du cannabis pour 15,3 % des patients, suivi par les médicaments psychotropes pour 13,2 %. Par ailleurs, 46,8 % des patients recensés dans la file active ont déclaré un troisième produit. Le cannabis arrive en premier, suivi par l'alcool et le tabac (8,3 %).

PRODUITS LES PLUS DOMMAGEABLES - Rapports d'activité 2006

Produits en %	CCAA		CCST		
	Produit n°1	Produit n°2	Produit n°1	Produit n°2	Produit n°3
Alcool	86,4	0,7	8,7	18,9	8,7
tabac	0,9	49,4	0,2	6,7	8,3
Cannabis	1,8	4,2	23,2	15,1	16,7
Opiacés	0,4	0,7	43,0	3,2	2,1
Cocaine/crack	0,0	0,1	3,4	6,7	3,8
amphétamine/ectasy	0,1	0,1	0,4	2,2	2,1
médicaments psychotropes détournés	0,1	1,4	2,3	13,2	2,0
traitements de substitution détournés	0,2	0,0	8,3	5,4	2,9
autres	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1
pas de produit	0,0	16,3	0,0	8,6	10,6
non renseigné	9,8	27,2	10,2	20,1	42,6

Usage du produit

Près de deux tiers des patients accueillis dans les CCAA et les CSST en ambulatoire sont en situation de dépendance à l'égard d'une substance psycho-active.

Voie intraveineuse

En 2006, 14,20 % des patients accueillis dans les CSST ont utilisé la voie intraveineuse lors du dernier mois mais 63,7 % des patients n'ont jamais utilisé ce mode de consommation. Cette tendance à l'augmentation du nombre de personnes n'ayant jamais utilisé la voie intraveineuse est constatée au niveau national puisque l'on est passé de 30 % de non injecteurs en 1998 à 56% en 2004.

Les traitements de substitution aux opiacés

Plus de la moitié des patients accueillis dans les CSST ont bénéficié d'un traitement de substitution, 33 % sont sous méthadone et 20 % sous Subutex.

Substituts nicotiniques

1,2 % des patients accueillis dans les CCAA et les CSST en ambulatoire ont bénéficié de substituts nicotiniques. Le pourcentage est identique pour les deux types de structures (CCAA et CSST) alors que près de la moitié des patients des CCAA ont une consommation associée de tabac.

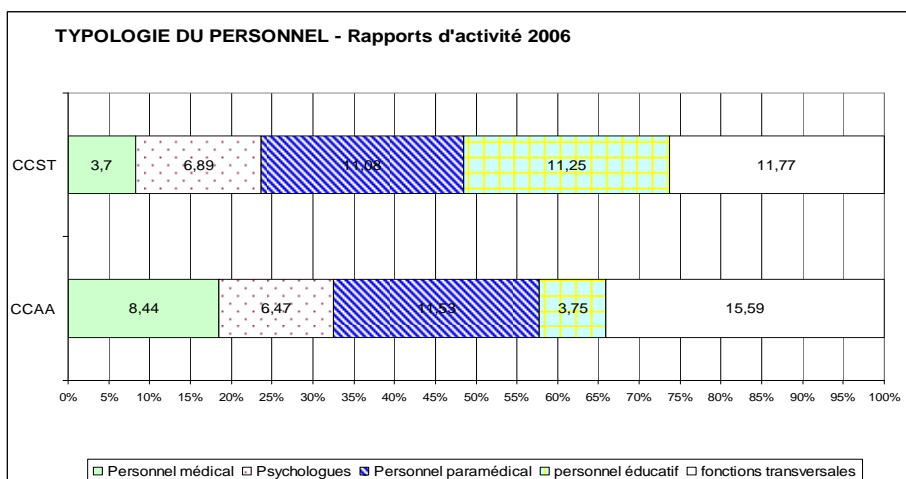
2.2.2 Profil des structures

En 2006, la Haute-Normandie recense 19 structures ambulatoires dont 12 CCAA et 7 CSST ; Le statut juridique des établissements est lié au type de structure. En effet, les CCAA relèvent majoritairement du secteur public hospitalier (7 établissements soit 58 %), le secteur privé ou associatif ne représente que 42 % de l'ensemble des CCAA (5 établissements). Au niveau national la tendance est inverse puisqu'en 2004, un peu plus de 60 % des structures relevaient du secteur associatif. Cette différence s'explique d'une part par la faible représentation de l'ANPAA dans la région (L'ANPAA gère dans la région un seul CCAA soit 8% des établissements de ce type alors qu'au niveau national l'ANPAA gère 50 % de l'ensemble des CCAA) et d'autre part par la création de CCAA au cours des dernières années dans le secteur hospitalier. En ce qui concerne les CSST, ceux-ci relèvent à 85 % du secteur associatif (6 établissements sur 7), au niveau national, les deux tiers des structures relèvent du secteur associatif

En 2006 les files actives sont de 4023 patients pour les CCAA et de 1831 patients pour les CSST. La file active moyenne est de 335 patients pour un CCAA et de 262 patients pour un CSST.

Le personnel

La typologie du personnel est différente suivant le type de structure, les personnels médicaux représentent 18% du personnel des CCAA et 8% des CSST, les personnels éducatifs représentent 8 % du personnel des CCAA et 25 % des CSST. La prise en charge éducative est plus importante dans les CSST du fait de la précarité des publics accueillis. La plus forte médicalisation des CCAA est variable suivant le statut juridique des structures. En effet les CCAA relevant du secteur hospitalier ont 21,3 % de personnels médicaux alors que ceux relevant du secteur associatif ont 14,4 % de personnels médicaux.



Le budget

L'origine des ressources budgétaires est différente suivant le statut juridique des structures. Les établissements en gestion publique sont financés presque intégralement à partir de l'ONDAM médico-social tandis que les établissements en gestion privée ont d'autres sources de financement. En effet les structures associatives et plus particulièrement les CSST ont développé des activités de prévention et de formation qui ne relèvent pas de l'ONDAM médico-social mais de sources de financements non pérennes (prestations de services, crédits MILDT, GRSP et collectivités territoriales)

Compte tenu de la taille des structures, la dotation moyenne des CCAA est plus faible que celle des CSST

BUDGET PAR TYPE DE STRUCTURE - Rapports d'activité 2006

Type de structure	CCAA hospitalier	CCAA associatif	CSST hospitalier	CSST associatif
Nbre de structure	7	5	1	6
% dotation ONDAM / ressources	96,20%	89,40%	100%	83,70%
Montant moyen dotation ONDAM	211018	232748	297833	337444
Nbre moyen d' ETP	4,26	3,75	5,25	6,57

L'Origine de la demande de consultation

Pour les CCAA, 27% des demandes de consultation proviennent des patients eux-mêmes ou de leurs proches, 32,9 % sont orientés vers le CCAA par des partenaires sanitaires, notamment les médecins de ville (13,4 %). 18,9 % des patients sont orientés par les services de justice ou d'autres services administratifs et près de 5 % par les services sociaux. Des différences importantes apparaissent également entre CCAA à gestion publique et associative en ce qui concerne l'origine de la demande : les patients vus à l'hôpital sont beaucoup plus souvent orientés par d'autres services sanitaires (36,6 % contre 27,9%) ou viennent de leur propre initiative (34,2 % contre 18 %) et sont en revanche bien moins souvent adressés par les services de la justice ou d'autres services administratifs.

Pour les CSST, 43,5 % des demandes de consultation sont faites à l'initiative du patient ou des proches. Près de 27 % des patients sont adressés par des partenaires sanitaires, parmi lesquels médecins de ville, hôpitaux et structures spécialisées font presque part égale. Les équipes de liaison sont assez peu représentées. 13,70 % des patients viennent consulter suite à une mesure judiciaire ou administrative.

Parmi les professionnels rencontrés, cette absence d'orientation du secteur sanitaire vers le dispositif médico-social est mal vécue. Selon le responsable d'une structure associative, « *L'hôpital, c'est la légitimité clinique, il existe une culture hospitalière. L'hôpital se considère tout seul comme légitime et toute autre structure est forcément illégitime. Nous sommes illégitimes et incompetents, pour eux, nous sommes une sorte de sous médecine* ».

ORIGINE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION - Rapports d'activité 2006

Origine de la demande de consultation en %	CCAA	CCST
initiative du patient ou des proches	27,00	43,50
médecin de ville	13,40	9,10
autres structures psécialisées (CCAA/CSST)	5,10	8,00
équipe de liaison	5,70	4,20
Autre hôpital autre sanitaire	8,70	5,50
institutions et services sociaux	4,90	5,70
justice obligation de soins	11,40	4,80
justice injonction thérapeutique	2,10	1,00
justice classement avec orientation	0,20	4,60
autres mesures administratives ou judiciaires	5,20	3,30
Milieu scolaire et universitaire	0,10	2,60
Autre	4,50	1,00
ne sait pas ou non renseigné	11,70	6,70
Ensemble	100%	100%

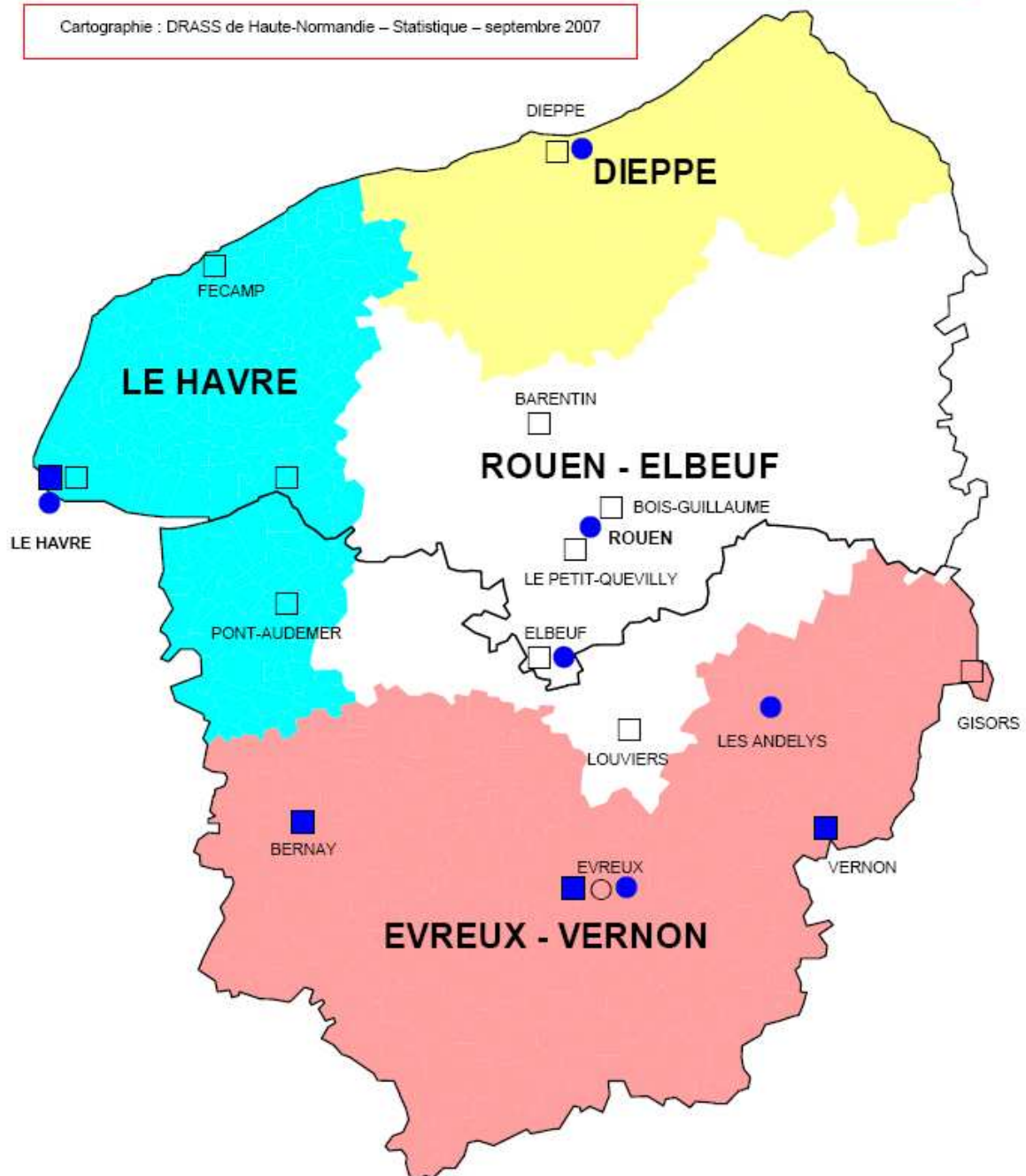
2.2.3 Répartition territoriale

Il convient d'étudier la répartition territoriale des structures dans la perspective du Schéma régional d'addictologie (SRA). Pour la présente étude il convient de se placer dans le cadre des territoires de santé, en effet, cette notion a déjà été retenue pour la planification hospitalière. De plus la planification des CSAPA devra également se faire en lien avec le dispositif d'addictologie hospitalier et, notamment, avec les consultations hospitalières d'addictologie et les équipes de liaison.

La région Haute-Normandie comprend deux départements et quatre territoires de santé. Historiquement, dans le département de Seine-Maritime les CCAA relèvent majoritairement d'une gestion hospitalière alors que dans le département de l'Eure la gestion associative prédomine pour ce type de structures. En outre chaque territoire de santé comprend au minimum un CCAA et un CSST qui délivre de la méthadone.

LE DISPOSITIF SPECIALISE DE PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE EN ADDICTOLOGIE DE HAUTE-NORMANDIE PAR TERRITOIRE DE SANTE

Cartographie : DRASS de Haute-Normandie – Statistique – septembre 2007



LEGENDE	
●	Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie associatif
○	Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie hospitalier
■	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie associatif
□	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie hospitalier

Il est présenté ci-dessous une analyse par territoire de santé élaborée à partir de l'exploitation des rapports d'activités 2006 des structures. Pour cette étude, il est plus pertinent de raisonner en terme de nombre d'ETP par territoire qu'en terme de nombre de CSAPA, en effet ces structures ne sont pas homogènes et ont des tailles très diverses. La plus petite structure dispose seulement de 2 ETP alors que la plus importante en comprend 13.

Territoire de santé de Rouen-Elbeuf (780 390 habitants) :

Le territoire de Rouen-Elbeuf est le territoire le plus peuplé de Haute-Normandie. Les 2/3 de la population se situent dans les agglomérations de Rouen et d'Elbeuf. La densité de population de ce territoire est de 209 habitants par km² contre 145 pour la région. Sur ce territoire sont implantés 5 CCAA hospitaliers (le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen et le Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil gèrent chacun 2 CCAA, les rapport d'activité ont été globalisés par établissement) et 2 CSST à gestion associative.

Au niveau sanitaire, les établissements publics de santé de Rouen et d'Elbeuf disposent d'ELSA et de consultation d'addictologie.

Ce territoire de santé présente les taux de mortalité générale et prématurée liée à l'alcool les plus faibles de la région. Ces derniers restent toutefois largement supérieurs à ceux observés en France métropolitaine. Le taux de recours (nombre de consommateurs venus consulter dans les structures en 2006 rapporté à 1000 habitants du territoire de santé) est l'un des plus faibles de la région (2,95). Les CCAA et CSST se concentrent autour des deux principales agglomérations, tout l'est du territoire est dépourvu de structure. Par contre au niveau financier, ce territoire présente des ratios élevés que ce soit par habitant (3,39 €), par patient (1148 €) ou par effectif (78128 €).

Territoire de santé du Havre (451 514 habitants) :

La densité de population de ce territoire est de 250 habitants par km² contre 145 pour la région. Ce territoire est le plus densément peuplé de Haute-Normandie, l'agglomération havraise regroupant les 3/5ème de la population du territoire.

Sur ce territoire sont implantés 5 CCAA et 1 CSST dont 2 CCAA et 1 CSST sur la ville du Havre. Il est à noter durant l'année 2007, une opération de fongibilité de la sous-enveloppe sanitaire vers la sous-enveloppe médico-sociale relative au CCAA du centre Hospitalier de Fécamp. Ce territoire présente des taux de mortalité générale et prématurée liée à l'alcool les plus élevés de la région (la mortalité prématurée liée à l'alcool est supérieure de 53 % par rapport à celle constatée en France). Le taux recours est le plus élevé de la région (4,41), cela traduit une file active élevée. Le nombre d'ETP

pour 100.000 habitants est également le plus important de la région (5,60). Par contre au niveau financier, le territoire du Havre présente les ratios les plus bas de la région que ce soit par habitant, par patient ou par effectif. Le taux d'encadrement est également le plus faible de la région.

Territoire d'Evreux-Vernon (375 313 habitants) :

Ce territoire est le plus grand en superficie de la région. Cependant, la densité de population de ce territoire est de 84 habitants par km² contre 145 pour la région, ce qui en fait le moins dense de la région. Sur ce territoire sont implantés 4 CCAA et 3 CSST. Les particularités de ce territoire sont :

- le nombre important de petites structures.
- Les CCAA sont essentiellement à gestion associative (3 sur 4).
- Un CSST relève d'une gestion hospitalière, c'est le seul de la région.
- Un CSST associatif qui gère des ACT a une file active très basse.
- Une association qui regroupe 2 CCAA et 1 CSST couvre l'ensemble du territoire à l'exception de l'agglomération ébroïcienne.

Ce territoire de santé présente des taux de mortalité générale et prématurée liée à l'alcool parmi les plus faibles de la région. Ces derniers restent toutefois largement supérieurs à ceux observés en France métropolitaine. Le taux recours est parmi les plus élevés de la région (3,35) malgré la faible densité de population. Le nombre d'ETP pour 100.000 habitants est également élevé (5,29).

Territoire de Dieppe (173 222 habitants) :

Ce territoire présente une faible densité de population avec 85 habitants par km². Ce territoire présente des taux de mortalité générale, et prématurée liée à l'alcool parmi les plus élevés de la région (la mortalité prématurée liée à l'alcool est supérieure de 43 % par rapport à celle constatée en France). Le taux de recours est le plus faible de la région (4,41) cela traduit une file active très basse (seulement 300 patients en 2006). Le nombre d'ETP pour 100.000 habitants est également un des plus important de la région (5,42).

Avec une file active très basse, des ratios d'encadrement élevés et un taux de recours faible, les indicateurs financiers sont très contrastés. Sur ce territoire sont implantés 1CCAA et 1 CCST tous les deux concentrés sur la ville de Dieppe. L'immense majorité de ce territoire est dépourvu de structure.

ANALYSE PAR TERRITOIRE DE SANTE - Rapports d'activité 2006

Territoires de santé	Rouen-Elbeuf	Le Havre	Evreux	Vernon	Dieppe	TOTAL
Population	780390	451514	375313	173222		1780439
CCAA	3	4	4	1		12
CSST	2	1	3	1		7
DGF	2647000	1162349	1288146	535919		5633414
ETP médicaux	4,15	3,7	2,94	1,15		11,94
ETP psycho	5,77	3,1	3,37	1		13,24
ETP paramédicaux	7,8	5,5	5,06	4		22,36
ETP socio éducatif	4,55	5,05	2,6	1,5		13,7
ETP transversaux	11,61	7,94	5,8	1,74		27,09
ETP totaux	33,88	25,29	19,86	9,39		88,42
File active	2306	1989	1259	300		5854
Taux encad/100 patients	1,47	1,27	1,58	3,13		1,51
Taux recours/1000 hab	2,95	4,41	3,35	1,73		3,29
ETP / 100000 hab	4,34	5,60	5,29	5,42		4,97
ETP med/100000 hab	0,53	0,82	0,78	0,66		0,67
ETP psycho/100000 hab	0,74	0,69	0,90	0,58		0,74
etp paramédicaux/100000 hab	1,00	1,22	1,35	2,31		1,26
etp socioéducatif/100000 hab	0,58	1,12	0,69	0,87		0,77
etp transversal/100000 hab	1,49	1,76	1,55	1,00		1,52
Moyens budgétaires par habitant	3,39	2,57	3,43	3,09		3,16
Moyens budgétaires par patient	1147,88	584,39	1023,15	1786,40		962,32
Moyens budgétaires par etp	78128,69	45960,81	64861,33	57073,38		63711,99

2.3 L'expérience innovante d'une structure et d'une fédération

2.3.1 Présentation de la structure

L'Association Départementale d'Insertion Santé et de Soins des Addictions (ADISSA) dont le siège est à Evreux a pour objectif la prise en charge des conduites de dépendances et l'insertion santé des plus démunis dans le cadre de la lutte contre les exclusions. L'activité de l'Adissa de l'Eure est constituée de 4 missions principales, toutes complémentaires autour de l'Addictologie et de l'insertion santé.

La mission d'addictologie regroupe les activités de 4 établissements médico-sociaux :

Le Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST) des Andelys/Vernon/louviers.

Le Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) de Bernay/Verneuil sur Avre,

Le CCAA de Vernon/Les Andelys,

Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) des Andelys/Vernon/Louviers.

Ce sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'orientation et de prise en charge thérapeutique, médicale, sociale et psychologique des usagers et de leur entourage. Il y est proposé un accompagnement individualisé, dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, vers un sevrage, une substitution ou une régulation de la consommation.

La mission Point Ecoute regroupe les activités des Points Ecoute Jeunes/Parents (PEJP) de Vernon, Evreux, Les Andelys, Verneuil sur Avre, Breteuil sur Iton, Rugles, Damville, Nonancourt, Louviers et Val de Reuil. A cela s'ajoute les Permanences d'Accueil, d'Orientation et de Suivi de Bernay et de Pont Audemer. Les consultations Points Ecoute sont des lieux d'accueil et de prise en charge anonyme et gratuite des jeunes de 10 à 25 ans en difficulté et/ou de leur famille, dans le cadre d'entretiens individuels et familiaux. Elles proposent un accompagnement psychologique. Des orientations vers des professionnels ou des structures spécialisées peuvent également être suggérées. Les Points Ecoutes interviennent aussi dans le cadre de la prévention de la récurrence du risque suicidaire en liaison avec les services hospitaliers.

L'intervention se fait :

- Auprès des jeunes, en situation de mal être, confrontés à des conduites à risque ou à une consommation de substances psycho-actives.
- Auprès des familles, en proposant une information et un soutien dans le cadre d'une aide à la parentalité,
- Auprès des professionnels, en encourageant l'établissement d'un dialogue entre partenaires et en favorisant l'identification des signes de la souffrance chez les adolescents notamment dans le cadre de la prévention de la crise suicidaire.

La mission Antennes Santé rassemble les 16 permanences de consultations d'Insertion Santé délocalisées sur l'ensemble du territoire de l'Eure. Cette action spécifique s'insère dans le dispositif Revenu Minimum d'Insertion (RMI) du Département de l'Eure et vise à faciliter l'accès aux soins afin de prévenir les processus de précarisation et les risques socio-sanitaires. Ces consultations sont délocalisées au sein des centres départementaux d'actions sociales afin d'offrir des prestations au plus près du public bénéficiaire. Les Antennes Santé proposent des consultations pluridisciplinaires à destination des bénéficiaires du RMI. Leur mission est de favoriser l'accessibilité et la continuité des soins par une aide efficace et adaptée afin de soutenir les démarches d'insertion en privilégiant une orientation vers la médecine de droit commun. Il est proposé un accompagnement psychologique et un bilan de santé ainsi qu'une activité de liaison avec les Commissions Locales d'Insertion (CLI). Un travail de réseau et de liaison est réalisé

avec les différents partenaires afin de promouvoir la continuité et la qualité des prises en charge ainsi que l'élaboration de projets locaux adaptés de soins, de prévention et de promotion de la santé répondant aux besoins de la population sur les territoires proches des usagers.

La mission de Documentation, Prévention et Formation recouvre les activités :

- De documentation consacrée à la prévention des conduites addictives et l'éducation pour la santé à destination du grand public comme des professionnels. Il est également possible d'y retirer gratuitement des dépliants, des affiches et des brochures sur des sujets spécifiques (Alcool, nutrition, tabac...) ainsi que des outils de réduction des risques (kit de matériels stériles d'injection, alcootests, préservatifs...).
- De Prévention des conduites addictives et d'éducation pour la Santé. L'activité de Prévention de l'association se déploie sur l'ensemble du département de l'Eure au sein des établissements d'enseignement et dans le cadre d'actions ponctuelles auprès d'un public spécifique (forum santé, événement sportif ou musical ...). Ces actions portent sur l'éducation à la santé ainsi que sur les comportements de consommation de substances psycho-actives et s'inscrivent dans le cadre d'une politique de santé.
- De Formations spécialisées dans les domaines du soin et de l'accompagnement des usagers (prise en charge des conduites addictives, prévention du risque suicidaire,..) Elles bénéficient du concours de professionnels de terrain et s'adressent aussi bien aux acteurs du monde socio-éducatif et médical qu'à ceux de l'entreprise.

2.3.2 Fonctionnement en CSAPA

ADISSA souhaite développer son activité de réseau dans les domaines de la prévention et la prise en charge des dépendances d'un point de vue global et dans le cadre d'un réseau d'orientation et de consultation. Dans sa démarche, l'Association entend privilégier les actions de prévention des conduites à risque. L'ambition est de proposer le plus tôt possible un interlocuteur fiable et disponible afin de pouvoir accueillir et entendre les situations de souffrance. L'association entend favoriser ainsi un travail de prise en charge et de recherche au plus près des publics concernés. ADISSA est une structure originale qui développe une approche pragmatique, en effet l'association propose des offres de prise en charge sanitaire et sociale étendues à l'ensemble du département à partir d'un seul agrément par activité (CCAA, CSST et CAARUD) accordé à l'association. A titre d'exemple l'établissement médico-social CSST des Andelys propose en plus de la prise en charge d'usagers toxicomanes la prise en charge des patients alcooliques qui normalement relèverait d'un CCAA, des jeunes en souffrance, des bénéficiaires du RMI. Cette organisation atypique est validée par le service de santé publique de la DDASS.

Elle correspond dans les faits au **fonctionnement d'un CSAPA généraliste** qui couvre l'ensemble du département de l'Eure à l'exception de l'agglomération ébroïcienne. Cette complémentarité de compétences permet à l'association de soutenir une activité de réseau afin de favoriser, d'une part la prévention des addictions, et d'autre part de promouvoir un « recrutement » par la médecine de droit commun, les services sociaux et la médecine scolaire des personnes à risque dans les situations de mal être physique et psychique. L'équipe pluridisciplinaire intervient ainsi sur tout type de public, un psychologue intervient aussi bien sur le CSST, le CCAA, les PEJP et les antennes santé. De la sorte un psychologue, prend en charge tout type de publics fréquentant la structure. Par ailleurs les nombreuses implantations géographiques dans des locaux dédiés ou dans des antennes délocalisées permettent d'assurer un maillage complet du département. Ainsi l'association assure sur l'ensemble du département la prise en charge et la réduction des risques pour toutes les addictions. De plus, ADISSA effectue la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO) dont la primo-prescription de méthadone. ADISSA contribue ainsi à l'égalité de traitement des eurois. Les médecins de la structure ont tous une formation en addictologie. Le témoignage du Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la DDASS de l'Eure illustre le fonctionnement de l'association : « *ADISSA est notre porteur d'actions, d'emblée, ils se sont installé en CSAPA, ils font une prise en charge globale et en plus ils sont délocalisés avec des antennes de proximité* »

Implantation des locaux et des antennes de proximité⁴²



⁴² Cartographie 2006 fournie par l'association

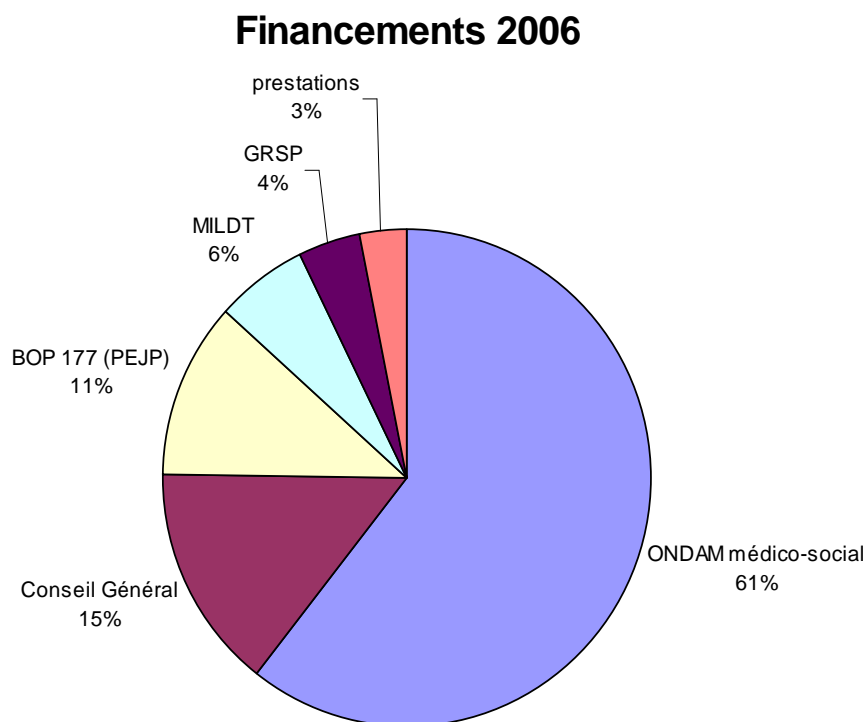
Ainsi, ADISSA propose une réponse innovante à l'insuffisance de l'offre médicale et soignante. Le département de l'Eure présente la particularité d'afficher une densité de médecins libéraux de 122,6 praticiens pour 100.000 habitants se plaçant ainsi au dernier rang des départements français. La moyenne nationale est de 202 médecins pour 100.000 habitants. De plus, la mise en place d'un numéro d'appel unique permet aux usagers d'être orientés vers la structure la plus proche. Les prises de rendez vous sont donc ainsi centralisées au siège de l'association.

En ce qui concerne la problématique alcool, ADISSA a initié depuis deux ans à la demande du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (S.P.I.P.) des Parcours Pédagogiques Alcools (PPA). L'objectif est de susciter une prise de conscience et éviter la récidive chez des personnes ayant été arrêtées pour une alcoolémie positive. Les publics des PPA sont des personnes condamnées dans le cadre d'une mesure d'alternative à l'incarcération et des personnes condamnées pour d'autres motifs associés à une alcoolisation. Il s'agit à travers la mise en place de parcours pédagogiques de permettre aux personnes de repérer et d'exprimer leurs difficultés ; de leur donner des informations objectives sur l'alcool et la conduite et de les informer des structures d'accompagnement et de soin.

La structure a une forte identité, son pragmatisme a conduit à proposer des organisations originales en accord avec ses autorités de tutelle et à affirmer une forme de militantisme institutionnel. Les professionnels de santé sont à l'initiative du projet de prise en charge mais aussi de la constitution du conseil d'administration. Le président de l'association est lui-même salarié de l'association (médecin addictologue). Il existe également un fort engagement individuel des professionnels qui ont tous une capacité à remettre en question leur culture professionnelle d'origine.

Le partenariat institutionnel est multiple, ADISSA est un interlocuteur privilégié de l'assurance maladie et de la DDASS dans le cadre de la gestion de ses 4 établissements médico-sociaux, de la DRASS, de la DDASS et du GRSP dans le cadre de ses actions de prévention et de mise en œuvre d'actions du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), du Conseil Général de l'Eure dans le cadre du dispositif RMI, du SPIP dans le cadre de ses actions de prévention de la récidive et des mesures d'alternative à l'incarcération, du rectorat et de l'inspection académique (santé scolaire) pour la prise en charge des collégiens et lycéens.

Ce partenariat se traduit dans les financements de l'association.



Il est à noter dans le graphique ci-dessus que seulement 61 % des recettes de l'association sont pérennes, il s'agit du financement des 4 établissements médico-sociaux (CCAA, CSST et CAARUD). Les PEJP à ce jour n'ont pas de budgets pérennes alors que cette structure a un rôle de prévention de la précarisation. Une procédure de labellisation est en cours auprès de DDASS afin d'obtenir des fonds pérennes.

Enfin, ADISSA a tissé des liens sur l'ensemble du département de l'Eure d'une part avec des officines de pharmacie pour la délivrance des produits de substitution et d'autre part avec des médecins généralistes libéraux pour le suivi de ses patients.

ADISSA s'inscrit également dans les dispositifs partenariaux départementaux au sein de la Fédération des Intervenants en Addictologie de l'Eure (FIAE), dont elle est membre fondateur.

2.3.3 Une fédération qui mélange les cultures

La FIAE a été créée il y a trois ans sous l'impulsion du médecin inspecteur de santé publique de la DDASS de l'Eure. Cette fédération réunit l'ensemble des associations et établissements du département de l'Eure concernés par l'accompagnement, le suivi ou le

soin auprès de personnes confrontées à une conduite addictive. La FIAE comprend des établissements de santé (les service d'alcoologie du Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine et de l'hôpital de la Musse, le service de moyen séjour du centre hospitalier de Verneuil sur Avre et la clinique des Bruyeres), des établissement médico-sociaux hospitaliers (CCST du centre hospitalier spécialisé d'Evreux, CCAA des centres hospitaliers de Gisors, Louviers et Pont-Audemer) et associatifs (CCAA d'ADISSA et de l'ANPAA27, CCST d'ADISSA et Aster), des associations néphalistes (Vie libre, Alcool Assistance). La FIAE a pour but de resserrer les liens partenariaux, instaurant des conditions favorables aux rencontres entre les équipes, l'échange des connaissances et un appui mutuel sur des opérations ponctuelles. Cette fédération présente l'avantage de mélanger différentes cultures : sanitaire et médico-sociale, hospitalière et associative, soin et prévention. Une réflexion commune sur la mise en place des CSAPA est en cours dans le cadre de cette fédération entre ADISSA, le CSST d'Evreux (CHS Navarre), L'ANPAA 27 et l'Association ASTER.

Cette fédération porte des projets, elle a notamment réalisé un guide méthodologique d'intervention en milieu scolaire qui est diffusé à l'ensemble des intervenants.

Les infirmiers des structures adhérentes à la FIAE ont constitué un groupe de travail qui se réunit régulièrement afin d'échanger sur les pratiques professionnelles et de réfléchir sur des protocoles communs de prise en charge. La mise en place de ces temps partagés contribue à l'acquisition d'une culture commune entre les différents acteurs.

Par ailleurs, les médecins de la FIAE ont pour projet de rédiger un protocole de prise en charge des personnes sous traitement de substitution pour l'ensemble du département de l'Eure. L'objectif est de mettre en place des relais pour les traitements de substitution afin d'éviter les ruptures de prise en charge. En effet dans le département de l'Eure, un seul CCST, situé à Evreux, délivre de la méthadone. La FIAE est financée uniquement sur des crédits non pérennes du GRSP et de la MILDT.

3 Le rapprochement des structures la cible à atteindre

3.1 Une évolution attendue par les acteurs de terrain mais des craintes subsistent

3.1.1 Les attentes des professionnels

Les attentes des acteurs locaux ont été recueillies au travers des entretiens réalisés durant mon stage d'exercice professionnel. Ils ont concernés aussi bien les cadres de l'administration sanitaire et sociale que les professionnels des établissements médico-sociaux.

La mise en place des CSAPA répond à une attente forte des professionnels qui souhaitent disposer de structures de prise en charge globale pour l'usager. Selon la directrice d'un CCAA : *« Quand on s'occupe d'une problématique, si on ne prend pas en compte tous les aspects de la personne, il y aura des transfert de dépendance entre alcool, tabac et toxicomanie. C'est la prise en charge globale »*. Un autre directeur mentionne que *« cela va permettre l'accueil des patients selon des conduites et non pas des produits. »*

Les responsables des CCAA interviewés souhaitent que la réforme soit l'occasion d'une meilleure prise en compte financière de la problématique alcool comme en témoigne un directeur : *« Pour 1€ pour l'alcool, on en dépensait 10 pour la toxicomanie. Quel est le rapport véritable ? La réalité des problèmes en santé publique était erronée, Il y a encore un rééquilibrage nécessaire pour mettre dans le pot commun. »*

L'ensemble des interlocuteurs insiste sur la nécessité de la reconnaissance du secteur médico-social à travers des notions incontournables comme la proximité, la pluridisciplinarité, l'accompagnement dans la durée, la prise en charge globale non réductible à la maladie, le rôle de l'entourage et l'extériorité.

Plusieurs responsables de structures insistent sur la nécessité de développer le travail en réseau, ces propos font écho à ceux du cadre de santé publique de la DDASS de Seine-Maritime : *« cela va amener les responsables des établissements à s'ouvrir car ce sont des structures qui sont assez cloisonnées. Ce sont des structures qui ont des identités fortes, Ils ont parfois du mal à s'ouvrir sur l'extérieur. Ainsi vont prendre forme des coopérations d'établissement et des prises en charge des polyconsommations. »*

3.1.2 Les craintes des professionnels

Les entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire se sont déroulés de juin à octobre 2007, soit peu de temps après la parution du décret relatif aux missions des CSAPA. Pour les responsables des structures, la création des CSAPA s'inscrit dans des objectifs d'économies d'échelle, elle est parfois assimilée à l'idée d'une fusion obligatoire entre les CCAA et les CSST Cette crainte est partagée essentiellement par les personnels des structures associatives

Le médecin hospitalier d'un CCAA nous indique que « *le personnel soignant a peur du public toxicomane* » en donnant pour raison que les patients toxicomanes et alcoolodépendants offrent des profils trop différenciés. De plus, l'accueil des différents publics dans un même lieu suscite des interrogations. A cet égard, l'expérience d'ADISSA qui fonctionne déjà comme un CSAPA non spécialisé est riche d'enseignements. Son responsable évoque cette situation « *La crise a eu lieu il y a quatre ans, on a eu une crise d'opposition complète qui venait des psychologues qui souhaitaient une spécialisation par type de pathologie. De la part des médecins il y a eu des questionnements, on a fait venir les laboratoires pour nous expliquer la substitution. Nous avons effectué des formations internes pour les secrétaires d'accueil par l'éducateur, et à notre grande surprise cela a très bien fonctionné. Elles ont appréhendé la dimension de la réduction des risques, le personnel d'accueil était le personnel le moins marqué par des préjugés concernant les usagers.* »

En revanche, tous les acteurs associatifs rencontrés redoutent une diminution des crédits relatifs à la prévention et soulignent « *le risque de morcèlement des financement sur la prévention pour la faire disparaître* ». A l'extrême, selon un professionnel « *Les politiques de prévention sont trop mobiles, on n'a plus d'axe vraiment. C'est la fantaisie du moment, l'émotionnel de l'instant va prendre le pas sur la réalité du terrain. Il y a une stigmatisation de la conduite des jeunes, Il y a une hystérie sur le cannabis à l'heure actuelle. Ce qui est intéressant, c'est de travailler sur plusieurs années, mais les financements annuels et non pérennes sont un obstacle à la montée de tels projets* ».

3.2 Une planification à l'échelle des territoires de santé par la mise en place des schémas régionaux d'addictologie

3.2.1 Le Schéma Régional Addiction : un outil pour la territorialisation et le redéploiement des structures

Le schéma régional des CSAPA prévu par le CASF devra être prochainement élaboré. Il ne se limitera pas probablement aux seuls CSAPA et devrait être étendu au champ complet de l'addictologie comme le prévoit le plan addiction⁴³. Le SRA inclura donc l'ensemble du dispositif spécialisé (CSAPA et CAARUD) mais aussi le secteur sanitaire tout en tenant compte des possibilités de prise en charge en médecine de ville. Il sera le lieu de la coordination entre le médico-social et le sanitaire. Pour cette raison, il serait pertinent de retenir le territoire de santé comme unité territoriale pour l'élaboration du schéma. Le maillage territorial aura pour but de garantir au sein de chaque territoire de santé la qualité des prises en charge. Fondé sur le développement d'une dynamique de coordination par territoire entre les CSAPA, les CAARUD, les établissements de santé, les acteurs libéraux, il sera assuré par la mise en œuvre de partenariats et de coopérations inter établissements. La mise en place du SRA doit conduire à la restructuration de l'offre de prise en charge pour une meilleure répartition de celle-ci et des soins, en procédant à des redéploiements de moyens matériels et humains. En effet, il persiste en Haute-Normandie des zones non couvertes par des structures spécialisées, notamment tout le nord-est de la région. Il s'agit donc d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives par des structures spécialisées ou de droit commun. La prise en charge doit être pensée en fonction des spécificités des besoins liés aux principaux produits consommés et aux risques sanitaires. Par ailleurs, la capacité de prendre en charge des polyconsommations devra être assurée. Le SRA devra s'articuler avec les plans nationaux et régionaux existants (plan addictions 2007-2011, SROS 3, PRSP). Pour son élaboration il sera nécessaire de procéder à une analyse des besoins de la population. La DGS devrait donner des orientations pour la mise en place des schémas.

Pour aider à l'élaboration et à la mise en place des SRA, des commissions régionales addictions pourront être installées.

⁴³ Plan relatif à la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 - mesure 12 : établir des schémas régionaux d'addictologie

3.2.2 La Commission Régionale Addiction : un espace de concertation

Une commission nationale addiction a été installée par le ministre de la santé et des solidarités. Elle a pour mission l'évaluation et l'amélioration des réponses aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans le champ des pratiques addictives. Des commissions régionales devraient également être mises en place, leur mission sera la mise en œuvre locale du plan addictions⁴⁴.

L'objet de ces commissions régionales est d'assurer l'articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social, associatif et la médecine de ville afin de mettre en œuvre une politique régionale en addictologie coordonnée, cohérente, planifiée et efficiente. Il s'agit d'améliorer le dispositif d'accueil, de suivi et de soins en addictologie dans son ensemble et dans sa cohésion sur un territoire. Un des enjeux sera de préciser clairement les missions des différentes structures, sanitaires et médico-sociales, de façon à en assurer la complémentarité et non la juxtaposition. La Commission Régionale Addiction (CRA) devrait permettre de veiller à l'amélioration à terme des deux dispositifs d'un côté le médico-social, et de l'autre l'hospitalier en terme de moyens, de répartition et de logique d'accès aux soins. La CRA sera coprésidée par le directeur de l'ARH et par le directeur de la DRASS. Elle sera composée des acteurs concernés par l'addictologie au niveau régional. La DGS souhaite laisser toute latitude aux ARH et aux DRASS quant à la composition de cette commission. Elle sera une instance de concertation, un lieu d'échanges, d'informations et de propositions. Il serait souhaitable à mon sens que la CRA établisse un diagnostic territorial et partagé pour l'élaboration du schéma. Quant à sa composition il serait souhaitable que la CRA réunisse l'ensemble des acteurs concernés : représentants de l'État et de l'assurance-maladie, des GRSP, des collectivités territoriales, des établissements de santé, des structures médico-sociales, des professionnels libéraux, des associations, des usagers. Dans le cadre de la mise en place du PRSP, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), la DRASS et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ont signé une convention de partenariat concernant la création d'un Pôle Libéral de Santé Publique (PLSP). Il a pour mission de mettre à disposition de la politique de santé publique régionale des médecins libéraux formés et rémunérés pour participer à ces activités de prévention et d'éducation à la santé. Ces professionnels ont donc vocation à intégrer la CRA.

⁴⁴ Plan relatif à la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 - mesure 10 : améliorer les pratiques et les échanges par la mise en place de la "commission addictions"

3.3 Propositions et facteurs de réussite

3.3.1 Accompagner les structures et les professionnels

A) L'accompagnement des structures

Les CSAPA vont se créer à partir des CSST et CCAA existants, Il ne s'agit donc pas de créer des structures *ex nihilo* mais de transformer les établissements médico-sociaux existants jusqu'au 22 décembre 2009. L'autorisation est délivrée pour une durée de trois ans par le Préfet de département après avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS)⁴⁵. Il convient d'accompagner les établissements en ayant pour objectif une meilleure couverture territoriale des besoins en matière de prise en charge des usagers. A cet effet il me semble pertinent d'encourager des collaborations voire d'éventuelles fusions entre les structures à partir du diagnostic local.

La loi de 2002 a posé le principe de la coopération entre les établissements sociaux et médico-sociaux et le décret du 6 avril 2006⁴⁶ a défini le cadre juridique des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Il permet aux établissements médico-sociaux, quel que soit leur statut juridique, et éventuellement avec un ou plusieurs établissements sanitaires, de rassembler une partie, voire toutes leurs activités médico-sociales, pour les gérer en commun. Ce support juridique présente l'avantage d'être un outil adapté pour favoriser une recomposition médico-sociale dans une dynamique de coopération. Le GCSMS autorise la constitution d'équipes pluridisciplinaires, permettant de partager les compétences qui se font rares, à commencer par les médecins addictologues mais aussi les psychologues et les travailleurs sociaux. Les groupements de coopération sociale et médico-sociale ont pour vocation de garantir la continuité des prises en charge et de favoriser la coordination et la complémentarité des établissements médico-sociaux. Cet outil est adapté à la problématique de prise en charge dans les grandes agglomérations de la région (Rouen, Le Havre, Evreux et Dieppe).où sont concentrés plusieurs CCAA et CSST. La constitution d'un GCSMS dans ces villes permettra aux futurs CSAPA, indépendamment de leur éventuelle spécialisation (substances psychoactives illicites ou alcool) de travailler en complémentarité afin d'offrir à l'utilisateur une filière de soins complète en addictologie.

En outre, il est possible à un groupement, sur demande de ses membres, d'aboutir à la fusion d'une activité. Cette option pourrait être envisagée sur l'agglomération ébroïcienne où sont installés un CCAA, un CSST hospitalier délivrant de la méthadone et un CSST

⁴⁵ Article L.313-1 et suivants du CASF

⁴⁶ Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire)

associatif. Ce dernier dispose d'un effectif de 2,86 ETP et gère essentiellement des appartements de coordination thérapeutique. Le MISIP de la DDASS de l'Eure évoque cette situation : « *Sur Evreux, il y a une structure de trop, le problème c'est le CSST qui gère des appartements thérapeutiques, il est trop précaire* ».

La constitution d'un GCSMS relève de l'initiative des établissements. Il appartient donc à l'IASS de promouvoir, de conseiller et de soutenir la création des groupements auprès des établissements. Cette démarche de promotion, de sensibilisation et d'accompagnement des structures pourra être réalisée lors de la CRA. Afin d'inciter et soutenir les opérateurs à développer ces nouveaux modes de coopération, une subvention exceptionnelle d'un montant maximum de 15.000 € peut leur être accordé pour le démarrage effectif du GCSM⁴⁷. Ainsi, 30.000 € pourront être mobilisés sur la dotation régionale limitative 2008, pour la création de deux GCSMS. La même somme sera programmée pour 2009, afin d'atteindre l'objectif de quatre groupements effectifs en 2009, soit un par territoire de santé.

La mise en place des groupements de coopération entraînera des économies, ces moyens financiers seront redéployés en faveur des territoires où il existe un déficit de prise en charge. Ils pourront également être consacrés aux financements de mesures nouvelles notamment pour la création de temps médical supplémentaire dans les structures. Cette politique de redéploiement aura pour objectif une répartition équilibrée de l'offre de prise en charge sur le territoire. Elle devra être transparente et affichée au sein de la CRA afin de recueillir l'adhésion des acteurs.

La problématique est différente dans le nord-est de la région, zone à faible densité de population et ne disposant d'aucune structure de prise en charge. Le modèle des locaux dédiés et des antennes de proximité développé par ADISSA sur le territoire de santé d'Evreux pourra être reproduit. Il convient donc dans un premier temps à l'IASS d'identifier un CSAPA généraliste ou un GCSMS susceptible de porter ce projet et de lui accorder les moyens financiers nécessaires. Dans un second temps, les hôpitaux locaux et les collectivités territoriales pourront être sollicités pour la mise à disposition de locaux.

⁴⁷ Instruction ministérielle n°DGAS/5D/2007/309 du 03 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale

B) L'accompagnement des professionnels

Afin de favoriser l'acquisition d'une culture commune autour de l'addictologie et pour entamer le décloisonnement des structures, l'organisation de formations doit être envisagée. Ces formations réuniront les différentes catégories de personnel présentes dans les structures : personnels hospitalier et de droit privé, personnels soignants, travailleurs sociaux et personnel d'accueil, professionnels spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes et des alcoolodépendants. L'objectif est d'améliorer les compétences individuelles et collectives, mais aussi de promouvoir le partage d'expériences. Les thématiques retenues pour ces stages pourront porter prioritairement sur les axes suivants : la poly-consommation, la réduction des risques, les problématiques liées à la stigmatisation des patients, la prise en charge des addictions sans substance. Ces formations interdisciplinaires pourront être financées par le GRSP dans le cadre de l'appel à projet.

3.3.2 Favoriser une dynamisme de réseau associant le secteur sanitaire et la médecine de ville

La prise en charge des personnes dépendantes nécessite une action complexe prenant en compte la durée, les différents intervenants et la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Cette prise en charge est nécessairement répartie entre plusieurs acteurs d'autant que la dépendance se déroule sur un temps long. Tous les acteurs sont importants à un moment donné, chacun voyant sa compétence, son intervention optimisée si les responsabilités sont clairement définies.

A) La révision du SROS

A cet effet, Il me semble nécessaire que l'ARH de Haute-Normandie programme une révision du SROS afin d'y ajouter un volet addictologique⁴⁸. Cette condition est nécessaire afin de favoriser l'implication des établissements de santé dans la prise en charge des consommateurs de substances psycho-actives. Ainsi la prise en compte de la problématique de la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives. pourra être déclinée dans les Projets Médicaux de Territoire et les projets d'établissements.

⁴⁸ 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. Annexe 3 : « Les régions qui n'ont pas développé un volet addictologie dans le SROS 3, peuvent saisir l'opportunité d'une révision du SROS pour l'y introduire »

B) L'implication des médecins généralistes

Les médecins généralistes, acteurs de proximité, ont un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation l'accompagnement et l'orientation des personnes présentant des conduites addictives. Pourtant, les médecins restent souvent réticents à aborder le sujet de la consommation de substances psychoactives par manque de formation alors que des techniques existent comme le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB). Porté par l'OMS, le RPIB est une intervention qui prévient le passage de l'usage à risque à l'usage nocif et à la dépendance. En 2006, la DGS a adopté une stratégie de diffusion de la formation au RPIB, l'objectif est de former au moins 75 % des médecins généralistes d'ici 2011⁴⁹. Un appel à candidature a été lancé auprès des DRASS sur la base du volontariat pour mettre en place ce dispositif dans les régions, la DRASS de Haute-Normandie ne s'est pas portée candidate en 2006. Pour 2008, cinq nouvelles régions devraient pouvoir bénéficier d'une enveloppe de 40.000 euros pour mettre en place des formations au RPIB. Compte tenu de la surmortalité en matière d'alcoolisme observée dans la région, il serait judicieux que la DRASS se porte candidate pour mettre en place ces formations. En 2006, on dénombrait 1800⁵⁰ médecins généralistes libéraux dans la région. Afin d'atteindre l'objectif de 75 % décrit plus haut, il convient donc de former par an environ 350 médecins au RPIB. En plus de l'enveloppe de 40.000 euros allouée au démarrage de l'action, des financements pourront être mobilisés au niveau national via le dispositif de formation médicale continue des médecins, via le Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FIQCS) au titre de l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville mais aussi au niveau régional via le GRSP et via le Conseil Régional de la Qualité et de la Coordination des Soins (CRQCS). Pour la mise en œuvre de ce dispositif de formation différentes ressources humaines peuvent être mobilisées au sein de la région:

- Le docteur Patrick Fouilland, directeur du CCAA hospitalier du Havre et président de la Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie (F3A), est l'un des cinq experts au niveau national pour le RPIB. Il est également formateur pour ce programme en région Ile de France.
- l'URML
- Le réseau RIAHN.

Des actions de formation relatives aux traitements de substitution pourront également être organisées à destinations des médecins généralistes. La mise en place de ces dispositifs

⁴⁹ Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie

⁵⁰ Répertoire STATIS – source : fichier ADELI

de formation permettra également de renforcer les liens entre les médecins de ville et les structures spécialisées.

En amont, il serait souhaitable de développer l'enseignement de l'addictologie dans les trois cycles des études médicales.

C) La mise place des réseaux en addictologie

*"Les réseaux de Santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges 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. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médicales-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers."*⁵¹

Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) a été créé par la LFSS pour 2007⁵². Il fusionne la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) et le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV). Le décret du 15 mai 2007 relatif au FIQCS⁵³ a précisé l'organisation du nouveau dispositif. Le Comité National de Gestion (CNG) répartit la dotation entre les Missions Régionales de Santé (MRS). La MRS composée de l'ARH et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) décide de l'attribution des aides pour les réseaux de santé. La circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseaux de santé⁵⁴ définit les objectifs des réseaux, leur cohérence avec les parcours de soins et leur inscription dans l'organisation territoriale de soins. Elle précise également le cadre général de la décision de financement. Enfin, elle rappelle les modalités de l'évaluation interne et externe

⁵¹ Art L.6321-1 CSP

⁵² Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 art 94)

⁵³ Décret no 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

⁵⁴ 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

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 préconise la création d'un réseau de santé en addictologie de proximité pour 200.000 habitants⁵⁵. Le maillage total du territoire devant être achevé en 2011. Chaque réseau sera doté au minimum d'un médecin coordinateur, d'un administratif coordinateur, d'une infirmière diplômée d'état et d'une secrétaire. En octobre 2006, 46 réseaux de santé en addictologie, financés par la DRDR, ont été recensés. Pour la région Haute-Normandie, la mise en œuvre du plan aboutira à la mise en place de neuf réseaux en addictologie financés par le FICQS. La place des réseaux de santé en addictologie a été rappelée dans la circulaire du 16 mai 2007.

La mission principale du réseau est la coordination professionnelle du soin, Il n'assure pas de soins directs aux patients. Il contribue à l'amélioration des pratiques professionnelles par l'élaboration de protocoles des soins (RPIB, protocoles de sevrage ambulatoire) et de référentiels de prise en charge. Il participe également aux actions de formations.

La mise en œuvre de réseaux de santé doit permettre d'assurer une première réponse dans la proximité, en s'appuyant sur les établissements de santé, les structures médico-sociales et la médecine de ville. Les réseaux de santé sont les garants du décloisonnement des structures et de la coordination des soins entre les partenaires tout au long du parcours des patients. Ces réseaux sont donc des collaborations formalisées entre des libéraux (le plus souvent médecins ou pharmaciens), un ou des établissements de santé, une ou des structures spécialisées (CSAPA, CAARUD), et éventuellement avec d'autres intervenants : associations de prévention, PEJP, structures d'insertion, associations d'usagers. Leur mise en place doit correspondre aux orientations régionales et ne pas se concevoir au détriment de structures fonctionnant efficacement sur le même territoire. La réunion de médecins généralistes intéressés par les addictions, auxquels s'associent l'hôpital et les CSAPA, est la base de ce type de réseau.

Différentes situations se présentent dans la région :

Deux réseaux existants sont déjà financés par le FICQS. Le RIAHN à vocation régionale positionné sur le versant alcool et ToxEnVille, réseau limité à l'agglomération rouennaise positionné sur le versant toxicomanie. Pour ces deux réseaux il serait souhaitable d'encourager un élargissement à toutes les addictions.

Pour le MAILLAGE, réseau ville hôpital alcool localisé sur l'agglomération havraise, il est du ressort de l'IASS de l'accompagner dans ses démarches auprès de la MRS pour qu'il devienne un réseau de santé en addictologie.

⁵⁵ Plan relatif à la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 - mesure 11 : organiser les réseaux en addictologie

La FIAE, seule organisation dans la région déjà positionnée sur l'addictologie a vocation à devenir également un réseau de santé. L'IASS pourra lui apporter un soutien méthodologie dans cette démarche.

Afin d'atteindre l'objectif d'une répartition équilibrée des réseaux sur le territoire, il est donc nécessaire d'en créer ex-nihilo. Dans ce cas, l'IASS, en partenariat avec les organismes d'assurance maladie et l'URML, doit initier et susciter des rencontres avec les professionnels qui seront incités à s'organiser. L'IASS doit être en mesure de participer au démarrage du réseau, si des médecins libéraux, et au moins un CSAPA et un service de l'hôpital sont clairement identifiés.

3.3.3 Positionnement de l'IASS dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de santé publique

Le rôle d'un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) est de coordonner au niveau territorial l'ensemble des opérations permettant de définir les actions en matière de santé, de les mettre en œuvre, de les évaluer et de contribuer à l'ajustement du projet. Il assure la coordination des opérateurs comme les CSAPA chargés de la mise en œuvre de cette politique. Il assure la mise en place d'actions permettant de garantir une égalité de traitement des populations et des territoires et d'assurer la continuité des actions avec les autres programmes qui ont un lien.

Sur cette thématique, L'IASS travaille en partenariat au sein des services déconcentrés notamment avec les MISP. Ce binôme se justifie de par la complémentarité de leurs fonctions réciproques. Ils sont tous deux porteurs de la politique nationale et ont un rôle de relais auprès des acteurs de terrain.

Dans un contexte de contrainte budgétaire croissante et d'augmentation des besoins, l'IASS doit veiller à l'utilisation optimale des ressources avec une perspective de réduction des inégalités entre établissements et territoires ce qui implique un travail de pédagogie et d'explication auprès des opérateurs.

L'IASS concourt à mettre en cohérence l'intervention de l'ensemble des partenaires.

Dans un contexte de développement de la territorialisation des politiques publiques, L'inspecteur contribue à la conception de programmes adaptés aux problématiques inter et infra départementales. Il peut exercer aujourd'hui ses missions à l'échelon départemental ou régional ou auprès des Groupements d'Intérêt Public comme l'ARH ou le GRSP.

Conclusion

L'étude sur le fonctionnement des structures de soins ambulatoires CCAA et CSST en Haute-Normandie dans la perspective de la mise en place des CSAPA a été l'occasion de découvrir un champ d'action extrêmement vaste et complexe, mais aussi de rencontrer des professionnels de terrain engagés et majoritairement acquis au concept de l'addictologie. Cependant, les besoins de repérage, d'évaluation, de prise en charge et d'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives sont très importants et imparfaitement couverts en Haute-Normandie. Les dispositifs concernés sont multiples : médico-social, sanitaire, ville. Cette diversité de l'offre de prise en charge constitue une richesse qui doit être conservée et renforcée dans la mesure où elle se développe de manière harmonieuse, complémentaire et coordonnée. Elle doit s'inscrire dans une politique globale de prise en charge des personnes avec une approche multidisciplinaire. Toutefois, cette multidisciplinarité doit s'entendre en complémentarité et non en concurrence. Les dispositifs médico-sociaux de prise en charge doivent s'articuler de façon à orienter les patients vers la structure la plus adaptée en fonction de leurs besoins à un moment donné. Cela doit se traduire par des partenariats formalisés, par des conventions, par la constitution de GCSMS mais aussi de réseaux en addictologie associant notamment les professionnels de ville et le secteur sanitaire. Le plan relatif à la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 a notamment pour objectif de « *coordonner le parcours de soins du patient consommateur* ». Il s'agit d'améliorer le dispositif d'accueil, de suivi et de soins en addictologie dans son ensemble et dans sa cohésion sur un territoire. L'IASS doit accompagner les structures dans cette réforme.

Par ailleurs, demain, vont se mettre en place les Agences Régionales de Santé (ARS) qui visent à instaurer un pilotage territorial unifié du système de santé. Dans l'hypothèse d'un périmètre étendu, incluant l'ensemble de l'offre de services hospitaliers, médico-sociaux et de ville, la plus value sera évidente pour la prise en compte complète du parcours de soins de l'utilisateur ayant des conduites addictives. Selon Madame la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports « *les ARS constitueront un excellent levier pour fluidifier les parcours de soins des patients. Le schéma régional d'organisation sanitaire a permis de mettre en place une gradation des soins. Il faut aller plus loin, en incluant la médecine de ville, voire le médico-social et la prévention* »⁵⁶.

⁵⁶ Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, à l'occasion du Séminaire d'échanges sur les ARS, le Jeudi 11 octobre 2007

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Code de l'Action Sociale et des Familles
- Code de la Santé Publique

- Loi n°54-439 du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux
- Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic, et de l'usage illicite des substances vénéneuses
- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme
- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007
- Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance
- Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

- Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes
- Décret no 99-808 du 15 septembre 1999 relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances et à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- Décret n°2003-160 du 26 février 2003 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des CSST
- Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique.

- Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire)
- Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
- Décret no 2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi no 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale

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

- Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes
- Circulaire DH/EO4/96 n° 57 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison.
- Circulaire DH/EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unité de coordination de tabacologie
- Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
- Circulaire n° DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille
- Circulaire DGS/SD 6B n° 2006-119 du 10 mars 2006 relative au renouvellement des autorisations des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie

- 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
- 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.
- Circulaire interministérielle N°DGAS/DGS/DSS/SD5C/2007/260 du 27 juin 2007 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2007 des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques Lits Halte Soins Santé (LHSS),Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD), Communautés thérapeutiques (CT), Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) et Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
- Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 03 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale

Rapports, plans, programmes

- REYNAUD M., PARQUET P.-J. – *Les personnes en difficulté avec l'alcool* (Rapport de mission 1998). CFES, Coll. Dossiers techniques, 1999.
- MILDT Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, 1999-2001
- REYNAUD M., PARQUET P.-J., LAGRUE G. Rapport les pratiques addictives, 2000
- Rapport RASCAS *Réflexions sur les ASpects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions*, 2001
- Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002
- MILDT Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008
- MILDT-DESCO-DGS-INPES Guide d'intervention en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives, 2005
- Plan régional de santé publique de Haute-Normandie 2005-2009
- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la Haute-Normandie 2006-2011

- DDASS Seine-Maritime, Plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool du département de Seine-Maritime 2004-2008
- Rapport propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions, un enjeu majeur de santé. Octobre 2006
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Plan relatif à la prise en charge et la prévention des addictions 2007 – 2011

Ouvrages

- GOODMAN. Addiction : definition and implications, British Journal of Addictions, 1990. pp. 1403-1408
- MOREL A. Prévenir les toxicomanies. Dunod. 319 p
- GIBIER L. Prise en charge des usagers de drogues. Doin éditeurs, 2002. 341 p
- MILDT/INPES. Livrets de connaissances « Drogues, savoir plus, risquer moins ». 2004
- MILDT/INPES. Livrets de connaissances « Drogues & dépendance ». Editions INPES, 2006. 177 p

Enquêtes, bilans

- OFDT *Enquête Baromètre Santé*. 2000
- OFDT *Drogues et dépendance, Indicateurs et tendances*. 2002
- Enquête ESCAPAD-OFDT *Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence*. 2005
- Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français*. 2005
- OFDT *Drogues et dépendance, données essentielles*. 2005
-

Articles de presse et périodiques

- Recherche & alcoologie, n°26, décembre 2003 - Alcool et régions de France : Peut-on superposer mortalité et consommation ? p. 1 à 6
- Interdépendances, n°61, avril 2006 - L'addiction : les nouveaux enjeux
- Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°34/35-12, septembre 2006 - Numéro thématique - Alcool et santé en France, état des lieux
- Tendances, n°49, septembre 2006 - Les drogues à 17 ans, Évolutions, contextes d'usages et prises de risque

- Swaps, n° 45, novembre 2006 -Plan addictions, où est le social ? le volet médico-social est une coquille vide, p. 2 à 5
- Tendances, n°52, décembre 2006 – Septième rapport national du dispositif TREND
- Prévention de la délinquance, les points clés de la loi, Secrétariat général du Comité interministériel de prévention de la délinquance, mars 2007
- Le bulletin de l'ordre des médecins, n°3, mars 2007 – La prévention et la prise en charge des addictions
- Actualités sociales hebdomadaires, n°2509, 25 mai 2007 - Les missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie sont détaillées, p. 16
- Le bulletin de l'ordre des médecins, n°9, novembre 2007 - Mésusages d'alcool : le repérage par les généralistes

Mémoires

- COTTAVOZ G., La politique locale de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances en Charente : de multiples enjeux, mémoire professionnel IASS, 2006

Sites Internet

- <http://www.sante.gouv.fr>
- <http://www.drogues.gouv.fr>
- <http://www.haute-normandie.sante.gouv.fr>
- <http://www.toxibase.org>
- <http://www.ofdt.fr>
- <http://www.anpaa.asso.fr>
- <http://www.anit.asso.fr>

Liste des annexes

ANNEXE I : Liste des personnes rencontrées et entretenues

ANNEXE II : Grilles d'entretien

ANNEXE III : analyse par territoire de santé des taux comparatifs de mortalité liée à l'alcool et au tabac – Enquête réalisée par l'ORS de Haute-Normandie

t

ANNEXE IV : Questionnaire : Rapport d'activité 2006 des structures ambulatoires

ANNEXE I

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ET ENTRETENUES

- Madame Lucie ABSALON, psychologue au CSST des Andelys
- Madame Isabelle BIBOLET, juriste à la DGS
- Madame Laurence BRAUN, directrice de L'ANPAA 27 et 76
- Monsieur Patrick COLLEC-KERLEVARC, directeur de l'ADISSA
- Madame Claudine COULAUD, IPASS à la DRASS de Haute-Normandie, responsable de l'unité de santé publique et chef de projet du PRSP (actuellement DDASS de Seine-Maritime)
- Madame DE SAINT-GEORGES directrice du CSST la Boussole à Rouen
- Madame Karine FOREST, Cadre contractuel à la DDASS de Seine-Maritime
- Madame Anita GASTE, secrétaire d'accueil CSST/CCAA de Vernon
- Madame Sandrine HABRAN, infirmière au CSST/CCAA de Vernon
- Madame Marie-Christine HOTTE, directrice adjointe de l'ADISSA
- Monsieur Grégory LANGE, éducateur spécialisé au CAARUD d'ADISSA
- Docteur Dominique LECHANTEUR, MISP à la DDASS de l'Eure
- Madame Christelle LEMIEUX, responsable du dossier des CSAPA au bureau des pratiques addictives à la DGS
- Docteur Céline MAILLOT, Directrice du CCAA de Bois-Guillaume, Présidente du RIAHN
- Monsieur Pascal MELIHAN-CHEININ, chef du bureau des pratiques addictives à la DGS
- Madame Corinne RUAUD, secrétaire d'accueil au CSST des Andelys
- Madame Muriel SEREMES, Cadre contractuel à la DDASS de l'Eure
- Docteur Hervé VILLET, directeur de l'ORS de Haute-Normandie

ANNEXE II

Grille d'entretien – chef de bureau des pratiques addictives à la DGS

Quelle est la finalité des CSAPA ?

Quels indicateurs socio-économiques pour les CSAPA (il n'en existe pas pour les CSST et CCAA)

Aspect financier et budgétaires. (43 Millions pour le volet sanitaire pendant 5 ans contre 2,8 M pour les CSAPA)

Moyens en personnels (CCAA fortement médicalisés et peu de travailleurs sociaux alors que les CCST beaucoup de TS et peu de médecins).....un rééquilibrage est il à faire ?

En matière de planification (schémas régionaux d'addictologie : mesure 12 du plan de prise en charge et de prévention des addictions).

(Contrairement au volet hospitalier il n'y a pas d'objectif quantifié de structure (niveau 1 dans tous les établissements disposant d'un SU, et un niveau 2 de recours pour 500.000 Habitants, un niveau 3 dans chaque CHU) (notion d'ETP est elle plus pertinente ? si oui quel ratio /nbre habitant))

Quelle autonomie des DRASS ?

Quelle mise en place/articulation avec les plans départementaux MILDT ?

(Contradiction ? lien avec le ministère de l'intérieur qui intègre la lutte contre les drogues illicites dans le dispositif de prévention de la délinquance)

Liens schémas régionaux d'addictologie/réseaux en addictologie.

Liaisons avec le PRSP/GRSP

En matière de prévention

Quels sont les freins à la mise en place des CSAPA ?

Grille d'entretien – responsable de structure (CCAA ou CSST)

Identification de l'interviewé (nom, fonction, structure, zone desservie, site d'intervention)

Comment appréhendez vous la réforme qui va aboutir à la mise en place des CSAPA ?

Le rapprochement CCST/CCAA est il pour vous souhaitable ? (Intérêts/avantages, inconvénients)

Quels bénéfices pour les usagers ?

Quelles seront pour les conséquences d'un tel rapprochement ? (Organisation, fonctionnement, financement, partenariat, travail en réseau)

Comment le personnel appréhende la réforme ? Quelles adaptations sont nécessaires ?(formation.....)

Assurez vous la réduction des risques si oui de quelle manière ?

Prenez vous en charge des addictions sans substances ?

Avez-vous mis en place des consultations de proximité pour le repérage précoce des usages nocifs ?

Quand pensez vous demander la transformation en CSAPA ? Pensez vous être un CSAPA généraliste ou spécialisé ?

Quelle mise en place articulation avec les plans départementaux MILDT

Liaisons avec le PRSP/GRSP ?

Liens avec la médecine de ville ?

Liens avec le secteur sanitaire ?

ANNEXE III

Analyse par territoire de santé des taux comparatifs de mortalité liée à l'alcool et au tabac – Enquête réalisée par l'ORS de Haute-Normandie en septembre 2007

MORTALITE LIEE A L'ALCOOL ET AU TABAC ANALYSE PAR TERRITOIRES DE RECOURS - 2002-2004

ALCOOL

MORTALITE TOUS AGES

	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	255	74,51	p<0,001	NS	66	15,74	p<0,05	NS	321	42,06	p<0,001	NS
Territoire du Havre	167	84,61	p<0,001	NS	44	18,10	p<0,01	NS	210	47,55	p<0,001	NS
Territoire Evreux-Vernon	130	74,35	p<0,001	NS	36	17,32	p<0,05	NS	166	43,38	p<0,001	NS
Territoire de Dieppe	64	77,94	p<0,01	NS	17	17,12	NS	NS	82	45,02	p<0,001	NS
HAUTE-NORMANDIE	616	77,34	p<0,001		163	16,82	p<0,001		779	44,04	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	16 445	59,07			4 521	13,50			20 966	34,11		

MORTALITE PREMATUREE

	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	160	49,17	p<0,001	NS	36	10,50	NS	NS	195	29,43	p<0,001	NS
Territoire du Havre	105	54,34	p<0,001	NS	26	13,58	p<0,01	NS	131	33,71	p<0,001	NS
Territoire Evreux-Vernon	82	48,64	p<0,001	NS	22	12,61	p<0,05	NS	104	30,53	p<0,001	NS
Territoire de Dieppe	37	48,60	p<0,01	NS	8	9,61	NS	NS	45	28,90	p<0,001	NS
HAUTE-NORMANDIE	384	50,30	p<0,001		91	11,65	p<0,001		475	30,69	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	9 382	36,20			2 335	8,78			11 718	22,28		

Sources : Inserm CépiDc - Insee RP 1999 et projections

Exploitation : ORS de Haute-Normandie

CIRRHOSE DU FOIE

MORTALITE TOUS AGES

	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	91	26,08	p<0,001	NS	33	7,96	NS	NS	124	16,29	p<0,001	NS
Territoire du Havre	61	29,55	p<0,001	NS	26	10,97	p<0,01	NS	87	19,42	p<0,001	NS
Territoire Evreux-Vernon	44	25, 0	p<0,05	NS	21	10,18	p<0,05	NS	65	16,78	p<0,01	NS
Territoire de Dieppe	21	24,75	NS	NS	9	8,61	NS	NS	30	16,14	NS	NS
HAUTE-NORMANDIE	217	26,57	p<0,001		89	9,28	p<0,001		306	17,16	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	5 744	20,29			2 338	7,12			8 083	13,15		

MORTALITE PREMATUREE

	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	61	18,91	p<0,001	NS	20	5,89	NS	NS	81	12,27	p<0,001	NS
Territoire du Havre	43	22,19	p<0,001	NS	18	9,15	p<0,01	NS	61	15,60	p<0,001	p<0,05
Territoire Evreux-Vernon	24	14,19	NS	p<0,05	14	8,11	p<0,05	NS	38	11,13	NS	NS
Territoire de Dieppe	13	16,52	NS	NS	4	4,43	NS	NS	16	10,41	NS	NS
HAUTE-NORMANDIE	141	18,45	p<0,001		55	7,04	p<0,001		197	12,67	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	3 445	13,32			1 333	5,02			4 778	9,10		

Sources : Inserm CépiDc - Insee RP 1999 et projections

Exploitation : ORS de Haute-Normandie

PSYCHOSE ALCOOLIQUE ET ALCOOLISME

MORTALITE TOUS AGES

	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	38	10,27	p<0,05	NS	13	3,06	p<0,05	NS	51	6,46	p<0,01	NS
Territoire du Havre	23	11,47	p<0,05	NS	5	2,31	NS	NS	28	6,32	p<0,05	NS
Territoire Evreux-Vernon	25	13,74	p<0,001	NS	5	2,29	NS	NS	30	7,70	p<0,001	NS
Territoire de Dieppe	12	14,38	p<0,05	NS	4	3,68	NS	NS	16	8,70	p<0,01	NS
HAUTE-NORMANDIE	98	11,74	p<0,001		27	2,78	p<0,01		125	6,93	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	2 350	8,11			601	1,84			2 951	4,79		

MORTALITE PREMATUREE

	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	31	9,52	p<0,01	NS	9	2,59	p<0,05	NS	40	5,98	p<0,001	NS
Territoire du Havre	16	8,39	NS	NS	5	2,42	NS	NS	21	5,37	NS	NS
Territoire Evreux-Vernon	21	12,57	p<0,001	NS	4	2,31	NS	NS	25	7,42	p<0,001	NS
Territoire de Dieppe	9	11,73	p<0,05	NS	2	2,88	NS	NS	11	7,26	p<0,05	NS
HAUTE-NORMANDIE	77	10,14	p<0,001		20	2,52	p<0,01		97	6,28	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	1 745	6,79			418	1,58			2 163	4,15		

Sources : Inserm CépiDc - Insee RP 1999 et projections

Exploitation : ORS de Haute-Normandie

CANCERS DES VADS

MORTALITE TOUS AGES

	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	126	38,16	p<0,001	NS	20	4,71	NS	NS	146	19,32	p<0,001	NS
Territoire du Havre	83	43,60	p<0,001	NS	12	4,81	NS	NS	95	21,81	p<0,001	NS
Territoire Evreux-Vernon	61	35,61	NS	NS	10	4,85	NS	NS	71	18,90	p<0,05	NS
Territoire de Dieppe	31	38,82	NS	NS	5	4,83	NS	NS	36	20,18	p<0,05	NS
HAUTE-NORMANDIE	300	39,03	p<0,001		48	4,77	NS		348	19,95	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	8 351	30,66			1 582	4,54			9 932	16,16		

MORTALITE PREMATUREE

	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	68	20,73	p<0,01	NS	7	2,02	NS	NS	74	11,18	p<0,01	NS
Territoire du Havre	46	23,76	p<0,001	NS	4	2,01	NS	NS	50	12,73	p<0,001	NS
Territoire Evreux-Vernon	37	21,87	p<0,01	NS	4	2,19	NS	NS	41	11,98	p<0,01	NS
Territoire de Dieppe	15	20,35	NS	NS	2	2,30	NS	NS	17	11,23	NS	NS
HAUTE-NORMANDIE	166	21,71	p<0,001		16	2,09	NS		182	11,75	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	4 192	16,09			584	2,18			4 776	9,03		

Sources : Inserm CépiDc - Insee RP 1999 et projections

Exploitation : ORS de Haute-Normandie

CANCER TRACHEE, BRONCHES, POUMON

MORTALITE TOUS AGES	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	294	92,88	p<0,001	NS	63	14,72	NS	NS	357	48,10	p<0,001	NS
Territoire du Havre	181	99,29	p<0,001	NS	39	15,94	NS	NS	219	50,51	p<0,001	NS
Territoire Evreux-Vernon	136	84,35	NS	NS	31	15,35	NS	NS	167	45,26	NS	NS
Territoire de Dieppe	67	81,37	NS	NS	15	14,54	NS	NS	82	44,71	NS	NS
HAUTE-NORMANDIE	678	91,18	p<0,001		148	15,15	NS		826	47,71	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	21 044	79,25			5 185	15,16			26 229	42,84		

MORTALITE PREMATUREE	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	130	40,42	p<0,001	NS	27	7,92	NS	NS	157	23,79	p<0,001	NS
Territoire du Havre	78	40,85	p<0,01	NS	14	7,36	NS	NS	92	23,84	p<0,01	NS
Territoire Evreux-Vernon	63	36,74	NS	NS	12	7,26	NS	NS	75	21,92	NS	NS
Territoire de Dieppe	33	44,18	p<0,01	NS	6	7,66	NS	NS	39	25,65	p<0,05	NS
HAUTE-NORMANDIE	304	40,06	p<0,001		60	7,60	NS		364	23,57	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	8 338	32,10			2 040	7,67			10 377	19,68		

Sources : Inserm CépiDc - Insee RP 1999 et projections

Exploitation : ORS de Haute-Normandie

BRONCHITE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

MORTALITE TOUS AGES	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	79	34,92	NS	NS	40	8,93	NS	NS	120	17,71	NS	NS
Territoire du Havre	38	27,65	NS	NS	21	8,26	NS	NS	59	14,82	p<0,05	NS
Territoire Evreux-Vernon	40	35,28	NS	NS	23	10,81	NS	NS	64	19,40	NS	NS
Territoire de Dieppe	19	28,57	NS	NS	10	9,27	NS	NS	29	16,53	NS	NS
HAUTE-NORMANDIE	176	32,54	NS		95	9,18	NS		272	17,22	NS	
FRANCE METROPOLITAINE	6 458	30,94			3 577	9,45			10 035	17,09		

MORTALITE PREMATUREE	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	9	2,94	NS	NS	2	0,75	NS	NS	11	1,82	NS	NS
Territoire du Havre	5	2,61	NS	NS	1	0,34	NS	NS	5	1,44	NS	NS
Territoire Evreux-Vernon	4	2,36	NS	NS	1	0,43	NS	NS	4	1,38	NS	NS
Territoire de Dieppe	1	1,80	NS	NS	0	0,36	NS	NS	2	1,07	NS	NS
HAUTE-NORMANDIE	19	2,61	NS		4	0,54	NS		23	1,55	NS	
FRANCE METROPOLITAINE	636	2,48			190	0,72			826	1,58		

Sources : Inserm CépiDc - Insee RP 1999 et projections

Exploitation : ORS de Haute-Normandie

CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES

MORTALITE TOUS AGES	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	314	126,47	p<0,001	NS	274	60,18	p<0,001	NS	588	85,91	p<0,001	NS
Territoire du Havre	184	128,86	p<0,001	NS	142	54,12	NS	NS	326	82,92	p<0,001	NS
Territoire Evreux-Vernon	150	124,49	p<0,01	NS	135	64,17	p<0,001	NS	285	88,14	p<0,001	NS
Territoire de Dieppe	71	101,81	NS	p<0,01	60	55,11	NS	NS	131	75,76	NS	p<0,05
HAUTE-NORMANDIE	719	123,73	p<0,001		610	58,89	p<0,001		1 330	84,51	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	23 598	106,55			18 740	49,23			42 338	72,27		

MORTALITE PREMATUREE	HOMMES				FEMMES				DEUX SEXES			
	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région	Nb. décès / an	TCM / 100 000	Signification / France	Signification / région
Territoire Rouen-Elbeuf	68	20,90	p<0,05	NS	8	2,35	NS	NS	76	11,44	NS	NS
Territoire du Havre	45	23,24	p<0,01	NS	6	3,07	NS	NS	51	13,03	p<0,01	NS
Territoire Evreux-Vernon	30	18,34	NS	NS	7	3,92	NS	NS	37	11,09	NS	NS
Territoire de Dieppe	15	20,17	NS	NS	3	4,22	NS	NS	18	12,11	NS	NS
HAUTE-NORMANDIE	158	20,87	p<0,001		24	3,06	NS		182	11,83	p<0,001	
FRANCE METROPOLITAINE	4 523	17,54			773	2,93			5 296	10,12		

Sources : Inserm CépiDc - Insee RP 1999 et projections

Exploitation : ORS de Haute-Normandie

5. Forme juridique

- En gestion privée, réseau ANPA
- En gestion privée, autre
- En gestion publique, établissement de santé
- En gestion publique, autre

6. Statut du personnel

- Convention 1951
- Convention 1966
- Fonction publique hospitalière
- Autres statuts (préciser) _____

7A. La structure est-elle inscrite dans un réseau ? Oui Non
 Préciser le type de convention (bilatérales, autres....)

7B. La structure gère-t-elle une consultation cannabis ? Oui Non

II. PATIENTS VUS PAR LA STRUCTURE PENDANT L'ANNEE
 (y compris ceux vus dans le cadre de la consultation cannabis)

8. Nombre de personnes vues par l'équipe¹ : _____
 (tous contacts en face à face, y compris entourage, famille)

9. Nombre de patients vus au moins une fois² _____
 dont nombre de patients vus une seule fois _____
 dont nombre de nouveaux patients _____

10. Sexe des patients

Nombre d'hommes _____
 Nombre de femmes _____

11. Age des patients

Précisez le nombre de patients ayant

Moins de 20 ans _____
 dont moins de 18 ans _____
 Entre 20 et 24 ans _____
 Entre 25 et 29 ans _____
 Entre 30 et 39 ans _____
 Entre 40 et 49 ans _____
 Entre 50 et 59 ans _____
 60 ans et plus _____

¹ les personnes peuvent avoir été vues dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, établissement pénitentiaire., etc.)

² est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

12. Origine géographique

Nombre de patients originaires du département	_ _ _ _
Nombre de patients originaires de la région	_ _ _ _
Nombre de patients en provenance d'autres régions	_ _ _ _
Ne sait pas (ou non renseigné)	_ _ _ _

13. Logement

Durable	_ _ _ _
Provisoire (ou précaire)	_ _ _ _
SDF	_ _ _ _
Etablissement pénitentiaire	_ _ _ _
Ne sait pas (ou non renseigné)	_ _ _ _

14. Origine principale des ressources

Revenus de l'emploi (y compris retraites, pensions invalidité)	_ _ _ _
Assedic	_ _ _ _
RMI,	_ _ _ _
AAH,	_ _ _ _
Autres prestations sociales	_ _ _ _
Ressources provenant d'un tiers	_ _ _ _
Autres ressources (y compris sans revenus)	_ _ _ _
Ne sait pas (ou non renseigné)	_ _ _ _

15. Origine de la demande de consultation

Initiative du patient ou des proches	_ _ _ _
Médecin de ville	_ _ _ _
Autre structure spécialisée (CCAA / CSST / Autre..)	_ _ _ _
Equipe de liaison	_ _ _ _
Autre hôpital / autre sanitaire	_ _ _ _
Institutions et services sociaux	_ _ _ _
Justice, obligations de soins	_ _ _ _
Justice, injonction thérapeutique	_ _ _ _
Justice, classement avec orientation	_ _ _ _
Autres mesures administratives ou judiciaires	_ _ _ _
Milieu scolaire/universitaire	_ _ _ _
Autre	_ _ _ _
Ne sait pas (ou non renseigné)	_ _ _ _

16. Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables*

	1 ^{er} produit le plus dommageable	2 ^{ème} produit le plus dommageable	3 ^{ème} produit le plus dommageable
Alcool	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Tabac	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Cannabis	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Opiacés (hors traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Cocaïne et crack	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Amphétamines, ecstasy, ...	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Médicaments psychotropes détournés	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Autres	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Pas de produits	**	_ _ _ _	_ _ _ _
Non renseigné	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Total (=100% de la file active)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _

*Produits les plus dommageables (selon le point de vue du professionnel) = :

17. Usage à risque/usage nocif/dépendance vis-à-vis du produit n°1 (hors tabac)

Indiquez le nombre de patients qui, pour le produit n°1, ont une consommation classée :

En usage à risque	_ _ _ _
En usage nocif ¹	_ _ _ _
En dépendance ²	_ _ _ _
Ne sait pas (ou non renseigné)	_ _ _ _

18. Voie Intraveineuse

Nombre de patients ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent ³	_ _ _ _
Nombre de patients ayant utilisé la voie intraveineuse antérieurement (pas dans le dernier mois mais auparavant)	_ _ _ _
Nombre de patients n'ayant jamais utilisé la voie intraveineuse antérieurement	_ _ _ _
Ne sait pas (ou non renseigné)	_ _ _ _

¹ en référence à la classification internationale des maladies 10^{ème} édition (CIM10) ; la notion d'abus, défini dans le DSMIV peut également être utilisée

² en référence à la classification internationale des maladies 10^{ème} édition (CIM10) ou du DSM IV

³ mois précédant le contact pour les patients inconnus, dernière situation connue pour les patients déjà suivis

III. LES ACTES

(y compris ceux réalisés dans le cadre de la consultation cannabis)

19. Nombre d'actes

Complétez le tableau en indiquant le nombre d'actes¹ et le nombre de patients² concernés pendant l'année par type de professionnels.

	Nombre d'actes	Nombre de patients
Médecins généralistes	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _
Psychiatres	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _
Infirmiers	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _
Psychologues	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _
Assistants sociaux	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _
Educateurs spécialisés et animateurs	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _
Diététiciens	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _
Autres	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _

20. Activités de groupe thérapeutique³

Nombre de groupes	_ _ _ _ _
Nombre de réunions	_ _ _ _ _
Nombre de patients concernés	_ _ _ _ _

21. Sevrages

Nombre de patients ayant bénéficié d'un sevrage lors de l'année (dans le centre ou avec accompagnement du centre)	_ _ _ _ _
dont sevrage en ambulatoire assuré par le centre	_ _ _ _ _
dont sevrage hospitalier suivi par le centre	_ _ _ _ _

¹ doivent être recensés tous les actes, y compris les actes réalisés avec l'entourage d'un patient

² voir définition en note de bas de page à la question 9

³ sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.

22. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés (prescription par un médecin dans le cadre d'un protocole)

	Méthadone	Subutex®
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
- dont dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
- dont relais passé en médecine de ville dans l'année	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Nombre de patients ayant eu une prescription en relais par le centre (vacances, déplacement...)	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

Nombre de patients sous substituts nicotiniques

|_|_|_|_|_|_|_|

23. Les activités de prévention collective

Nombre d'actions de prévention collective |_|_|_|_|_|_|_|

V. L'EQUIPE
(consultation cannabis comprise)

25. Les membres de l'équipe

	Salariés (1) (en nombre d'ETP) (3)	Mis à disposition (2) (en nombre d'ETP) (3)	Total (en nombre d'ETP) (3)
Médecin généraliste			
Psychiatre			
Autre médecin spécialiste (préciser)			
Psychologue			
Diététicien			
Infirmier			
Aide-soignant			
Autre paramédical			
Assistant de service social			
Educateur spécialisé			
Animateur			
Directeur			
Secrétaire			
Documentaliste			
Agent d'entretien			
Autres			
TOTAL GENERAL			
Bénévoles et volontaires			
Emplois aidés			
Stagiaires			

(1) salariés de la structure

(2) salariés mis à disposition par d'autres structures

(3) un temps plein correspond à 35 heures par semaine (ex un mi-temps est compté 0,5)