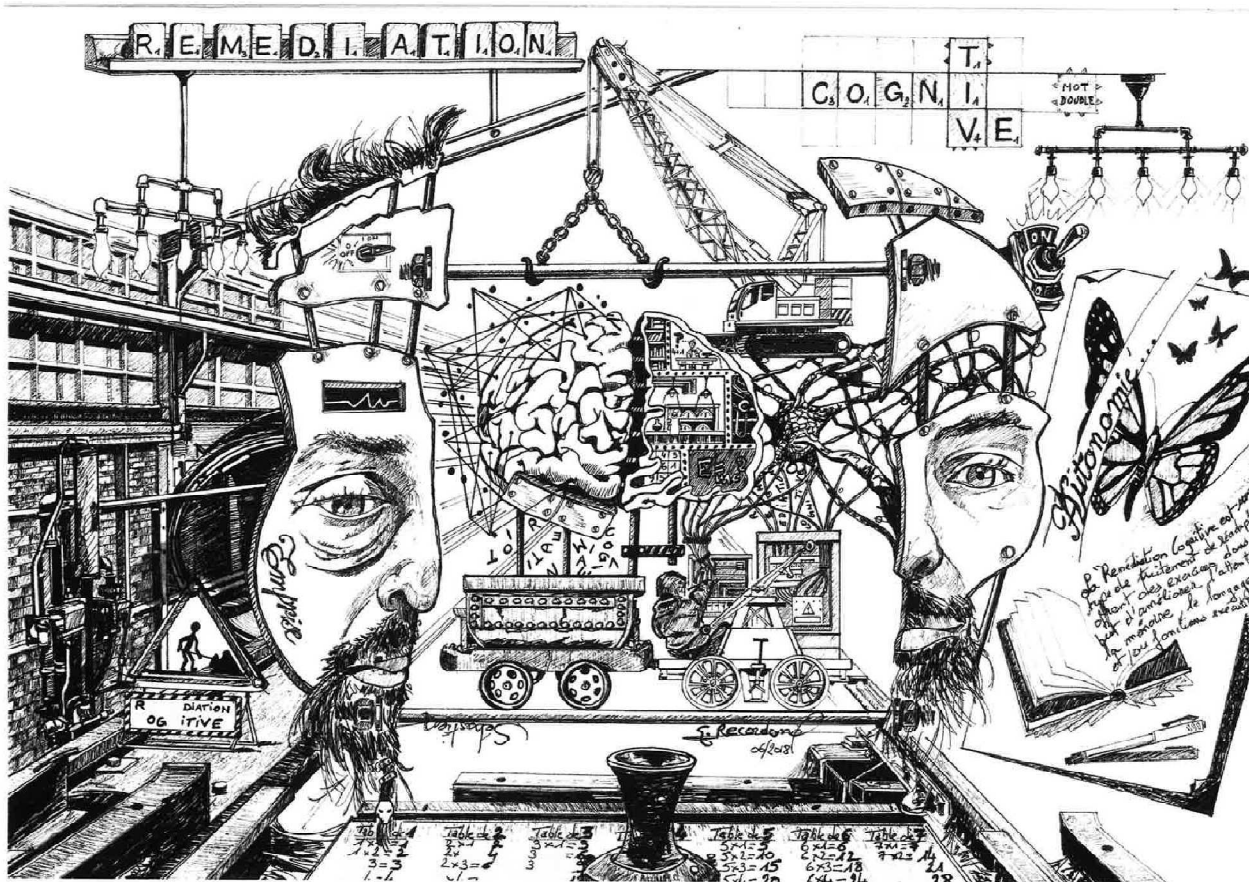


**Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement  
Social ou de service d'intervention sociale**

**PILOTER L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES  
ATTEINTES DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS LIÉS AUX ADDICTIONS  
DANS LE JURA : UN ENJEU CLINIQUE ET INSTITUTIONNEL POUR LE  
CSAPA**

***Aurélie GARNIER***

**2019**



**Dessin réalisé par un patient accueilli en CSSRA à l'ADLCA  
Dans le cadre du concours national de vulgarisation scientifique KEZACO  
« Que signifie, pour vous, la remédiation cognitive : avant et après ? »**

**Mention spéciale pour la créativité,  
Septembre 2018**

---

# Remerciements

---

Ce mémoire est la finalité de deux années de travail, d'acquis de connaissances, de modifications de point de vue et de remises en question. Il est surtout la finalité d'une expérience personnelle importante, traversée intime faite de questionnements, de prises de conscience et de doutes. Cette expérience a été rendue possible par une nouvelle organisation familiale du fait d'une maman moins présente et moins disponible. Mes premiers remerciements vont à mon entourage et à mes deux petits garçons, patients et respectueux de mes temps nécessaires d'absence ou de retrait au bénéfice de l'étude. Merci à mes parents, d'avoir pris le relais du quotidien, sans quoi, je n'aurai jamais pu mener à bien cette aventure. Merci à mes relectrices et amies, soutien indispensable, Martine et Anne-Lise.

Merci aux équipes des CSAPA et mes collaborateurs pour leurs précieux renvois et leur enthousiasme autour de ce projet. Merci à Stéphane pour les échanges fructueux et son soutien sans faille.

Sans oublier la Direction Générale et la gouvernance de l'ADLCA.

Merci enfin aux encadrant de la filaire CAFDES pour leur engagement mais surtout pour y avoir toujours cru dans mes moments de doute et de découragement. Et un grand merci à mon directeur de mémoire pour ses conseils, ses ajustements et sa pertinence dans cette guidance.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Prendre en charge les addictions : des évolutions nécessaires pour répondre à des contextes particuliers .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 L'addiction : d'un fait social à une maladie, de la « délinquance » à la prise en charge.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Adaptation des politiques publiques aux évolutions sociétales et aux données scientifiques .....	5
1.1.2 Des dispositifs spécifiques pour structurer l'offre dans le département.....	10
1.1.3 Sectoriser l'offre en addictologie : un levier d'articulation entre les acteurs et de pérennisation du CSAPA ADLCA.....	12
1.1.4 Le CSAPA ADLCA : enjeux et contexte.....	14
<b>1.2 Troubles neurocognitifs liés aux consommations : un public et des besoins.....</b>	<b>16</b>
1.2.1 Des constats de carence aux différents temps de la prise en charge .....	16
1.2.2 Une fiche action CPOM, une manière de prendre rang .....	18
1.2.3 Focus sur la prise en compte actuelle des troubles neurocognitifs liés aux addictions à l'ADLCA .....	19
<b>1.3 Une première compréhension du besoin à l'échelle du département .....</b>	<b>20</b>
1.3.1 Acteurs de la prise en charge et identification des problématiques.....	20
1.3.2 Absence de parcours de soin et public non encore identifié .....	22
1.3.3 Problématique d'un public et de professionnels : hypothèses de réponse au niveau départemental.....	24
<b>2 Organiser un parcours de soin spécifique en rapport avec la réalité des besoins et dans le souci de l'efficience.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 La notion de parcours comme pierre angulaire à une prise en charge efficace.....</b>	<b>29</b>
2.1.1 Treize parcours pour structurer l'offre en Bourgogne-Franche-Comté .....	29
2.1.2 Parcours de vie, de santé et de soin : trois notions, différents niveaux de compréhension .....	30
2.1.3 Compréhension des ruptures de parcours dans le cadre du diagnostic préparatoire au Programme Régional de Santé (PRS).....	32
<b>2.2 Troubles neurocognitifs liés aux addictions : prévenir, évaluer, orienter et « réduire les risques » .....</b>	<b>34</b>

2.2.1	Pour approfondir : les troubles neurocognitifs liés aux addictions .....	34
2.2.2	RdRD et remédiation cognitive : deux leviers de soins.....	37
2.2.1	Repérage, évaluation initiale et diagnostic .....	41
<b>2.3</b>	<b>Retours du terrain pour l'élaboration du projet .....</b>	<b>43</b>
2.3.1	Les leviers d'accompagnement des troubles neurocognitifs liés aux addictions dans le Jura .....	43
2.3.2	Le coût social des drogues .....	45
2.3.3	Le besoin des usagers à travers l'estimation des professionnels .....	47
<b>3</b>	<b>L'expertise et la coordination : leviers de l'organisation d'un parcours spécifique .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1</b>	<b>Un dispositif expérimental support à l'articulation des acteurs.....</b>	<b>49</b>
3.1.1	Quelle réponse pour quels objectifs ? .....	49
3.1.2	Cadre éthique : entre identité, construit commun et utilité sociale .....	52
3.1.3	Une forme juridique représentative du niveau de collaboration .....	55
3.1.4	Des solutions de financement à discuter.....	57
<b>3.2</b>	<b>Projection de la mise en œuvre du projet .....</b>	<b>58</b>
3.2.1	Moyens nécessaires : humains, matériels et première estimation budgétaire .....	58
3.2.2	Management du projet .....	62
3.2.3	Communication et aspect partenarial .....	64
3.2.4	L'évaluation et l'amélioration qualité continue de prise en charge : des indicateurs d'efficience .....	65
	<b>Conclusion .....</b>	<b>69</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>73</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ADLCA	Association Départementale de Lutte Contre les Addictions
ANAP	Agence Nationale de l'Appui à la Performance
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARESPA	Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui
ARS	Agence Régionale de Santé
ASMH	Association Saint Michel le Haut
ASI	Addiction Severity Index
BEARNI	Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment
CARRUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAVA	Centre d'Adaptation à la Vie Active
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CSST	Centre de Soins Spécialisé aux Toxicomanes
CCN51	Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951
CD	Conseil Départemental
CHA	Centre d'Hygiène Alimentaire
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Contrat Local de Santé Mentale
CME	Commission Médicale d'Établissement
CMP	Centre Médico Psychologique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COOPAH	Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière

CIM	Classification Mondiale des Maladies
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSSRA	Centre de Soins, de Suite et de Réadaptation en Addictologie
DEA	Dispositif Emploi Accompagné
DGS	Direction Générale de la Santé
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ELSA	Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EI	Entreprise d'Insertion
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ETP	Équivalent Temps Plein
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FeMaSCo BFC	Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné Bourgogne-Franche-Comté
GAFC	Groupement Addictions Franche-Comté
GAMA	Groupe d'Aide au Maintien de l'Abstinence
GEM	Groupe d'entraide Mutualiste
HAS	Haute Autorité de Santé
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MATE	Measurements in the addictions for triage and evaluation
MCO	Médicale Chirurgie Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives
MMSE	Mini Mental Status Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment



OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PDI	Plan Départemental d'Insertion
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunies
PRS BFC	Plan Régional de Santé Bourgogne Franche-Comté
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM	Plateforme Territoriale de Santé Mentale
RdRD	Réduction des Risques et des Dommages
RRAPPS	Réseau Régional d'Appui à la Prévention et à la Promotion de la Santé
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation



## Introduction

« *La lutte contre les drogues et les conduites addictives constitue une priorité de l'action publique*<sup>1</sup> » dans notre pays. Pour cause, les conséquences des addictions restent inquiétantes, et cela, malgré des précédents plans nationaux et l'observation à la baisse des consommations d'alcool notamment. Il est question ici des consommations de produits psychotropes (alcool, tabac, drogues, médicaments, etc.) et des conduites à risques (jeux, sexe, écrans, troubles compulsifs alimentaires, etc.). Les stratégies gouvernementales sont portées par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) et déclinées dans les différents plans addiction<sup>2</sup>. Le cadre des actions attendues y est défini en rapport avec des publics, des moments de vie, des situations de vulnérabilité, de la prévention et du soin<sup>3</sup>. Il s'agit alors de s'appuyer sur le dispositif médico-social, les institutions, la réponse hospitalière et la médecine de ville<sup>3</sup>. En région, le Plan Régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté<sup>4</sup> (PRS BFC) affirme la notion de parcours et définit un parcours de soins à destination des personnes souffrant d'addiction. Près de 4000 Bourguignons et Francs-Comtois sont en affection de longue durée du fait de troubles addictifs, soit 14 personnes pour 10000 habitants (10,5 personnes en France)<sup>5</sup>. Selon une enquête menée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) en 2017<sup>6</sup>, 26 % des Bourguignons-Francs-Comtois fument quotidiennement, près de 10 % déclarent un usage quotidien d'alcool et 7 % ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. Ces chiffres sont inférieurs ou proches de la moyenne nationale. De même, on compte 11000 séjours hospitaliers et plus de 15000 patients dans les files actives des Centre de Soins d'Accompagnement et

---

<sup>1</sup> Service du premier ministre, « *Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives* », Document de politique transversale. [en ligne], 01/01/2019, [Consulté le 12/05/2019] disponible : [https://performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance\\_publique/files/files/documents/dpt-2019/DPT2019\\_drogues.pdf](https://performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/files/documents/dpt-2019/DPT2019_drogues.pdf). p.11

<sup>2</sup> Mission Interministérielle de Lutte Contre les drogues et Conduites Addictives, « *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022* », [en ligne]. 08/01/2019. [Consulté le 12/05/2019], disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>. Ce plan succède au plan addiction 2013-2017.

<sup>3</sup> Fédération Addiction, « Travaux préparatoires à l'élaboration du plan ONDAM 2018 – 2022 », en ligne]. 17/11/2017, [consulté le 12/05/2019], disponible : [www.federationaddiction.fr/plan-ondam-2018-2022/](http://www.federationaddiction.fr/plan-ondam-2018-2022/).

<sup>4</sup> Agence Régionale de Santé, « *Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028* », [en ligne], 05/07/2018, [consulté le 12/10/2018], disponible : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2018-2028>.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 211.

<sup>6</sup> ORSBFC, ARS BFC, « *Addictions, Éléments saillants en Bourgogne Franche-Comté* », [en ligne], 2018 [consulté le 30/12/2018], disponible sur : <https://www.orsbfc.org/publication/diagnostic-prs2-addictions/>.p.1.

de Prévention en Addictologie (CSAPA). Dans le diagnostic préparatif au PRS BFC, on s'attache à analyser les points de rupture de parcours de prise en charge pour les différents publics cibles : jeunes, personnes en situation de précarité, personnes sous main de justice, femmes enceintes<sup>7</sup>. L'ensemble de la politique vise à améliorer le repérage, la prévention et la réduction des risques et des dommages (RdRD) et, à coordonner le soin et les actions.

La recherche s'intéresse de plus en plus au domaine et les études permettent de mieux connaître les risques pour la santé lorsqu'il y a consommation ou comportement addictif. Pour exemple, nous connaissons maintenant le paradoxe de la neurotoxicité des sevrages<sup>8</sup>. Toujours grâce à la recherche, nous comprenons mieux la survenue de troubles neurocognitifs liés aux consommations et les démences précoces de type syndrome de Gayet-Wernicke ou démence de Korsakoff. Ces troubles sont liés aux consommations excessives d'alcool. De surcroît, les données médicales et neuropsychologiques deviennent de plus en plus précises concernant la symptomatologie de ces troubles. Mais, leurs implications sociales et les dispositifs de soins sont, eux, difficiles à définir. La précocité de l'apparition, la frontière fine entre l'expression psychiatrique et neurologique des symptômes, mêlées à la désocialisation rapide des personnes atteintes, en font des situations complexes souvent teintées d'impuissance et qualifiées de chronophage par les professionnels et les accompagnants.

Je suis directrice du CSAPA ADLCA depuis septembre 2017. Il se situe dans le département du Jura, en région Bourgogne-Franche-Comté. À ce titre, je mets en œuvre la déclinaison des politiques publiques en matière de prise en charge ambulatoire en addictologie en faveur d'une file active de 770 bénéficiaires et, avec une équipe pluridisciplinaire de vingt six professionnels<sup>9</sup>. Je souhaite apporter ici une réflexion sur le contexte et les manques que nous pouvons identifier au quotidien concernant les prises en charge des personnes présentant des troubles neurocognitifs liés aux addictions. Les constats professionnels faits au fil des années de pratique en addictologie, me laissent à penser qu'il n'y a pas, aujourd'hui, de prise en charge coordonnée en faveur de ce public et que la problématique n'est pas identifiée par les politiques publiques du champ des addictions.

---

<sup>7</sup>Agence Régionale de Santé, « *Cadre d'orientation stratégique 2018-2028* », [en ligne], 14/04/2017, [consulté le 12/10/2018], disponible : [https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2018-07\\_p56](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2018-07_p56).

<sup>8</sup>INSERM, « *Effet de l'alcool sur le système nerveux* », [en ligne], 2011, [consulté le 26/10/2018], disponible : [www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=11](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=11). pp. 101-117.

<sup>9</sup> Organigramme du CSAPA et structures de l'ADLCA en annexe 1.

Alors, **comment prévenir et mettre en œuvre un parcours de soins coordonné au bénéfice de ce public ?** Cela pose la question de l'identification des partenaires impliqués et des secteurs concernés. Quant à la notion de parcours de soins, Marie-Aline Bloch et Léonie Hénault rappellent que, entendre la notion de parcours de soin nécessite de changer le paradigme de la coordination et de « *centrer l'organisation des soins autour du patient, et d'appréhender de façon plus personnalisée et évolutive toutes les dimensions de sa prise en charge, au-delà de sa seule dimension sanitaire*<sup>10</sup> ». Cela suppose d'identifier et d'articuler les besoins des personnes aux modalités de prise en charge plurielle que leur affection nécessite.

A travers ce mémoire, je cherche à vérifier les observations empiriques que le vécu professionnel invite à formuler. Il s'agit alors de comprendre si, dans le Jura, de telles problématiques sont réellement présentes ? Si oui, font-elles difficulté ? Quelle est la proposition de prise en charge ? Comment les professionnels appréhendent-ils ces situations ? Quel est le niveau d'implication des familles ? Autant de questions et bien d'autres encore pour comprendre si la proposition d'organisation d'une action coordonnée spécifique serait une plus-value pour les usagers et l'ensemble des acteurs du département. Et, le cas échéant, quels sont les besoins ? Quels axes de travail et comment mener la réflexion pour une démarche efficiente ?

La Bourgogne-Franche-Comté et plus particulièrement le Jura, dispose d'un dispositif de soin et d'une réponse en addictologie, qu'elle soit ambulatoire ou sanitaire, bien présente sur l'ensemble du territoire. 1550 personnes y sont prises en charge pour des troubles addictifs<sup>11</sup>. Plusieurs acteurs, différentes histoires institutionnelles composent l'offre. Toutefois, des clarifications récentes ont dû avoir court et être définies par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en l'absence d'articulation possible entre les acteurs de l'offre ambulatoire. La présente réflexion s'inscrit alors dans la dialectique du nécessaire partenariat et de la lisibilité de l'offre pour l'utilisateur, et, de l'affirmation institutionnelle et des enjeux de pérennité. Cette proposition allie un objectif clinique et un enjeu stratégique au niveau institutionnel. Elle a pour éthique de favoriser le partenariat et la collaboration entre les opérateurs jurassiens, aux bénéfices de chacun et surtout de l'utilisateur.

Ainsi, je propose d'abord, de mieux comprendre la question des addictions et leur inscription à travers les politiques publiques pour devenir un enjeu politique et sociétal. Puis, après avoir exposé la problématique issue des constats professionnels d'une

---

<sup>10</sup>Bloch Marie-Aline, Hénault Léonie, *Coordination et parcours*, 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Dunod, 2014, p 96.

<sup>11</sup>ORSBFC, ARS BFC, *op.cit.*, p 9.

pratique spécifique en addictologie, sanitaire d'abord puis médico-sociale ensuite, je décris les modalités de prises en soins ambulatoire pour le département. Cette présentation nécessite un aperçu de la nouvelle organisation de l'offre et ses conséquences. Enfin, une première enquête de besoins en termes de prise en charge des troubles neurocognitifs liés aux addictions vient compléter cette première partie. La seconde partie de ce travail est consacrée à l'approfondissement des concepts de parcours, d'abord, et cela à la lumière des textes de cadrage nationaux et régionaux puis, au concept de troubles neurocognitifs avec une compréhension de la question de la RdRD comme vecteur possible d'une pratique partagée. Je procède ensuite, à un diagnostic plus précis des besoins au travers les dispositifs existants, le coût social des drogues et l'expression des personnels des CSAPA du Jura.

La troisième partie est consacrée à la projection de l'organisation d'un parcours de prise charge des personnes souffrant de troubles neurocognitifs liés aux addictions dans le Jura. La définition du projet et des modalités de pilotage précèdent la description du cadre éthique, la réflexion d'une forme juridique adaptée et les solutions de financement. S'ensuit, la projection de la mise en œuvre opérationnelle et du management du projet. Enfin et avant de conclure, les questions de la communication et de l'évaluation sont débattues et éclairées.

# 1 Prendre en charge les addictions : des évolutions nécessaires pour répondre à des contextes particuliers

## 1.1 L'addiction : d'un fait social à une maladie, de la « délinquance » à la prise en charge

### 1.1.1 Adaptation des politiques publiques aux évolutions sociétales et aux données scientifiques

Appréhender le concept d'addiction sous-entend plusieurs angles de vue. L'évolution des politiques publiques mêlées à l'histoire, nous permettent de comprendre que les consommations d'alcool et d'opioïdes s'ancrent dans l'antiquité. Jean-Jacques Pin rappelle que « *depuis toujours les hommes utilisent des produits pour modifier leur conscience, explorer plus profondément leur moi et découvrir les ressources d'un bonheur espéré véritable*<sup>12</sup> ». L'alcoolisme et la toxicomanie ont longtemps été considérés comme des marqueurs de marginalité sociale. Associées à la figure de l'héroïnomane injecteur ou de l'alcoolique clocharisé relayées par l'art cinématographique notamment, ces conduites ont longtemps été et restent parfois, empreintes de représentations liées au registre du rejet et de la peur. Pourtant, elles ont évolué et sont devenues au cours de ces vingt dernières années, un objet spécifique de santé publique. L'évolution, en France, s'est principalement opérée au cours des années 1970 jusqu'au milieu des années 1980. L'alcoolisme est alors pris en compte autrement que sous l'angle de la délinquance ou de la folie. L'association contre l'abus des boissons alcooliques voit le jour sous l'impulsion de nombreux membres de l'Académie de Médecine dès 1872. Ces membres étaient conscients des ravages opérés par une consommation d'alcool croissante liée aux progrès de l'industrialisation. La loi sur la répression de l'ivresse publique paraît en 1873 et le premier congrès national contre l'alcoolisme a lieu en 1903. Pour autant, la notion de soin n'arrive qu'en 1974. En effet, l'arrêté du 6 mai 1974 demande de considérer la personne alcoolique comme malade plutôt que comme délinquante. Les centres de soins, nommés alors Centres d'Hygiène Alimentaire (CHA) sont créés par la circulaire du 31 juillet 1975. Ils commencent à accueillir des « malades » sous l'impulsion de médecins et d'hommes d'église faisant le constat de l'expansion du phénomène du fait de la crise économique de cette période. En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe

---

<sup>12</sup> Jean-Jacques Pin, « Approche sociologique du phénomène de drogue », in *L'Homme et la société*, [en ligne] n°23, 1972, [consulté le 10/05/2019], disponible : [https://www.persee.fr/issue/homso\\_0018-4306\\_1972\\_num\\_23\\_1?sectionId=homso\\_0018-4306\\_1972\\_num\\_23\\_1\\_1494](https://www.persee.fr/issue/homso_0018-4306_1972_num_23_1?sectionId=homso_0018-4306_1972_num_23_1_1494). p. 167.

l'alcoolisme comme une maladie et la répertorie dans la Classification Internationale des Maladies (CIM version 10).

En ce qui concerne la toxicomanie, c'est dans « *le contexte d'urgence créé par l'irruption de l'épidémie de sida, que s'est opérée cette transformation. [...] Dans les années 1970, elles ont constitué un épiphénomène touchant une jeunesse plutôt favorisée, en quête d'expériences aventureuses et de transgression hédoniste, mais à partir des années 1980, l'usage de drogues a été érigé en problème social, appelant une stratégie de prévention et de santé publique en premier lieu afin d'endiguer la propagation de l'épidémie du sida (Favre, 1991 ; Setbon, 1993 ; Pinell et al., 2002 ; Thiaudière, 2002). Par la suite, le lien avec la contamination virale s'est progressivement estompé et la consommation de drogues a commencé à être considérée comme une pathologie individuelle et sociale en soi, appelant une intervention publique sur le plan sanitaire, du fait du risque encouru par l'ensemble de la population*<sup>13</sup> ». La loi de 1970<sup>14</sup> vise à substituer des démarches de santé à des démarches judiciaires. Le toxicomane est d'abord considéré comme délinquant mais, plus loin dans le texte, il devient malade à partir du moment où il accepte la démarche de soin. Cette loi tire son origine des premières descriptions d'overdoses en 1969. Robert Boulin, alors ministre de la santé fait infléchir la politique du garde des sceaux de l'époque en instaurant le compris de l'allègement voire de l'abandon des condamnations en contre parti des soins.

Alors, sous l'angle de la prise en charge et du soin, on essaie peu à peu de circonscrire le concept d'un point de vue médical et scientifique. Claude Olievenstein psychiatre français, amène une compréhension tripartite de la question et définit la toxicomanie au cœur du « *triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité*<sup>15</sup> ». Ce triangle multifactoriel permet d'appréhender la consommation de produits et dépasse la notion de toxiques. Dans une vision globale, il tient compte à la fois de l'individu qui consomme et de ses caractéristiques personnelles, de l'environnement et du contexte dans lequel il évolue tout aussi bien que des « vertus » du produit consommé. Dans les années 1990, Aviel Goodman, psychiatre américain, nous permet de sortir de la dichotomie alcool *versus* toxicomanie et aborde la notion d'addiction

---

<sup>13</sup>François Beck et al., « regards sur les addictions des jeunes en France », *Sociologie* [en ligne] vol. 1, n°4, pp. 517-535, 2010, [consulté le 10/05/2019], disponible : [www.cairn.info/revue-sociologie-2010-4-page-517.htm](http://www.cairn.info/revue-sociologie-2010-4-page-517.htm).

<sup>14</sup> *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.* [en ligne], [consulté le 12/05/2019], disponible : [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000321402&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000321402&categorieLien=id).

<sup>15</sup>Claude Olievenstein, 1983, *La drogue ou la vie*, 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Robert Laffont, 1983, p. 265.



en définissant les symptômes de dépendance avec ou sans produits. Il introduit ainsi, la question de l'usage et du risque. Il définit des critères de dépendance permettant de décrire l'aspect pathologique. Car, avant tout, boire de d'alcool, jouer, etc., sont des accès au plaisir, au partage et à la convivialité. Lorsqu'il s'agit d'usage sans prise de risque (usage dit « usage simple »), alors le comportement, la consommation est plaisante.

La question de la dépendance amène deux autres clés de lecture du concept d'addiction : psychologique et sociale d'abord, neurobiologique ensuite. La première des dépendances à faire son apparition dans l'histoire addictive de la personne est la dépendance psychologique. Elle est liée aux croyances que le consommateur, l'usager va porter à son produit ou à sa conduite. « Ca me rend plus fort, sans ça, je ne peux pas travailler ou je travaille moins aisément » par exemple. Parallèlement, la dépendance dite sociale ou comportementale peut apparaître de façon plus ou moins marquée selon les individus. La consommation ou la conduite est liée à un groupe social, à des habitudes ou à des rituels sociaux. Alors, et à force de consommations, se développe une accoutumance physique et bientôt une dépendance neurobiologique. Elle active le circuit de la récompense et ne permet plus au cerveau de fonctionner sans un apport de stimulation dopaminergique produit par la substance ou la situation. C'est ce qu'on appelle le « découplage dopaminergique ». Jean-Pol Tassin explique que, ce que font les drogues c'est donner du plaisir. « *Elles le font en libérant un neurotransmetteur : la dopamine. Celle-ci, quand elle est libérée dans une zone cérébrale appelée le noyau accumbens, active ce que l'on appelle le système de récompense – autrement dit, elle donne du plaisir. Ensuite, c'est elle qui va demander à ce que le produit continue à être consommé*<sup>16</sup> ». La dérégulation des neurones à dopamine explique l'addiction. A force, le lien entre le désir et le contrôle est détruit et chaque événement émotionnel trop intense induit un besoin compulsif et irrésistible de consommer. La noradrénaline et la sérotonine, sont les deux autres transmetteurs en jeu dans le découplage. Le découplage c'est l'impossibilité de régulation des neurotransmetteurs dopamine, noradrénaline et sérotonine. Il est perdu à vie une fois installé. Cela explique que l'arrêt d'une prise de drogue, nécessite souvent le remplacement par une autre (ou autre conduite). La notion de temps est importante dans l'installation de la dépendance neurobiologique, tout comme celle de l'impact dopaminergique du produit. Aviel Goodman a décrit l'addiction comme un « *processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise*

---

<sup>16</sup>Jean-Pol Tassin et Marc Kirsch, « Entretien avec Jean-Pol Tassin », *La lettre du Collège de France*, [en ligne], hors-série n°3, 24/06/2010, [consulté le 10/05/2019], disponible : <https://journals.openedition.org/lettre-cdf/283>. p.28.

par l'échec répété de son contrôle et sa persistance malgré des conséquences négatives significatives<sup>17</sup> ».

Enfin, d'un point de vue étymologique, « addicté » vient du vieux français et du champ lexical juridique. Il s'agit de payer une dette, un dû. « Être dit à » permet de se contraindre par corps pour solder cette dette ou bien alors, d'accepter de mourir lors d'une cérémonie ordalique. La conduite ordalique fait référence aujourd'hui au fait de s'en remettre au hasard, de jouer sa vie comme on joue un « coup de poker ». D'abord grisante et procurant un plaisir quasi orgasmique, l'usager se lie bientôt à une consommation qui devient obligée et dont il ne peut se dégager qu'avec une intervention médicale.

Mais, on le sait, l'alcool notamment, tient une place particulière en France en raison de son importance économique, historique et culturelle. Toutefois les conduites addictives sont aussi un déterminant majeur de santé publique, et leurs conséquences médicales, psychologiques ou encore sociales sont importantes. Pour exemple, la récente lutte contre le tabagisme transcrite par la réglementation et la taxation, a pour objectif de minorer l'impact de la conduite sur la santé. Si nous allons plus loin et que nous appréhendons la consommation de cannabis et sa revente sous l'angle économique et sociétal alors, le débat de la législation devient économique et fiscal<sup>18</sup>. Cette position ambivalente fait de la question des addictions un sujet complexe et la prévention, le soin et les dispositifs de prise en charge, la pierre angulaire de leur traitement en amont comme en aval.

Face à cela, les politiques publiques se sont organisées. Elles ont permis de modifier et de spécifier les prises en charge et les missions des intervenants. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale structure le soin et la prise en charge. Elle prend en compte la question des addictions et inscrit les anciens Centres de Cure Ambulatoires en Alcoologie et Addictologie (CCAA) dans le champ du médico-social. Le 28 février 2008<sup>19</sup>, la circulaire relative à la mise en place des Centres de Soins,

---

<sup>17</sup> Aviel Goodman, Addiction : Definition and Implications, *British Journal of Addiction*, [en ligne], n°85, 1990, [consulté le 27/12/2018], disponible : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>.

<sup>18</sup> Hugo Baudinot, Législation du cannabis : les 5 chiffres clés du débat, *La tribune*, [en ligne], 05/10/2016, [consulté le 12/05/2019], disponible : [www.latribune.fr/economie/france/legalisation-du-cannabis-les-5-chiffres-cles-du-debat-605076.html](http://www.latribune.fr/economie/france/legalisation-du-cannabis-les-5-chiffres-cles-du-debat-605076.html).

<sup>19</sup> *Circulaire relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie*, [en ligne], 28 fév. 2008, n°2008-79 [consulté le 12/05/2019], disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/0803/SEL\\_20080003\\_0100\\_0112.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/0803/SEL_20080003_0100_0112.pdf).

d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, crée les CSAPA et indique la notion centrale d'addictologie. La circulaire du 26 septembre 2008<sup>20</sup>, relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, soutient, elle, la mise en œuvre de projet thérapeutique visant à prévenir et réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques et sociales des personnes ayant une conduite addictive. Elle a pour objectif de promouvoir la réadaptation. Aujourd'hui, le plan addiction 2018-2022 s'articule autour de six axes :

- la protection dès le plus jeune âge et l'enjeu de la prévention,
- la réponse mieux adaptée aux conséquences des addictions pour les citoyens et la société,
- l'amélioration de l'efficacité de la lutte contre le trafic,
- le renfort des connaissances et leur diffusion avec la question de la recherche,
- la coopération internationale
- et, la création de conditions de l'efficacité de l'action publique sur l'ensemble du territoire avec la mise en place d'indicateurs.

En région, le PRS BFC cadre les actions. La notion de parcours de santé et de prise en charge à tous les âges constitue le socle du nouveau PRS. Il décrit treize parcours de santé cherchant des orientations spécifiques dans un contexte démographique tout aussi spécifique lié au vieillissement de la population bourguignonne et franc-comtoise et, une nécessité d'optimisation du système actuel de santé. Il s'agit de mieux prendre en compte les problématiques chroniques dans une approche globale de l'utilisateur et au plus près des lieux de vie. L'ambition est claire : « *améliorer l'état de santé de la population en permettant aux citoyens de devenir acteurs de leur santé (faire en sorte qu'un individu trouve le bon service au bon moment et au meilleur coût)*<sup>21</sup> ». Un parcours est spécifiquement dédié à l'addiction. Un groupe de travail régional « parcours addictologie » est piloté par l'ARS. Il a pour objectif d'assurer la coordination des acteurs pour des parcours efficaces. Ainsi, « *adapter la prise en charge aux besoins des personnes suppose que, autour de l'utilisateur, quel que soit le professionnel de santé sollicité, les différents acteurs puissent se coordonner afin d'apporter une réponse globale et non cloisonnée*<sup>22</sup> ». Ce groupe de travail poursuit trois objectifs. Le premier est de permettre de diminuer les consommations de substances addictives. Le second vise à répondre aux problèmes de démographie des médecins addictologues et enfin, le

---

<sup>20</sup> Circulaire relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, [en ligne], 26 sept.2008, n°DHOS/O2/2008/299, [consulté le 12/05/2019], disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_299\\_260908.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf).

<sup>21</sup> Agence Régionale de Santé, *cadre d'orientation stratégique 2018-2028, op.cit.*, p. 50.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 38.

troisième tend à améliorer l'efficacité de la prise en charge (ambulatoire, sanitaire et médico-sociale) des personnes en difficulté avec les addictions sur les territoires. Pour cela, un diagnostic de la structuration de l'offre régionale a été établi et a permis de mesurer les forces en présence, les manques et ainsi, de dégager les pistes d'amélioration.

### **1.1.2 Des dispositifs spécifiques pour structurer l'offre dans le département**

Pour comprendre la structuration de l'offre de santé sanitaire, sociale et médico-sociale dans le Jura, il faut partir de la Plateforme Territoriale en Santé Mentale (PTSM). Elle est au départ du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS). Elle est divisée en trois « thématiques » : l'enfance, l'adulte, la personne âgée et fonctionne avec un comité de pilotage et des groupes de travail. La PTSM permet à chacun des acteurs de se connaître, d'identifier les problématiques communes pour mieux coordonner les actions et/ou d'anticiper les besoins. La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) est en cours d'élaboration. Portée par l'ARS, elle aura comme mission de venir en appui aux professionnels dits de « premier recours », c'est-à-dire, les médecins généralistes. On compte également quatre Contrat Locaux de Santé (CLS) et un Contrat Local de Santé Mentale (CLSM). Les CLS partent des unités territoriales et sont à l'initiative des collectivités. Le CLSM est déployé par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) du Pays lédonien. Chacun s'affaire à coordonner au mieux les actions et les pratiques autour des situations identifiées comme complexes. Ces trois dispositifs s'articulent et travaillent en interaction les uns avec les autres à l'échelle du territoire. Outils d'organisation des différents champs (sanitaire, médico-social, social et politique), ils sont le support de la coordination des actions de chacun. Ils « *ont un rôle de soutien aux professionnels de proximité et d'interface entre les différents secteurs*<sup>23</sup> ».

En ce qui concerne l'offre de soins en addictologie, comme nous l'avons compris plus haut, la prise en charge des addictions est restée, en France, longtemps séparée en deux spécialités : la toxicomanie et l'alcoologie. Cette dichotomie se retranscrit sur les différents niveaux de la prise en compte des problématiques encore aujourd'hui. Avant 2008, la toxicomanie est portée par les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes

---

<sup>23</sup> Réseaux, santé & territoire, *Démocratie sanitaire ou bureaucratie participative ?* [en ligne], n°59, Déc. 2014, [consulté le 10/04/2019], disponible : <https://sites.google.com/site/systemedesoinsethandicap/filieres-reseaux-et-coordination> page 16.

(CSST)<sup>24</sup> et, l'alcoologie, par les Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie (CCAA)<sup>25</sup>. C'est la compréhension du concept d'addictologie mais aussi l'évolution des pratiques de consommation dans le sens de la poly consommation qui ont réuni les deux disciplines en CSAPA<sup>26</sup>. L'offre sanitaire et résidentielle est assurée selon des modalités de fonctionnements différentes soit, par le service public *via* l'hospitalier, soit, par le secteur privé *via* le monde associatif. D'abord, les unités de sevrage : elles sont structurées en services ou lits dédiés et proposent une prise en charge sanitaire basée sur l'autorisation Médicale Chirurgie Obstétrique (MCO). Les centres hospitaliers sont dotés, à défaut de services spécifiques, d'Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)<sup>27</sup>. Elles ont pour mission d'assurer et de couvrir la spécialité dans l'ensemble des services de l'hôpital afin de favoriser et adapter les orientations des patients reçus. La réadaptation est assurée par les CSSRA<sup>28</sup>. Enfin, les Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CARRUD)<sup>29</sup>, sont présents dans chaque département et sont généralement adossés à un CSAPA. Ils mettent en œuvre la prévention en milieu festif et les programmes d'échange de seringues, notamment.

Dans le Jura, plusieurs opérateurs se partagent la prise en charge en addictologie. Premièrement, les deux centres hospitaliers généraux de Lons le Saunier (ville préfecture) et de Dole sont dotés de lits dédiés. Le CHS procède également à des sevrages. Deuxièmement, le département compte une unité de sevrage spécialisée, un CSSRA et une structure d'insertion spécialisée portés par l'ADLCA. L'association complète sa proposition avec le CSAPA ADLCA confirmé depuis longue date dans la prise en charge de l'alcoologie. Au nord du département, le CSAPA Centre Briand est rattaché au CHS. Un troisième CSAPA, Oppedia Passerelle 39, est né du Centre de Soins

---

<sup>24</sup> Décret relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes, en ligne], n°92-590, 29 juin 1992, [consulté le 12/05/2019], disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000541149&categorieLien=i>

<sup>25</sup> Loi relative à la lutte contre l'exclusion, [en ligne], n° 98-867, 29 juil. 1998, [consulté le 12/05/2019], disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>.

<sup>26</sup> Circulaire du relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, [en ligne], n°DGS/MC2/2008/79, 28 fév. 2008, [consulté le 10/10/2018], disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-03/SEL\\_20080003\\_0100\\_0112.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-03/SEL_20080003_0100_0112.pdf).

<sup>27</sup> Circulaire relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives, n° 2000-460,8 sept. 2000, [consulté le 12/05/2019], disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-38/a0382676.htm>.

<sup>28</sup> Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, [en ligne], n° 2008-376, 17 av. 2008, [consulté le 24/05/2019], disponible : [www.legifrance.gouv.fr/](http://www.legifrance.gouv.fr/).

<sup>29</sup> L'article L.312-5 du code de l'action sociale des familles, considère les CARRUD comme des établissements médico-sociaux. Il s'agit là de la reconnaissance législative de la politique de réduction des risques (RDR) à travers la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Spécialisé aux Toxicomanes (CSST)<sup>30</sup>. En ce qui concerne spécifiquement les trois CSAPA, les modalités d'intervention et de partage n'étaient pas clairement définies et fluctuaient selon les moments et les projets de chacun. À l'exception du CSAPA de Dole avec un territoire circonscrit quasiment de façon « coutumière » et une activité généraliste d'emblée. Les deux CSAPA, le CSAPA ADLCA et Oppelia-Passerelle 39, basés à Lons le Saunier, se disputaient la place, les territoires et les missions selon leurs sensibilités, leurs projets ou leurs réseaux de partenaires. Le manque de lisibilité pour les usagers comme pour les partenaires pour était source de conflictualisation. Quid de la généralisation de la prise en charge venant rajouter de la confusion pour tous.

Le rapprochement de la Bourgogne et de la Franche-Comté et la fusion des deux ARS a été l'occasion d'harmoniser l'offre de soin à l'échelle de la grande région. Elle a aussi été le levier de la clarification des actions des deux CSAPA du sud du département. En effet, pour construire l'orientation stratégique de la politique de santé régionale, un diagnostic de l'offre en addictologie a été commandé en 2016. Il s'agissait de comprendre l'organisation de l'offre de soin en addictologie, ses atouts, ses manques, son organisation et le niveau d'articulation des professionnels entre eux. La problématique Jurassienne a vite été mise en exergue et la coordination des interventions est apparue comme nécessaire pour tous : usagers, partenaires, professionnels et financeurs. Cette concertation n'a jamais pu être impulsée avant l'intervention du « tiers financeur », du fait de l'histoire des deux structures. Ainsi, la modalité choisie par l'ARS début 2018, a été celle du territoire en imposant la sectorisation et en affectant des territoires définis aux trois CSAPA.

### **1.1.3 Sectoriser l'offre en addictologie : un levier d'articulation entre les acteurs et de pérennisation du CSAPA ADLCA**

L'étude préparatoire au PRS BFC commandée par l'ARS en mars 2017<sup>31</sup> fait état des dispositifs existants en matière d'offre en addictologie, elle met en exergue les besoins et dégage un plan d'action régional piloté par l'agence. Une des actions préconisée pour le secteur médico-social dans le Jura est de « *proposer une meilleure couverture du département et une meilleure articulation entre opérateurs médico-sociaux* » et cela devant le constat de « *chevauchement et [de] redondance des dispositifs proposés par les organismes gestionnaires du Jura, notamment l'ADLCA et*

---

<sup>30</sup>Cartographie des acteurs de l'offre en addictologie du Jura en annexe 2.

<sup>31</sup>Cabinet ENEIS, *Étude prospective relative à l'organisation de l'offre médico-sociale, sanitaire et ambulatoire en addictologie en Bourgogne/Franche-Comté*, Mars 2017, commandée par l'ARS dans le cadre de la préparation du PRS.

*Oppélia (permanences et consultations avancées proposées dans les mêmes communes). Des moyens humains à mobiliser de manière la plus efficiente possible pour assurer une couverture efficace du territoire<sup>32</sup>». Il est donc demandé aux deux opérateurs concernés de trouver des points d'entente et des clés de répartition afin d'optimiser les actions et couvrir au mieux les territoires. La concertation n'a pas pu aboutir. En février 2018, le directeur régional de l'ARS, Pierre Pribile, arbitre et acte l'organisation sous l'angle de la répartition territoriale. Il affecte des territoires définis à chacun des trois CSAPA, en spécifiant l'obligation de collaboration sur Lons le Saunier, territoire resté commun.*

Pour le CSAPA ADLCA, cette décision est teintée de craintes pour la pérennité des sites. En effet, le remaniement territorial a obligé la fermeture de l'antenne de Saint-Claude, structures implantées depuis longue date dans le Haut Jura. C'est « au bénéfice » du CSAPA Oppellia-Passerelle 39, ayant ouvert, il y a quelques années une consultation avancée sur la ville, que revient le secteur. En contrepartie, l'ouverture d'une antenne à Arbois est autorisée. Un sentiment d'injustice et d'incompréhension envahit d'abord les professionnels et la gouvernance de l'ADLCA. En tant que directrice, j'y perçois, à mon niveau, une opportunité et un levier. En effet, la sectorisation apporte une clarification, un cadrage. Elle permet de dépasser l'ambiance concurrentielle, de s'inscrire dans la collaboration et le partage de compétences, plus tard, de répondre de façon concertée à des appels à projet depuis les territoires respectifs. Pour cela, il faut travailler à l'acceptation de cette décision tout en prenant en compte les enjeux et les risques liés à la sectorisation. A mon sens, le CSAPA ADLCA était plus en risque d'arrêt de ses financements s'il ne contribuait pas à l'optimisation des prises en charge et des moyens sur le département. Seulement, l'ARS n'a pas tranché et a maintenu les deux acteurs historiques sur le secteur de Lons-le-Saunier. L'enjeu est maintenant de se coordonner mais également, de se spécifier pour devenir incontournable et se protéger d'une éventuelle décision de fermeture d'un des deux sites pour doublon. Ces craintes reposent sur le fait qu'Oppellia-Passerelle 39 est aussi le CARRUD du département et a donc un atout de spécialité non négligeable. Un début d'analyse SWOT<sup>33</sup> montre que la sectorisation de la prise en charge est tout à la fois une opportunité et une menace. Le partage de territoires est venu bousculer les us et coutumes et maintient les structures dans quelque chose de l'ordre de la concurrence sur le territoire lédonien. *De facto*, cela représente une menace pour la pérennité du CSAPA ADLCA et instaure un sentiment d'insécurité pour les équipes et la gouvernance de l'association. Pour autant, dans le

---

<sup>32</sup>Cabinet ENEIS., *op.cit.*, p 43.

<sup>33</sup>Analyse SWOT en annexe 3

même temps, cela a amené le conseil d'administration de l'ADLCA à structurer le CSAPA et à s'engager dans une définition plus claire et mieux mesurée des activités. Le prisme opportunité/faiblesse confère alors un climat de développement intéressant soutenu par la politique récente de l'agence : nouveaux modes de financement par l'appel à projet, promotion des projets innovants, etc. Dans cette dynamique, et face à l'enjeu de pérennité, il est incontournable d'asseoir l'intérêt de la structure pour assurer la longévité du site de Lons le Saunier. La stratégie que je développe est d'affirmer les missions du CSAPA, de se démarquer à travers une offre de spécialité et d'agir la collaboration au bénéfice de l'amélioration de l'offre faite aux bénéficiaires.

#### **1.1.4 Le CSAPA ADLCA : enjeux et contexte**

Le Centre d'Hygiène Alimentaire (CHA) a été créé en 1962 à Lons-le-Saunier, ville préfecture du Jura. Il a évolué selon les prérogatives gouvernementales pour devenir CSAPA en 2008. Les publics accueillis sont les jeunes (Consultation de Jeunes Consommateurs, (CJC)), les adultes (prise en charge de droit commun, en direction des personnes sous main de justice, en situation de précarité et, de l'entourage), les parents (dans le cadre des CJC) et les professionnels (structure ressource pour les partenaires). Les domaines d'intervention sont la prévention, la RdRD, l'information, la formation, l'évaluation et le soin.

La prise en charge y est strictement ambulatoire. Un des axes de développement de la structure est « l'aller-vers » dans un département escarpé et rural comme le Jura. Le CSAPA ADLCA compte plusieurs types de structures : un CSAPA principal, deux CSAPA secondaires et une consultation avancée. La logique de parcours est le deuxième axe développé dans le projet d'établissement. Les professionnels ont pour mission d'évaluer la situation d'un point de vue médical, psychologique et social. Ils évaluent et orientent pour une prise en charge adaptée. Par ailleurs, la structure est référent carcéral, statut décidé par l'ARS Franche-Comté en 2014. Cette mission a pour objectif l'articulation du milieu ouvert et du milieu fermé. Le référent carcéral assure le lien avec les services de justice et la continuité des soins lors des incarcérations. Il participe à la coordination des soins en milieu fermé en collaboration avec l'unité sanitaire de la maison d'arrêt. Enfin, le CSAPA anime deux CJC à Arbois et Champagnole, et développe la mission de prévention à travers le territoire d'affectation.

Au niveau de la contractualisation et des financements, les CSAPA bénéficient d'une dotation globale et dépendent des financements de l'ARS. Le secteur n'était jusqu'alors pas encore sous Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Les négociations



ont été lancées en octobre 2018. Devant l'ampleur du travail, la signature est prévue en deux temps : la signature de la partie socle au premier trimestre 2019 et, contractualisation des actions au second semestre.

La file active du CSAPA ADLCA est en constante augmentation. En 2018, elle est de 770 patients tous sites confondus avec une répartition plutôt égale sur l'ensemble des territoires. 75% des personnes accueillies sont des hommes. Les bénéficiaires ont, majoritairement, de 30 à 59 ans avec un pic à 55 ans. Ce sont pour la plupart, des personnes consommatrices d'alcool. Toutefois, la part de personnes abstinentes et donc dans une démarche de réduction des risques, a nettement augmentée pour passer de 9,3 à 18,7% de 2016 à 2018. Le CSAPA compte 26 professionnels pour 13,1 équivalents temps plein (ETP)<sup>34</sup>. L'équipe travaille à mettre en œuvre les missions de repérage, de prévention, de soin, d'orientation et de suivi. Les professionnels sont agents d'accueil et administratifs, infirmières, psychologues, médecins généralistes ou spécialistes, éducateurs spécialisés, chargé de prévention ou assistantes sociales.

Le CSAPA est rattaché depuis 2011 à l'Association Départementale de Lutte Contre les Addictions (ADLCA)<sup>35</sup>. Depuis 1980, l'ADLCA, association de loi 1901, développe un parcours de prise en charge allant du sevrage à l'insertion professionnelle. Aujourd'hui, le CSAPA est le pan ambulatoire et médico-social de la prise en charge proposée. Mais, le rattachement du CSAPA en 2011 n'a été que juridique. Il n'y avait pas jusqu'alors de direction identifiée si ce n'est une supervision assurée par le Président. L'uniformisation des modes de gestion et des modalités d'organisation permis par l'appui des services supports de l'association, n'était pas effective. De surcroît, il n'existait pas de sentiment d'appartenance à l'association, ni de sentiment d'unité entre les sites. Chacun fonctionnait en pensant être un CSAPA à lui seul, avec le site de Lons-le-Saunier comme site de centralisation administrative. Pour exemple, chacune des secrétaires établissait son propre bilan d'activité selon la forme et la méthode qui lui convenait. Trois rapports étaient alors produits. Devant ce constat, il m'a fallu définir une stratégie afin d'amener les équipes à la fois vers un sentiment d'unité « le CSAPA » et d'appartenance à l'ADLCA. À noter que le CSAPA se nommait jusqu'alors « CSAPA Jura-Sud ». Dans un souci de clarification des secteurs d'intervention et d'appartenance à l'association, il a été récemment changé pour devenir « CSAPA ADLCA ».

---

<sup>34</sup> Observations faites du bilan d'activité 2018.

Le contexte départemental d'une part et, la situation de la structure d'autre part, amènent à dégager deux enjeux. D'abord, un enjeu interne de cohésion des équipes, dans l'objectifs de développer les missions et attendus du cahier des charges des CSAPA. Ensuite, un enjeu externe lié à la menace mésentente des deux opérateurs de Lons le Saunier. La feuille de route définie par l'ARS en février 2018, peut être considérée comme une opportunité. Elle est un « plan d'action » légitime à la construction de la collaboration et au maillage partenarial. Mais, chacun a à démontrer sa plus-value et, les deux acteurs ont à définir les modalités d'organisation pour ne pas persévérer dans l'idée du doublon. La spécialité de l'offre est, à mon sens, la pierre angulaire à la pérennisation de deux structures. La réflexion sur les difficultés de réponse adaptée pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs liés aux addictions, est ancienne pour moi. L'évolution des symptômes est rapide et grave. Cette réflexion émane de mon poste antérieur de psychologue au sein de la structure sanitaire de l'ADLCA. La spécialisation est un vecteur de pérennité pour les acteurs jurassiens. Et, l'organisation départementale de l'offre faite aux personnes souffrant de troubles neurocognitifs liés aux addictions, est, quant à elle, un levier de coordination et surtout d'amélioration de la qualité des prises en charge.

## **1.2 Troubles neurocognitifs liés aux consommations : un public et des besoins**

### **1.2.1 Des constats de carence aux différents temps de la prise en charge**

Le constat de la hausse et dans le même temps, de la précocité toujours plus avancée de l'apparition des troubles neurocognitifs liés aux consommations s'articule avec le contexte de développement et de dynamique de projet. En effet, mon questionnement autour des troubles neurocognitifs date des journées de la Fédération Nationale des Établissements de Soins et d'Accompagnement en Addictologie (FNESSA) de 2010<sup>36</sup>. Elles avaient pour thème les dernières études de l'époque sur la neurotoxicité des sevrages répétés<sup>37</sup>. Dès lors, la récurrence des troubles de la mémoire à court terme, de la planification, de l'inhibition ou encore de la mémoire d'apprentissage s'exprimant par des oublis fréquents, des impossibilités de se repérer dans le temps, des impulsivités ou l'impossibilité de construire une succession d'actions, ont pu être compris autrement que sous l'angle psychologique et affectif. Ces manifestations étaient jusque-là identifiées par

---

<sup>36</sup> Journées nationales FNESSA, Mai 2010, Marinebronn, ChâteauWalk.

<sup>37</sup> Philippe Vuadens et Julien Bogousslavsky Complications neurologiques liées à l'alcool, *Neurologie*, [en ligne], vol.161, 1998, [consulté le 12/01/2019], disponible : [www.researchgate.net/publication/265943969](http://www.researchgate.net/publication/265943969) Complications neurologiques liées a "alcool.p.8.

les équipes, comme des expressions de refus de soin ou des attaques du cadre. Maintenant, les avancées scientifiques ont permis de comprendre ces comportements en termes de troubles. On a alors compris et identifié une symptomatologie due aux prémices du syndrome de Gayet-Wernicke et, lorsqu'il s'aggrave, à une démence de Korsakoff. Ces deux syndromes neurodégénératifs sont d'allure de la maladie d'Alzheimer précoce<sup>38</sup>. Ils sont diagnostiqués à l'aide d'un scanner cérébral montrant l'atrophie cortico sous-corticale et d'un bilan neuropsychologique déterminant les atteintes. En 2015, alors responsable du service psychologique de la structure sanitaire de l'ADLCA, il a été question de compléter l'équipe de cliniciens par une compétence de neuropsychologue. Cela a permis, le temps du séjour de sevrage ou de soins de suite, de mieux appréhender les manifestations, de les identifier, les évaluer et surtout, de proposer une prise en charge adaptée. Aussi, avons nous mis en place une prise en charge individuelle et collective spécifique et, développé la remédiation cognitive. Cette proposition reste encore originale aujourd'hui dans nos structures. Pour autant, les troubles neurocognitifs liés aux addictions sont sous diagnostiqués alors qu'ils touchent 57% des démences précoces<sup>39</sup> en France. La prise en charge demeure difficile et non encore inscrite en termes de parcours de soin. Pour cause, lorsque que la gravité des troubles ne permet plus le maintien à domicile, les patients sont orientés par dérogation, en EHPAD. Avant cela, une multitude de difficultés s'accumulent et on constate des implications sociales du fait du désengagement des démarches administratives, doublées de difficultés du maintien dans l'emploi et des problèmes de relations familiales (troubles de l'humeur et du comportement). La personne glisse dans un véritable isolement. Au travers les liens partenaires que je développe dans le cadre du Plan Départemental d'Insertion (PDI), je constate régulièrement des difficultés de repérage et donc, d'accompagnement. Le PDI est un dispositif défini par le Conseil Départemental. Il vise à accompagner la réinsertion professionnelle des personnes bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA). Je participe au PDI au titre de professionnelle ressource en addictologie pour les quatre unités territoriales du département. J'entends alors les mêmes interprétations de refus de soins et d'attaques du cadre que j'ai pu moi-même poser auparavant.

---

<sup>38</sup>L'âge moyen des patients atteints est de 40 à 59 ans pour les hommes et 30 à 49 ans pour les femmes. Cf. Aurore DUPONT, *l'apport de l'indigage dans les troubles de la mémoire du syndrome de Korsakoff*, Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste : Université Sophia Antipolis, Nice. 2014, [consulté le 19/05/2019], disponible : <http://docnum.univlorraine.fr/public/BUMED MORT 2014 DUPONT AURORE.pdf>. p. 15.

<sup>39</sup> INSERM. Alcoolisme et risque de démences, *Communiqué*, 21 févr. 2018, [consulté le 12/12/2018] disponible : <https://presse.inserm.fr/alcoolisme-et-risque-de-demences/30713/>.

Croisés avec les prévisions d'augmentation de la présence des troubles à venir selon les enquêtes nationales<sup>40</sup> dues à la précocité des expérimentations et à l'usage de produits multiples<sup>41</sup> chez les jeunes, je questionne maintenant le parcours de prise en charge des personnes atteintes. Une première recherche de renseignements a montré qu'au 15 octobre 2018, 51 personnes ont été diagnostiquées pour le bassin lédonien<sup>42</sup>. J'ai alors souhaité affiner cette recherche et vérifier la pertinence et l'intérêt de cette question. Au-delà, j'ai aussi tenté de comprendre quelles étaient les dispositifs de soins à disposition des professionnels, des bénéficiaires et des familles, lorsqu'une orientation est nécessaire.

### **1.2.2 Une fiche action CPOM, une manière de prendre rang**

Comme j'ai pu l'évoquer plus haut, le secteur de la prise en charge ambulatoire en addictologie (CSAPA et CARRUD), est dans la négociation de la contractualisation des moyens avec la tutelle. En 2018, et pour donner suite à la sectorisation de la prise en charge, je me suis attardée, aidée du responsable des services financiers de l'association, à définir une présentation budgétaire claire et traduisant la réalité de fonctionnement et des axes de développement du projet d'établissement : présentation selon la réalité de chaque site. Les missions transversales (direction, prévention, prise en charge socio-éducative) ont été rattachées au site principal de Lons-le-Saunier. Cette proposition a permis un ajustement des demandes de financement et a facilité la préparation des fiches action du CPOM. Nous avons alors choisi d'affirmer ici, l'organisation de la prise en charge des personnes atteintes de troubles liées aux addictions dans la prévision budgétaire 2019-2023. Pour prendre rang, une fiche action complémentaire<sup>43</sup> a été rédigée. Cet ajout a été porté au paragraphe : « proposition par le gestionnaire, le cas échéant, d'un objectif lié à la spécificité de la structure<sup>44</sup> ». Cela vient témoigner au financeur la dynamique de projet de la structure et sa présence active sur ses territoires.

---

<sup>40</sup>OFDT, *Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017* [consulté le 26/10/2018], disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>.

<sup>41</sup>Nicole Battaglia et Fabien GIERSKI, *L'addiction chez l'adolescent*, 1<sup>ère</sup> éd. Louvain-Laneuve : De Boeck Supérieur, 2014, 256 p.

<sup>42</sup>Chiffres issus des statistiques de la consultation mémoire de Centre Hospitalier de Lons-le-Saunier.

<sup>43</sup>Extrait du CPOM : extrait de la fiche complémentaire n°2 en annexe 4.

<sup>44</sup>Intitulé proposé par l'ARS dans l'onglet « Objectifs du CSAPA » de la trame informatique de préparation du CPOM. Cet onglet récapitule les actions attendues dans le cadre de la mission financée et la possibilité d'actions spécifiques développées à l'initiative de la structure.

### 1.2.3 Focus sur la prise en compte actuelle des troubles neurocognitifs liés aux addictions à l'ADLCA

Chaque patient accueilli en unité de sevrage ou en CSSRA se voit proposer, dans le bilan d'entrée, la passation d'un MOCA<sup>45</sup>. Le MOCA est un test rapide de dépistage à objectif d'orientation. Selon les résultats et la symptomatologie observée, un diagnostic plus précis est établi avec la proposition de bilan neurocognitif. La neuropsychologue de la structure sanitaire fait partie de l'Association des Neuropsychologues de Franche-Comté créée en 2015. A ce titre, elle bénéficie d'un outil informatique partagé de l'ensemble des résultats des bilans faits dans la région. Cela permet de garantir l'effet « re-test » des patients qui auraient été « bilantés » ailleurs. Les professionnels infirmiers procèdent au test MOCA et les échanges quotidiens avec la neuropsychologue permettent les questionnements et les orientations. Par ailleurs, depuis 2018, elle est sollicitée pour aider nos collègues des structures sanitaires de la région à mettre en place une prise en charge similaire. Ce groupe de travail régional est coordonné par le médecin en charge du parcours addictologie à l'ARS BFC. Il est constitué depuis maintenant quatre ans. Trois items y ont été dégagés : le repérage et le dépistage, l'évaluation des personnes diagnostiquées et enfin le soin et la remédiation des troubles. Le groupe de travail est essentiellement constitué d'acteurs du sanitaire. Il a choisi de se concentrer sur les deux derniers items, laissant de côté le repérage et le dépistage, relevant selon eux, de l'ambulatoire ou de la médecine de ville.

Donc, pendant leur séjour au CSSRA de l'ADLCA, les patients accueillis participent au programme de remédiation cognitive collective. Aucun programme spécialisé en l'addictologie n'existe pour le moment. Une adaptation a été réalisée par la neuropsychologue et a été validée par la Commission Médicale d'Établissement (CME). En 2018, 782 patients en ont bénéficié. 23% patients ont été orientés pour un bilan neurocognitif et 96 d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge de remédiation cognitive individuelle<sup>46</sup>. Enfin, dans le cadre de la certification de la structure sanitaire par la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la visite d'accréditation prévue en décembre 2018, une Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a été menée au sujet de la pertinence du programme thérapeutique. La remédiation cognitive est jugée comme un

---

<sup>45</sup>Montréal Cognitive Assessment (MOCA). FRANÇAIS. Version 7.1, [consulté le 05/01/2019], disponible sur : [http://test-addicto.fr/tests\\_pdf/Test-MoCA.pdf](http://test-addicto.fr/tests_pdf/Test-MoCA.pdf).

<sup>46</sup>Statistique issue de la cotation PMSI transmise par le médecin DIM de l'ADLCA.

point fort et une activité indispensable du programme thérapeutique par les personnels. Elle est considérée comme un point positif et une activité essentielle par les patients<sup>47</sup>.

En ce qui concerne la prise en charge ambulatoire au CSAPA, aucune organisation n'est en place. Il n'y a pas d'organisation de dépistage ni de formation des personnels aux tests. Les statistiques demandées dans le cadre de la Direction Générale de la Santé (DGS) ne prévoient pas ce type de données. Aucune indication diagnostique n'est disponible actuellement. Comme les patients viennent en consultation ponctuellement, la symptomatologie est identifiée au cours de l'accompagnement et/ou lors d'échanges avec les partenaires. Mais les orientations et l'adaptation de projet individualisé de soin ne sont pas aisées en l'absence de l'organisation du repérage des troubles et lorsque l'expression des symptômes « brouillent » les pistes.

### **1.3 Une première compréhension du besoin à l'échelle du département**

#### **1.3.1 Acteurs de la prise en charge et identification des problématiques**

Afin de mesurer la pertinence de ma réflexion quant à l'organisation d'un parcours pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs liés aux addictions, je me suis rapprochée des acteurs et partenaires des accompagnements. Dans un premier temps, je me suis ensuite attachée à obtenir des statistiques afin de tenter de quantifier le nombre de personnes concernées. Puis, j'ai souhaité comprendre les problématiques des professionnels face à ce public et les dispositifs actuellement utilisés. J'ai choisi d'utiliser la méthode des entretiens semi-directifs<sup>48</sup>.

La région ne bénéficie pas de structure spécialisée pour la prise en compte des troubles neurocognitifs, de type « structure Korsakoff » par exemple. La classification diagnostique est variable car le public étudié n'est pas identifié. La direction des soins du CHS m'a été expliqué le « consensus » de classification actuel. Faute de terme clair dans le répertoire des actes médicaux et de cotation appropriée dans les logiciels métier (logiciel support du dossier informatisé du patient), l'identification diagnostique des patients atteints de troubles est répertoriée selon cinq items différents. Elle est établie selon le type de produit : les troubles mentaux dus à l'alcool, aux opiacés, aux sédatifs, aux dérivés de cannabis et enfin, aux autres types de drogues. Les indications

---

<sup>47</sup>Extraits des résultats satisfaction du programme thérapeutique en annexe 5.

<sup>48</sup>Liste des personnes rencontrées et canevas d'entretien en annexe 6.

statistiques données par le CHS viennent corroborer les prévisions nationales et montrent la forte incidence de la consommation d'alcool<sup>49</sup>. Malheureusement, cela laisse entrevoir des conséquences neurocognitives inéluctables. Pour autant, je n'ai pas pu obtenir une quantification précise de la présence de tels troubles au CHS. Mais, la directrice des soins confirme l'augmentation des personnes atteinte et, l'impuissance des uns et des autres à traiter ces problématiques. Le diagnostic de l'Organisation Régionale de Santé de 2017<sup>50</sup>, décrit 374 hospitalisations complètes relatives à des troubles mentaux dus à des conduites addictives dont 124 sont directement liées à l'alcool pour le Jura.

J'ai ensuite voulu comprendre les faisceaux de prise en charge utilisés en me rapprochant des dispositifs de coordination présents dans le département. Les gestionnaires de cas de la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA) du Jura ne comptent pas de situation de ce type. En revanche, les intervenants de l'Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui (ARESPA) connaissent plusieurs situations. Parmi elles, une situation de l'an dernier pour une femme de 62 ans, atteinte d'une démence de Korsakoff. Le placement en EHPAD a pu aboutir avec l'appui de l'ARS, après 9 mois de recherche de solution. Les difficultés de placement sont allées jusqu'à construire une demande d'admission en Belgique. Admission refusée par la famille du fait de la distance. La personne a finalement été placée à l'EHPAD de Champagnole, à 70 km du lieu d'habitation.

En ce qui concerne le CCAS, les équipes accompagnent les plus désocialisés (accueil de jour et CHRS). Les problématiques de troubles neurocognitifs sont nombreuses. Pour les six professionnels rencontrés, 17 nouvelles situations de ce type, ont été recensées en 2018. Le repérage « intuitif » est régulier mais l'absence de formation spécifique ne permet qu'un pressenti. La difficulté est liée à l'évaluation et aux délais de plusieurs mois pour l'orientation auprès des services compétents (service de neurologie du centre hospitalier ou du Centre Hospitalier Universitaire (CHU)). De plus, les personnes sont le plus souvent parties au moment du rendez-vous de bilan ou renoncent, les troubles s'étant accentués et la situation dégradée. Par ailleurs, la proposition de prise en soins des troubles est souvent synonyme d'une nécessité d'arrêt des consommations. C'est en effet le traitement le plus efficace mais fait de résistance et

---

<sup>49</sup>Relevé statistique des patients présentant des troubles mentaux dus aux addictions du CHS en annexe 7.

<sup>50</sup> ORSBFC, ARS BFC, *Addictions, Éléments saillants en Bourgogne-Franche-Comté*, [en ligne]. 2017 [consulté le 30/12/2018], disponible : <https://www.orsbfc.org/publication/diagnostic-prs2-addictions/>. p. 6.

d'incompréhension pour ceux pour qui, les consommations sont devenues une solution face à des conditions de vie devenues trop dures.

Enfin, en ce qui concerne le secteur de l'hébergement et la question l'emploi, j'ai questionné l'association Saint Michel le Haut (ASMH). Cette association développe une insertion par l'emploi unique dans le département : un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) spécifique pour les troubles psychiatriques. Cet établissement est adjoint à un Groupe d'Entraide Mutualiste (GEM), un Foyer d'Accueil Médicalisé spécialisé (FAM) et un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS). L'association porte également une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) qui accueille des personnes souffrant de lésions cérébrales. Les personnes accueillies sont orientées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Le plus souvent, elles bénéficient d'une double prise en charge et sont également suivies par le CHS. Les professionnels estiment à 25% le nombre de situations complexifiées par des troubles neurocognitifs liés aux consommations. La MAS de l'ASMH compte, elle, deux usagers dont le placement est dû à la perte d'autonomie suite à des conduites addictives à l'alcool. Le premier est aujourd'hui grabataire et diagnostiqué souffrant d'une démence de Korsakoff. Le second, entré en grande perte d'autonomie a pu récupérer des capacités et relève maintenant d'un FAM (orientation faite lors du dernier projet individualisé).

Quant aux familles, l'Union Nationale de Familles et d'Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) font l'objet de demandes de renseignements et d'aiguillages au poudré. Pour autant le président de l'union sait que plusieurs familles y sont confrontées mais que, du fait d'une méconnaissance des symptômes, il n'y a, selon lui, pas d'identification.

### **1.3.2 Absence de parcours de soin et public non encore identifié**

Pour appréhender la question du parcours et de l'identification du public, je me suis d'abord rapprochée des instances de coordination de la prise en charge dans le Jura. Le but est de vérifier mes pressentis sur l'organisation actuelle des prises en charge. Après de nombreuses années passées à travailler dans le secteur résidentiel en structures sanitaires, il était alors nécessaire d'ouvrir ma perception de l'offre départementale et de comprendre les articulations entre le soin ambulatoire, le social et l'hébergement, l'offre sanitaire et, les dispositifs de coordination existants : l'animatrice locale de la santé de l'antenne de l'ARS de Lons-le-Saunier, la coordinatrice de la Plateforme Territoriale de Santé Mentale (PTSM) et le coordinateur des contrats locaux



de santé (CLS). Pour ces rencontres, j'ai de nouveau procédé selon la méthode de l'interview exploratoire décrite par Pascal Lièvre<sup>51</sup>.

Ainsi, les professionnels interviewés confirment les difficultés de cohérence et d'organisation de la prise en charge. Malgré les articulations avec les dispositifs de coordination, c'est l'identification en amont de l'installation des troubles et de la dégradation de la situation qui fait défaut. L'obtention de statiques précises n'est pas possible du fait de l'absence d'identification du public<sup>52</sup>. Selon l'animatrice locale de santé, « *c'est un public pour lequel il n'existe pas de filière* ». Elle voit alors « *un manque de fluidité dans les parcours de vie des patients et notamment en ce qui concerne le parcours de santé en addictologie*<sup>53</sup> ». Ainsi, ces situations viennent « *emboliser* » le secteur de la psychiatrie et les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). L'enjeu est alors « *d'améliorer l'efficience de la prise en charge des personnes en situation d'addiction*<sup>54</sup> ». Cela vient en cohérence avec le travail mené au niveau de la région sur la notion de parcours en addictologie. À la limite de l'addictologie et de la psychiatrie, les troubles neurocognitifs sont présents dans les affections psychiatriques (bipolarité, schizophrénie, etc.)<sup>55</sup> Les professionnels rencontrés relaient cette frontière et les difficultés qui y sont liées.

La présente analyse confirme les observations empiriques. Les situations des personnes atteintes de troubles neurocognitifs liés aux addictions sont présentes dans le département. Elles sont complexes à traiter car non repérées en amont. Plus encore, ces situations mettent les professionnels en difficulté. L'adaptation et la fluidité des prises en charge restent compliquées. Alors quelle réponse apporter pour permettre une amélioration des pratiques et *in fine*, des accompagnements ?

---

<sup>51</sup> Pascal Lièvre, *Manuel d'initiation à la recherche en travail social*, 2<sup>ème</sup> éd., Rennes : ENSP, 2006 p. 65.

<sup>52</sup> Difficultés confirmées par les chercheurs et relayées par l'INSERM dans le communiqué du 21 février 2018, *op.cit.*

<sup>53</sup> Paroles issues de l'entretien professionnel mené le 26 décembre 2018 à l'antenne ARS de Lons le Saunier.

<sup>54</sup> ARS, *op.cit.*, p 56.

<sup>55</sup> Sébastien MONTEL et al., *Neuropsychologie et santé Identification, évaluation et prise en charge des troubles cognitifs*, 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Dunod, chap. 4, p. 77.

### 1.3.3 Problématique d'un public et de professionnels : hypothèses de réponse au niveau départemental

Pour les professionnels rencontrés, une des premières difficultés de l'accompagnement des personnes atteintes est le repérage et l'évaluation. Ils expliquent la nécessité de bilan et l'inscrivent comme point de départ du travail de prise de conscience de la personne atteinte. Les résultats et les préconisations faites suite à l'évaluation des troubles, seraient, selon eux, un vecteur d'adaptation de l'accompagnement en termes d'adéquation du dispositif à la situation (RSA, AAH, mise sous tutelle, etc.) d'une part et d'aménagements du domicile, le cas échéant du mode d'hébergement, d'autre part. Aussi, l'information et l'accompagnement de la famille pourraient ils être adaptés à la situation réelle. Un second levier relève de l'aménagement du quotidien dans le but de favoriser le maintien dans l'emploi ou l'insertion professionnelle, mais aussi, de préserver l'épuisement de l'entourage. Enfin, la question du soin est à travailler avec précaution. En effet, l'étude menée dans le cadre de la préparation au Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) confirme qu'amener aux soins les personnes les plus précaires doit s'accompagner d'un lien de confiance et s'inscrire dans une notion de parcours pour ne pas réitérer le sentiment de l'échec souvent déjà présent dans l'histoire de vie<sup>56</sup>. Aujourd'hui, les professionnels rencontrés disent composer avec les situations, « faire avec ». Dans l'impossibilité d'évaluation, en l'absence de relais ou de personnes ressources identifiées, les aménagements se font sous couvert des opportunités. Ces situations sont qualifiées de chronophages. Elles se dégradent inéluctablement jusqu'à la désocialisation.

En ce qui concerne les CSAPA du Jura, mes collègues directrices du Centre Briand et d'OPELLIA-PASSERELLE 39, confirment les constats empiriques d'augmentation des situations complexes et la détérioration cognitive des personnes accueillies sans beaucoup de solution d'identification ni d'orientation. Il ne s'agit pas encore de parler de soin, mais de l'évaluation, mieux encore, du repérage précoce des troubles. Elles pointent également le manque de formation des équipes et de connaissances des partenaires. De façon ponctuelle, l'utilisation d'un test de dépistage (MOCA ou BEARNI<sup>57</sup>) est utilisée pour

---

<sup>56</sup> André BOUVET, et al., « Non – recours et renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité », *Cahiers de la DRJSC* [en ligne], 2017, [consulté le 26/10/2018], disponible : <http://hauts-de-france.drjscs.gouv.fr/spip.php?article1645>.

<sup>57</sup> Le BEARNI, Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment, est un outil de dépistage des troubles neuropsychologiques liés au trouble de l'usage de l'alcool. Il a été conçu pour permettre un dépistage rapide. Sa passation nécessite peu de matériel (un chronomètre et un crayon) et dure environ 20 minutes.

étayer un dossier d'orientation MDPH par exemple. Mais les passations sont limitées faute d'orientations possibles. Toutes deux pensent le dépistage et la coordination des parcours de soins comme relevant légitimement des CSAPA car spécialisés et expert. À l'occasion de la journée de lancement du RRAPPS<sup>58</sup> en juin dernier, nous nous sommes retrouvées ensemble et d'une même voix de spécialité pour présenter l'organisation coordonnée la prévention des conduites addictives dans le Jura. L'ensemble des acteurs du département (sanitaire, social, médico-social, éducation nationale ou encore justice) y étaient présents. La préparation de cette journée mais aussi la réponse partagée à l'appel à projet de la MILDECA ce printemps, ont permis de faire évoluer les relations. Ces objets de travail concrets ont permis à chacune de prendre confiance et de comprendre les contraintes des autres. Ainsi, il est apparu possible de transposer le principe du RRAPS avec un partage de modalités d'organisation et de contenu sur chacun de nos territoires d'affection concernant la prise en charge des personnes atteintes de troubles neurocognitifs. Une pratique concertée et coordonnée affirmée par le besoin du public et des professionnels pour adapter l'offre au niveau du département.

**Alors, devant les constats qui nous amènent à devoir anticiper une augmentation des situations liées aux troubles neurocognitifs dus aux addictions et particulièrement à l'alcool et, maintenant que l'action coordonnée est possible entre les acteurs de la prise en charge ambulatoire en addictologie, comment organiser une réponse adaptée et coordonnée en termes de parcours à l'échelle du département ?**

Afin de répondre à la problématique posée et d'adapter l'organisation du parcours de soins des personnes atteintes de troubles neurocognitifs liés aux addictions dans le Jura, plusieurs hypothèses sont possibles. D'abord, la porte d'entrée des structures de régulation ARESPA et MAIA peut être envisagée. En effet, il y a deux ans, l'actuel directeur régional de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) avait conduit un projet de « MAIA addictologie » dans l'Yonne. Ce projet n'a jamais vu le jour. Et, en articulant la notion de parcours de vie des personnes souffrant d'addiction défendue dans le PRS BFC et les missions des CSAPA, ce sont eux qui doivent répondre à cette problématique. De plus, dans sa spécialité historique « alcool », mes deux collègues jurassiennes, directrices d'Oppellia et du Centre Briand, confirment que c'est bien au départ du CSAPA ADLCA que cela doit se mettre en place. Pour ces

---

<sup>58</sup> Le 3 juin 2019, l'ARS BFC a organisé une journée de lancement du RRAPPS dans le Jura. Le référentiel addictologie étant pour le moment le seul d'établi et mis en place, les trois opérateurs du Jura ont présenté l'organisation coordonnée de la prévention dans le Jura.

raisons, je ne retiens pas cette première option et privilégie une mise en place au départ du CSAPA ADLCA. Alors, deux autres leviers sont encore à envisager. Nous pourrions d'abord, établir une collaboration avec les acteurs de la prise en charge et identifier les CSAPA du Jura tous trois structures ressources. Les liens partenaires seraient activés à l'occasion des situations complexes rencontrées et travaillées en CLS ou en CLSM. Ce mode de résolution paraît d'un investissement financier moindre et repose uniquement sur des ajustements ponctuels, un partage des pratiques et une harmonisation des actions. Pour autant, il paraît aléatoire et ne marquera pas l'expertise des CSAPA. L'organisation risque de ne pas être pérenne faute d'identification. De surcroît, on passe à côté d'une confirmation des CSAPA comme acteurs du département et plus encore, du CSAPA ADLCA dans une spécialité qui fait par ailleurs l'identité de son association.

Je fais donc l'hypothèse que de transposer le principe du RRAPPS pour la problématique posée est novateur. Le RRAPPS est conçu pour répondre à la mise en cohérence de la prévention des conduites addictives à destination des jeunes. Il repose sur des méthodes dites « programmes efficaces », c'est-à-dire, ayant fait leurs preuves. Le principe est de mesurer les actions pour « ne pas nuire » (constats d'accroissement de leurs conduites par les jeunes en réponse aux interventions de prévention). Jusque là, chacun des opérateurs de la prévention déployait des programmes sur un même territoire, avec des actions non concertées, non coordonnées et non évaluées. Le principe du RRAPPS vise à coordonner les actions, à harmoniser les pratiques et à collaborer sur les territoires. Adopter une définition commune et coordonnée de l'organisation, des méthodes et des processus selon des « *approches basées sur des recherches scientifiques menées en sociologie, psychologie, promotion de la santé et neurosciences. [...] dans une logique de parcours*<sup>59</sup> » est un levier de réponse. Alors, « *en matière de pilotage, l'enjeu est la coordination entre les différents intervenants, la cohérence, les conditions de transférabilité, l'évaluation des résultats et la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé*<sup>60</sup> ». Il s'agit donc d'harmoniser les pratiques pour coordonner les interventions du repérage à la l'orientation, de définir une stratégie d'accompagnement des partenaires et de permettre la fluidification des parcours en limitant les ruptures de prise en charge. À la fois un réel enjeu pour les accompagnements à venir et les situations actuelles, ce dispositif novateur confirme la place du CSAPA ADLCA en tant que pilote d'une spécialité. Je retiens alors cette proposition d'autant que l'ARS BFC soutient cette orientation. En effet, le médecin

---

<sup>59</sup> Sabine Chabert et al., *Comment prévenir les addictions chez les jeunes : référentiel d'intervention partagé*, Paris : IREPS, 2018, p. 4.

<sup>60</sup> *Ibid.*

réfèrent addictologie de l'ARS BFC a confirmé son intérêt pour un tel projet lors du dialogue de gestion de mai dernier et de la lecture de la fiche action proposée. En parallèle, l'animatrice locale de santé du pays lédonien confirme, elle, que « *ce public est oublié* » et que « *les situations d'accompagnement générées sont onéreuses*<sup>61</sup> ». Au-delà d'un réel service rendu aux bénéficiaires et aux partenaires, ce projet est l'affichage d'une possibilité de collaboration puis de coopération confirmée entre les trois opérateurs jurassiens. Dans le même temps, la lisibilité est améliorée. Cet engagement est un réel enjeu de reconnaissance et de pérennité du CSAPA ADLCA. L'appui du financeur confirme la confiance récemment témoignée par l'octroi d'une dotation supplémentaire. L'agence porte donc un intérêt certain à ce projet et accompagne sa mise en place dans l'année 2020.

Alors, l'organisation d'un parcours de soin coordonné doit permettre de répondre à l'enjeu clinique de l'expertise : en addictologie et en neuropsychologie et, à l'enjeu de l'articulation de la nouvelle organisation avec les dispositifs existant. Il y a donc deux niveaux à définir : la pratique de terrain et la coordination entre acteurs. L'étude de la notion de parcours, la compréhension de l'expression des troubles neurocognitifs ou encore la notion de RdRD, doit nous permettre de circonscrire l'organisation à mettre en place. Pour préciser le projet, il est intéressant de questionner le coût social que représentent les drogues. Mais, c'est bien à travers l'expression des besoins concrets des usagers dite de la voix des professionnels que la conception du projet sera au plus juste.

---

<sup>61</sup>Extrait de l'entretien professionnel mené le 26 décembre 2018.



## **2 Organiser un parcours de soin spécifique en rapport avec la réalité des besoins et dans le souci de l'efficience**

### **2.1 La notion de parcours comme pierre angulaire à une prise en charge efficace**

#### **2.1.1 Treize parcours pour structurer l'offre en Bourgogne-Franche-Comté**

« Être acteur de sa vie, de sa santé, de ses soins ». Cette orientation est traduite par la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi vient bouleverser les repères en matière de soin et rediscuter la place de chacun dans la prise en charge. Les états généraux de la santé tenus de septembre 1998 à avril 1999<sup>62</sup> donnent la parole aux usagers. Les manques d'informations et d'accès aux informations, de participation aux décisions, d'éducation de la santé et de prévention sont alors pointés. Plus encore, cette prise de parole fait apparaître que les dispositions de protection des droits des malades ne répondent, à l'époque, qu'imparfaitement aux attentes et qu'il convient de les redéfinir et de les développer. « Dire la vérité avec des mots gentils » est la phrase forte de ces états généraux. S'en sont suivis plusieurs temps forts et évolutions politiques comme la loi visant à garantir l'accès aux soins palliatifs du 9 juin 1999. L'intervention des associations des bénévoles dans le cadre des soins est maintenant prévue et on reconnaît leur rôle auprès du malade et de ses proches. Ou encore le rapport d'Etienne Caniard qui questionne "la place des usagers dans le système de santé <sup>63</sup>» en Mars 2000. Ce rapport introduit la notion de participation des usagers (systématisation de la gestion des plaintes). En mai 2001, la loi n° 2001-398 crée le comité national de la sécurité sanitaire chargé d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population. C'est la mise en place de la sécurité sanitaire et le début d'une proposition d'offre évaluée, mesurée et établie selon des consensus partagés. 2002 est une année charnière avec la production de deux lois fondamentales mettant l'utilisateur au centre de sa prise en charge. Ces deux lois donnent les droits des usagers comme prioritaires et munissent les professionnels de plusieurs outils pour remplir ce « défi ». Un défi effectivement, car ce moment charnière de l'évolution sociale du rapport de

---

<sup>62</sup> Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'état à la santé. Comité national d'orientation des états généraux de la santé, « les citoyens ont la parole », France, septembre 1998 - avril 1999.

<sup>63</sup> Etienne Caniard, *La place des usagers dans le système de santé* [en ligne], 2000, [consulté le 27/07/2019], disponible : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/004001297/index.shtml>.

tout un chacun à sa santé, marque définitivement un changement de paradigme et une évolution de la culture de la santé. On voit ensuite s'organiser les ARS, relais local des pouvoirs de l'état comme un service décentralisé. La notion de territoire vient alors maintenant renforcer l'ajustement de l'offre aux besoins des publics dans le respect de ses droits et dans le souci d'efficacité. En 2017, Pierre Pribile, directeur régional de l'ARS BFC questionne le fait que le soin soit et reste autour de l'utilisateur et s'inscrive dans son histoire de vie<sup>64</sup>. Il inscrit la logique de « parcours » comme un levier d'amélioration de la prise en charge. En effet, l'augmentation des maladies chroniques et de la longévité nécessitent de mieux maîtriser les points de rupture de prise en charge et d'apporter une réponse cohérente et coordonnée : le parcours de santé. La notion de parcours de santé est impulsée comme action innovante. L'objectif est « *de structurer et d'organiser le système de santé en se plaçant du point de vue du patient pour répondre à ses besoins, de coordonner sur le terrain les différents acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social pour améliorer la fluidité de la prise en charge*<sup>65</sup> ». Affirmée par la loi santé<sup>66</sup>, la notion de parcours est devenue la pierre angulaire du PRS BFC. En cohérence, la mise en œuvre des orientations s'appuie « *sur une politique de parcours de santé dans les territoires laquelle permettra d'améliorer la coordination entre l'ensemble des acteurs de l'ambulatoire, de l'hôpital et des secteurs social et médico-social*<sup>67</sup> ». Le parcours de santé, parcours de soins et parcours de vie sont trois notions devenues centrales aux définitions de politiques publiques actuelles.

### **2.1.2 Parcours de vie, de santé et de soin : trois notions, différents niveaux de compréhension**

Il convient à présent de clarifier les différentes notions liées au parcours. En effet, aujourd'hui, la question du parcours de soin se mêle bien volontiers à celle de parcours de vie, de santé ou encore de parcours coordonné. Qu'en est-il de l'ensemble de ces notions ? Comment faire le distinguo et comprendre l'articulation entre ces différentes thématiques ? Rappelons que la notion de parcours vise à décloisonner l'intervention des professionnels des différents secteurs pour permettre la lisibilité et la fluidité dans les prises en charge. Cette fluidité a pour objectif la cohérence de la réponse. Elle est

---

<sup>64</sup> Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté, « Points d'avancement sur les parcours de santé » in *Kaléidoscope-l'info santé pour les partenaires de l'ARS Bourgogne Franche-Comté*, hors série, août 2017, [consulté le 10/04/2019], disponible : [https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/Kaléidoscope-l'info santé](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/Kaléidoscope-l'info_santé).

<sup>65</sup> *Ibid.*, p.1.

<sup>66</sup> Loi de modernisation de notre système de santé. [en ligne], n° 2016-41, 26 janv. 2016, [consulté le 30/07/2019], disponible :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien>.

<sup>67</sup> Agence Régionale de Santé, *Plan Régional de Santé Bourgogne Franche-Comté 2018-2028*, *op.cit.*, partie 1, p 6.



orchestrée par l'ARS. Les Plans Régionaux de Santé guident la structuration. Les différents diagnostics territoriaux sont les leviers et apportent la cohérence sur le terrain. L'enjeu, c'est l'efficacité et la qualité de l'offre. Alors, la coopération entre les acteurs et la définition des parcours de santé<sup>68</sup> sont entendus comme des outils. L'ensemble n'est pas sans soulever plusieurs problématiques liées aux identités des uns et des autres, aux cultures et parfois à la dichotomie entre les secteurs.

Le parcours de vie : la signature de la Charte d'Ottawa, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986, affirme l'adhésion de la France à une approche globale de la santé. « *Cette approche globale, telle qu'elle avait été introduite par l'OMS en 1948, prend en compte la diversité des déterminants de la santé devant permettre à l'individu d'être acteur de son projet de vie*<sup>69</sup> ». Le parcours de vie est au carrefour des besoins de la personne et des différents temps qui ponctuent sa vie. Il inclut la notion de situation et d'environnement. Frederik Mispelblom Beijer dans son article « les parcours de vie coordonnés : un oxymore ? Dangers et opportunité de la nouvelle doxa professionnelle pour le décloisonnement et la coopération<sup>70</sup> », nous explique que les usagers n'ont pas attendu pour concevoir leur vie et être acteurs de leur santé. Pour autant, il est maintenant nécessaire que les acteurs de l'offre se coordonnent et soient dans une vision intégrative pour permettre aux usagers de poursuivre leur parcours de vie en fluidifiant les parcours de soin.

Dans le dossier de presse du 15 mai 2012<sup>71</sup>, l'HAS définit une notion nouvelle : le parcours de soin. Il vise à améliorer la prise en charge par « *le juste enchaînement et au bon moment de compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux*

---

<sup>68</sup> « *Ces parcours de soins visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale* ». Loi de modernisation de notre système de santé, [en ligne], n° 2016-41, Art. 1, 26 janv. 2016, [consulté le 30/07/2019], disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>.

<sup>69</sup> CNSA, « *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé* », [en ligne], 2012, [consulté le 30/07/2019], disponible : [https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf), p.1.

<sup>70</sup> Frederik Mispelblom Beijer, « Les parcours de vie coordonnés : un oxymore ? Dangers et opportunité de la nouvelle doxa professionnelle pour le décloisonnement et la coopération », in Nicolas Guirminand, (dir.), *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social. Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin*, Nîmes : le champ social, pp. 166-179. p.166.

<sup>71</sup> HAS, Parcours de soins-Questions/Réponses, [en ligne], mai 2012, [consulté le 30/07/2019], disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep\\_parcours\\_de\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf).

*soins*<sup>72</sup>». Le parcours de soin s'articule avec les parcours de santé. La définition politique cadre les interactions entre acteurs et les formes juridiques de collaboration notamment. Le parcours de soins est la déclinaison sur le terrain de la coordination entre tous. Définir les parcours de soins au niveau d'un territoire demande une fine connaissance des « forces en présence » et des liens connexes. Cette notion de prise en charge dans la globalité et à tous les âges de la vie fait partie intégrante du Plan national de lutte contre les addictions 2018-2022. C'est l'objectif n°18 du plan. Il est porté à la voie Européenne pour mieux concourir ensemble aux difficultés. Cela « s'inscrit ainsi dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, adopté par les chefs d'État et de gouvernement en septembre 2015 et, en particulier, dans le droit fil du troisième objectif visant à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge<sup>73</sup> ». En Bourgogne-Franche-Comté, Le diagnostic préparatoire au PRS a étudié les points de rupture de parcours et identifie les difficultés. Il définit les actions correctives à mettre en place pour garantir l'amélioration. La compréhension de ces points de rupture doit être intégrée à la conception d'une organisation de parcours spécifique afin de les mesurer voire les prévenir.

### **2.1.3 Compréhension des ruptures de parcours dans le cadre du diagnostic préparatoire au Programme Régional de Santé (PRS)**

Par analogie au nom du botaniste écossais Robert Brown, on peut comprendre la question de rupture de parcours à la lumière des « mouvements browniens »<sup>74</sup>. Marcel Jaeger explique que ces mouvements sont, en science physique, des mouvements désordonnés de particules dans des liquides ou des gaz. Les physiciens et les épistémologues se préoccupent des relations entre l'ordre et le désordre. Lorsque qu'on utilise cette notion pour rendre compte de la complexité des mouvements de populations dites précarisées, alors nous pouvons appréhender « *les mouvements d'errance, dans le cas de la grande pauvreté, mais aussi de fluctuations à la frontière du milieu ordinaire et de dispositifs divers, sur le fil du rasoir entre toutes sortes de difficultés : handicap, maladie mentale, délinquance, toxicomanie, alcoolisme, etc.* » Et, lorsque nous abordons la question du cloisonnement des dispositifs sanitaires et sociaux, on admet que « *ces mouvements ne se feraient qu'à l'intérieur de chacun d'eux et plus rarement, par rupture de trajectoire, d'un dispositif à un autre. De fait, la structuration de la protection sociale*

---

<sup>72</sup> *Ibid.*, p.1.

<sup>73</sup> Mission Interministérielle de Lutte Contre les Addictions, *op.cit.*, p.112.

<sup>74</sup> Marcel Jaeger, « Chapitre 4. Les mouvements browniens aux frontières des dispositifs » in Marcel Jaeger, *L'articulation du sanitaire et du social : Travail social et psychiatrie*, Paris : Dunod, Chp. 4, pp. 59-84.

*fonde la discontinuité des prises en charge, y compris à l'intérieur de chacun de ces dispositifs*<sup>75</sup>». Ainsi, les fragilités du système et l'aléatoire de mise en place d'une logique de parcours est au-delà même du passage d'un secteur à un autre. Les ruptures de parcours sont déjà prégnantes à l'intérieur d'un seul et même secteur. En ce qui concerne le « parcours addictologie » à la limite du sanitaire, du médico-social et du social, on comprend que les « trajectoires » puissent être interrompues. Cela d'autant que le public est, pour une grande part, en situation de précarité et a à vivre des difficultés de continuité de projets de vie<sup>76</sup>.

La compréhension des points de rupture de parcours en addictologie inscrite au PRS BFC émane du travail préparatoire mené par le cabinet conseil mandaté par l'ARS BFC. Ce rapport propose un schéma permettant de visualiser très précisément les points potentiels de rupture dans le parcours de vie<sup>77</sup>. « *Outre le manque d'offre, certaines ruptures dans les parcours de santé des usagers peuvent s'expliquer par un défaut de coordination entre acteurs qui concerne également, à différents degrés, tous les secteurs*<sup>78</sup> ». De façon synthétique, il s'agit d'éléments faisant appel au collectif comme à l'individuel. D'abord, la prévention : on constate une multiplicité des acteurs et d'actions dont l'efficacité est insuffisamment évaluée et coordonnée. Ce constat a amené à réfléchir à une coordination régionale et à la mise en place de RRAPPS par exemple. Ensuite l'orientation : elle reste difficile du fait de la ruralité. Cela est accentué par le manque de lisibilité de l'offre. En effet, il subsiste un manque crucial de médecin relais mais aussi des difficultés d'articulation entre les dispositifs de la santé, de la justice ou encore du social. Au niveau de la justice précisément, il est relevé que les injonctions thérapeutiques sont la source des difficultés. J'irai plus loin en évoquant le manque de connaissance, dans l'interaction, des contraintes des différents acteurs : juge d'application des peines, soignants, conseiller d'insertion et de probation. À noter que souvent, les ruptures de soin ou les reprises de consommations ont lieu lors des incarcérations, pour pouvoir supporter ce qui est à vivre en prison. Enfin, l'articulation « soins-ville » : elle est, elle, impactée par les difficultés liées à la sous information/formation des pharmaciens notamment, mais aussi aux contraintes réglementaires de dispensation des médicaments et notamment

---

<sup>75</sup> *Ibid.*, p. 59.

<sup>76</sup> Christian Guinchard, « *Les tactiques et stratégies : les paradoxes du soin en addictologie* », 10<sup>ème</sup> colloque du GAFC, 8 mars 2016. L'auteur décrit, lors de cette communication, de façon subtile, le rapport au monde et à son environnement complètement modifié dans le cas d'une situation de précarité.

<sup>77</sup> Schéma des points de rupture en annexe 8.

<sup>78</sup> Cabinet ENEIS, *op.cit.*, p. 105.

des traitements de substitution aux opiacés<sup>79</sup>. En plus de la raréfaction des professionnels médicaux spécialisés, médecins addictologues, vient s'ajouter une hétérogénéité de l'offre selon les territoires. Cela engendre une répartition inégale et une disparité importante en termes qualité de prise en charge<sup>80</sup>. Dans le secteur médico-social, « *les délais d'attente de première consultation sont augmentés et préjudiciables à la continuité de la prise en charge*<sup>81</sup> ». Il est noté une difficulté d'articulation des CSAPA et des structures sociales. D'ailleurs en ce qui concerne le secteur social, il est remarqué que l'environnement est peu adapté à la réussite du parcours d'insertion de l'usager notamment aux prises en charge des personnes souffrant de troubles neurocognitifs. Les associations de bénévoles, association néphalistes par exemple, sont elles aussi réparties de façon inégale et pas assez formées.

En l'occurrence, au travers l'intérêt de mettre en place un parcours de soin spécifique à destination des personnes atteintes de troubles neurocognitifs de plus en plus jeunes, il convient d'être vigilant à ces points de rupture. La coordination entre les différents est centrale dans ce projet. Et, pour continuer à penser construction du dispositif, je propose maintenant d'approfondir les concepts permettant de préciser les points de partage des pratiques nécessaires : mieux comprendre le champ des troubles neurocognitifs liés aux addictions pour construire une réponse adaptée.

## **2.2 Troubles neurocognitifs liés aux addictions : prévenir, évaluer, orienter et « réduire les risques »**

### **2.2.1 Pour approfondir : les troubles neurocognitifs liés aux addictions**

Sans entrer dans une description pour trop neuroscientifique, il convient toutefois de mieux cerner la notion de « fonctions cognitives » directement altérées dans les troubles neurocognitifs. Les fonctions cognitives sont mises en jeu dans les processus de communication, de mémorisation, de concentration, de raisonnement, d'apprentissage, d'intelligence, de résolution de problèmes et enfin de prise de décision. On y retrouve des fonctions telles que la capacité d'attention, la mémoire épisodique et sémantique (mémoire des éléments vécus et des contextes et, mémoire des faits et des concepts), la mémoire de travail (capacité à apprendre, retenir et restituer une tâche). Les éléments liés aux langages y sont également traités : langage oral tels que le décodage, la

---

<sup>79</sup>Deux molécules permettent la substitution neurobiologique des opiacés. Leur fort potentiel psychotrope oblige une réglementation très surveillée quant à la prescription, la délivrance et la dispensation du fait d'un potentiel de trafic et/ou de mésusage ayant des répercussions possiblement létales pour les usagers.

<sup>80</sup>Je fais référence ici aux prises en charge de niveau 2 et 3 du secteur sanitaire.

<sup>81</sup>Agence Régionale de Santé, Plan Régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté, *op.cit.*, p. 213.

compréhension et l'expression et langage écrit comme la lecture et l'écriture. On y retrouve également les praxies (vitesse de traitement de l'information), les gnosies (capacités à percevoir et à identifier les objets), les fonctions de type visuo-spatiales et les fonctions exécutives essentielles dans la planification, l'inhibition, le jugement, la flexibilité mentale et l'autocritique. Les fonctions cognitives sont des fonctions supérieures nous permettant d'être en contact de façon ordonnée et coordonnée avec l'autre, notre environnement et la société. Elles permettent de comprendre le monde et de s'y adapter.

Pour aller plus loin, au niveau anatomique, différentes aires cérébrales sont en jeu dans le fonctionnement cognitif<sup>82</sup>. Schématiquement, le lobe frontal régit les capacités de raisonnement, de planification et de la motricité. Le lobe temporal agit dans le langage, la mémoire et les émotions. Le lobe pariétal commande les perceptions sensorielles et les capacités visuo-spatiales et enfin, le lobe occipital permet les perceptions visuelles<sup>83</sup>. On le voit, lorsque les fonctions cognitives sont atteintes, c'est le fonctionnement dans sa globalité qui est modifié.

En ce qui concerne plus précisément les troubles cognitifs liés aux addictions, les atteintes dues à la consommation d'alcool sont déjà bien décrites. On repère des manifestations de dysfonctionnement chez 50% des patients consommateurs excessifs. 75% d'entre eux souffrent de lésions cérébrales<sup>84</sup>. Les troubles cognitifs liés à l'alcool sont variés. Ils regroupent principalement des altérations sur le plan mnésique (long terme et court terme), visuo-spatial, de la fluence verbale et surtout des atteintes des fonctions exécutives (description du syndrome dysexécutif). L'ensemble de ces dysfonctionnements amènent une défaillance dans la régulation émotionnelle. Les difficultés professionnelles, quant à elles, sont aggravées par l'impossibilité d'analyser et de mettre en œuvre plusieurs consignes données en même temps. L'observation des atteintes est très fréquente cliniquement et visible dans des conditions de groupes comme nous pouvons le retrouver en CSSRA par exemple ou en situation d'insertion professionnelle. Ce qui était d'allure de « refus de soin » n'est alors que l'expression d'une incapacité à comprendre et décortiquer plusieurs consignes. Pour aller plus loin, en ce qui concerne les troubles liés à d'autres substances que l'alcool, « *on retrouve des atteintes des fonctions exécutives et*

---

<sup>82</sup> Collègue des enseignants en neurologie, Sémiologie des fonctions cognitives, [mise à jour le 8/09/2019], disponible : <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/s%C3%A9miologie-analytique/syndrome-myogène-myopathique/syndrome-myogène-myopathique-4>.

<sup>83</sup> Schéma des aires et lobes cérébraux en annexe 10.

<sup>84</sup> Emilie Dumeige, *Les outils de dépistage des troubles cognitifs en addictologie : revue systématique de la littérature*, Thèse pour le doctorat de médecine. Université de médecine Henri Warembourg. [en ligne], 2018 [consulté le 26/04/2019], disponible : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f9b76821-3d54-4913-b25f-12529432b97c>. p.7.

attentionnelles chez les consommateurs chroniques de cannabis. Cette consommation entraîne également des modifications de la structure cérébrale, responsables de troubles cognitifs tels que l'altération de la mémoire de travail et des apprentissages. On retrouve sur le plan anatomique, une diminution du volume hippocampique et de l'amygdale, structures impliquées dans la modulation émotionnelle de la mémoire et le contrôle inhibiteur. De la même façon, la consommation chronique de cocaïne entraîne des altérations principalement attentionnelles, du langage, des fonctions exécutives (notamment le contrôle inhibiteur et la prise de décision) et de la mémoire »<sup>85</sup>.

Par ailleurs, « les troubles évoluent progressivement, selon un continuum du stade « léger », partiellement voire totalement réversible avec l'abstinence, jusqu'au stade « sévère », puis démentiel ou syndrome de Korsakoff, alors devenu irréversible<sup>86</sup> ». La réversibilité des troubles est donc possible s'ils sont traités et pris en compte avant les modifications anatomiques<sup>87</sup>, d'où l'enjeu d'un diagnostic précoce.

En 2013, la classification du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders version 4<sup>88</sup> (DSM) a introduit la notion de « trouble neurocognitif mineur ». La 5<sup>ème</sup> version, version en vigueur, définit le « trouble neurocognitif majeur » à peu près équivalent à la démence de la précédente nomenclature. Il élargit le diagnostic et inclut les troubles cognitifs du sujet jeune, les troubles transitoires et réversibles. Spécifiquement en ce qui concerne l'addiction à l'alcool, le Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière (COOPAH) a décrit trois stades d'évolution : les troubles cognitifs légers dans lesquels une seule fonction est atteinte, les troubles cognitifs modérés dans lesquels deux fonctions sont atteintes, les troubles cognitifs sévères dans lesquels deux fonctions sont atteintes auxquelles s'ajoute un critère clinique parmi l'ataxie (trouble de la coordination et des mouvements d'origine neurologique), la dénutrition et les troubles oculomoteurs. À ce stade, on parle de syndrome de Korsakoff.

Au niveau de la clinique de l'utilisateur, on observe plusieurs phases de prise de décision de l'arrêt ou de changement de comportement vis-à-vis des consommations. Mais ces phases sont entravées par les troubles neurocognitifs eux-mêmes. La première

---

<sup>85</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>86</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>87</sup> Groupe de travail des acteurs de l'addictologie hospitalière, « Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs », in *Alcoologie et addiction*, 2014, n°36, disponible : [https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2014\\_4\\_Troubles-COPAAH.pdf](https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2014_4_Troubles-COPAAH.pdf). p 335-373.

<sup>88</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* traduction française coordonné par M-A CROCQ M-A, GUELFII J-D, Paris : Elsevier-masson, 2015.

des phases est la pré-contemplation. Elle se caractérise par la résistance à reconnaître le comportement comme pathologique. Les altérations de la mémoire épisodique et de la théorie de l'esprit mettent à mal la prise de conscience. La contemplation est le stade où la personne peut avoir conscience que son comportement est pathologique et peut souhaiter le modifier. Mais, pour être en capacité d'évaluer et prendre les décisions, l'intégrité de la mémoire épisodique et des fonctions exécutives sont indispensables, d'où de nouvelles mises en échec possibles. Enfin, la phase dite de préparation est la mise en place de différents processus pour agir sur le comportement de consommation. Souvent, la phase de préparation est rendue possible par l'éducation thérapeutique. Elle fait appel aux capacités de planification, d'inhibition et de prise de décision. Le changement de comportement est mis en place grâce à des stratégies d'abstinence, meilleur remède aux troubles. Mais pour cela, la personne doit pouvoir planifier, raisonner et être critique sur sa situation, et être conscient des atteintes. Le maintien de l'abstinence nécessite l'intégrité des fonctions exécutives. La labilité émotionnelle due aux altérations mais aussi bien souvent au contexte des consommations, vient compliquer le processus de soin. D'où les difficultés relatées par les professionnels. Poursuivre le seul objectif de l'abstinence comme unique traitement possible ne peut que mettre en difficulté la personne atteinte, son entourage et les professionnels. Ce positionnement est idéal mais ne peut s'inscrire en dehors d'une démarche de soins élaborée et structurée. La prise en charge ambulatoire est longue et ne doit pas poursuivre d'autres objectifs que celui du patient. Imposer l'abstinence prédit l'échec de l'accompagnement. Le concept de RdRD nous permet de sortir de cette impasse de l'injonction de l'arrêt total des conduites comme seul recours aux soins. La remédiation cognitive permet, elle, la rééducation des fonctions exécutives et donc l'amélioration de la situation.

### **2.2.2 RdRD et remédiation cognitive : deux leviers de soins**

L'approche exclusive de l'abstinence prônée pendant longtemps comme seule solution à tous les problèmes de la personne souffrant d'addiction, évolue aujourd'hui vers quelque chose de plus réaliste et de plus respectueux du choix de chacun : la RdRD. En effet, si nous nous rappelons la genèse des addictions, le plaisir et l'équilibre psychique sont au cœur de la démarche. Arrêter sur prescription n'est pas aisé. Cela d'autant, que la rechute (nouvelle consommation après un temps d'abstinence) est fréquente et vécue comme un échec supplémentaire. Alors, agir en amont d'une démarche de soin formulée, avant que l'installation des troubles entrave les prises de décisions paraît un objectif à poursuivre. Cela pour limiter et retarder leur apparition. Le concept de RdRD est ancien dans le champ de la toxicomanie : programme d'échange de seringue, prévention des overdoses, actions en milieu festifs, etc. Elle est plus récente dans le domaine de

l'alcoologie. Jean-Pierre Couteron, président de la Fédération Addiction explique que la RdRD « *s'est inventée dans le dépassement de bien des paradigmes qui furent ceux du soin au toxicomane, et notamment de celui de la demande de soin, reprenant le modèle de la demande qui précède l'entrée en thérapie*<sup>89</sup> ».

L'article 3121-4 de la loi 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique explique que « *la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants*<sup>90</sup>. » La RdRD est le socle de l'intervention des CARRUD. Elle est une mission obligatoire des CSAPA avec récemment le développement du concept de « RdRD Alcool ». Le postulat est que l'abstinence ne s'impose pas. L'imposer revient à favoriser le processus de rechutes et la prise de risques sanitaires et sociaux. L'objectif est de réduire la morbidité, d'améliorer l'état de santé, de favoriser l'accès aux soins et la réinsertion sociale, de réduire les nuisances publiques, etc. Le principe de réduction des risques est d'intervenir précocement, avant même l'installation des atteintes. La démarche prend en compte l'environnement réel de l'usager, ses contraintes et ses choix. Elle « *invite à travailler sur les pratiques d'alcoolisation en y intégrant les bienfaits de l'usage, les risques consentis, les dommages identifiés, les modalités de la consommation et les modifications envisageables et surtout les ressources et les compétences de l'usager*<sup>91</sup> ». Dans une logique de prévention, la RdRD s'inscrit dans le concept global de promotion de la santé qui donne à chacun « *les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* »<sup>92</sup>. Promouvoir la santé consiste à permettre de mieux maîtriser les facteurs déterminant et ainsi d'améliorer la santé. Aujourd'hui, la promotion de la santé est essentielle dans pour penser la santé publique. Quant à l'éducation pour la santé, la RdRD y participe. Elle met en œuvre une démarche d'implication de chacun et fournit des éléments de réflexion et d'information adaptés. Cela a pour objectif de renforcer les capacités à prendre des décisions concernant sa santé. Cette définition ne réduit pas la santé à ses aspects

---

<sup>89</sup> Fédération Addiction, Réduire les risques – Éthique, posture et pratiques, av. 2017 [consulté le 10/08/2019], disponible : <https://www.federationaddiction.fr/reduire-les-risques-ethique-posture-et-pratiques-le-guide-est-paru/>. p.4.

<sup>90</sup> *Loi relative à la politique de santé publique*. [en ligne], n° 2004-806, 9 août 2004, [consulté le 10/08/2019], disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>.

<sup>91</sup> Danielle Casanova, « Les tentations de la réduction des risques en alcoologie », *commission des Pratiques Professionnelles ANPA* [en ligne], juin 2012, [consulté le 2/09/2019], disponible : <https://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/anpaa-rrdc-lasers.pdf>.

<sup>92</sup> Organisation mondiale de la santé, « Charte pour l'action, visant la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà » [en ligne], 2 nov. 1986, Ottawa, [consulté le 07/04/2019], disponible : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf).



biomédicaux, elle intègre les dimensions psychologique, sociale et environnementale (développement des compétences psychosociales). La RdRD permet donc la mise en place des stratégies choisies ensemble et s'inscrit dans la lignée de la notion de parcours. Surtout, elle met l'utilisateur au centre de ses choix de santé. C'est une pratique novatrice mais encore trop peu implantée dans les institutions françaises, en retard sur les autres pays, car elle demande aux professionnels un changement de posture. La 26<sup>ème</sup> conférence internationale sur la réduction des risques<sup>93</sup> s'est tenue en avril 2019 à Porto. Elle valide l'orientation en illustrant le nécessaire développement de la politique en matière de Réduction des Risques et des Dommages, notamment par un décloisonnement des pratiques de prévention et de soins. L'enquête de l'OFDT menée auprès des usagers fréquentant les Centres d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers des Drogues (CAARUD) en 2017<sup>94</sup>, explique que l'utilisateur, lui-même demande un accompagnement centré sur la réduction des risques. Car, « *fondée sur une approche pragmatique, dans un souci de respect et de dignité des personnes, la RdRD reconnaît les usagers comme des sujets responsables et citoyens, capables de faire des choix et, pour peu qu'on leur en donne les moyens, de se protéger et de protéger autrui. Il s'agit, dans le non-jugement, d'intervenir le plus précocement possible dans la trajectoire des usagers actifs et d'agir au plus près des usages et des pratiques à risques, tant des substances illégales que de l'alcool*<sup>95</sup> ». Concrètement, les étapes d'une approche de RdRD doivent permettre à l'utilisateur d'identifier et de hiérarchiser les risques, selon les modalités de consommation et le contexte, et repérer les dommages existants. Ensuite, il doit identifier ses compétences et vulnérabilités en s'appuyant plus particulièrement sur son expérience et enfin, sélectionner les risques et les dommages qu'il souhaite réduire. Il s'agit alors d'aider la personne à trouver et s'approprier les moyens d'actions adaptées pour réduire des risques et des dommages ciblés et, de l'accompagner dans l'atteinte de ces objectifs. On dépasse le seul objectif de l'abstinence. La réduction de la consommation et le sevrage peuvent être pertinents pour prévenir ou ralentir la progression de certains dommages, mais tous les usagers n'y sont pas immédiatement prêts. La démarche de RdRD ne se limite pas au seul objectif de réduction de la consommation et propose « une pratique de prévention des risques et de

---

<sup>93</sup> Fédération Addiction, « Retour sur la 26<sup>ème</sup> conférence internationale de RdR 2019 » [en ligne], 24/05/2019, [consulté le 11/06/2019], disponible :

<https://www.federationaddiction.fr/retour-sur-la-26eme-conference-internationale-de-rdr-2019/>.

<sup>94</sup> OFDT, « *profils et pratiques des usagers en CAARUD* », *Tendances* [en ligne], n° 120, 2017, [consulté le 10/08/2019], disponible : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettretendances/profils-et-pratiques-des-usagers-des-caarud-en-2015-tendances-120-octobre-2017/>.

<sup>95</sup> Fédération Addiction, Formation Réduction des Risques et usages de substances psychoactives, 16/08/2018, [consulté le 10/08/2019], disponible : <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/agenda/formation/federation-addiction-formation-reduction-risques-usages-de-substances>.

réduction des dommages par le biais de la gestion d'une consommation contrôlée permet, plus particulièrement en première approche, à un plus grand nombre de personnes de recourir aux soins et de s'y engager<sup>96</sup> ». Les nouvelles thérapeutiques médicamenteuses sont des outils, support à cette démarche. Elles permettent de baisser l'appétence à l'alcool pour une meilleure gestion. Il est incontournable de s'inscrire dans une dialectique de RdRD en ce qui concerne l'approche préventive et l'évaluation des troubles neurocognitifs liés aux addictions. Pour cause, on constate une part importante de « perdus de vue » en ambulatoire et des problématiques d'adhésion aux projets de soins. S'inscrire dans le principe de la RdRD rend possible la construction conjointe, les objectifs réalisables et communs car, on le sait, les altérations cognitives sont impliquées directement dans la rechute.

En ce qui concerne le traitement des troubles, des programmes spécifiques de rémediation cognitive sont établis et animés par des neuropsychologues. « *L'intérêt de la rémediation dans le traitement des addictions est d'améliorer les fonctions exécutives, d'améliorer l'efficacité des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques, de diminuer le craving ([le manque]) et d'améliorer la qualité de vie et l'implication dans les soins*<sup>97</sup> ». La rémediation cognitive vise à développer de nouvelles stratégies cognitives destinées à pallier aux déficits. En pratique, elle utilise des exercices ciblés sur les fonctions altérées : mémoire, attention et fonctions exécutives. Les programmes durent plusieurs semaines. « *Les déficits de cognition sociale peuvent être améliorés par un entraînement à la reconnaissance des émotions à partir de photos, de vidéos et de scénarios sociaux renforçant les habiletés sociales. D'où l'intérêt de développer des centres d'expertise d'évaluation exhaustive des déficits cognitifs*<sup>98</sup> ». Mais, la rémediation cognitive est réputée efficace à distance des consommations et devrait s'inscrire dans le cadre d'une abstinence. Elle vient en deuxième intention alors que l'utilisateur est entré dans un processus de soin à part entière.

Pour autant, il n'est pas exclu de réfléchir à la mise en place de groupes de rémediation au départ de l'ambulatoire. Aujourd'hui de tels groupes n'existent qu'à

---

<sup>96</sup> Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, *RDR Alcool Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool*, 2012, ANPAA, p.20.

<sup>97</sup> ADMINCINGRES. Troubles cognitifs dans les addictions : fréquents, ils justifient une rémediation cognitive. [en ligne] in New letter, 2014, Nantes, [consulté le 19/08/2019], disponible : <http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/troubles-cognitifs-dans-les-addictions-frequents-ils-justifient-une-remediation-cognitive/>.

<sup>98</sup> Sébastien Chary, Troubles cognitifs dans l'alcool dépendance : évaluation et rémediation, 2019, [consulté le 10/08/2019], disponible : <https://www.congresfrancaispsychiatrie.org/category/newsletter/>.

distance des consommations. Mais, la remédiation cognitive ne peut-elle pas avoir une efficacité dans le cadre de la consommation contrôlée ? Cela n'a pas encore fait l'objet d'étude. On voit alors l'enjeu de la RdRD. Tout est encore à mesurer, le recul sur la question est moindre. Mais subsiste le problème de l'amont : le repérage, le dépistage et l'évaluation. La prise en compte en amont et si possible précocement, est un des leviers de la réussite des accompagnements.

### **2.2.1 Repérage, évaluation initiale et diagnostic**

Le dépistage doit permettre de dépasser le pressenti et de légitimer l'orientation auprès d'un neuropsychologue par exemple. Les outils de dépistage doivent idéalement être rapides d'utilisation, avoir un score facile à établir et bien sûr, être validés. Il existe bon nombre de tests de dépistage. Je nommerai les trois plus classiques et faciles d'accès aux professionnels. D'abord, l'HAS, dans sa réponse à la saisine du 30 octobre 2014<sup>99</sup> préconise l'utilisation du Mini Mental Status Examination (MMSE). Mais, d'autres outils tels que le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ou le Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment (BEARNI) permettent également d'établir une évaluation fiable et rapide. Ce sont des outils courants et connus des professionnels. Leur utilisation nécessite une formation simple et rapide elle aussi. Si, à la lumière des résultats, la probabilité d'atteintes est forte alors, il faut avoir recours à une évaluation diagnostique complète auprès d'un neuropsychologue. Le neuropsychologue est compétent pour traiter le sujet. Le diagnostic pour être complet, doit être complété d'un scanner cérébral. Mais, les batteries neuropsychologiques nécessitent du temps et des moyens. La compétence n'est pas encore répandue et l'accès aux praticiens hospitaliers, en service de neurologie, reste limité.

Lorsqu'on doit se poser la question de savoir à quel moment il est opportun de procéder à ce type de dépistage, il semble intéressant de se rapprocher du concept de repérage précoce. Le repérage précoce intervient avant même que les dommages ne soient symptomatiques. Il est primordial en médecine de ville, dans les réseaux ambulatoires spécialisés en addictologie (CSAPA et CARRUD) ou encore aux détours d'hospitalisations. Le rapport de l'OFTD publié en avril 2005 relate l'étude menée auprès de 300 médecins libéraux de Bourgogne. Ils s'y sont questionnés sur la place qu'ils

---

<sup>99</sup> Haute autorité de la Santé, « Identification des troubles amnésiques et stratégie d'intervention chez les seniors de 70 ans et plus », *Procès-verbal de la séance du Collège délibératif du 10 décembre 2014 – Approuvé à la séance du Collège délibératif du 7 janvier 2015*, [en ligne] 10 déc. 2014, [consulté le 28/06/2019], disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/proces-verbal\\_college\\_deliberatif\\_du\\_10\\_decembre\\_2014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/proces-verbal_college_deliberatif_du_10_decembre_2014.pdf). p.18.

pensent avoir dans le repérage des conduites addictives. L'enquête a montré que les médecins considèrent être de bons vecteurs de prévention mais qu'ils se sentent souvent désarmés pour intervenir auprès des patients ayant des problèmes d'alcool<sup>100</sup>. Ainsi, et dans le cadre d'une relation privilégiée, souvent installée dans le temps, les médecins généralistes sont bien les premiers concernés par le repérage. Porte d'entrée aux soins, ils doivent pour autant être formés à reconnaître la symptomatologie des troubles pour mieux orienter.

Lorsque la personne est accueillie en CSAPA, les premières rencontres sont consacrées à affiner l'évaluation. L'évaluation de la situation d'addiction est complétée d'un bilan de la situation de santé et de la situation sociale (justice y compris). C'est l'évaluation globale qui permet ensuite de construire ensemble le projet de soins individualisé. Nous avons compris à quel point les addictions touchent l'ensemble des dimensions d'une personne : sa santé psychique, physique, son environnement, son rapport au travail, son rapport à la société, etc. L'ensemble des dimensions d'une vie et de la qualité de vie sont en jeu. Pour permettre à la personne consommatrice de s'engager dans des stratégies de changement et s'inscrire dans une démarche de RdRD, l'évaluation globale est un outil indispensable. Elle fait partie des protocoles d'accueil des bénéficiaires. Des outils comme l'*Addiction severity index* (ASI) ou la *Measurements in the addictions for triage and evaluation* (MATE) peuvent être utilisés comme guides. Ils s'utilisent dans la pratique clinique quotidienne, pour l'évaluation et l'orientation des patients. Flexible, la MATE permet « *une évaluation du fonctionnement social et personnel du patient, ainsi que des facteurs environnementaux ayant une influence sur les comportements addictifs du sujet. À l'heure du développement de programmes de réhabilitation psychosociale en addictologie, la MATE pourrait ainsi devenir un outil incontournable de l'évaluation longitudinale des patients et de leur évolution globale*<sup>101</sup> ». L'évaluation globale initiale peut systématiquement être complétée de la passation d'un test de dépistage des troubles neurocognitifs. Ce complément d'information semble devenu nécessaire pour affiner le projet de soins et notamment, l'orientation socioprofessionnelle.

---

<sup>100</sup> Cristina Diaz Gomez et Maitena Milhet, « Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes », *OFDT*. [en ligne], av. 2005, [consulté le 18/08/2019], disponible : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2005/strategies-de-promotion-du-reperage-precoce-et-de-lintervention-breve-en-matiere-d-alcool-aupres-des-medecins-generalistes/>. p. 65.

<sup>101</sup> GALLAND Daniel., / (éd.), « La MATE-Fr. Introduction à la version française d'un instrument d'évaluation globale en addictologie », *Alcoologie et Addictologie* [en ligne], vol.40, n°2, 2018, [consulté le 16/08/2019], disponible : <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/738>. pp.140-148.

Enfin, le plan national de mobilisation contre les addictions<sup>102</sup>, reprend l'ensemble de ces réflexions et demande d'« *élaborer les programmes de prévention, de repérage et d'accompagnement des addictions sur un mode « inclusif », c'est à dire « accessibles à tous»* (objectif n°8.1). C'est dans ce sens que les actions coordonnées au niveau du département doivent être élaborées. Ces actions doivent par ailleurs, répondre à la réalité des territoires être utiles et efficaces. Ce sont les besoins des bénéficiaires, de leurs familles mais aussi des professionnels qui animent la démarche. Je propose de m'attacher maintenant à comprendre au mieux les besoins des uns et autres sur la question de la prise en compte des troubles neurocognitifs liés aux addictions.

## **2.3 Retours du terrain pour l'élaboration du projet**

### **2.3.1 Les leviers d'accompagnement des troubles neurocognitifs liés aux addictions dans le Jura**

Dans le Jura, le PRS BFC vise à définir une meilleure couverture des territoires de des zones dites « zones blanches ». Il prévoit également une meilleure articulation entre les acteurs de l'ensemble des secteurs du fait du « *chevauchement et une redondance des dispositifs proposés par les organismes gestionnaires du Jura, notamment l'ADLCA et Oppélia (permanences et consultations avancées proposées dans les mêmes communes), des moyens humains à mobiliser de manière la plus efficace possible pour assurer une couverture efficace du territoire*<sup>103</sup> ». La sectorisation de l'offre ambulatoire en addictologie décidée en 2018 a permis de répondre partiellement. Elle a surtout permis la pacification des relations. La clarification apportée, imposée pour être plus juste, permet aujourd'hui de sortir de l'ambiance concurrentielle. Il est devenu maintenant possible d'avoir une vision départementale de l'organisation de l'offre et d'« articuler les acteurs ».

L'étude préparatoire au PRS montre que Oppellia-Passerelle 39 et le Centre Briand se sont engagés dans la RdRD, d'où l'enjeu de partage de compétences. De même, le Centre Briand poursuit un programme d'éducation thérapeutique du patient. Au niveau régional, 64% des CSAPA attribuent systématiquement un référent de parcours et 30% l'identifient au cas par cas. L'harmonisation des pratiques est donc un levier d'améliorations de l'offre faite aux bénéficiaires. À noter que à eux trois, les CSAPA du Jura comptent 35,85 ETP.

---

<sup>102</sup> Mission Interministérielle de Lutte Contre les drogues et Conduites Addictives, *op.cit.*

<sup>103</sup> Cabinet ENEIS, *op.cit.*, p. 44.

À l'heure actuelle, nous pouvons projeter les futures indications de prise en charge faites par les CSAPA du département eux-mêmes, selon le territoire de provenance de la personne concernée ou encore la structure sanitaires de l'ADLCA. D'autres partenaires comme les services sociaux du département (assistants sociaux de secteur) sont susceptibles de repérer les situations nécessitant l'intervention spécialisée en addictologie et en neuropsychologie. Les autres partenaires sont les structures de la coordination : MAIA et ARESPA. Les CLS et le CLSM sont également des partenaires privilégiés tout comme le CHS et les centres hospitaliers généraux. Ensuite, le secteur de l'accueil et de l'hébergement d'urgence sont également concernés (CHRS, accueil d'urgence). En ce qui concerne les plus jeunes, les partenaires de l'éducation nationale, des organismes de formation et la mission locale pourront solliciter des interventions. Enfin, les acteurs de l'insertion socioprofessionnelle seront aussi des adresseurs potentiels.

En ce qui concerne les orientations en amont et lorsque la situation n'est plus compatible avec des conditions d'accompagnement ambulatoire, il y a quelques possibilités. D'abord, et à condition que la personne atteinte de troubles neurocognitifs s'engage dans les soins et soit prête à faire l'expérience de l'abstinence, elle pourra alors bénéficier des programmes de remédiation cognitive proposés à la structure sanitaire de l'ADLCA. Cette prise en charge est mise en place dans le cadre des sevrages et des soins de suite. Ensuite, si la situation de santé ne permet plus le maintien au domicile, deux Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) (cérébraux lésés et troubles psychiatriques) proposent des accueils temporaires et pour l'une d'entre elle, une possibilité d'accueil de jour. Le Jura bénéficie au total de cinq MAS et de cinq FAM. Les solutions d'hébergement sont complétées par neuf foyers d'hébergement et dix foyers de vie. Pour le soutien par le travail, il y a sept ESAT, huit chantiers d'insertion. Enfin, sept SAVS et quatre Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) complètent l'offre.

Mais l'objectif est de maintenir la cohérence dans les accompagnements. Alors, la coordination l'ensemble des acteurs est un levier. L'articulation institution – domicile est un levier d'amélioration des prises en charge : dans le cadre du maintien de l'autonomie avec l'appui sur les services d'aide à domicile (SAVS ou SAMSAH) et/ou de l'amélioration des accompagnements en apportant l'expertise aux établissements d'hébergement, d'aide par le travail, les chantier d'insertion.

Un entretien téléphonique à l'initiative de la coordinatrice de la PTSM le 11 juillet 2019, est venu de confirmer la pertinence de la coordination *via* la plateforme. En

cohérence avec l'ARS, elle a pu m'expliquer que l'enquête menée auprès des acteurs pour établir le diagnostic de départ de ce travail, avait soulevé la problématique et mis en lumière non seulement les difficultés mais aussi les manques et les possibilités de réponse. Car, devant la situation frontière entre addictologie et psychiatrie, la concertation et la transversalité sont de mise. Il est donc prévu que le projet d'organisation d'un parcours de soins pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs liés aux addictions soit un des axes de travail du « groupe adulte » de la PTSM. Il s'agit alors d'apporter l'expertise des bilans neuropsychologiques, du décodage symptomatologique et de l'addictologie. Le CSAPA ADLCA est identifié comme porteur et devient le pivot de la transversalité. La coordination permet de nouveaux liens partenariaux pour améliorer la fluidité des accompagnements et dans le même temps, elle vient asseoir le CSAPA dans sa spécialité et sécuriser la structure.

D'autre part, toujours dans le souci d'atténuer les ruptures de parcours et d'éviter les « perdus de vue », le travail avec acteurs de la justice et du carcéral est indispensable. On le sait, les conditions d'une incarcération sont finalement propices à l'évaluation et la mise en place de groupe de remédiation cognitive. L'abstinence d'alcool est obligée par les conditions de détention, même si les stupéfiants arrivent, eux, à entrer d'où des initiations ou des rechutes. Enfin, le Groupement d'addictions Franche-Comté (GAFC) est un groupement régional de coopération sociale et médico-sociale créé en 2011. Il a pour mission d'être l'interlocuteur unique et privilégié des instances et des différents partenaires institutionnels en matière d'addictologie. Il soutient notamment les professionnels par la proposition de formations spécifiques en addictologie et organise des colloques et évènements particuliers dans la région. Le GAFC est actif et, est un outil précieux pour nous, spécialistes tant pour la formation de nos professionnels que celle de nos partenaires. Le GAFC peut être l'allié des formations aux professionnels de première ligne (les médecins généralistes) et/ou être vecteur de la communication du projet. Pour poursuivre cet état des lieux des besoins et des nécessités, il est intéressant maintenant de mesurer le coût financier que les troubles neurocognitifs liés aux addictions peuvent représenter.

### **2.3.2 Le coût social des drogues**

Dans le coût social des drogues, paru en décembre 2015, Pierre Kropp assimile à : « autres maladies engendrées par l'alcool » celles dues au « *diabète de type 2, l'encéphalopathie de Wernicke, les maladies mentales dues à l'alcool, la dégénérescence du système nerveux due à l'alcool, l'épilepsie et le mal épileptique, la polynévrite alcoolique* ». Il explique que « *l'évolution des patients souffrant de ces maladies est très*

hétérogène. La consultation de la littérature aide peu à attribuer une espérance de survie unique. On retiendra 15 ans, ce qui correspond au cas des dégénérescences des maladies nerveuses. Il serait logique de prendre en compte les handicaps engendrés par les accidents graves mais non mortels liés à l'alcool. Par définition, les « maladies inconnues » engendrées par l'alcool sont mal documentées. On ignore la durée de la survie après le diagnostic et on suppose qu'elle est courte<sup>104</sup>». On le constate encore, la quantification statistique reste complexe et finalement peu précise. Mais, l'auteur fait une estimation des maladies dégénératives et autres démences. Il les porte à 8 % du total des maladies en France dues à l'alcool soit 4076 décès et 607537 malades par an. L'âge des décès est estimé quant à lui à 54 ans. Comme il l'énonce plus haut, Pierre Kropp donne une durée de vie en traitement de 15 ans pour ces patients. Le traitement étant alors l'abstinence dans le cadre d'un hébergement ou probablement d'un placement. Pour chacun de ces patients, Pierre Kropp estime à 26 le nombre d'années de vies perdues, soit un total de 105976. Le coût estimé de perte de production est alors de 1309 millions d'euros. Dans le Jura, la mortalité liée à l'alcool (toute cause confondue) est comprise entre 7,5 et 7,8 pour 10000 habitants<sup>105</sup>.

Dans le Jura, 124 hospitalisations complètes en psychiatrie pour troubles dus à l'alcool et 195 séjours en hospitalisation complète pour un motif d'alcoolisation aiguë ont été comptabilisées en 2015<sup>106</sup>. Malgré mes recherches, je n'ai pas pu obtenir d'estimation suffisamment précise et fiable du coût des soins lors qu'il s'agit d'orientation pour troubles neurocognitifs liés aux addictions. Cela, sans doute du fait de l'absence d'identification diagnostique. Mais, l'animatrice locale de santé du bassin lédonien de me redire que « le mot d'ordre est l'ambulatoire » car moins coûteux. On le voit, l'appui sur des éléments quantifiés pour préciser les modalités d'élaboration du projet n'est pas précise ni fiable car les indicateurs ne sont pas définis au préalable. Alors, pour compléter l'approche quantitative, j'ai souhaité préciser les choses de la voix de l'utilisateur en cherchant à qualifier les besoins. Mais là aussi, au risque d'induire des biais de recueil, il m'a fallu revoir ma porte d'entrée et centrer mon enquête sur l'estimation des professionnels.

---

<sup>104</sup> Pierre Kopp, « Le coût social des drogues en France », *Focus - Consommations et conséquences OFDT* [en ligne], déc. 2015, [consulté le 11/08/2019] Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>. p 38.

<sup>105</sup> ORS BFC, ARS BFC, *op.cit.*, p.8.

<sup>106</sup> ORSBFC, ARS BFC, *op.cit.*, p.6.



### 2.3.3 Le besoin des usagers à travers l'estimation des professionnels

L'évaluation des besoins par les usagers et leurs familles serait venue compléter ce diagnostic. Toutefois, devant l'anosognosie induite par les troubles, ajoutée aux mécanismes de défense de déni inhérent à la situation psychologique de personne souffrant d'addiction, j'ai préféré questionner les professionnels et recueillir une estimation du besoin des usagers. Ce choix a été fait pour éviter des biais de recueils. Ainsi, en collaboration avec mes collègues directrices, un questionnaire<sup>107</sup> a été proposé aux professionnels des trois CSAPA du Jura.

Les professionnels constatent la présence de patients ayant des troubles neurocognitifs dans leur file active. Oppellia-Passerelle ne se prononce pas, de façon empirique, sur l'augmentation du nombre de situations. Les freins et difficultés relatés sont : le suivi aléatoire, l'absence de surveillance de l'évolution des troubles, l'accès aux soins difficile, le besoin d'aide à la vie quotidienne et les difficultés dans les démarches administratives. Lorsque des troubles neurocognitifs sont pressentis, Oppellia-Passerelle<sup>39</sup> a mis en place une organisation interne : les professionnels orientent systématiquement l'utilisateur vers la psychologue qui procède à un test de dépistage : le BEARNI. La suite est plus complexe avec des tentatives d'orientation auprès d'un neuropsychologue pour un approfondissement du bilan. Mais, comme le rappelle la directrice de la structure : « rien ne sert de dépister si la chaîne de prise en charge n'est pas en place ». Les professionnels se rapprochent alors du CHS du Jura, du Centre Médico-Psychologique (CMP) pour les orientations. Certains ont tenté une orientation vers les ateliers mémoire du Centre Hospitalier de Lons-le-Saunier mais l'observance est moindre. De même des orientations auprès de neuropsychologues libéraux ont été pensées mais posent la question du coût et de la prise en charge financière du bilan. Tous les professionnels estiment la mise en place d'une organisation départementale pertinente. Mais il est question de la liberté de choix des outils de dépistage, et peut-être alors de l'identité de chacune des structures. Un répertoire commun des neuropsychologues présents sur le département et des possibles orientations de prise en charge est par ailleurs souhaité. Enfin, et particulièrement pour le Centre Briand et CSAPA ADLCA, l'organisation serait d'autant plus intéressante si elle permet des questionnaires communs et un protocole d'intervention coordonné. L'implication des médecins et la prescription médicale des orientations sont également pointées.

---

<sup>107</sup>Exemplaire du questionnaire aux professionnels des CSAPA du Jura en Annexe 11.

Pour les trois structures, cette organisation doit permettre la formation des professionnels à l'évaluation, à la reconnaissance des troubles, aux données étiologiques, aux tests de dépistage et la connaissance des outils MoCa et BEARNI. Les professionnels ont également besoin d'affiner leurs compétences quant à la prise en charge des familles et de l'entourage. L'idéal est qu'un neuropsychologue soit à disposition pour procéder aux bilans complémentaires. Il est également souhaitable que des relais soient créés entre les trois CSAPA et finalement, les différents territoires du département. Toujours selon professionnels, la compétence d'un médecin psychiatre est attendue et des réunions communes de concertations entre les structures doivent être organisées.

Ainsi, l'organisation départementale d'un parcours de soins dédié aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs liées aux addictions est non seulement possible mais souhaitée et attendue. L'amélioration des prises en charge permettra une fluidification des parcours, des orientations plus justes et des bénéfices certains pour les usagers en termes d'insertion sociale. Au-delà, la mise en place de cette organisation semble être de nature à permettre un rapprochement des trois CSAPA, historiquement isolés les uns des autres. Ce rapprochement est une opportunité de mise en cohérence des pratiques, de coordination et surtout d'inscription d'une vision départementale de l'offre en addictologie. En cohérence et dans les orientations stratégiques définies suite au diagnostic régional, c'est un vecteur de qualité de travail et de mise en sens des pratiques de chacun. Les bénéfices « secondaires » pour le CSAPA ADLCA ne sont pas à négliger. A ce stade du travail, il est maintenant possible de préciser la réponse à apporter et de définir les modalités d'organisation incontournables pour mener à bien ce projet. La projection ne peut pas être exhaustive car, la mise en œuvre concrète du projet et sa finalisation ne peut pas être réalisée en dehors du collectif de partenaires. Pour autant, je propose en troisième partie de ce travail, de circonscrire les grands axes de l'organisation en définissant le projet, son cadre éthique, la forme juridique qu'il pourrait prendre et les solutions de financements dont nous disposons. Ensuite, le plan d'action décrira l'estimation des moyens nécessaires au projet, le management de sa mise en œuvre, la communication et bien sur les modalités d'évaluation incontournables à l'ajustement.

### **3 L'expertise et la coordination : leviers de l'organisation d'un parcours spécifique**

#### **3.1 Un dispositif expérimental support à l'articulation des acteurs**

##### **3.1.1 Quelle réponse pour quels objectifs ?**

La réponse et la mise en place d'un parcours de soins à destination des personnes atteintes de troubles neurocognitifs liés aux consommations intègrent la double problématique de la clinique et de l'institutionnel. D'une part, nous sommes devant le besoin d'amélioration de l'offre et de la fluidité des prises en charge pour les bénéficiaires comme pour les professionnels de l'accompagnement. D'autre part, nous devons répondre à la nécessité d'articulation des acteurs de la prise en charge ambulatoire en addictologie et faire suite aux consignes de l'ARS. Alors, nous pouvons dégager trois clés de lecture : celle du public, celle du territoire et celle de l'institution. D'abord, en ce qui concerne le public, il est question de l'amélioration de l'offre à destination de bénéficiaires non encore ciblés par les politiques publiques. La proposition d'organisation d'un parcours de soin spécifique doit apporter la plus-value et la double expertise de l'addictologie et des troubles neurocognitifs quand ils sont dus aux consommations. Elle doit venir compléter et améliorer les accompagnements des personnes atteintes et leurs prises en charge par les dispositifs de coordination présents sur le territoire : MAIA et ARESPA. Plus encore, l'organisation doit être une ressource pour l'ensemble des partenaires de l'amont comme de l'aval. Elle doit s'attacher à fluidifier les parcours *via* la facilitation du dépistage, la possibilité du diagnostic et l'adaptation des orientations.

En ce qui concerne le territoire, la sectorisation de la prise en charge ambulatoire décidée par l'ARS, a pour objectif d'assurer une meilleure couverture de l'offre, sans chevauchement ni zone blanche et, de permettre l'articulation entre les CSAPA du département. Il est question de la coordination de l'action c'est-à-dire d'un accompagnement global et cohérent, s'inscrivant dans une culture commune. L'enjeu est de développer des pratiques partagées et le transfert de compétences. Il faut de se mettre d'accord sur l'évaluation globale, les modalités de repérage mais aussi la coordination des prises en charge en termes notamment, de projet personnalisé. Nous avons à dépasser les rivalités passées pour s'inscrire dans le « travailler ensemble » au bénéfice

de l'utilisateur : « élaborer en commun » c'est-à-dire collaborer pour pouvoir « travailler en commun » c'est-à-dire coopérer<sup>108</sup>.

Enfin, la question institutionnelle revêt l'enjeu de la pérennisation *via* d'une part, la complémentarité et la cohérence des propositions de chaque CSAPA dans son territoire d'affectation, et, d'autre part, la spécialisation de l'un ou de l'autre dans ses compétences historiques. « Coexister et continuer à être identifié spécifiquement mais en mutualisation des ressources (humaines, matérielles et financières)<sup>109</sup> », c'est le principe de la « coopération ». La stratégie que j'adopte alors, en tant que directrice du CSAPA ADLCA, est de s'inscrire à la fois dans l'innovation et la spécialisation et dans la coordination de l'offre comme un levier coopération et d'harmonisation des pratiques.

Ainsi, au regard de l'enquête menée, je propose de mettre en place, une équipe mobile expérimentale et experte de la question des troubles neurocognitifs liés aux addictions, au départ du CSAPA ADLCA. Dédiée et spécialisée dans le dépistage, le diagnostic et l'orientation des personnes atteintes, elle aura un rayonnement départemental. Ces missions seront d'améliorer le repérage par la formation et l'information aux partenaires, d'accompagner les évaluations et de conduire les diagnostics dans le but d'adapter les orientations et de promouvoir le maintien à l'autonomie. Elle s'inscrira dans le cadre de la réduction des risques et des dommages. Mobile, elle se rendra au plus près du public dans l'objectif de poursuivre le principe de « l'aller vers » pour faire face aux inégalités sociales et de territoire : accès à la mobilité, situation de précarité. Elle aura donc une action au domicile comme auprès des structures d'hébergement et d'accueil. Son champ d'intervention sera, à la fois, les prises en charge dans les trois CSAPA du département, mais aussi, la complémentarité de l'accompagnement en structure d'hébergement et/ou au domicile. C'est là la plus-value de cette équipe : apporter la complémentarité de l'expertise au plus près du terrain. Ses objectifs seront :

- D'apporter une expertise addictologique, psychiatrique et neuropsychologique et, de développer les ponts indispensables entre ces trois spécialités.
- De s'inscrire dans le transfert de compétence pour le dépistage, le repérage et à l'évaluation.
- De créer un réseau partenarial.

---

<sup>108</sup>Olivier Bernard, *Sémantique du management : le pouvoir des mots dans la gouvernance*, 2018, Versailles : Val Press, p.70.

<sup>109</sup> *Ibid.*

- D'assurer la coordination des prises en charge spécifiques et la complémentarité des accompagnements.
- D'apporter des solutions d'orientation adaptées.
- De s'inscrire dans une action coordonnée et une pratique partagée, notamment en ce qui concernant la réduction des risques et des dommages.
- Enfin, de veiller à la bonne coordination des prises en charge.

Mais, à elle seule, la création d'une équipe mobile n'est pas la réponse à l'organisation nécessaire d'un parcours de soins spécifique pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs dans le Jura. La structuration de l'expertise ne peut pas se penser en dehors de la coordination de l'action à l'échelle du territoire. C'est la coordination des interventions et l'articulation des connaissances et compétences qui permettront l'émergence du parcours et la cohérence des accompagnements. Henry Mintzberg nous rappelle que les mécanismes de coordination sont « *l'élément fondamental qui maintient l'ensemble des parties de l'organisation*<sup>110</sup> ». Cela fait appel à la dimension de pilotage du projet.

Deux niveaux de pilotage sont à dégager : d'abord le pilotage stratégique ensuite, le pilotage opérationnel. Le pilotage stratégique : c'est l'instance de décision. Dans le cadre de la conduite de projet, ce volet est privilégié pour un projet à long terme avec une faible visibilité et mené dans un contexte aléatoire. Le comité de pilotage stratégique de ce projet s'attache à permettre l'articulation entre les trois CSAPA d'une part et, avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge départementale d'autre part. Son objectif est de définir la politique de mise en œuvre de l'action coordonnée. Il s'articule avec la PTSM et se définit sur le principe de la coresponsabilité. Il sera composé :

- Des directrices des trois CSAPA du Jura : pour développer le niveau d'expertise, articuler les interventions et harmoniser l'offre sur les territoires.
- De la coordinatrice de la PTSM : pour assurer l'interface avec la plate-forme et garantir la bonne coordination entre acteurs.
- De l'animatrice locale de santé : pour permettre l'ajustement au plus près des problématiques des territoires et l'interface avec la déclinaison de la politique régionale de santé.

---

<sup>110</sup> Henry Mintzberg, *Structure dynamique des organisations*. 2014. Paris : Eyrolles, p.25.

Le pilotage opérationnel est quant à lui, commun aux trois structures. Il déploie les axes de la coordination en définissant les modalités de mise en œuvre des actions, de partage et d'harmonisation des pratiques. Il définit les méthodes de travail et les modalités d'interventions, par exemple : l'harmonisation des protocoles d'accueil et de l'évaluation globale. Il est structuré sous forme de groupe projet. Idéalement, le groupe de pilotage opérationnel est composé des membres de l'équipe mobile et d'un représentant infirmier, éducateur spécialisé, agent d'accueil de chacun des trois CSAPA. Devant les difficultés de présence médicale et spécifiquement de la compétence d'addictologue dans les structures, je propose qu'un unique représentant médical soit identifié. Pour l'heure, seul Oppedia-Passerelle<sup>39</sup> bénéficie d'un ETP de médecin addictologue. Peut-être pouvons-nous cibler l'option de la présence de ce médecin qui, par ailleurs, connaît bien les liens avec le sanitaire pour avoir travaillé à la structure sanitaire de l'ADLCA. Dans la cohérence de spécialité et la responsabilité d'employeur, je propose que le responsable du groupe projet, comité de pilotage opérationnel, soit l'éducateur spécialisé du CSAPA ADLCA. Pour cause, il fait déjà partie du CLS et du CLSM et, à ce titre, il est identifié par les partenaires. Par ailleurs, il connaît parfaitement les enjeux des partenaires, leurs contraintes et les rouages des accompagnements sur les différents territoires. De surcroît, il est en passe de terminer une formation CAFERIUS et ce pilotage est une opportunité de valorisation des acquis.

Finalement, Henry Mintzberg explique que «  *cinq mécanismes de coordination paraissent suffisants pour expliquer les moyens fondamentaux par lesquels les organisations coordonnent leur travail : l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédures, la standardisation des produits et la standardisation des qualifications* <sup>111</sup> ». Dans le contexte départemental particulier à l'offre ambulatoire en addictologie, il est important de circonscrire les acteurs en présence, leurs champs d'intervention et les processus de mise en place de l'action coordonnée. Alors, le rôle de chacun, ses missions, ses responsabilités, et les limites de son champ de compétence doivent être précisés. L'implication des usagers, de leurs familles et des partenaires doit être envisagée. L'idée de la coordination mais aussi de la coresponsabilité pose la question de l'éthique qui codifie l'organisation de ce parcours.

### **3.1.2 Cadre éthique : entre identité, construit commun et utilité sociale**

La « coopération » s'inscrit ici dans un contexte de rivalité encore bien trop récent : chevauchement des actions questionnant la place de chacun sur les territoires et, en toile

---

<sup>111</sup> Mintzberg Henry, *op.cit.*, p.19.

de fond, pérennité des financements. Ce terme de « coopération » revient sur la scène du médico-social avec les conclusions de Pierre Pribile dans le rapport paru en 2018, sur l'organisation territoriale de l'offre de santé<sup>112</sup>. Olivier Bernard est critique sur la question. Pour lui c'est une politique qui « *prend au secteur concurrentiel ce qu'il a de plus conflictuel et inhumain pour l'appliquer, sans préparation à des organisations de type associatif ou humanitaire*<sup>113</sup> ». Bien qu'à mon sens cela inscrive les structures dans la dynamique de l'innovation et le souci de la cohérence de l'offre, il est rassurant pour tous de définir un socle éthique à ce projet, et cela, du fait de l'histoire notamment. Pour reprendre la proposition de Pierre-Olivier Monteil, il est question « *d'une éthique du management par le consentement*<sup>114</sup> ». Ce qui est possible en « *tissant patiemment de l'unité, et en conjoignant, dans les relations managériales, les thématiques de l'un et de l'autre, de l'identité et de l'altérité*<sup>115</sup> ». La temporalité est la pierre angulaire de cette construction. Le temps de l'échange et de la confrontation permet alors les ajustements mutuels dont parle Mintzberg. Discuter, échanger, argumenter et enfin tomber d'accord, c'est-à-dire trouver un consensus qui convienne à chacun. Ce « *temps de la relation [...] comprise comme étant une aventure impliquant un déroulement*<sup>116</sup> », est nécessaire pour créer un commun. Je nomme ici « le commun » par analogie aux nœuds borroméens de Jacques Lacan. Nouer ensemble avec l'identité propre à chaque structure, dans sa réalité (ses enjeux actuels), sa symbolique (son histoire) et son imaginaire (sa représentation) pour construire un nouvel espace commun. Ce nouvel espace est alors propre au projet, dans sa temporalité. C'est la « *dialectique d'une consistance commune dans une hétérogénéité néanmoins radicale*<sup>117</sup> ». Ainsi la mise au travail de la construction de cet espace nouveau demande de prendre en compte l'identité de l'autre afin de pouvoir créer un sentiment « d'ensemble », de « commun » et donc, *in fine* d'appartenance. C'est une des responsabilités du pilotage stratégique du projet. Pour reprendre Pierre-Olivier Monteil et la question du management consenti, il ne peut pas s'inscrire dans une marche forcée et doit pouvoir laisser chacun penser ses capacités et ses limites face au projet. Mise en perspective avec les capacités et limites de l'autre, « *le dépassement par la narration des difficultés liées à l'identité confrontée au projet montre qu'il nous est possible, par l'intrigue, qui enchevêtre diversité des péripéties et unité de sens, de conjoindre en nous-mêmes de l'identité et de l'altérité. C'est à dire que la prise en compte*

---

<sup>112</sup> Pierre Pribile et Norbert Nabet, Rapport final - Repenser l'organisation territoriale des soins. [en ligne], 18/09/2018, [consulté le 20/08/2019, disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_organisation\\_territoriale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf).

<sup>113</sup> Olivier Bernard, *op.cit.*

<sup>114</sup> Pierre-Olivier Monteil, *Éthique et philosophie du management*, 2016. Ères : Toulouse. p. 24.

<sup>115</sup> *Ibid.*, p. 30

<sup>116</sup> *Ibid.*, p. 144

<sup>117</sup> Roland Chemama et Bernard Vandermessch, *Dictionnaire de la psychanalyse*, 1998, Larousse. Paris. p. 279

de l'autre n'a rien d'une greffe artificielle car elle trouve en chacun de nous une structure d'accueil<sup>118</sup> ». Une charte éthique impulsée par le groupe de pilotage stratégique est un des outils. Elle s'adresse aux structures pilotes et concerne l'ensemble des partenaires. Les valeurs et les grands principes du projet ainsi discutés et identifiés borneront le commun à construire.

La première des valeurs qui peut être identifiée est « de ne pas nuire » et le principe de la RdRD. En effet, l'inscription des professionnels dans une dialectique de RdRD est indispensable à ce projet. En effet, nous l'avons vu, les sevrages à répétition sont toxiques et entament la plasticité neuronale (atteintes des fonctions exécutives). Pas assez préparé, parfois pas réellement demandé, le sevrage et la proposition d'un arrêt total des consommations sont le plus souvent synonymes de rechutes. Les rechutes impliquent le sentiment d'échec et une reprise importante des consommations en très peu de temps. Ainsi, en correspondance avec du travail mené dans le domaine de la prévention, il est primordial de « ne pas nuire ». Cela s'impose d'être transposés au soin et la RdRD. Il est question ici d'un transfert de connaissance et de compétences. Oppellia-Passerelle 39 est ressource car déjà inscrit dans cette culture.

Mais, « ne pas nuire » doit également s'adresser aux professionnels. La prévention des risques psycho-sociaux liés à l'organisation de travail impose aussi une réflexion en amont de l'aménagement des conditions de travail. Toute nouvelle organisation, si elle n'est pas comprise et ne respecte pas le temps d'adaptation de chacun est subie plutôt qu'agie. S'ensuivent une perte de sens au travail et des mécanismes de résistance collectifs et/ou individuels. Une attention particulière doit être portée à la conduite de changement dans le cadre de la conduite de projet. En outre, la répartition des tâches doit prévoir les nouvelles interventions.

Le deuxième axe éthique revêt la notion d'utilité sociale. « *L'utilité sociale vise à mesurer l'ensemble des effets positifs qu'apporte l'action de l'association pour la société, le territoire et les personnes. Et que ses effets soient des bénéfices qui soient souhaités ou induits de la part des initiatives que l'association va prendre au cours de son histoire*<sup>119</sup> ». En dehors d'une définition unique et commune à tout projet, l'utilité sociale s'inscrit précisément, dans le temps d'un projet. C'est permettre de mesurer l'impact du

---

<sup>118</sup> Pierre-Olivier Monteil, *op.cit.*, p.152.

<sup>119</sup> Centre d'étude et d'action sociale, L'utilité sociale, [en ligne], [consulté le 20/08/2019], disponible : <http://www.ceas72.fr/lutilite-sociale/>.



projet sur la population : le public ciblé, les partenaires impliqués et toute autre personne directement ou indirectement impactée. Cette démarche d'évaluation de l'utilité sociale est corroborée avec les objectifs des CPOM des structures, la mesure de la satisfaction (des usagers, des familles, des professionnels, des partenaires) et des instances politiques (ARS, Conseil Départemental (CD) Communautés de communes, etc.) Ainsi, au regard de la problématique d'augmentation des situations complexes liées aux troubles neurocognitifs liés aux addictions, l'évaluation de l'utilité sociale de l'organisation mise en place s'impose. L'évaluation doit mesurer l'impact sur la désocialisation et la désinsertion professionnelle, sur les liens familiaux, sur l'étendue des troubles (âge d'apparition, niveau de l'atteinte), etc. Le cas échéant, les résultats d'évaluation doivent réinterroger le projet. Le groupe de pilotage opérationnel, en lien et « supervision directe » du pilotage stratégique dégagera la méthode et les modalités de cette évaluation.

Mais, cette démarche vient d'emblée questionner les modalités de recueil statistique et la définition d'indicateurs. Pour cause, une des limites de l'exploration préparatoire à ce travail, est la cotation statistique et l'identification quantitative du public. L'harmonisation du recueil quantitatif doit se prévoir avec le concours de la PTSM. L'enjeu est de suivre le public en se mettant d'accord sur les modalités de recensement. De même, il faudra prévoir le recueil d'indicateurs d'efficience du projet. L'efficience est la relation entre les résultats obtenus et les ressources utilisées : l'efficience sera considérée comme excellente si les résultats sont atteints en utilisant le moins de ressources possible. Les indicateurs devront donc être définis et suivis.

Ainsi, la proposition de cadre éthique reste non exhaustive et devra être poursuivie en groupe de pilotage stratégique. Il en va de même de la forme juridique par laquelle les acteurs principaux de ce projet seront liés. Les modalités juridiques viendront sceller le cadre éthique. La forme juridique de l'organisation sera la traduction de l'ambiance de travail de l'ensemble.

### **3.1.3 Une forme juridique représentative du niveau de collaboration**

Un des enjeux de la réussite de la coordination de l'action est de permettre aux trois institutions jurassiennes et opératrices de l'offre ambulatoire en addictologie, de dépasser le climat concurrentiel lié à l'histoire. Travailler ensemble dans un objectif d'efficience et de performance et cela au bénéfice des usagers. Utopie ? Peut-être. Vœux pieu ? Possible. Mais si cet objectif n'est pas suivi et inscrit dans le futur, il en va de la pérennité, et de qualité de l'offre faite aux bénéficiaires. Alors, la forme juridique de la contractualisation des structures est, à mon sens, l'expression symbolique d'abord mais

très vite concrète ensuite, de l'ambiance et de la véracité des liens de coopération. Nous l'avons vu, Pierre Pribile réintroduit donc la notion de « coopération<sup>120</sup> ». Il explique que « *la mission en appelle ainsi à une forme de « coopération » entre acteurs dans l'intérêt des patients : il s'agit de favoriser toutes les coopérations nécessaires à la qualité du service rendu sans renoncer à tirer parti autant que possible d'une forme de compétition et d'émulation<sup>121</sup>* », (Cf. 9<sup>ème</sup> mesure du rapport). Dans les situations le nécessitant, il est souhaitable d'organiser « *des accords de partenariats<sup>122</sup>* » entre acteurs qu'ils soient du public ou du privé. Ces accords partent des besoins des territoires. Pierre Pribile propose que les établissements partenaires, sous couvert de la validation de l'ARS, contractualisent pour chacune des situations où leur offre est complémentaire. Les bénéfices attendus pour le public sont dans la franche lignée des objectifs principaux de ce travail et sont décrits comme tels dans le rapport : « *le patient accède à des filières de soins qui intègrent pleinement et en coordination tous les acteurs quel que soit leur statut<sup>123</sup>* ».

Alors maintenant que chacun connaît son territoire d'intervention, que les actions se complètent, que la collaboration est rendue possible, la coopération peut être se jouer de façon constructive et pacifiée. Il paraît toutefois important de définir les termes et la forme de cette collaboration pour pouvoir perdurer, se développer et peut-être écrire différemment la suite de l'histoire. Il revient au pilotage stratégique et aux gouvernances de chacune des structures de décider et de statuer. Pour autant, je peux d'ores et déjà étudier trois propositions. La première est celle de la signature d'une convention de partenariat entre les structures. Ce type de convention décrit les grandes lignes du projet, les principaux engagements des uns et des autres, les éléments budgétaires et d'organisation. Cette convention doit avoir la caution de l'ARS. Elle permet de traduire et concrétiser la position des gouvernances des associations, car signée par les Présidents. Cette proposition me paraît adaptée au dimensionnement et au statut expérimental du projet.

La seconde proposition est celle d'un groupement d'employeur. L'idée de groupement permet une gestion commune des ressources humaines, ressources principales du projet. Mais, cela paraît prématuré et ne pourra être envisagé que dans une perspective d'évolution voire de transférabilité régionale du projet. Enfin, une troisième et

---

<sup>120</sup> Pierre Pribile et Norbert Nabet, Rapport *final - Repenser l'organisation territoriale des soins*. [en ligne], 18/09/2018, [consulté le 20/08/2019, disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_organisation\\_territoriale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf).

<sup>121</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>122</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>123</sup> Pierre Pribile et Norbert Nabet, *op.cit.*, p. 21

dernière proposition de groupement de coopération peut être étudiée. Cette proposition permet de réunir le médico-social et le sanitaire et de garantir alors la fluidité de parcours entre les deux secteurs. Là encore, cette proposition paraît au-delà de la dimension et de ses ambitions actuelles. Mais cette piste devra être discutée en cas d'extension et de pérennisation de l'organisation.

En ce qui concerne la dirigeance : il ne me paraît pas nécessaire qu'une fonction de dirigeante soit définie. Pour l'heure, le pilotage sous forme de comité stratégique légitime les actions qui y sont définies et élaborées. Donc, des solutions de contractualisation sont possibles et souhaitables. Maintenant, je propose de discuter les solutions de financement de ce projet en amenant plusieurs pistes possibles.

#### **3.1.4 Des solutions de financement à discuter**

D'abord et dans le contexte de la campagne de contractualisation CPOM, nous sommes positionnées pour l'inscription du projet dans le CPOM. Cette première prise de position a permis de discuter le sujet avec la tutelle au printemps, lors des dialogues de gestion et, de connaître d'emblée la position de l'agence. Dans le souci de l'évaluation, nous pourrions mesurer les écarts entre résultats et objectifs (quantitatifs et budgétaires) pour les rediscuter et rajuster annuellement les indicateurs (nombre de personnes prises en charge). Mais, cette fiche n'apportera pas de financements complémentaires à la dotation déjà prévue. D'autant que celle-ci a déjà été revalorisée pour couvrir la mise en œuvre de la sectorisation. Il nous faut donc imaginer d'autres pistes d'apport en financement. Une proposition de fiche action auprès de la direction de l'autonomie est formulée par l'animatrice de santé locale. Ce choix est en rapport avec la frontière entre addiction et psychiatrie et avec les conséquences des multiples handicaps que les troubles peuvent induire. Cette fiche action sera travaillée par le comité de pilotage stratégique. Cette piste a l'avantage d'inscrire le projet de manière transversale et d'ouvrir la porte au développement futur.

Trois autres solutions sont encore à envisager. D'abord, un financement interministériel MILDECA. En effet, la MILDECA alloue des crédits afin de promouvoir les actions de prévention ou des actions « en amont ». Les financements ne doivent pas venir en concurrence des dotations globales. Depuis 2019, ces financements ne sont plus accordés « en saupoudrage » par le département mais se veulent octroyés dans le cadre de projets cohérents et coordonnés. Il est demandé depuis la dernière campagne de ce printemps, de construire les projets au minimum à l'échelle des départements, au mieux régionaux, pour lesquels au moins deux départements sont concernés. La vision d'expérimentation et de possible transférabilité du projet, nous autorise à explorer avec

sérieux cette piste. Cela d'autant que dans le cadre de la campagne 2019, le responsable de cabinet du préfet du Jura a réuni les directions des trois des CSAPA pour nous faire part de cette nouvelle règle du jeu et solliciter la construction d'une réponse coordonnée. Ensuite, il y a une la piste des crédits alloués par l'ARS dans la cadre d'actions innovantes. Là encore, cette option peut être actionnée au titre de l'expérimentation. En outre, l'alternative de l'appel à projet est tout à fait envisageable. Pour cause, un prochain appel à projet est prévu d'ici la fin de l'année 2019. Il serait question de la diversification de l'offre et du parcours des usagers. La réponse à cet appel à projet serait l'occasion supplémentaire d'un affichage commun. Enfin, nous pouvons avancer ici la piste de financement par crédits non reconductibles pour couvrir l'acquisition des immobilisations par exemple. Cette piste sera une alternative de complément si les autres solutions de financement global n'aboutissent pas.

Le cadre du projet maintenant posé quant à sa forme et ses modalités de pilotage, l'éthique qu'il doit poursuivre et les différentes solutions de financement qui peut être actionnées, nous pouvons envisager la mise en œuvre concrète. Cette projection est une base de travail à ce qui devra être ajusté et surtout décidé en comité de pilotage stratégique.

## **3.2 Projection de la mise en œuvre du projet**

### **3.2.1 Moyens nécessaires : humains, matériels et première estimation budgétaire**

L'estimation des moyens nécessaires au projet est maintenant possible du fait de l'exploration des diverses modalités à prévoir. Sûrement que cette estimation reste incomplète et doit être précisée par des apports collectifs des deux niveaux de pilotage du projet. Pour autant, je propose ici, une définition au plus juste de l'avancée actuelle. La mise en place d'un parcours de soins spécifique pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs dans le Jura est un projet nécessitant majoritairement un investissement en ressources humaines. Le CSAPA ADLCA est pilote du projet et l'équipe départementale fera partie de ses effectifs. Les personnels seront recrutés par l'association et régis par la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951<sup>124</sup> (CCN51). Ils seront basés à l'antenne de Lons-le-Saunier avec une mobilité départementale.

---

<sup>124</sup> FEHAP, « *Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif* », [en ligne], 31 octobre 1951, brochure n° 3198, [consulté le 03/09/2019], disponible : <http://www.fehap.fr>.

En ce qui concerne les besoins en personnels, l'équipe départementale dédiée doit premièrement, compter les compétences d'un médecin psychiatre. La raréfaction est générale. Le temps nécessaire et réaliste quant aux possibilités de recrutement est de 0,10 ETP. Il paraît intéressant d'envisager une mise à disposition dans le cadre d'un redéploiement des moyens par le Centre Briand qui je le rappelle, est porté par le CHS du département. Le second pivot de cette équipe est la compétence neuropsychologique. Les compétences d'un neuropsychologue à plein temps sont nécessaires à la promotion de l'équipe. À cela, j'ajoute un ETP d'éducateur spécialisé. Il a l'objectif de répondre aux nécessités d'accompagnement socio-éducatives (adaptation du domicile, démarches administratives, liens avec les familles, etc.). Il est complémentaire au travail des gestionnaires de cas (ARESPA ou MAIA), des assistants socio ou d'autres partenaires d'une situation, il apporte l'expertise et coordonne les interventions. Dans la perspective d'extension du projet, nous pourrions discuter un temps d'ergothérapeute pour parfaire les adaptations aux domiciles (et/ou lieux d'hébergement) et permettre le maintien de l'autonomie. En ce qui concerne le responsable du pilotage opérationnel du projet, nous avons identifié l'éducateur spécialisé du CSAPA ADLCA. La réorganisation de la charge de travail s'impose. Nous envisageons le recrutement d'un 0,50 ETP supplémentaire d'assistante sociale permettant à la fois de compléter la compétence dans les accompagnements et, de reprendre complètement cette part de travail qui incombe encore à l'éducateur spécialisé malgré la présence actuelle d'un 0,80 ETP. D'autres compétences sont déjà présentes dans les structures. Elles seront redéployées aux bénéficiaires de l'organisation en place. Pour ce qui est de la coordination et du pilotage stratégique du projet, il est au même titre à prévoir dans le cadre du redéploiement des compétences en poste. Il est alors indispensable de travailler ensemble la réorganisation des tâches et d'inclure l'allègement ou l'augmentation de charge de travail dans les procédures de travail. Cela devra faire l'objet d'une évaluation précise et de mesures d'ajustement le cas échéant pour prévenir tout risque de perte de sens des pratiques, de surmenage et *in fine* d'épuisement professionnel. Cette prévention est une des modalités du cadre éthique proposé. Elle se doit d'être admise dans la démarche de qualité de vie au travail des salariés.

Toujours dans le cadre des ressources humaines et précisément dans la gestion des compétences, la formation des personnels au repérage, au dépistage et à l'étiologie des troubles neurocognitifs liés aux addictions doit être prévue. Outre le transfert de

compétences que permettra le recrutement du neuropsychologue, il paraît indispensable de prévoir une formation de l'ensemble des personnels des trois CSAPA. Cette formation est imaginée en forma « intra » c'est-à-dire que l'intervenant se déplace pour une formation dans les structures. Approximativement, 45 salariés devront être formés. Le mélange des équipes et des structures est le prétexte à une meilleure connaissance des uns et des autres. Les sessions de 11 à 12 personnes peuvent être envisagées, cela pour un confort de groupe et une liberté des interactions. Cette formation se déroule sur 2 jours et est proposée par la Fédération Addiction.

En ce qui concerne les besoins matériels, je propose l'acquisition d'un véhicule de service dédié à l'équipe départementale. L'acquisition est calculée sur la somme de 12000€ et amortissable sur 5 ans. De plus, quelques travaux de réfection du rez-de-chaussée du CSAPA ADLCA permettront d'ouvrir trois bureaux (neuropsychologue, éducateur spécialisé et un bureau de consultation) et une salle de réunion. Le coût des travaux est estimé à 25000 euros (mobilier compris).

Pour les dépenses liées au fonctionnement, nous avons pour habitude avec le responsable financier de l'ADLCA de prévoir une enveloppe représentant 5 % du budget global. Pour cause, les modalités d'accueil en ambulatoire allègent considérablement les charges de structure (groupe 3 du compte de résultat). Les charges d'exploitation (groupe 1 du compte de résultat) sont principalement des charges liées aux frais de déplacement et frais de fonctionnement. Le principal poste d'investissement reste alors les charges afférentes au personnel (groupe 2) et les acquisitions d'immobilisations.

Pour l'année de mise en place du projet, le total du coût prévisionnel est de **197500€**. Ce total est composé de : 132495 € de frais de personnel. Les calculs de charge de personnel sont basés sur la grille indiciaire de la CCN 51. Les références sont les valeurs à minima (pas de reprise d'ancienneté). Les charges patronales sont calculées au global de 42%. La valeur du point retenue est celle donnée au 1<sup>er</sup> juillet 2019 soit 4,447. À cela s'ajoute le montant du devis des formations aux personnels de 20 000€ auxquels nous ajoutons 5% de prévision de frais annexes (coût du salaire, repas, déplacement) soit 1000€. Le montant du véhicule de service de l'équipe départementale est prévu à 12000€ auxquels il faudra déduire les amortissements soit 2400€ sur 5 ans. Le montant des travaux est estimé à 25000€. Nous ajoutons 5% de la somme globale de frais de fonctionnement soit 9405€. Pour plus de lisibilité, je propose ci-après une description du coût estimé des besoins en personnel, du type de mobilisation (recrutement ou redéploiement de ressources existantes) et des contraintes juridiques à prendre en compte sous forme de tableau récapitulatif ci-après.

Besoins à prévoir	Temps nécessaire estimé en ETP	Coût estimé Charges patronales comprises	Type de mobilisation	Contraintes Juridiques
Médecin psychiatre	0,10	7858	Mise à disposition CHS	Convention de mise à disposition
Neuropsychologue	1,00	39253	Recrutement	CCN51
Éducateur spécialisé	1,00	36297	Recrutement	CCN51
IDE	0,05 par antenne soit 0,15	5422	Redéploiement de l'existant pour l'ADLCA	Dégagement de temps à prévoir pour les CSAPA du Centre Briand et Oppellia-Passerelle 39 Convention de partenariat
Psychologue		5887		
Assistante sociale		5444		
Agents d'accueil		4456		
Temps de gestion pilotage	0,10	6674		
Total	<b>111291€</b>			

Le coût chargé en personnel pour le CSAPA ADLCA est de 111291 €. À cela s'ajoute le coût des redéploiements de personnel pour le Centre Briand et Oppellia-Passerelle 39 soit : **7068€** pour le centre Briand (calcul fait pour un seul site) et **14136€** pour Oppellia-Passerelle 39 (calcul établi pour les deux sites d'intervention Lons-le-Saunier et Saint-Claude). Soit un total de coût en personnel de **132495€** (charges patronales comprises). À noter que pour l'estimation, j'ai admis les indices des grilles salariales de la CCN51 pour l'ensemble des trois structures. Remarque : le coût annuel pour les années suivantes (N+1 à N+5) est de 158100€ (véhicule, amortissements, travaux déduits). Ce chiffre ne prend pas en compte les revalorisations salariales d'ancienneté et reste une estimation.

En ce qui concerne les produits estimés, comme dit plus haut, le projet ne sera pas valorisé par une augmentation de financement. Pour autant, pour permettre l'évaluation des résultats attendus et la projection à cinq ans, nous avons prévu au CPOM pour 2020 une augmentation de 10% de nos files actives respectives.

### 3.2.2 Management du projet

Le management stratégique est un processus qui consiste à définir des objectifs et à coordonner les efforts des acteurs dans le but de les atteindre. Il se décrit selon trois actions : la première « diriger », c'est-à-dire fixer des objectifs et faire des choix pour les atteindre. La seconde, « mobiliser » qui consiste à mettre en œuvre les ressources humaines, financières et matérielles de manière optimale toujours au service des objectifs posés. Enfin, la troisième, « contrôler » pour vérifier si les objectifs ont été atteints et décider, si cela est nécessaire, prendre les mesures correctives appropriées. L'ensemble des décisions ont pour ambition de définir une stratégie. Cette stratégie a un impact à long terme et permet d'assurer le développement et la pérennité de l'aventure. La stratégie doit donc inclure la double démarche d'analyse des ressources et des compétences, qui permet de dégager les forces et les faiblesses d'une part et, l'analyse de l'environnement pour mettre au jour les opportunités et les menaces, d'autre part. En ce qui concerne le projet de mise en place d'un parcours de soins spécifique pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs liés aux consommations, les décisions stratégiques ne peuvent être prises en dehors du comité de pilotage. Je propose ici d'en définir les grands axes. Cette proposition de plan d'action donne les ordres de priorité pour introduire la notion de temporalité. Je ne me permets pas d'établir un diagramme GANTT<sup>125</sup> ici, étant un affinage nécessaire avec les membres du comité de pilotage.

Premièrement, il faut engager le projet et permettre son inscription et sa légitimité dans les organisations, y compris l'ARS. En termes de priorité, la première des actions est de constituer le comité de pilotage et de ratifier la convention de partenariat. Cela, est entendu par le fait que les gouvernances de chacun ont donné un accord de principe préalable en inscrivant la thématique dans les fiches action des CPOM de ce printemps. Deuxièmement, il faut communiquer et informer les instances représentatives du personnel en interne pour chaque structure. En parallèle, une première participation au comité de pilotage de la PTSM est prévue fin de l'année 2019. Le comité de pilotage de la PTSM est constitué des pilotes de chaque thématique (pour rappel : adulte, enfance et personnes âgées), de l'animatrice locale de santé et de la coordinatrice de la PTSM. Ici, les trois directrices des CSAPA du Jura présenteront les grands axes du projet avant d'intégrer le groupe de travail « adulte ». Les liens et modalités de coopération seront

---

<sup>125</sup> Le diagramme de Gantt est un outil utilisé pour permettre la planification d'un projet. Il permet de visualiser dans le temps les diverses actions nécessaires au projet et de représenter graphiquement l'avancement du projet.



définis et décrits à cette occasion. Une fois la convention de partenariat posée, la définition des engagements de chacun et la caution du comité de pilotage de la PTSM pour le projet seront établis. Alors, le comité de pilotage stratégique pourra légitimement exister et commencer son travail. Le troisième temps consiste à la construction du cahier des charges du projet. Il sera rédigé par le comité de pilotage stratégique. D'abord, l'harmonisation des pratiques :

- Logiciels métier permettant une cotation et le recueil statistique des données : le Centre Briand et OPELLIA-Passerelle 39 utilisent déjà le même logiciel. Pour l'informatisation du CSAPA ADLCA, je choisis celui-ci également. Ce choix permettra l'harmonisation des cotations et les comparaisons quantitatives en vue des diverses évaluations. Un nouveau chapitre devra être inclus pour préciser les données épidémiologiques des troubles neurocognitifs des personnes accueillies, évaluées et/ou prises en charge. Comme nous l'avons vu, ce recueil de données est indispensable à une analyse plus fine des besoins et est incontournable pour permettre l'évaluation de l'impact du projet en termes quantitatifs mais aussi qualitatifs (type d'indication, d'orientation, degré d'atteinte, etc.)

- Protocoles d'accueil pour les trois structures : les outils de recueil d'information devront être coordonnés et ajustés dans le cadre de l'évaluation globale : utilisation de la MATE, passation de test de dépistage (BEARNI, MoCA), etc.

- Mise en place d'un « dossier-patient » commun : un outil uniformisé sera rendu possible par le partage de l'outil informatique. Les modalités devront être travaillées avec le groupe de pilotage opérationnel.

Puis, un axe de travail devra se prendre en compte l'aspect de la culture commune :

- Inscription dans une culture commune RdRD quel que soit le produit consommé : Pour cela, OPELLIA-Passerelle 39 est une ressource dans la construction du projet car ayant la maîtrise des formations RdRD, des nouvelles thérapies et du processus de maîtrise de la consommation. Il est question ici du partage de compétences.

Il sera ensuite question des modalités de communication :

- Modalités de communication et d'information aux équipes : la communication interne devra être pensée dans la transversalité. Elle devra également inclure des modalités d'informations et d'échanges avec les gouvernances des trois structures.

- Organisation de la communication externe : pour les partenaires, les familles et les instances régionales (ARS, groupes parcours addictologie et groupe de travail régional). Je pense important de souligner ici la communication qui devra être faite auprès du GAFC

et de la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné Bourgogne-Franche-Comté (FeMaSCo-BFC).

Enfin, le cahier des charges devra traiter des moyens nécessaires au projet :

- Engagement des ressources humaines nécessaires et disponibles par redéploiement pour le projet : cela inclut les modalités de recrutement des personnels et le coût des compétences redéployées. Dans la continuité, les fiches de poste de chacun devront être établies ou ajustées si besoin.

- Des besoins en formation et les ressources déjà présentes ainsi que les modalités d'inscription institutionnelle (plan annuel de formation). À noter que le partage de compétences est une des modalités à retenir sachant que le Centre Briand est ressource en ce qui concerne les données psychiatriques, OPPELLIA-Passerelle 39 en ce qui concerne la RdRD et le CSAPA ADLCA en ce qui concerne la neuropsychologie et le traitement des troubles (repérages, évaluation, expressions cliniques, etc.)

- Enfin, le choix de demande de financement et la rédaction commune de cette demande. Pour rappel, plusieurs choix s'offrent à nous dont notamment la demande de financement *via* une fiche action à la direction de l'autonomie, une réponse à appel à projet prochainement prévu ou une sollicitation de la MILDECA.

Chaque directrice aura ensuite à prévoir le management opérationnel du projet dans sa structure et la conduite de changement qu'elle mènera selon les particularités de sa situation. À noter que, en ce qui concerne le CSAPA ADLCA, la question de la réassurance des équipes mais aussi celle de la gouvernance est essentielle et préalable. La communication interne est un levier important. Par ailleurs, l'intégration et l'inscription dans l'équipe des nouveaux collègues de l'équipe dédiée est un enjeu de l'acceptation des nouvelles modalités induites par la démarche. La communication autour des enjeux, des bénéfices et des gains du projet doit être de nature à laisser la place à l'expression des craintes et des questionnements. Mais, pour autant, le management et les objectifs posés doivent être poursuivis avec conviction et le cap gardé.

### **3.2.3 Communication et aspect partenarial**

On le comprend, la communication est essentielle pour un tel projet. Qu'elle soit interne ou externe. Communiquer sur le projet c'est choisir les formes de messages et les moments auxquels les faire passer. C'est aussi construire et/ou entretenir le maillage partenarial indispensable à la bonne réalisation et à l'efficience au bénéfice de l'utilisateur. Un projet, pour vivre, a besoin d'être en rapport avec son environnement, donc de communiquer avec lui. La temporalité est importante en termes de communication : ni trop tôt, ni trop tard. Communiquer c'est faciliter la circulation de l'information et donc

nourrir le projet, le mettre en réseau. Les modalités de cette communication doivent être définies et arrêtées par le comité de pilotage mais il est incontournable de savoir auprès de qui communiquer et quelles informations passer. Pour nommer quelques-uns des partenaires incontournables :

- L'équipe encadrante du CSSRA dans le but de parfaire les orientations,
- Le GAFC et FeMaSCo-BFC pour inclure les médecins libéraux du département, recueillir leur besoins en termes de formation notamment et ajuster les modalités communes d'intervention,
- Les acteurs du carcéral dans l'objectif de fluidification des parcours et la tentative de limiter les ruptures. La communication sur le projet pourra avoir lieu lors du bilan annuel de fin d'année pour laquelle le CSAPA ADLCA est déjà présent au titre de référent carcéral,
- L'équipe neuropsychiatrique du CHS pour permettre des liens en amont ou en aval des hospitalisations. De même que l'ELSA du centre hospitalier de Lons-le-Saunier et le service de gastroentérologie qui accueille principalement les personnes en sevrage,
- Les services sociaux du département et particulièrement les acteurs du PDI,
- Il sera également important de se rapprocher de la nouvelle organisation PTA lorsqu'elle aura été installée,
- D'autres partenaires seront informés et inclus *via* la PTSM tels que le CCAS ou l'ASMH,

À noter que la communication à l'ARS est entendue en amont. Par ailleurs, les outils de communication institutionnelle devront être mis à jour et l'information coordonnée entre les trois structures : projet d'établissement, livret d'accueil, plaquettes informatives. La communication est un des enjeux de la réussite de ce projet. Cet item devra lui aussi être évalué en termes de quantité (assez ou trop peu d'information), de temporalité (assez tôt, pas assez tôt), et de qualité (modes de communication adaptés, informations pertinentes, efficaces, bien ciblée, etc.). Une enquête de satisfaction adressée aux équipes des trois structures, aux partenaires, aux usagers et aux familles peut être envisagée.

### **3.2.4 L'évaluation et l'amélioration qualité continue de prise en charge : des indicateurs d'efficience**

L'une des valeurs éthiques de ce projet est son utilité sociale. Pour autant, il nous faut pouvoir en mesurer l'impact pour le vérifier. Car, ce travail reste un travail de prospective, il faut donc pouvoir envisager le pire : qu'il ne soit pas utile et qu'il ne rende pas service au public, qu'il ne soit pas efficient (au regard des moyens engagés

notamment). Il faut donc considérer les résistances « humaines » ou organisationnelles : résistances passives (ex : inertie, indifférence), négative (ex : polémique, critique, obstruction), constructive (ex : apport) ou structurante (ex : contre-projet). Il faut également appréhender d'éventuels obstacles matériels : juridiques, budgétaires, techniques, accidents, carences<sup>126</sup>. Pour cela, il est nécessaire de dégager des indicateurs d'efficacité permettant les écarts avec les objectifs posés et les ajustements.

L'évaluation est une préoccupation présente à travers l'ensemble de ce travail. Des critères tels que la file active, le niveau d'atteinte des personnes accueillies et l'incidence des troubles, l'impact de la prise en charge, la satisfaction des uns (professionnels et partenaires) et des autres (usagers et familles) ou encore le niveau d'information et la bonne communication, etc., doivent être évalués. Les indicateurs doivent être définis. Ils permettent la mesure quantitative et qualitative pour répondre aux critères énoncés ici de façon non exhaustive. Différents indicateurs viendront donc nourrir l'évaluation et permettre les adaptations nécessaires. Mais, il ne faut pas oublier la mesure du pilotage d'une organisation et de la méthodologie employée. On peut alors dégager quatre types d'indicateurs :

- Les indicateurs d'activité : chargé de rendre compte du volume des opérations produites par l'organisation (ex : nombre annuel d'accompagnements, nombre d'heures d'accompagnement, etc.). Le critère de qualité de vie au travail et de prévention des risques psycho-sociaux doit également être pris en compte. Les indicateurs de charge de travail et de ressenti au travail selon le modèle de Karasek peuvent être utilisés.

- Les indicateurs d'efficacité informe sur l'atteinte des objectifs. Il permet la mesure du degré avec lequel les objectifs sont été remplis et informe d'une part de l'atteinte et du dépassement des objectifs et d'autre part, des manques.

- Les indicateurs d'efficience : c'est le lien entre les résultats, les ressources ou les moyens. L'efficience est liée à l'utilisation des ressources. Ces indicateurs s'expriment par le rapport entre les ressources et l'activité ou les résultats. Si l'efficacité consiste à réaliser « de bons services », l'efficience consiste, elle, à les réaliser aux meilleurs coûts.

- Les indicateurs de performance enfin. Ils sont le ratio entre les résultats et les moyens consacrés à l'atteinte de ces objectifs. Être performant, c'est être efficace et

---

<sup>126</sup> Université de Nantes, Sciences et technologie de l'industrie et du développement durable, *La démarche projet*, [en ligne], [consulté le 31/08/2019], disponible : <http://membres.multimania.fr/vincentor/x50/X50-106-1%20Terminologie%20dans%20les%20contrats%20d'ing%20E9nierie%20industrielle.pdf>.

efficace dans un contexte donné : l'efficacité permet de savoir si l'organisation atteint ses objectifs. L'efficience permet de savoir si l'organisation atteint ses objectifs au meilleur coût et avec le minimum de moyens. La pertinence permet de savoir si l'organisation s'est munie des moyens adéquats pour atteindre ses objectifs<sup>127</sup>.

Les outils d'évaluation doivent être communs et partagés : outils statistiques, enquêtes de satisfaction, etc. Cela fera l'objet d'un item du cahier des charges du projet établi par le comité de pilotage stratégique. Mais, je peux d'ores et déjà dégager deux niveaux d'évaluation, conformes aux objectifs de ce travail : un premier niveau que je nommerai « clinique » dans le but de mesurer la plus-value apportée aux bénéficiaires et leurs familles et, un second niveau « institutionnel » permettant de rendre compte de l'impact institutionnel en termes d'image, de représentativité, d'existence au niveau départementale, etc.

À côté de la quantification des files actives, il est indispensable d'envisager un critère lié à la fluidité des parcours de prise en charge, sa qualité et le niveau de service rendu au public. C'est le niveau clinique. L'HAS met à disposition des « référentiels parcours » ou encore des outils d'aide au repérage précoce. Ces outils peuvent être la base d'un travail commun. Un item spécifique peut être également inclus dans les référentiels d'évaluation interne des trois structures. Cela permet d'aborder la question de l'utilité sociale de l'organisation. Enfin, la satisfaction des acteurs et bénéficiaires du projet, sans oublier la tutelle et les gouvernances doit être envisagée. Afin de mesurer l'efficience, le rapport entre les différents impacts et les ressources engagées (humaines, matérielles et financières) est à établir.

En ce qui concerne volet institutionnel et l'impact du projet, il s'agit de comprendre les pertes et les gains pour chacun. C'est-à-dire, l'intérêt que le projet implique pour chaque structure au niveau des équipes surtout. Quelles sont les nouvelles contraintes ? Quels sont les bénéfices ? Par ailleurs, et du fait du contexte départemental spécifique, la question de l'image doit être évaluée. Comme la collaboration et l'action coordonnée a été rendue possible dans le cadre du RRAPPS, ce nouveau projet commun vient-il impacter l'image des CSAPA Jurassiens ? Dans quelle mesure ? Est-ce que ce projet peut décrire les contours d'une forme « d'image de marque » ? Ce projet et au-delà finalement, le respect de la sectorisation, permet-il une meilleure lisibilité pour le public ? Pour les partenaires ? Aussi, avons-nous parlé de « comitologie » c'est-à-dire de structuration du

---

<sup>127</sup> Colonel Robert Bougerel. Les indicateurs. [en ligne], [consulté le 02/09/2019], disponible : [http://pnrs.ensosp.fr/Plateformes/Management/Fiches-pratiques/Pilotage-des-Organisations/Les-indicateurs/\(print\)/1](http://pnrs.ensosp.fr/Plateformes/Management/Fiches-pratiques/Pilotage-des-Organisations/Les-indicateurs/(print)/1).

projet sous forme de comités portant différents niveaux méthodologiques. Pour rappel, le niveau stratégique, tactique et le niveau clinique. Cette figuration doit être également évaluée. La méthodologie est-elle satisfaisante ? N'y aurait-il pas de doublons ? Comment la coordination entre les niveaux de construction s'établit-il concrètement ? Est-elle opérante ? Autant de critères qui demanderont à être définis et ajustés pour parfaire ce projet expérimental.

## Conclusion

La problématique des addictions est devenue problématique sociale puis enjeu de santé publique. Centrale dans les préoccupations de politiques publiques, elle est un réel problème pour les jeunes, pour la sécurité routière, pour « le bien vivre ensemble ». La mortalité est forte et les souffrances de toutes sortes que ces conduites induisent sont importantes. Questionner la pratique du soin en addiction et tenter de mettre en place quelque chose pour aider à « régler le problème » est tout autant complexe que compliqué. Entourage, proches, accompagnants, soignants, juges, employeur, et l'utilisateur lui-même, sont autant de personnes souvent impuissantes qui cherchent à comprendre et à résoudre.

Être directeur d'un établissement comme le CSAPA, implique une réflexion constante sur l'évolution des pratiques, leurs incidences, et leur impact social voire même sociétal. Diriger un tel établissement demande de connaître les dimensions qui composent l'addiction : psychologiques, sociologiques, médicales mais aussi économiques et culturelles. Mais, un directeur d'établissement qui accompagne les personnes souffrant d'addiction, doit « d'être au fait » des nouveaux modes de consommations, de l'évolution des produits, des nouveaux enjeux pour les usagers, etc. Il doit également être au fait des problématiques des territoires d'interventions, des partenaires, de la rue, etc. L'actualisation des connaissances doit être constante. Il s'agit des connaissances scientifiques, médicales, des évolutions d'orientations politiques mais aussi des connaissances du terrain relayées par le précieux lien aux équipes.

Le travail proposé ici, s'inscrit dans cette dialectique. Les constats professionnels, d'abord empiriques puis confirmés scientifiquement et maintenant partagés avec les différents acteurs locaux, animent cette réflexion. Nous sommes devant la prévision d'un nouveau problème social, lorsqu'on aura les moyens de le quantifier et de le mesurer, car ces limites aveuglent aujourd'hui. Sans exagération, je pense que la question des troubles neurocognitifs dus aux addictions est effectivement une problématique actuelle de notre société, encore muette car non encore totalement mise en lumière aujourd'hui. Conséquence obligée des consommations, les troubles neurocognitifs limitent et empêchent l'accès aux soins. Ils détériorent les qualités relationnelles, ne permettent pas l'insertion professionnelle des jeunes ou coïncident à la désinsertion de ceux qui s'accrochent encore à l'emploi. Identifier, repérer pour prévenir les troubles est un enjeu quand l'utilisateur est loin de pouvoir lâcher la conduite qui le soutient encore. La dialectique de l'accompagnement ne peut alors faire sans la philosophie de réduction des risques, sinon, c'est l'impuissance qui s'invite rapidement dans la relation. Alors, les politiques

publiques ont codifié la promotion à la santé et ont permis à l'utilisateur de redevenir acteur et décisionnaire. La traduction en termes de parcours est un outil non négligeable et à saisir dans ce qu'il peut avoir de complexe parfois. Vecteur de fluidification et de sens donné aux accompagnements en termes de logique et de cohérence, la construction « local » des parcours n'est pas toujours aisée. Cela, parce qu'elle implique des territoires, des cultures, des histoires politiques, institutionnelles et, des enjeux au-delà du soin.

Mettre en place un parcours de soin coordonné au bénéfice des personnes atteintes de troubles neurocognitifs dans le Jura relève d'un double défi : celui de la clinique et celui de la coopération. L'enjeu clinique et le projet précurseur doivent trouver leur place à l'intérieur d'un contexte politique et partenarial complexe : la sectorisation territoriale de la prise en charge pour les opérateurs ambulatoires du département. J'amène cet « enjeu clinique » comme un vecteur de coopération. Il est un outil de l'action coordonnée, peut-être un prétexte à travailler ensemble maintenant que nous en avons vérifié la possibilité et les bénéfices. Pour autant, la réussite dans la mise en œuvre de ce projet ne dépend pas seulement du positionnement des directions des CSAPA. Elle dépend de la manière dont nous voulons collaborer et de sa traduction à travers le pilotage du projet. Elle dépend aussi et surtout du degré d'adhésion des gouvernances des structures et des équipes. Il s'agit de la capacité à dépasser l'histoire, les peurs et les doutes, légitimes peut-être mais possiblement invalidants. Le comité de pilotage stratégique formé avec le concours de la PTMS et la caution de l'ARS, seront pivot et point d'ancrage de ce travail. C'est peut-être là que se tient finalement l'enjeu clinique et la réussite d'un service réellement rendu au public.

La mise en œuvre du projet débutera fin de l'année 2019, début 2020. La projection proposée reste globale et construite de mon unique réflexion. Bien que l'analyse soit partagée et les volontés politiques et partenariales engagées, je n'ai pas encore pu traduire l'implication des équipes, leur vécu et leur ressentis dans la mise en œuvre. C'est alors et au moment de la concrétisation que ces questions seront incontournables. L'adhésion s'exprime sous différentes formes et permet de structurer l'organisation, définir les modalités d'implication et mettre en œuvre les actions. Les actions entreprises font intervenir plusieurs métiers différents, professionnels de santé, intervenants sociaux et autres types de professionnels de l'équipe. Ces actions visent à améliorer la qualité du "travailler ensemble", de la prise en charge et la cohérence du parcours de soins.



En tout cas, la proposition d'une équipe départementale dédiée et la mise en place de l'environnement de pilotage que ce projet nécessite est une réponse ajustée à la réalité des besoins et des enjeux du territoire. Elle ne règle pas tout et des éléments n'ont pas été assez explorés du fait des contraintes de temps et méthodologiques liées à l'exercice d'un mémoire : approfondissement de l'action coordonnée, exploration des politiques internationales, des pratiques sanitaires en service de neurologie. Les pistes dégagées comme la structuration juridique sous forme de convention permettent d'ancrer le partenariat pour le rendre plus solide mais elle n'est sûrement qu'une première étape. Elle n'empêche pas la future modélisation en région. D'autres alternatives auraient pu être poursuivies comme : la construction d'une équipe mobile spécifique au départ de la MAS de Morez, spécialisée dans les troubles psychiatriques ou encore la construction d'une structure de soins spécifiques voire d'hébergement spécialisé pour les troubles neurocognitifs. Ce mode d'accueil manque cruellement en France au regard de la précocité de l'apparition des troubles et de leur complexité de traitement. C'est en tout cas, une des évolutions de la structuration départementale future discutée et débattue avec l'animatrice locale de santé.

Enfin et avant de terminer, je souhaite apporter ici une dernière réflexion quant à la construction et aux modalités d'intervention de l'action coordonnée. Effectivement, l'ensemble des préconisations traduites à travers les politiques publiques (PRS, différents plans) décrivent la mutualisation, la transférabilité, et invitent à la modélisation. Mais, nous devons être vigilants à la question de la liberté de choix et à celle de la rencontre. Cette réflexion dépasse les modalités législatives et les droits des personnes accueillies. Elle questionne la clinique. Pour cause, nous sommes dans un domaine où le « guichet unique » peut se discuter. L'addiction est un fait complexe, truffé de paradoxes. Elle est une maladie du lien et je dirai, après tant d'années passées à écouter les personnes souffrant d'addiction, « du liant » : liant émotionnel, identitaire, liant de sens donné à la vie. La relation singulière construite dans « la rencontre » du soignant et du soigné, de l'accompagnant et de l'accompagné est un des pivots de la réussite du changement et de l'engagement dans les soins. En addictologie, on change et on ne peut abandonner son « pharmakon<sup>128</sup> » que si, on a de bonnes raisons de le faire, on y voit tous les bénéfices et surtout, si on est en interaction avec un autre qui nous rassure sur notre capacité à changer. Alors, la qualité du soin et le niveau d'engagement du bénéficiaire dépend de la qualité de cette relation. Et, laisser les personnes pouvoir se sentir bien avec les équipes est primordial. Parfois, l'aventure commence par l'accroche à une personne, un colloque

---

<sup>128</sup> Sylvie Lepoulichet dans toxicomanie et psychanalyse-Les narcose du désir, assimile le fait de l'addiction à une « opération du pharmakon » : celui qui soigne et qui détruit à la fois.

singulier, un lien de confiance. Alors, guider ce lien au prétexte d'une sectorisation des territoires d'intervention et d'une action coordonnée peut être questionné. Vouloir tout uniformiser et modéliser sans prendre en compte l'alchimie de la rencontre, peut justement mettre en échec la réussite de l'entreprise. Nous revenons là, à la place centrale de l'utilisateur et de ses choix à faire par lui, en ce qui concerne sa santé.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

- AMERICAIN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, traduction française coordonnée par M-A CROCCQ et GUELFII J-D, Paris : Elsevier-Masson, 1176 p.
- ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 2012, *RDR Alcool Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool*, ANPAA, 63 p.
- BATTAGLIA Nicole, GIERSKI Fabien., 2014, *L'addiction chez l'adolescent*, 1<sup>ère</sup> éd. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 256 p.
- BERNARD Olivier, 2018, *Sémantique du management : le pouvoir des mots dans la gouvernance*, Versailles : Val Press, 310 p.
- BLOCH Marie.-Aline, HENAUT Léonie, 2014, *Coordination et parcours*, 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Dunod, 283 p.
- CHABERT Sabine Chabert. / éd., 2018, *Comment prévenir les addictions chez les jeunes : référentiel d'intervention partagé*, Paris : IREPS, 61 pages.
- HAHN Valérie, GUICHARD-GOMZ Elodie, 2016, *Guide de diagnostic neuropsychologique ; Troubles neurocognitifs et comportementaux des maladies neurodégénératives*, 1<sup>ère</sup> éd. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 208 p.
- JAEGER Marcel, / éd., 2018, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 1256 p.
- JAEGER Marcel, 2012. « Chapitre 4. Les mouvements browniens aux frontières des dispositifs » in JAEGER Marcel, *L'articulation du sanitaire et du social : Travail social et psychiatrie*, Paris : Dunod, pp. 59-84.
- LE BOTERF Guy, 2016, *Travailler en réseau et en partenariat*, 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Eyrolles, 169 p.
- LIEVRE Pascale, 2006, *Manuel d'initiation à la recherche en travail social*, 2<sup>ème</sup> éd., Rennes : Presses de l'EHESP, 154 p.

- LE POULICHET Sylvie, 2011, *Toxicomanies et psychanalyse-Les narcoses du désir*, 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Presses Universitaires de France, 190 p.
- MINTZBERG Henry, 2014, « L'essence de la structure » in MINTZBERG Henry, *Structure dynamique des organisations*. Paris : Eyrolles, pp. 17-31.
- MISPELBLOM BEJIER Frederik, 2018, « Les parcours de vie coordonnés : un oxymore ? Dangers et opportunité de la nouvelle *doxa* professionnelle pour le décroisement et la coopération », in GUIRMINAND N., HAZENREAU Ph., LEPLEGE A., *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social. Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin*, Nîmes : le champ social, pp. 166-179.
- MONTEL Sébastien, / éd., 2014, *Neuropsychologie et santé Identification, évaluation et prise en charge des troubles cognitifs*, 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Dunod, 494 p.
- MONTEIL Pierre-Olivier, 2016, *Éthique et philosophie du management*, Toulouse : Ères, 220 p.
- OLIEVENSTEIN Claude, 1983, *La drogue ou la vie*, 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Robert Laffont, 348 p.

## Dictionnaires

- CHEMAMA Roland, VANDERMESSCH Bernard, 1998, *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris Larousse, 462 p.

## Articles

- BARTHES Roland, 1966, « Introduction à l'analyse structurale des récits », revue *Recherches sémiologiques : l'analyse structurale du récit*, [en ligne] n°8, pp. 1-27, [consulté le 26 mars 2019], disponible : [https://www.persee.fr/doc/comm\\_0588-8018\\_1966\\_num\\_8\\_1\\_1113](https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1966_num_8_1_1113).
- BECK François, / (éd.), 2010, « Regards sur les addictions des jeunes en France », *Sociologie* [en ligne] vol. 1, n°4, pp. 517-535. [consulté le 10/05/2019], disponible : [www.cairn.info/-sociologie-2010-4-page-517.htm](http://www.cairn.info/-sociologie-2010-4-page-517.htm).
- CASANOVA Danielle, 2012, «Les tentations de la réduction des risques en alcoologie », *commission des Pratiques Professionnelles ANPA* [en ligne], disponible sur : <https://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/anpaa-rrdc-lasers.pdf>

- CASES Chantal, 2008, « Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : étapes et enjeux », *Santé, Société et Solidarité* [en ligne], n°2, pp. 43-51. [consulté le 3/07/2019], disponible : <https://doi.org/10.3406/oss.2008.1286>
  
- OFDT, 2017, « profils et pratiques des usagers en CARRUD », *Tendances* [en ligne], n° 120, pp. 6. [consulté le 10/08/2019], disponible : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/profils-et-pratiques-des-usagers-des-caarud-en-2015-tendances-120-octobre-2017/>.
  
- GALLAND Daniel, / (éd.), 2018, « La MATE-Fr. Introduction à la version française d'un instrument d'évaluation globale en addictologie », *Alcoologie et Addictologie* [en ligne], vol.40, n°2, pp.140-148., [consulté le 16/08/2019], disponible : <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/738>
  
- GOODMAN Aviel, 1990, « Addiction, Definition and Implications », *British Journal of Addiction* [en ligne], n°85, pp.1403-1408. [consulté le 27/12/2018], disponible : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
  
- VUADENS Philippe, BOGOUSSLAVSKY Julien, 1998, « Complications neurologiques liées à l'alcool », *Neurologie*, [en ligne], vol.161, p.8. [consulté le 12/01/2019], disponible : [www.researchgate.net/publication/265943969\\_Complications\\_neurologiques\\_liees\\_a\\_l'alcool](http://www.researchgate.net/publication/265943969_Complications_neurologiques_liees_a_l'alcool).
  
- PIN Jean-Jacques, 1972, « approche sociologique du phénomène de drogue », *L'Homme et la société*, [en ligne], n° 23, pp. 167-176. [consulté le 10/05/2019], disponible : [www.persee.fr/doc/homso\\_0018-4306\\_1972\\_num\\_23\\_1\\_1494](http://www.persee.fr/doc/homso_0018-4306_1972_num_23_1_1494).
  
- TASSIN Jean-Pol, KIRSCH Marc., 2010, « Entretien avec Jean-Pol Tassin », *La lettre du Collège de France*, [en ligne], hors-série 3, pp.28-32. [consulté le 10/05/2019], disponible : <https://journals.openedition.org/lettre-cdf/283>.

## Références Réglementaires

- AGENCE REGIONALE DE SANTE. 2018, Cadre d'orientation stratégique 2018-2028, *Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche Comté*, [en ligne] [consulté le 12/10/2018], disponible : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2018-07>.
  
- AGENCE REGIONALE DE SANTE. 2018, Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028, *Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche Comté* [en ligne] [consulté le

12/10/2018], disponible : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2018-2028>.

- FEHAP, Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif, [en ligne], 31 octobre 1951, brochure n° 3198, [consulté le 03/09/2019], disponible : <http://www.fehap.fr>.

- MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES. 2019, Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. [en ligne], [consulté le 12/05/2019], Disponible sur : [www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022](http://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022).

- MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION HUMAINE. Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes [en ligne]. Journal officiel n°152 du 2 juillet 1992. [consulté le 12/05/2019], disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000541149&categorieLien=id>.

- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. 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. [en ligne], [consulté le 12/05/2019], disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-38/a0382676.htm>.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, [en ligne], [consulté le 10/10/2018], disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-03/SEL\\_20080003\\_0100\\_0112.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-03/SEL_20080003_0100_0112.pdf).

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. [en ligne], [consulté le 24/05/2019], disponible : [www.legifrance.gouv.fr/](http://www.legifrance.gouv.fr/).

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. , [en ligne], [consulté le 12/05/2019], disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_299\\_260908.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf).

- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. Instruction n° DGS/MC/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention nomme l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire (USCA). [en ligne] [consulté le 17/01/2019], disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-01/ste\\_20180001\\_0000\\_0056.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-01/ste_20180001_0000_0056.pdf).

- REPUBLIQUE FRANCAISE. *Code de l'action sociale et des familles*, [en ligne], article L312-5, version en vigueur au 1<sup>er</sup> janv.2018, [consulté le 12/05/2019], disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797406&dateTexte=&categorieLien=cidREPUBLIQUE> FRANCAISE. Loi du 23 janvier 1873 relative à la répression de l'ivresse publique. Journal Officiel du 4 février 1873.

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic, et de l'usage illicite des substances vénéneuses. [en ligne]. Journal Officiel du 3 janvier 1971. [consulté le 12/05/2019], disponible : [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000321402&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000321402&categorieLien=id).

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 98-867 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion. [en ligne]. Journal Officiel du 23 décembre 2000. [consulté le 12/05/2019], disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>.

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. [en ligne]. Journal Officiel n°132 du 10 juin 1999, page 8487. [consulté le 13/07/2019], disponible : [www.legifrance.gouv.fr/](http://www.legifrance.gouv.fr/).

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [en ligne]. Journal Officiel du 5 mars 2002 page 4118 [consulté le 13/07/2019], disponible : [www.legifrance.gouv.fr/](http://www.legifrance.gouv.fr/).

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. [en ligne]. [consulté le 10/08/2019], disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>.

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [en ligne]. Journal Officiel n°0022 du 27 janvier 2016. [consulté le 30/07/2019], Disponible :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>.

## Rapports

- CABINET ENEIS, *Étude prospective relative à l'organisation de l'offre médico-sociale, sanitaire et ambulatoire en addictologie en Bourgogne/Franche-Comté*, Mars 2017, commandée par l'ARS dans le cadre de la préparation du PRS 2. 65 p.

- BOUVET André, / (éd.), 2017, « Non – recours et renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité », *Cahiers de la DRJSC* [en ligne], 181 p., [consulté le 26/10/2018], disponible : <http://hauts-de-france.drjscs.gouv.fr/spip.php?article1645>.

- CANIARD Etienne, 2000, « *La place des usagers dans le système de santé* », [en ligne] 63 p. [consulté le 27/07/2019], disponible : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/004001297/index.shtml>.

- CNSA, 2012, « *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé* », [en ligne] 55 p. [consulté le 30/07/2019], disponible : [https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf).

- DIAZ GOMEZ Cristina, MILHET Maitena, 2005, « Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes », *OFDT* [en ligne], 220 p. [consulté le 18/08/2019], disponible : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2005/strategies-de-promotion-du-reperage-precoce-et-de-lintervention-breve-en-matiere-d-alcool-aupres-des-medecins-generalistes/>.

- INSERM. 2001, « Effet de l'alcool sur le système nerveux », *Alcool : Effets sur la santé. Synthèses et recommandations*, [en ligne], art. 6, pp. 101-117 [consulté le 26/10/2018], disponible : [www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=11](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=11)

- KOPP Pierre, 2015, « Le coût social des drogues en France », *Focus - Consommations et conséquences OFDT* [en ligne], 74 p. [consulté le 11/08/2019], disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>.

- PRIBILE Pierre, NABET Norbert., 2018, « *Rapport final - Repenser l'organisation territoriale des soins* ». [en ligne], 22 p., [consulté le 22/08/2019], disponible :



[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_organisation\\_territoriale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf).

- REPUBLIQUE FRANCAISE, SERVICE DU PREMIER MINISTRE. 2019, « Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives », *Document de politique transversale*. [en ligne], 105 p., [consulté le 05/05/2019], disponible : [https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance\\_publique/files/files/documents/dpt-2019/DPT2019\\_drogues.pdf](https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/files/documents/dpt-2019/DPT2019_drogues.pdf).

## Congrès / Colloques

- GUINCHARD Christian, « tactiques et stratégies : les paradoxes du soin en addictologie », 10<sup>ème</sup> colloque du GAFC, 8 mars 2016, Dole.

- FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE (FNESAA), Journées nationales, mai 2010, Marinebronn, ChâteauWalk.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), « charte pour l'action, visant la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà », 1<sup>ère</sup> conférence internationale de promotion pour la santé. [en ligne], 2 nov. 1986, Ottawa, [consulté le 07/04/2019], disponible : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf).

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE. COMITE D'ORIENTATION DES ETATS GENERAUX DE LA SANTE, « les citoyens ont la parole », septembre 1998 - avril 1999, France.

## Thèses et mémoires

- DUMEIGE E, 2018, *Les outils de dépistage des troubles cognitifs en addictologie : revue systématique de la littérature*, Thèse pour le doctorat de médecine. Université de médecine Henri Warembourg. [consulté le 26/04/2019], disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f9b76821-3d54-4913-b25f-12529432b97c>.

- DUPONT A, 2014, *l'apport de l'indigage dans les troubles de la mémoire du syndrome de Korsakoff*, Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste : Université Sophia Antipolis, Nice. [consulté le 19/05/2019], disponible : [http://docnum.univlorraine.fr/public/BUMED\\_MORT\\_2014\\_DUPONT\\_AURORE.pdf](http://docnum.univlorraine.fr/public/BUMED_MORT_2014_DUPONT_AURORE.pdf)

## Sources internet

- ADMINCINGRES. Troubles cognitifs dans les addictions : fréquents, ils justifient une remédiation cognitive. [consulté le 19/08/2019], disponible sur : <http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/troubles-cognitifs-dans-les-addictions-frequents-ils-justifient-une-remediation-cognitive/>.
- PRIBILE PIERRE. « Points d'avancement sur les parcours de santé », *New letter - Kaléidoscope - l'info santé pour les partenaires de l'ARS Bourgogne Franche-Comté*, Hors série, Aout 2017 [consulté le 10/04/2019], disponible sur : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr>.
- AGENCE REGIONALE DE SANTE. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. [consulté le 05/05/2019], disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf).
- BAUDINOT Hugo. 2016, « Législation du cannabis : les 5 chiffres clés du débat », *La tribune*, [consulté le 12/05/2019], disponible sur : [www.latribune.fr/economie/france/legalisation-du-cannabis-les-5-chiffres-cles-du-debat-605076.html](http://www.latribune.fr/economie/france/legalisation-du-cannabis-les-5-chiffres-cles-du-debat-605076.html).
- BOUGEREL Robert. Les indicateurs, [consulté le 02/09/2019], disponible sur : [http://pnrs.ensosp.fr/Plateformes/Management/Fiches-pratiques/Pilotage-des-Organisations/Les-indicateurs/\(print\)/1](http://pnrs.ensosp.fr/Plateformes/Management/Fiches-pratiques/Pilotage-des-Organisations/Les-indicateurs/(print)/1).
- CENTRE D'ETUDE ET D'ACTION SOCIALE. L'utilité sociale, [consulté le 20/08/2019], disponible sur : <http://www.ceas72.fr/lutilite-sociale/>.
- CHARY Sébastien. Troubles cognitifs dans l'alcool dépendance : évaluation et remédiation, [consulté le 10/08/2019], disponible sur : <https://www.congresfrancaispsychiatrie.org/category/newsletter/>.
- COLLEGE DES ENSEIGNANTS EN NEUROLOGIE. Sémiologie des fonctions cognitives, [mise à jour le 8/09/2019], disponible sur : <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/s%C3%A9miologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-4>.

- FEDERATION ADDICTION. Retour sur la 26<sup>ème</sup> conférence internationale de RdR 2019, 24/05/2019, [consulté le 11/06/2019], disponible : <https://www.federationaddiction.fr/retour-sur-la-26eme-conference-internationale-de-rdr-2019/>.
- FEDERATION ADDICTION. Plan ONDAM 2018-2022 : contribution de la Fédération Addiction. [consulté le 23/11/2018], disponible sur : <http://www.federationaddiction.fr/plan-ondam-2018-2022>.
- FEDERATION ADDICTION. Réduire les risques – Éthique, posture et pratiques [consulté le 10/08/2019], disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/reduire-les-risques-ethique-posture-et-pratiques-le-guide-est-paru/>.
- HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. Parcours de soins-Questions/Réponses, [consulté le 30/07/2019], disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep\\_parcours\\_de\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf).
- HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. « Identification des troubles amnésiques et stratégie d'intervention chez les séniors de 70 ans et plus », *Procès-verbal de la séance du Collège délibératif du 10 décembre 2014 –Approuvé à la séance du Collège délibératif du 7 janvier 2015*, 10 déc. 2014, [consulté le 28/06/2019], disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/proces-verbal\\_college\\_deliberatif\\_du\\_10\\_decembre\\_2014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/proces-verbal_college_deliberatif_du_10_decembre_2014.pdf). 18 pp.
- INSERM. Alcoolisme et risque de démences, Communiqué, 21 février 2018, [consulté le 12/12/2018], disponible sur : <https://presse.inserm.fr/alcoolisme-et-risque-de-demences/30713/>.
- MINISTERE DE LA JUSTICE. Guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice ». [consulté le 10/08/2019], disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/guide-methodologique-prise-en-charge-sanitaire-des-ppsmj-31174.html>.
- MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA). FRANÇAIS. Version 7.1. [consulté le 05/01/2019], disponible sur : [http://test-addicto.fr/tests\\_pdf/Test-MoCA.pdf](http://test-addicto.fr/tests_pdf/Test-MoCA.pdf).
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. [consulté le 26/10/2018], disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>.

- ORSBFC, ARS BFC. Addictions, Éléments saillants en Bourgogne Franche-Comté. [consulté le 30/12/2018], disponible sur : <https://www.orsbfc.org/publication/diagnostic-prs2-addictions/>.

- POPE HG, / (ed.) 2001, Neuropsychological performance in long-term cannabis users”, *Arch Gen Psychiatry*. [consulté le 12/05/2019], disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11576028>.

- RESEAUX, SANTE ET TERRITOIRE. Démocratie sanitaire ou bureaucratie participative ? n°59, Déc. 2014, [consulté le 10/04/2019], disponible sur : <https://sites.google.com/site/systemedesoinsethandicap/filieres-reseaux-et-coordination>.

- UNIVERSITE DE NANTES. Sciences et technologie de l'industrie et du développement durable, *La démarche projet*, [consulté le 31/08/2019], disponible sur : <http://membres.multimania.fr/vincentor/x50/X50-106-1%20Terminologie%20dans%20les%20contrats%20d'ing%20E9nirie%20industrielle.pdf>.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Organigramme du CSAPA ADALCA

Structures de l'ADLCA

Annexe 2 : Cartographie des acteurs de l'offre en addictologie du Jura

Annexe 3 : Analyse SWOT

Annexe 4 : Extrait du CPOM : extrait de la fiche complémentaire n°2

Annexe 5 : Résultats d'enquête de satisfaction du programme thérapeutique du CSSRA

Annexe 6 : Liste des personnes rencontrées

Canevas d'entretien

Annexe 7 : Relevé statistique des patients identifiés pour troubles mentaux dus aux addictions au CHS

Annexe 8 : Schéma des points de rupture de parcours en addictologie

Annexe 9 : Schéma des différentes aires et lobes cérébraux

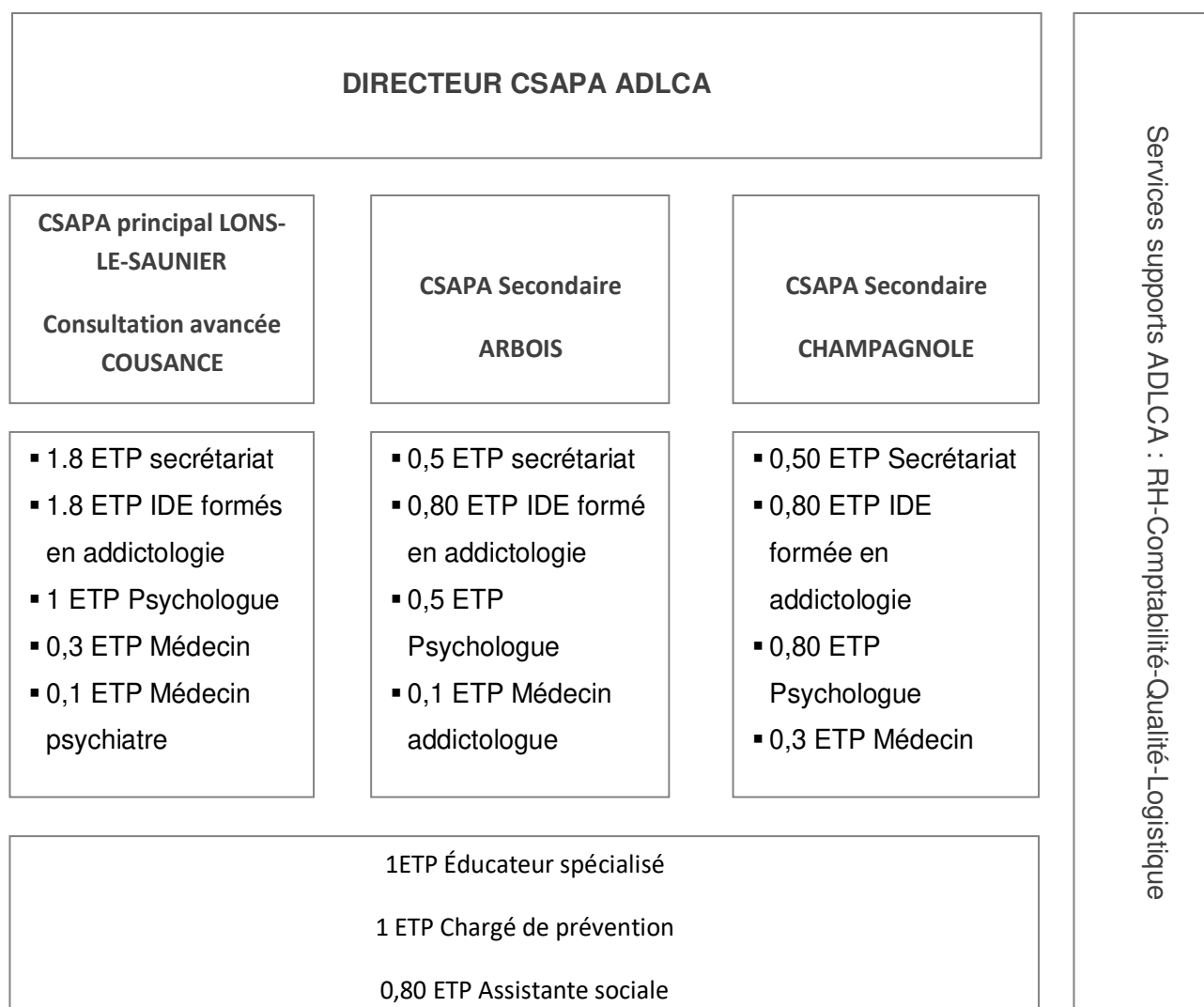
Annexe 10 : Questionnaire aux professionnels des CSAPA du Jura

## Annexe 1 : Organigramme du CSAPA ADLCA

**PRESIDENT**

**DIRECTEUR GENERAL**

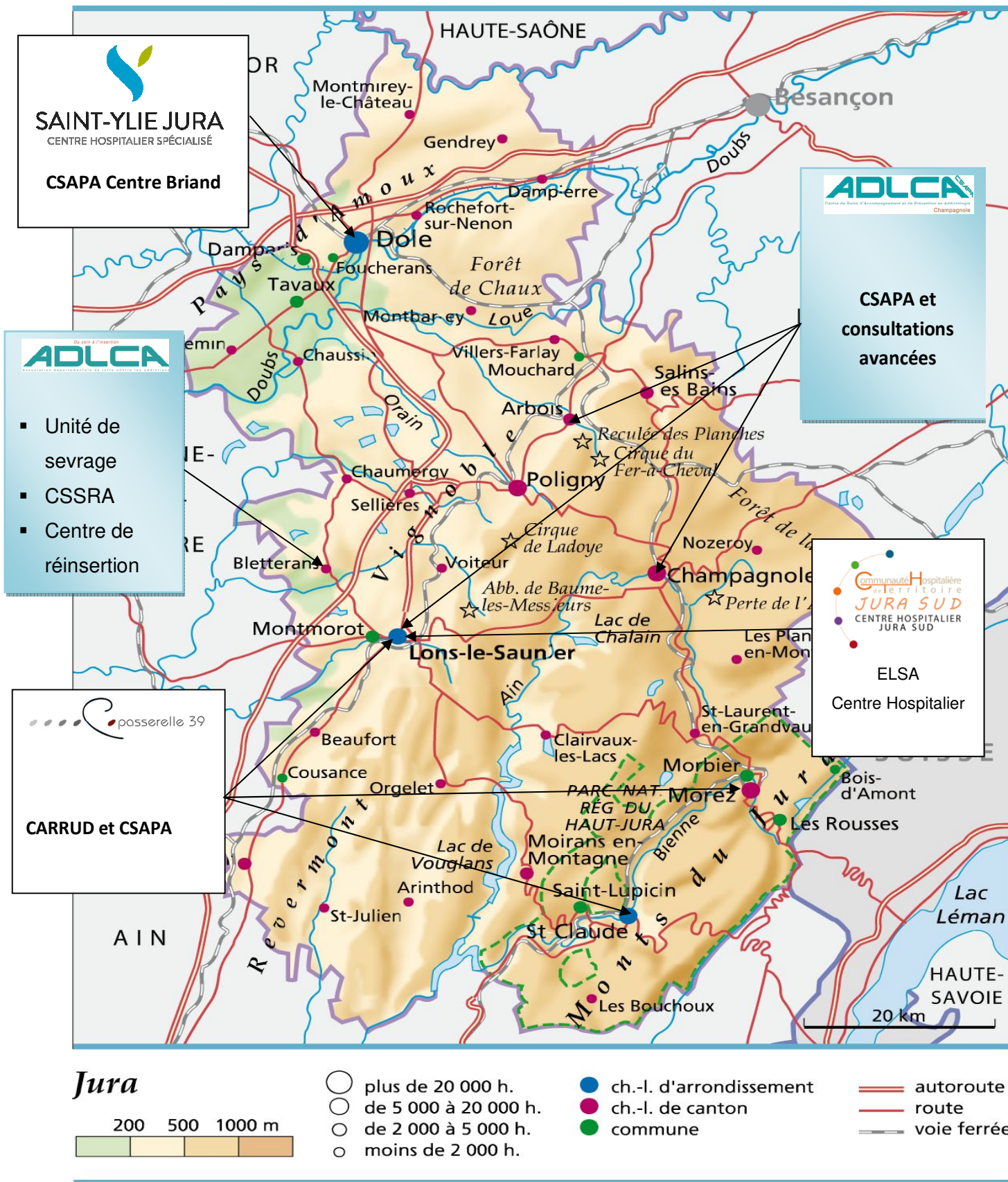
**DIRECTEUR ADJOINT**



## Structures de l'ADLCA

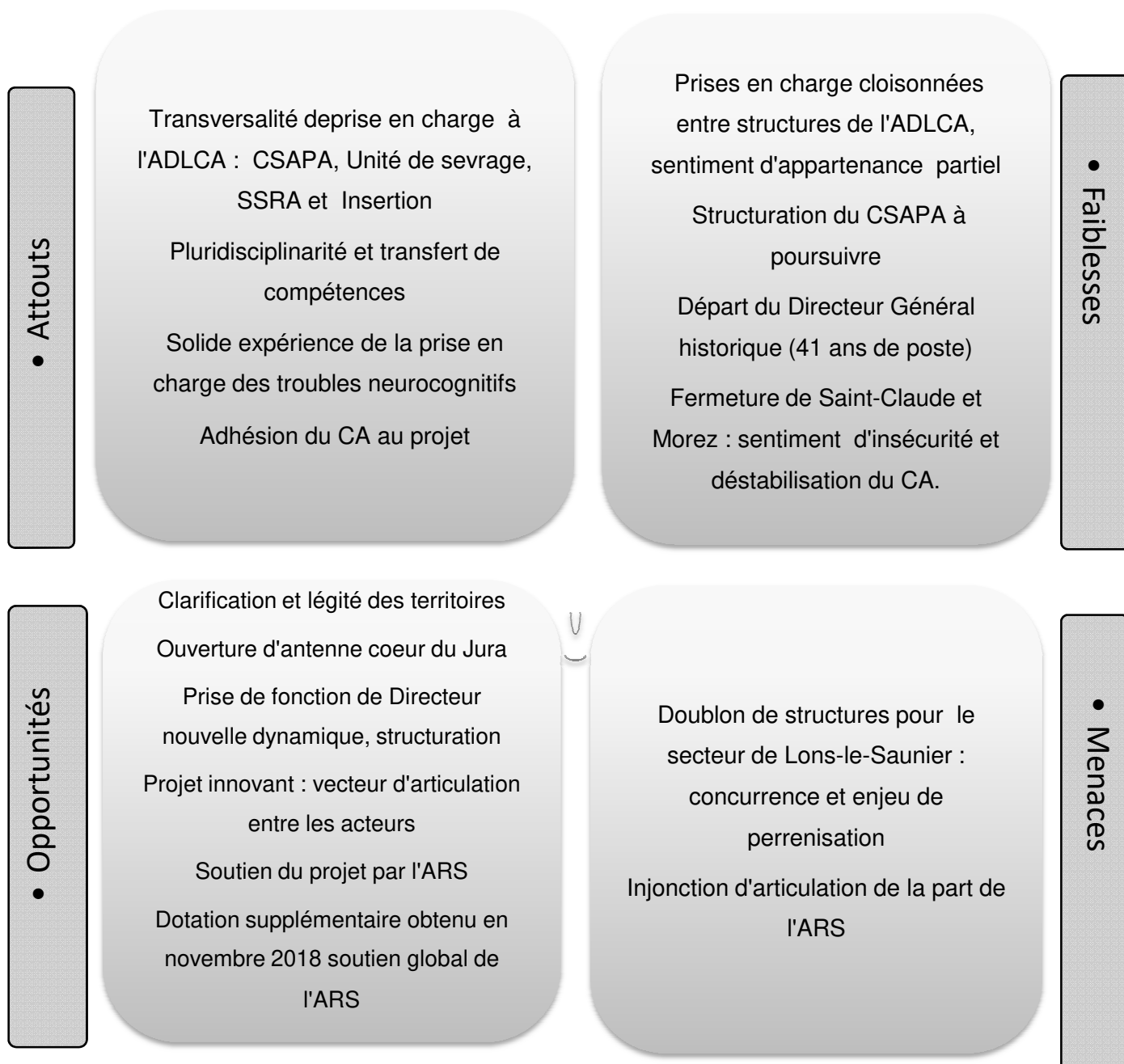
<b>CSAPA</b> <b>Lons le Saunier</b> <b>Cousance-Arbois-</b> <b>Champagnole</b>	<b>Unité de sevrage</b>  <b>Bletterans</b>	<b>Centre de Soins de</b> <b>Suite</b>  <b>Bletterans</b>	<b>Structures</b> <b>d'insertion</b>  <b>Bletterans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prise en charge ambulatoires</li> <li>▪ Prévention, information, accompagnement médical, psychologique, infirmier, éducatif et social</li> <li>▪ CJC, référent carcéral</li> <li>▪ File active : 770 bénéficiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation complète</li> <li>• Séjour de 8 à 21 jours</li> <li>• Sevrages alcool, opiacés et cannabis</li> <li>• 25 lits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation complète</li> <li>• Séjour de 8 semaines</li> <li>• Réadaptation dans le cadre de l'abstinence</li> <li>• 46 lits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insertion socio-professionnelle</li> <li>• Accueil de 6 mois à 2 ans</li> <li>• Métiers de l'hôtellerie-restauration, métiers du bâtiment, métiers de l'environnement</li> <li>• 14 places</li> </ul>

## Annexe 2 : Cartographie des acteurs de l'offre en addictologie du Jura





### Annexe 3 : Analyse SWOT



## Fiche action type n°complémentaire 2

### PARCOURS DE SOINS : TROUBLES NEUROCOGNITIFS LIES AUX CONSOMMATIONS

**OBJECTIF GENERAL :**

VI-Organiser un parcours de prise en charge coordonné des troubles neurocognitifs liés aux consommations à l'échelle du département

**OBJECTIF OPERATIONNEL :**

VI-1-1-Fluidifier les parcours de prise en charge

#### Constats (diagnostic de départ/situation actuelle)

Les troubles neurocognitifs liés à la consommation ne figurent pas dans la déclinaison des publics cibles définie par les politiques de santé. Pour autant, ces atteintes sont très fréquentes chez les personnes souffrant de troubles des conduites addictives. Les enquêtes montrent une précocité des expérimentations chez les jeunes (enquête ESCAPAD-ODF 2017). Nous pouvons penser que la prise en charge doivent faire partie des réponses apportées par les acteurs de l'addictologie dans les années à venir. Le CSAPA ADLCA, en tant que structure de première intention, se positionne pour organiser les modalités de prise en charge : dépistage, diagnostic, orientation. Il est également nécessaire de prévoir l'harmonisation des pratiques et l'action coordonnée sur le territoire

#### Situation attendue à 5 ans

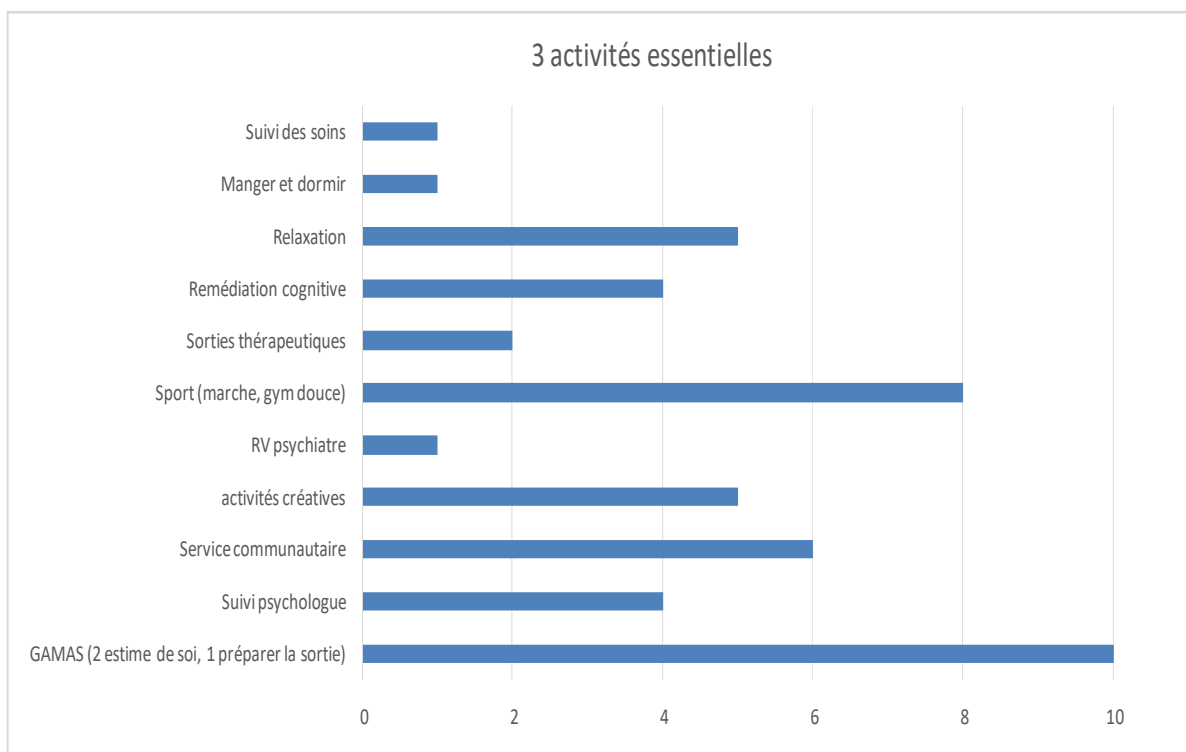
- \* Les personnes souffrant de troubles neurocognitifs liés aux consommations bénéficient d'une prise en charge coordonnée. Les parcours sont fluidifiés par l'évaluation en amont et l'adaptation des orientations en aval.
- \* Les pratiques sont partagées et les acteurs s'articulent sur les différents territoires.
- \* Les CSAPA sont les structures ressources pour les partenaires et mettent en œuvre les parcours de soins.

## Annexe 5 : Résultats d'enquête de satisfaction du programme thérapeutique du CSSRA

Présentation des résultats d'enquête : Commission Médicale d'Établissement du 18 octobre 2018.

**Question posée aux personnels :** classez par ordre de priorité les 3 activités indispensables au programme thérapeutique.

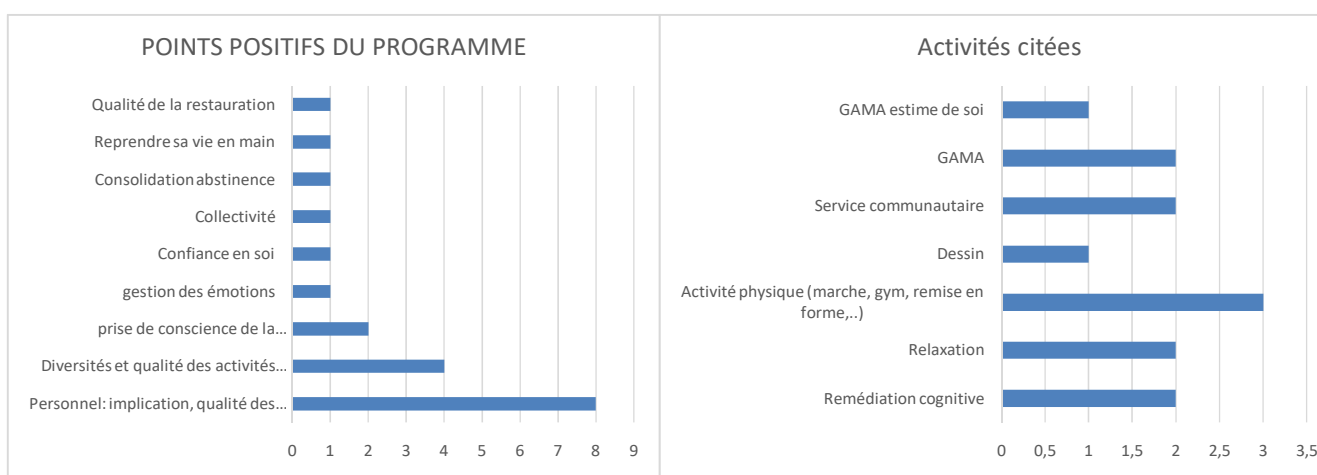
### 3 activités essentielles



1. GAMAs (10)
2. Sport (8)
3. Service communautaire (6)
4. Relaxation/activités créatives (5)
5. Remédiation cognitive/suivi psychologique (4)

**Question posée aux patients** : quels sont, selon vous, les points positifs du programme thérapeutique ?

## Points positifs du programme



- Implication du personnel, qualité des enseignement, pluridisciplinarité (8)
- Diversité des activités proposées (4)
- Activité physique (3)
- GAMAs (2)
- Service communautaire/relaxation, remédiation

## Annexe 6 : Liste des personnes rencontrées

<b>Fonction</b>	<b>Structure</b>	<b>Localisation</b>	<b>Territoire d'action</b>
<b>Animatrice locale de santé</b>	ARS BFC	Lons le Saunier	Département
<b>Coordinatrice de la PTSM</b>	CHS	Dole - Saint-Ylie	Département
<b>Coordinateur des CLS Responsable du CLSM et SIAO</b>	CCAS	Lons le Saunier	Département
<b>Directrice des soins en psychiatrie</b>	CHS	Dole - Saint-Ylie	Département
<b>Responsable départementale MAIA</b>	MAIA Jura	Lons le Saunier	Département
<b>Gestionnaires de cas départementaux ARESPA</b>	ARESPA Jura	Bletterans	Département
<b>Médecin coordonnateur départemental</b>		Lons le Saunier	
<b>Assistants sociaux de secteur Éducateurs spécialisés</b>	CCAS	Lons le Saunier	Pays lédonien et département (SIAO)

## **Canevas d'entretien**

- **Entretiens menés auprès des responsables de la coordination (ARS, PTMS, CLS/CLMS)**
  - Y a-t-il, selon vous, des situations complexes liées aux troubles neurocognitifs dus aux addictions dans le Jura ?
  - Si oui, quels sont les besoins en termes de prise en charge ?
  - Quels sont les dispositifs de prise en charge existants ?
  - Identifiez-vous des besoins spécifiques à ce public ?
  - Identifiez- vous des besoins spécifiques pour les professionnels ?
  - Si oui, quels sont-ils ?
  - Que reste-t-il à améliorer ?
  
- **Entretiens menés auprès des acteurs de la prise en charge**
  - Rencontrez-vous des situations de troubles neurocognitifs liés aux addictions ?
  - Si oui, quelles sont les modalités de prise en charge ?
    - Quelles orientations sont-elles faites ?
    - Percevez-vous des freins à l'accompagnement ?
    - Percevez-vous des leviers à l'accompagnement ?
  - Si non, où pensez-vous que les personnes s'adressent ?
  - Avez-vous des besoins en termes d'accompagnement ?
  - Si oui lesquels ?
  - Quels sont, selon vous, les enjeux de prise en charge pour ce public ?

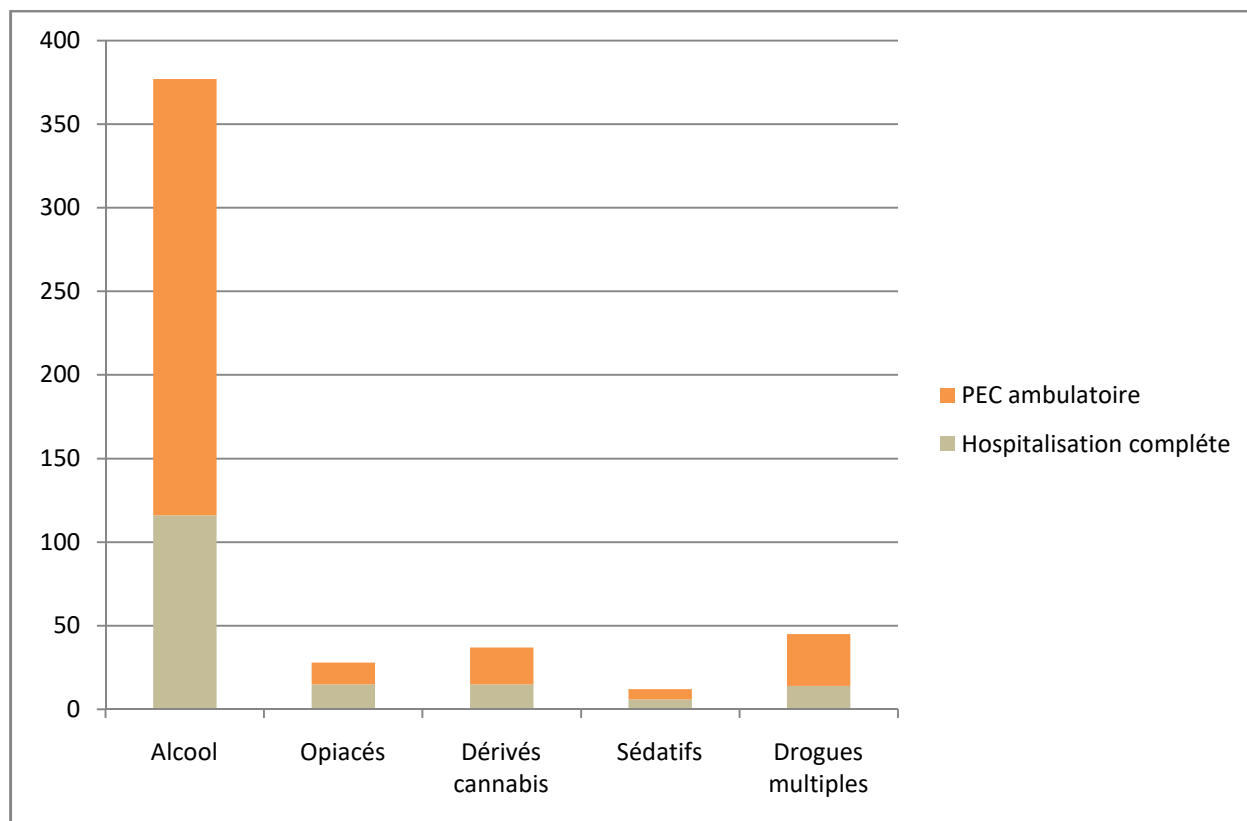
## Annexe 7 : Relevé statistique des patients identifiés pour troubles mentaux dus aux addictions au CHS

**Statistiques issues du service d'information médicale du CHS du Jura.**

		Troubles mentaux dus :					Total
		À l'alcool (F10)	À opiacés (F11)	Dérivés de cannabis (F12)	Sédatifs hypnotiques (F13)	Drogues multiples (F19)	
Pôle Adulte Dolois	Hospitalisation complète	39	5	4	0	7	55
	Ambulatoire (CMP)	80	4	5	0	10	99
Pôle Adulte du Triangle d'Or-Cœur du Jura	Hospitalisation complète	38	5	7	4	4	58
	Ambulatoire (CMP)	66	1	5	4	6	82
Pôle Adulte Lédonien	Hospitalisation complète	11	2	4	0	2	19
	Ambulatoire (CMP)	67	4	4	0	8	83
Pôle Adulte du Haut Jura	Hospitalisation complète	28	3	0	2	1	34
	Ambulatoire (CMP)	48	4	8	2	7	69

Indications du médecin DIM : Les chiffres donnés ne peuvent pas être additionnés car un même patient peut avoir bénéficié d'une hospitalisation complète et d'un suivi en ambulatoire.

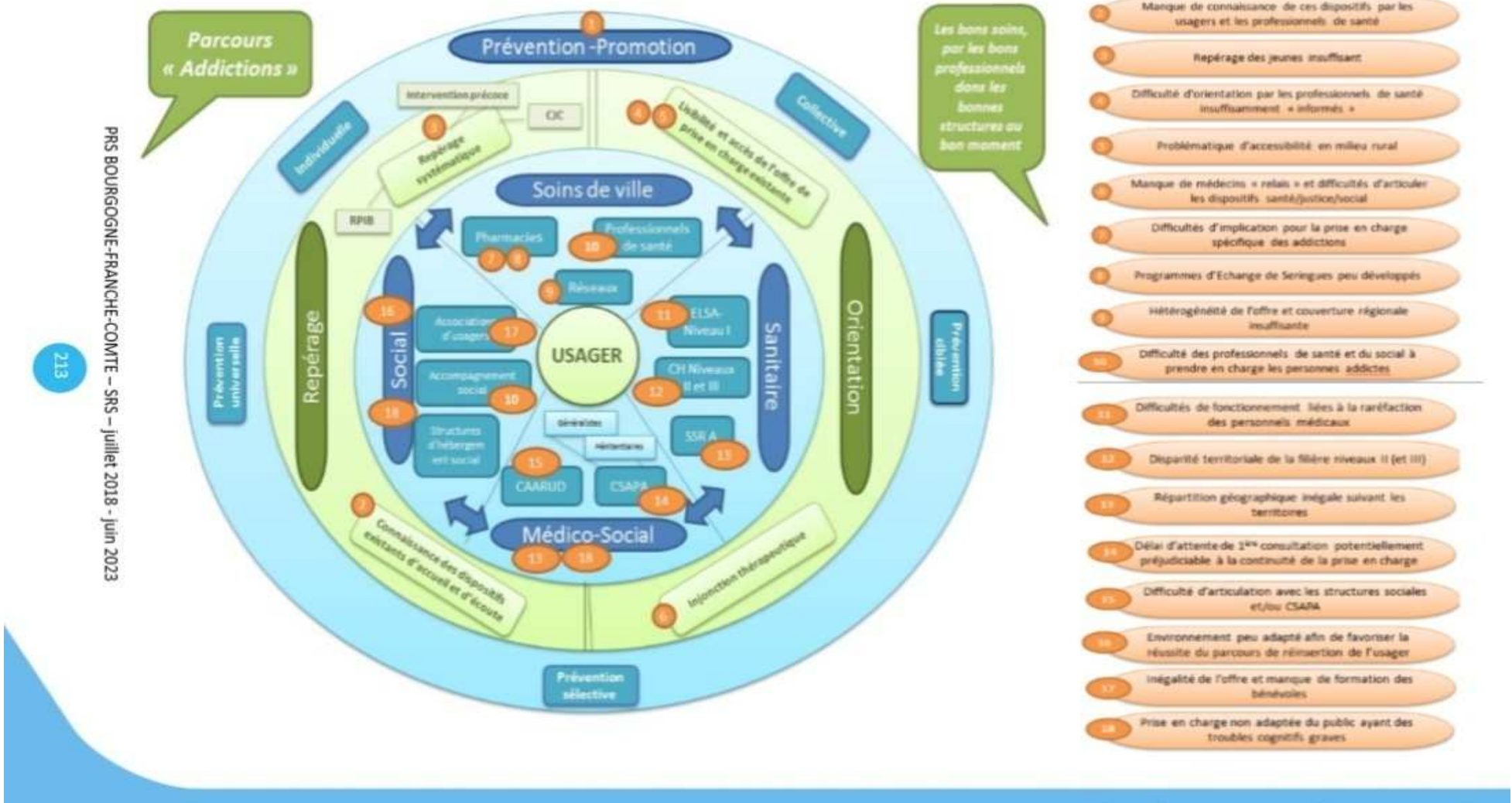
## Répartition par type de consommation



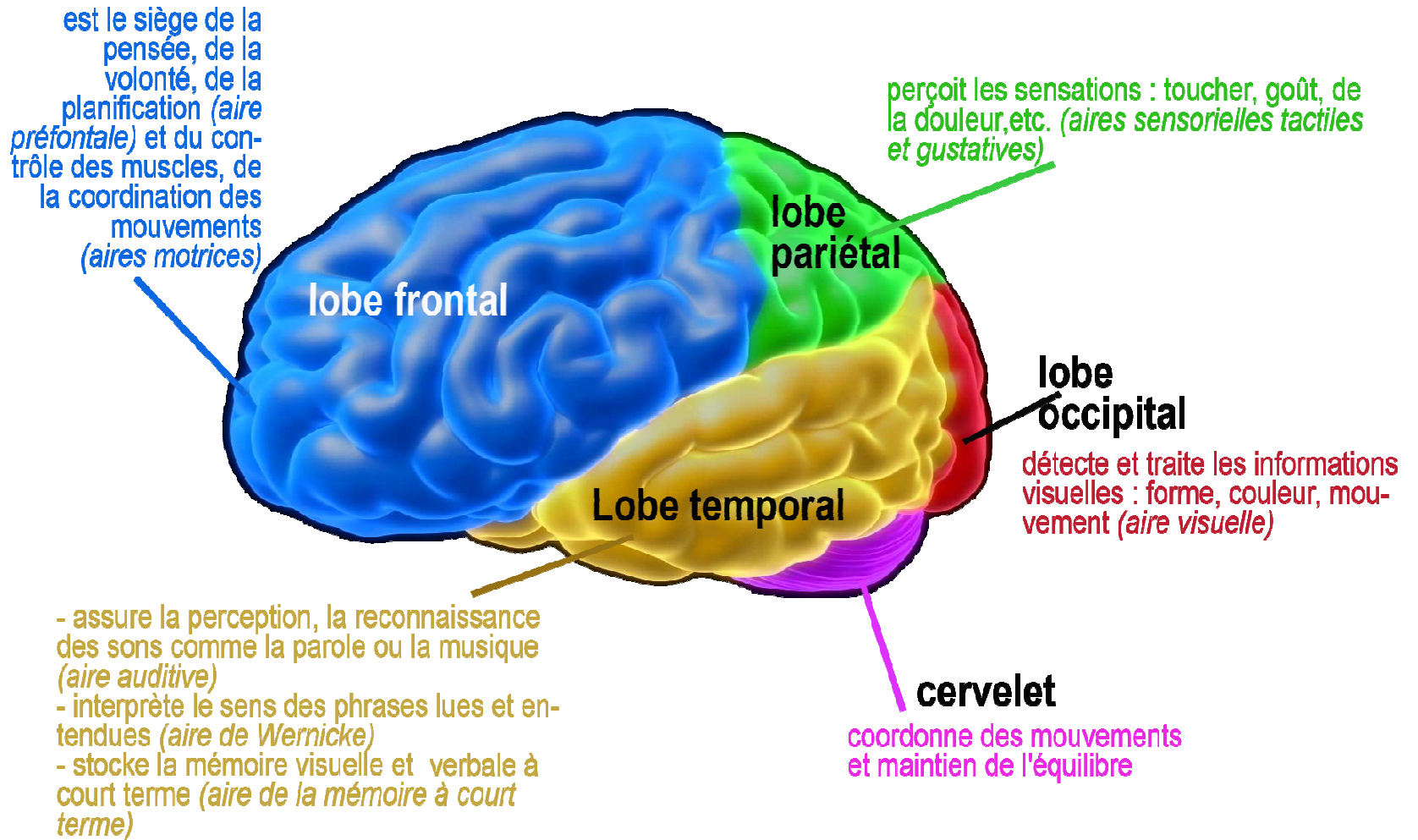


## Annexe 8 : Schéma des points de rupture de parcours en addicologie

Agence Régionale de Santé, « *Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028* », page 213.



## Annexe 9 : Schéma des différentes aires et lobes cérébraux



## Annexe 10 : Questionnaire aux professionnels des CSAPA du Jura

Dans le cadre de mon mémoire CAFDES, je réfléchis actuellement à la prise en compte des personnes atteintes de troubles neurocognitifs liés aux addictions.

Je souhaite comprendre la réalité du problème de prise en charge globale, que j'estime, à priori défailante car non encore soutenue par un cadrage de politique publique ciblé. Ainsi, j'ai besoin, via ce questionnaire, d'évaluer les problématiques auxquelles vous pourriez être confrontés, en tant que professionnels. Il s'adresse à **tous les professionnels des CSAPA du Jura**.

***Je vous remercie vivement du temps que vous consacrerez à y répondre***

### *Votre présentation*

---

1. Territoires d'affectation de votre structure :

### *Présence du public*

---

2. Constatez-vous, dans votre file active des personnes atteintes de troubles neurocognitifs ? OUI                      NON
3. Sont-ils plus présents ces dernières années ? OUI                      NON
4. Selon vous, quels freins ou difficultés ces troubles amènent-ils aux patients ?

### *Organisation de la présentation de la prise en charge*

---

5. Une organisation de repérage est-elle en place dans votre structure ? OUI                      NON
6. Si oui, comment est-elle structurée ?
  
7. Si non, comment pensez-vous qu'il soit le plus juste de la mettre en place ?

8. Une organisation d'évaluation des troubles est-elle en place dans votre structure ?

OUI            NON

9. Si oui, comment est-elle structurée ?

10. Si non, comment pensez-vous qu'il soit le plus juste de la mettre en place ?

11. Comment et vers quel(s) partenaire(s) orientez-vous les personnes atteintes et leurs familles ?

*Une future organisation....*

---

12. Une organisation (Repérage, évaluation, orientation) départementale, c'est-à-dire commune et concertée entre les trois CSAPA Jurassiens, vous paraît-elle pertinente ?

OUI            NON

13. Si oui, comment l'imaginerez-vous ?

14. Si non, pourquoi ?

15. De quoi avez-vous le plus besoin en termes de compétences, pour prendre en compte des personnes atteintes de ce type de troubles ? (5 compétences propres et/ou type de personnels spécifiques)

<b>GARNIER</b>	<b>Aurélie</b>	<b>2019</b>
<b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale IRTESS de Bourgogne- IRTS de Franche-Comté</b>		
<b>PILOTER L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS LIÉS AUX ADDICTIONS DANS LE JURA : UN ENJEU CLINIQUE ET INSTITUTIONNEL POUR LE CSAPA</b>		
<p>Une des conséquences de plus en plus visible de l'usage de l'alcool notamment, est l'apparition de troubles neurocognitifs. Précoces, les symptômes deviennent très vite invalidants et impactent l'ensemble de la vie du consommateur. Les prévisions nationales annoncent l'inéluctable augmentation du nombre de personnes atteintes et l'avancée de l'âge de survenue des troubles.</p> <p>À l'heure des parcours de soins et de l'action coordonnée, il n'existe pas d'organisation de repérage ni d'évaluation permettant une orientation adaptée. Le Centre de Soins d'Accompagnement de Prévention en Addictologie de l'Association Départementale de Lutte Contre les Addictions développe, dans le Jura, une prise en charge spécialisée. Depuis 2018, l'offre ambulatoire en addictologie du département connaît d'importants remaniements suite à la publication du Programme Régionale de Santé. Les préconisations sont claires : coordonner, coopérer et améliorer la lisibilité entre les acteurs. S'inscrire ensemble dans un projet expérimental pour prévenir, réduire les risques, évaluer, diagnostiquer et mieux orienter les personnes atteintes devient un tremplin à la coopération et la définition départementale d'une offre coordonnée.</p> <p>Ce projet propose la mise en place d'une équipe départementale dédiée experte, à la fois des addictions et de la neuropsychologie. Mais à elle seule, cette équipe ne peut répondre à la mise en place d'un parcours de soins. Alors, la coordination entre les acteurs des différents secteurs devient la pierre angulaire de la réussite de ce projet.</p>		
<p>Addiction, coordination, équipe spécialisée dédiée, amélioration de l'offre, coopération, parcours coordonné, partenariat, partage de compétences, transférabilité, territorialisation, troubles neurocognitifs.</p>		
<i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		