

La collection « Évaluation du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) » comporte six volumes et résulte des travaux d'évaluation réalisés dans le cadre du mandat confié, par la MILDT et son comité permanent interministériel à l'OFDT le 26 septembre 2000. Le plan triennal prévoyait l'évaluation de ses orientations gouvernementales. Les évaluations de programmes retenus ont été dirigées par l'OFDT en collaboration avec les institutions concernées et réalisées par des équipes indépendantes. Ces cinq évaluations spécifiques sont complétées par un rapport d'évaluation général rassemblant outre les apports de ces travaux, un ensemble d'informations de toute nature susceptibles de rendre compte des degrés de réalisation des actions programmées.

Dans la même collection

- ✓ Évaluation des programmes départementaux de prévention
- ✓ Evaluation du volet formation
- ✓ Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris
- ✓ Évaluation des conventions départementales d'objectifs
- ✓ *Évaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), rapport général*

ÉVALUATION des politiques publiques

RAPPROCHEMENT DES DISPOSITIFS SPÉCIALISÉS

Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions

Anne DUBURCQ
Dr Nadine SANNINO

ÉVALUATION DU RAPPROCHEMENT DE STRUCTURES SPÉCIALISÉES POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES ADDICTIONS

Comité de pilotage

Animé par :

Cristina DÍAZ GÓMEZ (OFDT)

Composé de :

Dr Christine BARBIER, bureau des pratiques addictives, DGS

Anne DUBURCQ, CEMKA-EVAL

Maguy JEAN-FRANCOIS, DHOS

Pierre KOPP, membre du Collège scientifique de l'OFDT

Dr Dominique MARTIN, bureau des pratiques addictives, DGS

Dr Pierre POLOMENI, MILD'T

Dr Nadine SANNINO, CEMKA-EVAL

Élisabeth SEVENIER, bureau des pratiques addictives, DGS

Dr Marc VALEUR, membre du Collège scientifique de l'OFDT

Équipe d'évaluation

Dr Nadine SANNINO, médecin de santé publique, chef de projet

Anne DUBURCQ, épidémiologiste, consultante

Juliette BONTE, socio-anthropologue, chargée d'étude

Barbara EDER, chargée d'étude

Viviane MIMAUD, attachée de recherche clinique

Valérie DONIO, consultante

Jacqueline BLACHE, secrétariat

REMERCIEMENTS

Les directions, médecins inspecteurs et inspecteurs contactés dans chacune des DDASS concernées.

Les différents producteurs de données sollicités.

Tous les participants aux Groupes focaux de discussion ainsi que les professionnels interviewés.

Département : 13

Dr Karine BARTOLO, réseau Addictions Sud, CSST hospitalier Protox, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille

Dr Didier FEBVREL, médecin coordinateur de la mission « réduction des risques » de Médecins du Monde, Marseille

Dr FONTANARAVA, Unité d'addictologie et équipe de liaison addictologique, hôpital Nord, Marseille - Consultation de tabacologie, hôpital d'Allauch - Centre de postcure en alcoologie

Dr Isabelle GASPARI-GRIMAUD, médecin nutritionniste, CCAA, La Ciotat

Dr Nicole HUGON, médecin alcoologue, CCAA Labadié, Marseille - Clinique d'alcoologie Saint-Barnabé, Marseille

M. Hammadi MANSOUR, mission « réduction des risques » de Médecins du Monde, Marseille

Dr PRAT, médecin responsable de l'intersecteur des pharmacodépendances, CSST « Puget », hôpital Édouard Toulouse, Marseille

M. Pierre PRUAL, Directeur SOS Drogue International, Marseille

M. Bruno TANCHE, directeur du CSST AMPT, Marseille

Département : 13

Dr Mariane HOGDINSON, responsable du CSST de la prison des Baumettes, Marseille

Dr Marc KRAWCZYK et Mme Hélène BARBRY (questionnaire), réseau « Ouest de l'Étang de Berre », Martigues

Dr Jean-Luc METGE, psychiatrie de liaison du CH, Martigues

Dr Jean MICHAUD, directeur du CSST Tremplin, Aix-en-Provence
Mme Sylvie MONIER, psychologue, CSST de la prison des Baumettes, Marseille
Mme Marie-Claude MOREAU, CSST Le Mas Thibert, SOS Drogue International, Arles
M Hervé RICHAUD, responsable du pôle « réduction des risques », Aides Provence, Marseille
Dr Béatrice STAMBUL, responsable du CSST « La Villa Floréal », Aix-en-Provence - Intervenante à la maison d'arrêt de Luynes
Mme Frédéric TOURNEUX et les membres du conseil d'administration du réseau Aix-Tox (questionnaire), Aix-en-Provence

Département : 14

Dr LEBOCEY, directeur de la Maison des addictions, médecin généraliste, Caen
Mme TOSCAN, assistante sociale, Maison des addictions, Caen
Mme HUYGUE, infirmière, Maison des addictions, Caen
M. Laurent LEPLINGARD, infirmier CCAA associatif, Caen
Dr Sylviane BURTIN, directrice du CSST, CHS Bon-Sauveur, Caen
Mme LEGRAS, infirmière, CSST, CHS Bon-Sauveur, Caen
Mme le Dr ZAMARA, médecin psychiatre, équipe de liaison, CHG, Falaise
Mme JOSSEAUANE, infirmière, consultation de tabacologie, CHG, Falaise
Dr Béatrice LE MAITRE, consultation de tabacologie, CHR, Caen

Département : 30

Pr. Jean-Louis BALMES, responsable du CCAA, CHU, Nîmes
Mme Corinne CROUZET, responsable CDPA-CCAA, Ales et Bagnols-sur-Cèze
M. Jean-Paul GONOD, directeur du CSST Logos, Nîmes
Mlle Sabine LACAS, psychologue, Centre d'accueil « La Draille », Le Vigan
M. Michel LEMONNIER, responsable de Logos Accueil, Nîmes
Mme Florence MATELAK, psychologue, équipe de liaison addictologie, CHU, Nîmes – CDPA 30, Nîmes
Dr ORCEL, médecin responsable Unité d'alcoologie de l'hôpital d'Alès – CCAA du CHU de Nîmes, Alès
M. Bruno SPIEGEL, directeur du Centre d'accueil « La Draille », Le Vigan
M. Nicolas SPIEGEL, directeur du Centre thérapeutique communautaire du Mas Saint-Gilles, Saint-Gilles

Département : 53

Dr GOUFFAULT, médecin CCAAT, médecin généraliste, Laval
Mme Évelyne CABROL, psychologue au CCAAT, Laval
Dr Virginie LOISEAUX, médecin au CCAAT, Laval
M. Philippe MARIN, responsable administratif du CCAAT, CH, Laval
Mme Laurence PARROT, responsable du CCAAT, Laval
Dr Aline RAMADANE, médecin psychiatre hospitalier, Laval

Département : 59

Dr Arlette BEGUE, CCAA municipal, Cambrai
Dr Jean-Marie BRUNNIN, directeur du CSST associatif Étapes à Maubeuge et du CSST associatif Espace du possible à Lille
Dr Christian COLBEAU, responsable de l'Unité de soin et d'information sur les drogues (USID) du CH de Douai – CSST associatif Le Cèdre Bleu à Lille
Dr Marie-Anne DEFFONTAINES, équipe de liaison au CH, Somain
Dr FOURNY (questionnaire), Unité d'alcoologie « La clairière », CH, Somain
Dr Thierry GILLOT, chef du service d'alcoologie au CH, responsable du l'unité d'alcoologie hospitalière de liaison, Hazebrouck
M. Laurent MICHEL, chef de projet, CSST Étape, Maubeuge
Dr Arnaud MUYSSEN, CSST associatif Réagir, Tourcoing
Pr Jean VIGNAU, chef du service d'addictologie, CHRU, Lille
Mme Marie VILLEZ, directrice du CSST Le Cèdre Bleu, Lille

Département : 59

Dr COURROUBLE, CSST associatif GREID, Valenciennes
Dr Marie-Ève CUISINIEZ, CCAA du CH, Douai
Dr DANIEL, CSST CITD, CHRU, Lille
Mme HAVEZ, responsable CCAA du CH, Douai
Dr LEJEUNE, médecin CCAA du CH, Douai - Consultation de tabacologie « Éclat », Lille
Dr LOOSFELD, intersexeur d'alcoologie du CH, Valenciennes
Mme Wasania MALICE, directrice du CSST associatif GREID, Valenciennes
Dr Didier PLAYOUST, service d'alcoologie du CH, Tourcoing
Dr RIFF, responsable du réseau régional MGT 59/62, Lille

Département : 68

M. René KURTZ, directeur de l'association Le Cap - Centres d'addictologie de Saint-Louis et d'Altkirch
Dr Christophe BELTZ, CCAA Alma, médecin généraliste, Altkirch
M. ERMANN, psychologue, CCAA Alma, Altkirch
M. Jacques MEISTER, travailleur social, CCAA Alma, Altkirch
Dr MOUGEL, médecin addictologue, CCAA Alma, Altkirch - médecin au CSST Le Cap, Mulhouse
Dr Robert MOISSENNOT, CCAA Alma, médecin généraliste, Altkirch
Mme MALGARINI, travailleur social, CCAA Hôpital Louis-Pasteur, Colmar
Mme Ruth KREMER, médecin au CCAA, responsable équipe de liaison, Hôpital Louis-Pasteur, Colmar
Mme Marie-Luce CILIA, infirmière, équipe de liaison, Hôpital Louis-Pasteur, Colmar
Dr Angelina DARREYE, praticien hospitalier, CSST Alternative et ECIMUD, CH, Mulhouse
Mme Estelle TONELLO, infirmière, CSST Alternative, CH, Mulhouse
Mme Valérie RENKLY, psychologue, CSST Alternative, CH, Mulhouse
Mme WEBER, assistante sociale, CSST Alternative, CH, Mulhouse
Dr Michel MARTIN, médecin généraliste, Olttingue
Dr Eliane RACAMIER, médecin généraliste, Saint-Louis

Département : 92

M. HOMERVILLE, directeur du CSST Trait d'union, Boulogne
Dr Françoise LEGUILLOU, équipe de liaison, Hôpital Max-Fourestier, Nanterre
Dr MICHAUD, responsable du CCAA Centre Magellan, Gennevilliers
M. Philippe MORIN, responsable du CSST CAAT/SEQUANACIAT 92, Rueil-Malmaison
M. Jean-Yves NOEL, directeur du CSST Chimène, Issy-les-Moulineaux
Dr POLO DEVOTO, équipe de liaison ECIMUD, Hôpital Béclère, Clamart
M. Frédéric VOIZE, responsable du CCAA Sud 92, Bourg-la-Reine – Clinique Liberté, Bagneux

Département : 92

Dr Christian BANCE, médecin généraliste, Châtenay-Malabry
Dr Philippe BATTEL (interviewé), médecin psychiatre, chef du service d'addictologie, Hôpital Beaujon, Clichy
Dr Claude LE VOT IFRAH, médecin psychiatre, CCAA Centre Arthur-Rimbaud, hôpital de Saint-Cloud, Boulogne Billancourt
Mme Monique MARIE, infirmière, équipe de liaison ECIMUD, CH louis-Mourier, Colombes
Dr Anne-Marie SIMONPOLI, Réseau ARES 92, CH Louis-Mourier, Colombes

REMERCIEMENTS	3
CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	11
QUESTIONS À FINALITÉ DESCRIPTIVE	12
QUESTIONS À FINALITÉ NORMATIVE	12
LES ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES	13
EN FAVEUR D'UNE BASE COMMUNE	14
ÉLÉMENTS DÉTERMINANTS DES SPÉCIFICITÉS	15
MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION	19
RÉPONSES AUX QUESTIONS ÉVALUATIVES	31
QUESTIONS À FINALITÉ DESCRIPTIVE	31
QUESTIONS À FINALITÉ NORMATIVE	50
DISCUSSION	59
CONCLUSIONS	63
RECOMMANDATIONS	73

ANNEXES

GLOSSAIRE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS UTILISÉS
ANALYSE DESCRIPTIVE QUALITATIVE DES TERRITOIRES

79

81
83

AVERTISSEMENT

En raison du volume important représenté, les annexes complètes (liste ci-dessous) ne sont pas présentées dans cette version imprimée mais font l'objet d'une publication électronique (fichier pdf) accessible sur le site internet www.drogues.gouv.fr

ANALYSE DESCRIPTIVE COMPARATIVE DES TERRITOIRES
SCHÉMA D'ANIMATION DES GFD
INTRODUCTION DES GFD
QUESTIONS
DOCUMENTS CONSULTÉS

CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

La connaissance des dépendances aux substances psychoactives, l'évolution des modes de consommation, les transformations dans les profils de consommation des usagers ont conduit à l'émergence d'une nouvelle approche, davantage fondée sur les comportements que sur les produits.

Le concept d'addiction s'est peu à peu imposé au niveau des politiques publiques. En 1998, la MILD'T a élargi ses missions et, en 1999, le gouvernement a adopté un Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances basé sur ces nouvelles définitions.

Ce plan prévoit le rapprochement des structures (historiquement centrées sur les produits), ainsi que le repérage précoce des différents usages (abus, usage nocif, dépendance) et des polyconsommations. Pour la première fois sont posées les bases de l'organisation d'une politique générale de prise en charge des consommations abusives.

Dans son mandat d'évaluation du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances sur la période 1999-2001, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a été chargé d'évaluer, parmi les quatre priorités fixées en Comité permanent interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, les expériences de rapprochement des structures spécialisées pour une prise en charge globale des conduites addictives.

Un état des lieux mené auprès des DDASS en 2001 (DGS/OFDT) avait pour objectif d'identifier et de décrire les expériences de rapprochement existantes.

Cette étude a mis en évidence la nécessité d'approfondir la pertinence des projets de rapprochement vis-à-vis :

- de l'organisation de l'offre de prise en charge déjà existante dans le département,
- des besoins de la population concernée.

La mission confiée à Cemka-Eval, en collaboration avec le Comité d'évaluation, vise à évaluer la mise en œuvre des rapprochements à l'échelle du territoire, et non à discuter les orientations nationales qui constituent le point de départ de la démarche d'analyse.

Sa finalité est de contribuer à définir de nouveaux modes d'organisation de la prise en charge des conduites addictives en répondant aux questions évaluatives suivantes (cahier des charges de l'appel d'offres) :

QUESTIONS À FINALITÉ DESCRIPTIVE

- Qu'entend-on par « expériences de rapprochement » au niveau local et quelles sont les modalités pratiques de ces rapprochements ?
- Comment s'inscrivent-elles dans le tissu sanitaire et social existant ?
- Comment les expériences de rapprochement existantes permettent-elles de mieux utiliser les compétences des professionnels ?
- Comment les expériences de rapprochement existantes contribuent-elles à optimiser les moyens affectés à la prise en charge des pratiques addictives ?

QUESTIONS À FINALITÉ NORMATIF

- Jusqu'à quel point les expériences de rapprochement existantes servent-elles à repérer les besoins communs et spécifiques liés aux différentes addictions (prise en charge de l'abus, de la consommation excessive et des dépendances) ?
- Jusqu'à quel point les expériences de rapprochement existantes permettent-elles de mieux repérer les usages nocifs (repérage précoce) et de mieux prendre en charge les polyconsommations de la population locale ayant des conduites addictives ?
- Dans quelle mesure les expériences de rapprochement existantes contribuent-elles à une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire ?

LES ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES

Le Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté par le Comité interministériel le 16 juin 1999¹ qui propose une approche davantage fondée sur les comportements que sur les produits, repose sur plusieurs constats essentiels parmi lesquels :

- l'évolution des modes de consommations qui font apparaître une stabilité (voire une diminution) de la consommation d'héroïne, une augmentation de la consommation de cannabis, l'accessibilité de plus en plus importante aux drogues de synthèse, la fréquence croissante des consommations abusives associant produits licites et illicites ;
- dans le même temps, on observe un accroissement des expérimentations de consommation d'alcool chez les jeunes, de médicaments psychoactifs comme dans tous les pays développés et une banalisation des produits dopants ;
- les travaux les plus récents montrent une base moléculaire commune à toutes les dépendances ;
- la difficulté à concilier l'action répressive et l'action sanitaire ;
- le manque de diversification du dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes, qui reste orienté vers les personnes dépendantes aux opiacés ;
- l'insuffisance de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool et des consommateurs de tabac au regard de l'importance des populations concernées ;
- un repérage tardif des consommations abusives et un accès aux soins trop tardif ;
- la diversité des financements et l'absence de programmation territoriale des dispositifs de prévention et de soins a entraîné des disparités importantes ;
- une attitude relativement fermée des dispositifs de droit commun (médecine de ville, hôpital) à l'égard des usagers de drogues.

Un certain nombre d'orientations ont été proposées face à ces constats, déclinées en huit chapitres.

1. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, MILDT, 16 juin 1999, Paris, MILDT.

Les préconisations relatives à « l'accueil, l'orientation, le soin, l'insertion des usagers de produits psychoactifs » posent clairement la nécessité de réorienter le dispositif d'accueil et de soins vers une prise en charge plus précoce des consommateurs abusifs de produit multiples. Et, pour prendre en compte ces nouveaux modes de consommation et offrir aux consommateurs des soins adaptés, les structures de soins et de prise en charge sont invitées à se rapprocher.

Ce rapprochement n'a jamais remis en cause la diversité nécessaire des structures et des compétences, mais a suggéré que des articulations s'opèrent et que des efforts soient réalisés pour organiser les complémentarités et les transferts de savoir-faire, sans supprimer les spécificités.

Pour faciliter le rapprochement proposé et produire au préalable une réflexion sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux usages des différentes substances psychoactives, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie a mandaté un groupe de travail (groupe RASCAS). En réexaminant les fondements cliniques et théoriques ayant conduit à l'organisation actuelle des soins, il s'agissait de proposer des modalités d'organisation telles que l'adaptation du dispositif de prise en charge de façon à le rendre plus cohérent et plus efficace tout en intégrant les éléments communs et les éléments spécifiques aux différentes addictions.

Il ne saurait être question de retranscrire intégralement le contenu de ce travail, mais de rappeler ses acquis et ses recommandations, à prendre en compte dans la conduite de notre analyse.

Parmi les facteurs individuels psychologiques et psychiatriques analysés par le groupe, certains éléments plaident en faveur d'une base commune, d'autres font valoir des spécificités. Les principaux éléments issus du rapport RASCAS sont rappelés ci-après.

EN FAVEUR D'UNE BASE COMMUNE

■ Selon les travaux scientifiques actuellement disponibles, les conduites addictives affectent des personnalités diverses sur le plan des caractéristiques psychopathologiques, témoignant du caractère transnosographique et transstructural du concept de dépendance. Il n'y aurait pas de personnalité « pré-addictive ». Selon Bergeret (1981) : « Il n'existe aucune structure psychique profonde et stable de l'addiction. N'importe quelle structure mentale peut conduire à des comportements d'addiction visibles ou latents dans certaines conditions affectives et relationnelles ». Il faut cependant distinguer les troubles psychiatriques primaires favorisant

l'addiction, des troubles psychiatriques secondaires liés aux effets de l'addiction. Cette classification primaire/secondaire est souvent limitée néanmoins, du fait de la difficulté à reconstituer de manière rétrospective les antécédents addictologiques et psychiatriques des patients.

- L'assujettissement au produit induit un mode de relation entre l'individu et son addiction qui l'accapare et qui imprime en grande partie son vécu, ses relations sociales et son histoire.
- Sur le plan de l'histoire naturelle d'un comportement d'usage et d'une addiction, c'est-à-dire ce qui relève de la trajectoire individuelle de l'usager, les différentes étapes par lesquelles il passe depuis l'initiation, de l'usage régulier jusqu'à la dépendance et à l'arrêt de consommation/rechute, des similitudes apparaissent.
- Il en est de même en matière d'évolution et de pronostic : ils dépendent davantage de facteurs de personnalité et d'environnement social que du comportement d'addiction en tant que tel. Toutefois, cela n'est vrai qu'abstraction faite des complications liées à la toxicité des produits et du type de consommation.
- Sur le plan du traitement, les similitudes de trajectoire déterminent des proximités dans les traitements proposés. Ce sont les approches cognitivo-comportementales qui ont le plus formellement construit un mode de traitement commun aux conduites addictives aux différents produits, dans sa finalité (améliorer la qualité de vie) et dans ses objectifs intermédiaires (maturation motivationnelle, aide au sevrage, traitement des troubles cognitifs, relationnels, sociaux et psychiatriques, prévention de la rechute). Les seules différences portent sur les pharmacothérapies utilisées dans le sevrage et pour la prévention de la rechute. Cependant, des traitements visant des mécanismes neurobiologiques communs aux addictions (la naltrexone) commencent à être utilisés pour favoriser le maintien de l'abstinence chez les alcoolodépendants et les dépendants aux opiacés.

ÉLÉMENTS DÉTERMINANTS DES SPÉCIFICITÉS

- Les impacts en termes de prévalence, de morbidité et de mortalité diffèrent.
- Les représentations sociales.
- La phénoménologie de la clinique : la centration de l'existence sur une substance modèle le rapport au monde et plonge le sujet dans un univers fortement associé à ce produit et à son image sociale. La dépendance, même si elle est émaillée de polyconsommations, s'organise pratiquement toujours autour d'un produit principal ou dominant. Le parcours de vie du sujet est principalement déterminé par l'addiction à un produit plutôt qu'un autre et par les spécificités de celle-ci comme

les dommages qu'elle induit, les besoins qu'elle génère, le style de vie qu'elle imprime. De même, les rapports avec les institutions, les types de soins entrepris seront adoptés par le sujet pour autant qu'ils puissent s'intégrer au « monde » du produit. Or, le monde de la drogue et celui de l'alcool sont différents.

■ Les complications psychiatriques et somatiques, qui tiennent pour partie aux effets psychodysleptiques ou au potentiel d'intoxication propres à chaque substance.

■ Sur le plan thérapeutique, ce sont les répercussions spécifiques de chaque substance et le mode de consommation en termes de dépendance, d'effets psycho-modificateurs et de complications somatiques qui vont déterminer les choix thérapeutiques. Cependant, il est difficile de faire la part, dans ces différences, entre celles qui relèvent de l'histoire des structures et des soignants, et celles qui résultent d'une nécessité thérapeutique. Il faut aussi tenir compte de la dimension culturelle intrinsèque à chaque conduite d'usage de substances psychoactives.

Ainsi, il en ressort que pour être efficaces et cohérentes, tant sur le plan individuel que dans une perspective de santé publique, les prises en charge des sujets abuseurs ou dépendants doivent intégrer les points suivants :

■ la durée dans le suivi d'une personne dépendante et la continuité entre les différents acteurs de la prise en charge, notamment entre l'hospitalier et l'ex-trahospitalier ;

■ la dimension psychopathologique, fréquente (troubles graves de la personnalité), justifiant que ces conduites soient considérées comme des troubles bio-psycho-sociaux. La traduction est l'intégration de compétences en psychologie ou psychiatrie en complément des équipes de soins ou d'accompagnement spécialisées. Il faut que soit clairement pensée la coordination du dispositif spécialisé avec le dispositif psychiatrique ;

■ les problématiques de l'exclusion, de la précarité et de la marginalité : la marginalité tient une place non négligeable dans l'héroïnomanie. De plus, elle est en augmentation parmi les patients alcoololo-dépendants ;

■ les problématiques des jeunes : l'accroissement des polyconsommations et l'arrivée de consommateurs de nouvelles substances a remis à l'ordre du jour la question de l'usage nocif non associé à l'état de dépendance nécessitant des formes d'intervention davantage tournées vers la réduction des risques que vers le sevrage. Cependant, ces jeunes consultent peu les médecins généralistes ou les établissements de santé. D'autres professionnels de santé ou du secteur éducatif et social ont donc un rôle important à jouer (dentistes, médecins du sport...) ;

■ l'identification des consommateurs à leur produit : il existe une importante différence autour de la représentation que se font les patients d'eux-mêmes et de leur consommation. Le consommateur est assez facilement assimilé au produit consommé, lui-même construisant son identité et son mode de vie autour du produit. Ce phénomène d'identification au produit est d'autant plus fort que la personne est dépendante. Ne pas prendre en compte ces phénomènes dans l'organisation du dispositif de soins pour les dépendants pourrait être une erreur en termes d'attractivité des lieux d'accueil et de soins.

En répondant aux différentes questions évaluatives, les conclusions de ce travail prendront en compte la mise en œuvre concrète, *a minima* en terme de faisabilité, des différentes préconisations sur les territoires investigués.

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

PRÉ-REQUIS MÉTHODOLOGIQUES

A l'issue de plusieurs réunions du comité d'évaluation, un certain nombre de pré-requis nécessaires à la mise en œuvre de la mission et à l'élaboration des critères descriptifs et de jugement à la base de la démarche d'évaluation ont été validés (« référentiel »).

Initialement, l'évaluation devait porter sur sept initiatives formalisées et identifiées dans l'enquête DGS/OFDT.

Les premiers constats ont nécessité des ajustements présentés ci-après.

Territoires retenus

Par rapport au cahier des charges initial, le choix des territoires a été effectué selon un critère de représentativité nationale qui a permis de sélectionner un échantillon contrasté de départements, avec, *in fine* :

D'une part, cinq départements ayant une expérience de rapprochement formalisée et repérée dans le cadre de l'enquête DGS/ OFDT :

- le Calvados (14, Région Basse -Normandie) ;
- le Gard (30, Région Languedoc-Roussillon) ;
- la Mayenne (53, Région Pays de la Loire) ;
- le Haut-Rhin (68, Région Alsace) ;
- les Hauts-de-Seine (92, Région Ile-de-France).

D'autre part, deux départements sans expérience formalisée ou ayant une expérience en cours de formalisation non repérée dans l'enquête sus-citée. Il a été décidé de retenir deux départements connus pour présenter une forte prévalence des problèmes d'addictions :

- les Bouches-du-Rhône (13, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur),
- le Nord (59, Région Nord-Pas-de-Calais).

Ce choix avait pour objectif de répondre à une question non inscrite dans le cahier des charges initial de l'étude : quels sont les freins au rapprochement de certaines structures, notamment dans des départements où les besoins de la population semblent objectivés ?

Pour tous ces territoires, afin d'analyser l'insertion de la démarche dans le tissu sociosanitaire local, il a été décidé d'investiguer le niveau infradépartemental :

- soit en partant de l'expérience de rapprochement identifiée quand elle existe,
- soit en approfondissant l'existant par la rencontre des principaux acteurs pour les autres départements.

Constats

Les premiers constats qui émergent de la description des expériences retenues pour leur « rapprochement » montrent que :

- la visibilité géographique d'une entité ne traduit pas le fait qu'elle résulte systématiquement de structures existantes antérieures (2 créations sur 5),

- son existence n'est pas synonyme du rapprochement attendu dans les pratiques, notamment du fait d'un accueil indifférencié (quelle que soit l'addiction, ce qui suppose des outils communs d'évaluation de la situation), d'une conservation de l'orientation spécifique (d'autant plus que la dépendance est ancienne) et d'une approche spécifique pour les polyconsommateurs.

Le corollaire est de se demander si de telles pratiques existent dans les départements où le rapprochement n'est pas « géographiquement visible » et donc, en d'autres termes, de se demander si l'hypothèse de la mise en cohérence par la coexistence au sein de locaux communs est un pré-requis nécessaire (indispensable ?) et/ou suffisant pour voir se concrétiser l'évolution des modalités d'accueil et de prise en charge au sein des structures spécialisées concernées.

Il est donc retenu de ne pas fermer les réponses à la première question évaluative, qui reste descriptive tout en permettant d'établir des typologies de rapprochements possibles en pratique, même s'ils n'ont pas été repérés par l'enquête menée au préalable par la DGS/OFDT. De tels rapprochements, s'ils existent, sont peut-être fonction de la configuration antérieure du département (antérieure aux décisions politiques, antérieure en termes d'offre de prise en charge spécialisée, en réseau, hospitalière...).

Ajustements

Définitions

- « Addictions » : comportements d'abus, d'usage nocif ou de dépendance à une substance psychoactive, illicite ou licite (alcool, tabac, médicaments psychotropes). Il peut coexister une ou plusieurs formes d'addiction (par exemple, une dépendance et un abus associé).
- N'ont pas été retenus les abus et les dépendances aux produits dopants ainsi que les autres formes connues d'addictions (le jeu et l'alimentation).
- « Rapprochement » : existence formalisée (au sein ou non d'une entité) entre les centres spécialisés, de pratiques communes pour répondre aux dysfonctionnements mis en exergue dans le Plan triennal, notamment en matière de prise en charge spécifique pour les polyconsommateurs (capacité à dépister et prendre en charge les polyconsommations) et les usages nocifs.
- « Pertinence du rapprochement des pratiques » :
 - en adéquation aux besoins perçus par les professionnels, les tutelles et les usagers,
 - contribuant à mieux répartir l'offre de soins sur le territoire (plus-value dans l'accessibilité) : la pertinence en tant que réponse effective au besoin de prise en charge des polyconsommateurs ne pourra être évaluée qu'à terme, au regard de la description des profils des usagers pris en charge dans les structures « rapprochées ».

La discussion autour de la pertinence ne remet pas en cause les acquis issus des constats du Plan triennal gouvernemental (analyse des dysfonctionnements et problèmes auxquels ces dispositifs doivent répondre).

Réajustement de la mission

Il apparaît ainsi que l'évaluation de la mise en œuvre du rapprochement des structures spécialisées, à travers l'analyse descriptive et explicative des modalités effectivement engagées sur le terrain, a constitué un pré-requis indispensable au jugement de pertinence de ces démarches, et constitue l'essentiel de notre réflexion. L'approche repose sur l'étude qualitative de sept départements géographiquement répartis sur l'ensemble du territoire national et contrastés au regard des modalités d'application des recommandations du Plan triennal :

- deux départements comportant une création de structure addictologique : Mayenne et Calvados ;

- un département dans lequel un CCAA et une consultation anti-tabac sont créés au sein d'un CSST existant : Hauts-de-Seine ;
- deux départements où les centres spécialisés ont mutualisé des locaux et/ou des moyens : Haut-Rhin et Gard ;
- deux départements de forte prévalence où rien n'est encore « administrativement » apparent : Bouches-du-Rhône et Nord.

Conduite de l'évaluation

Mené en deux phases colligeant l'information nécessaire à la résolution des questions évaluatives, le travail s'est déroulé en étroite collaboration avec le Comité d'évaluation.

Première phase

En prenant connaissance des informations issues de l'enquête DGS/OFDT et en recueillant les données disponibles en matière d'offre de prise en charge (acteurs, besoins du public et environnement sociosanitaire, départemental et régional), il s'agissait d'approfondir :

- la connaissance du contexte politique et des différents enjeux pour les acteurs de terrain déjà identifiés par d'autres études et rapports d'experts,
- la connaissance locale des départements investigués.

Les documents régionaux et nationaux en lien avec l'étude ont été recensés et consultés (liste en annexe 1).

Deuxième phase

Cette phase, destinée à recueillir une information qualitative auprès des acteurs, a été réalisée sous forme de groupes focaux de discussion (GFD), complétés de questionnaires en fin de séance et d'entretiens téléphoniques le cas échéant.

Elle devait explorer les axes suivants :

- description des pratiques actuelles, notamment de complémentarité, à l'égard des polyconsommateurs et du repérage précoce (existence de savoir-faire identifiés par rapport à des situations particulières, répartition de la prise en charge en fonction des compétences des différents professionnels, existence de protocoles formalisés, de procédures d'orientation) ;

- description de la perception et de l'opinion des acteurs spécialisés et de leurs partenaires professionnels à l'égard du rapprochement pour une prise en charge globale ;
- analyse des besoins professionnels ressentis ;
- suggestions pour une transformation concrète des pratiques des acteurs.

Outils

Grille d'analyse départementale

Une première version de grille d'analyse départementale de l'offre et des besoins a été mise à disposition par l'OFDT et la DGS. Cette grille a fait l'objet de discussions, de modifications et a été validée par le Comité d'évaluation avant d'être utilisée pour les sept départements étudiés (annexe 2).

Plusieurs sources (présentées ci-après) ont été croisées pour remplir cette grille avec les données les plus récentes. Un glossaire reprenant les principales abréviations des organismes figure à la fin de ce rapport.

Type de données	Organisme producteur	Références
Objectifs sociosanitaires de la région et du département	DRASS OFDT/MILD'T	Actes des conférences régionales de santé Synthèse du rapport annuel des chefs de projet départementaux « drogue et dépendance », 2000
	DHOS ARH DRASS	SROS
Financements de l'État consacrés aux addictions	DDASS/DGS	Grille de recueil <i>ad hoc</i>
Données sociodémographiques et précarité	INSEE	Recensement de la population, 1999

	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité	« Chiffres et indicateurs départementaux 1998 »
	FNORS	Base de données « Score santé »
Géographie du département et voies de communication	Sites internet respectifs	
	Ministère de l'Intérieur	http://www.interieur.gouv.fr
	Ministère de l'Aménagement du territoire et de l'Environnement	http://www.environnement.gouv.fr
	Ministère de l'Équipement	http://www.equipement.gouv.fr
	Conseils généraux	http://www.cg(N°département).fr
Morbidité et mortalité spécifiques	INSERM SC8	Statistiques des causes de décès, 1998
	OCRTIS	Données OCRTIS, 2000
Implication des médecins généralistes et des officines en toxicomanie	DREES DDASS / Comité départemental de substitution	Données de prescription médicale
	Institut national de veille sanitaire	SIAMOIS, 2000 (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile)
	ERSM	Enquêtes spécifiques de prescription médicale
Offre de soins libérale	DRASS	ADELI, 01/01/2000
Dispositif de prise en charge des addictions	DDASS	Bilan d'existant déjà réalisé par les DDASS
Annuaire Rosenwald 2001 http://www.rosenwald.com		

	DGS	Annuaire DGS des structures de prise en charge des usagers de drogues 2001
	Drogues info service	Répertoire des services spécialisés en France drogues et toxicomanie, 1997
	DGS/OFDT	Rapports d'activité type CSST en 2000 Rapports d'activité type des Centres de cure ambulatoire en alcoologie, 2000
	DHOS OFDT/MILD'T	Enquête équipe de liaison, DHOS Rapport annuel des chefs de projet départementaux « drogue et dépendance » 2000
Réseaux ville-hôpitaux	MILD'T/OFDT	Synthèse du rapport annuel des chefs de projet départementaux « drogue et dépendance »
	DGS OFDT	Annuaire DGS des structures de prise en charge des usagers de drogues, 2001
	Drogues info service	Répertoire des services spécialisés en France drogues et toxicomanie, Drogues info service, 1997
Réseaux financés par l'AM	URCAM CNAMTS/COFRES	Financement aux FAQSV Arrêtés officiels
Associations d'usagers	DDASS CIRDD CDPA	Données 2001

Interpellations et condamnations	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants, ministère de l'Intérieur (OCRTIS)	FNAILS, 2000
	Ministère de la Justice	Casier judiciaire national
Crédits CDO	MILD'T	Données 2000 et 2002
Injonctions thérapeutiques (prononcées/exécutées)	MILD'T/Ministère de la Justice	Données 2001
Structures de réduction des risques	DGS/SD6A-MILD'T	Bilan sur les structures de réduction des risques, fin 2001
Recours aux soins des toxicomanes et profils des usagers pris en charge dans les CSST	DGS / OFDT	Rapports d'activité types des CSST en 2000
	DREES-DGS	Enquête du mois de novembre 1999 sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures médico-sociales
Profils des usagers pris en charge dans les CCAA	DGS/OFDT	Rapports d'activité type des CCAA en 2000
Consommation de tabac	Fédération des industries du tabac SEITA	Données, 2000

Constitution et animation des GFD

Les modalités de constitution des GFD ont été discutées et validées en Comité d'évaluation.

Le principe d'intégrer dans les GFD à la fois des acteurs engagés dans une initiative de rapprochement et des acteurs non engagés (parmi ceux pour lesquels l'implication paraissait pertinente) a été retenu. Dans les départements où il n'existe pas d'initiative de rapprochement formalisée repérée, le GFD a été constitué des acteurs qui seraient les plus pertinents pour initier une telle initiative (structures « fortes », bien ancrées...).

Deux types de GFD s'avéraient adaptés aux objectifs de ce travail : faire des GFD « contrastés » (certains avec uniquement des personnes du dispositif spécialisé et d'autres avec leurs proches partenaires) ou faire des GFD de composition « mixte » associant ces différents profils d'intervenants. Le choix du Comité d'évaluation a finalement été de constituer des groupes « mixtes » associant à la fois des intervenants du dispositif spécialisé de prise en charge des addictions et leurs proches partenaires.

La méthodologie des GFD imposait une contrainte technique, à savoir un nombre maximal d'une quinzaine de participants. De ce fait :

- le choix des acteurs a été conditionné par les questions évaluatives et donc centré sur ceux concernés par le dépistage (prévention secondaire) ou le soin. Étaient exclues les personnes travaillant en prévention primaire ;
- face au problème des critères de sélection des participants susceptibles de se poser dans certains départements (grand nombre de CSST et CCAA), l'avis des DDASS pourrait être requis ;
- pour les départements présentant un nombre de structures et d'intervenants important (13, 59 et 92), il a été décidé de constituer 2 GFD.

En conséquence, le référentiel de constitution des GFD a été le suivant :

- les directeurs des dispositifs spécialisés : CSST et CCAA ;
- les chefs de service hospitaliers des unités spécialisées en alcoologie, tabacologie, psychiatrie ;
- les coordinateurs des réseaux ville-hôpitaux ou ambulatoire « toxicomanie », « alcool », « tabac » ou « addiction » ;
- les responsables de consultations tabacologiques créées à l'initiative des Caisses d'assurance maladie ;
- les responsables des équipes de liaisons hospitalières (alcool, toxicomanie, tabac ou addictions) ;
- quelques médecins libéraux impliqués dans les problématiques d'addictions : médecins généralistes, psychiatres libéraux ou pharmaciens.

Afin de favoriser la mise en place des groupes focaux, l'OFDT a adressé un courrier introduisant le cabinet Cemka-Eval auprès de chacune de ces structures.

La date de chaque GFD a été fixée à partir des disponibilités des professionnels. Il était demandé aux personnes sollicitées non disponibles de se faire remplacer par un de leurs collègues appartenant à la même structure.

Le plus souvent, les GFD se sont déroulés au sein des DDASS, mais en l'absence de représentant de l'État afin de préserver la libre expression des participants.

Un schéma d'animation des GFD a été réalisé et validé en Comité d'évaluation. Il est joint en annexe 3. Les GFD étaient animés en binôme de deux consultants. Avec l'accord des participants et en contrepartie du respect de l'anonymat dans l'analyse, les séances ont été enregistrées puis retranscrites avant d'être analysées en contenu.

De façon à recueillir des informations plus confidentielles (qui ne pouvaient être exprimées en réunion), un questionnaire anonyme succinct a été distribué en fin de réunion à tous les participants. Ce questionnaire reprenait les principaux axes discutés lors du GFD (annexe 4).

Stratégie d'analyse

Le tableau suivant présente, en fonction de chaque question évaluative, le(s) outil(s) et la méthodologie permettant d'apporter les éléments de réponse.

Question évaluative	Outil et stratégie utilisés pour y répondre
Questions à finalité descriptive	
Q1 : Qu'entend-on par des expériences de rapprochement au niveau local et quelles sont les modalités pratiques de ce rapprochement ?	Description des expériences de rapprochement - repérées par l'enquête - citées par les DDASS - développées dans les GFD
Q2 : Comment les expériences de rapprochement existantes s'inscrivent-elles dans le tissu sanitaire et social existant ? <i>Par rapport aux priorités régionales et départementales</i> <i>Par rapport à la redondance de l'offre</i>	Utilisation des résultats de la Q1 par rapport à la grille de recueil de données de besoins et d'offre de prise en charge du site

Q3 : Comment les expériences de rapprochement existantes permettent-elles de mieux utiliser les compétences des professionnels ?

GFD : outils de la complémentarité existants par rapport aux résultats de la Q1

Q4 : Comment les expériences de rapprochement existantes contribuent-elles à optimiser les moyens affectés pour les pratiques addictives ?
Quelles différences de traitement à moyens égaux ou supplémentaires ?
Comparatif financier sur deux ans/moyens développés dans grille de recueil de données de besoins et d'offre de prise en charge (financements) et GFD

Questions à finalité normative

Q5 : Jusqu'à quel point les expériences de rapprochement existantes servent-elles à repérer les besoins communs et spécifiques liés aux différentes addictions (prise en charge de l'abus, de la consommation excessive et des dépendances) ?

GFD : mise en œuvre des outils du repérage dans la pratique

Q6 : Jusqu'à quel point les expériences de rapprochement existantes permettent-elles de mieux repérer les usages nocifs (repérage précoce) et de mieux prendre en charge les polyconsommations de la population locale ayant des conduites addictives ?

GFD : mise en œuvre des nouvelles modalités de prise en charge dans la pratique

Q7 : Dans quelle mesure les expériences de rapprochement existantes contribuent-elles à une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire ?
Par rapport à la géographie du département couvert
Savoir pourquoi certaines zones ne sont pas couvertes

Différentiel grille de recueil de données de besoins et d'offre de prise en charge et localisation des expériences existantes (cartographie)
Approfondissement GFD

Q8 : Quels sont les freins au rapprochement de certaines structures, notamment dans des départements où les besoins de la population semblent objectivés ?

GFD

RÉPONSES AUX QUESTIONS ÉVALUATIVES

QUESTIONS À FINALITÉ DESCRIPTIVE

Qu'entend-on par expériences de rapprochement au niveau local et quelles sont les modalités pratiques de ces rapprochements ?

Les expériences de rapprochement pour une prise en charge globale des conduites addictives, repérées par l'enquête DGS/OFDT, et retenues dans le cadre de notre évaluation sont présentées synthétiquement dans le tableau présenté dans les pages suivantes (présentation détaillée en annexe). Cette description est basée sur les documents fournis par les promoteurs de ces projets dans le cadre de l'étude DGS/OFDT, et sur les éléments communiqués par les médecins inspecteurs des DDASS chargés des conduites addictives (entretiens téléphoniques). Ces informations ne sont pas standardisées du fait du mode de recueil retenu dans la phase de repérage d'expériences de rapprochement (recueil relativement qualitatif, grille d'analyse parfois incomplète, présentation du projet sous la forme choisie par les promoteurs). Elles ont été enrichies des précisions issues des GFD. Par ailleurs, les GFD ont mis en évidence les initiatives existantes, formalisées ou non, dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Nord, et qui n'avaient pas été identifiées par l'enquête sus-citée.

Le principe d'une approche globale de la personne, selon le trépied médical, social et psychologique, a toujours existé pour les centres spécialisés. L'analyse des GFD montre que ce qui a changé avant tout, c'est le mode de pensée des professionnels qui intègrent peu à peu une définition différente de la globalité à l'égard des comportements addictifs. Cette référence émergente, et encore peu précise, ne gomme pas pour autant les trois composantes sus-citées (et les questions qui s'y rapportent), mais bouscule le contenu de chacune d'elles.

Le rapprochement qui prime au niveau local est bien l'assimilation dans la prise en charge de pratiques rattachées à deux domaines jusqu'ici très distincts : l'alcoologie et la toxicomanie.

Les orientations du plan triennal gouvernemental ont formalisé des besoins ressentis dans l'expérience quotidienne.

Nous n'avons pas rencontré de situation où l'intérêt était exclusivement tourné vers « un » produit et/ou « une » relation au « produit ». Toutes les structures semblent concernées en leur sein par l'élargissement du regard porté sur le patient. Ceci appelle à développer de « nouvelles compétences cliniques », qui s'étendent du repérage des autres problématiques addictives (sensibilisation/intégration/acceptation) à leur prise en charge, en cas de dépendance. Les prises en charge des abus « isolés » (consommations, même multiples, sans dépendance) au sein des structures spécialisées demeurent, en effet, encore exceptionnelles.

« Je dirais que ce qui se pose à nous en tant que structure soignante, c'est la limite de l'offre de soins que l'on peut faire en interne et la question de trouver des ressources externes soit pour faire de l'orientation, notamment quand ce sont des personnes qui ont des problématiques alcooliques qui sont dominantes (ou qui sont vécues comme dominantes) ou qu'on peut repérer comme dominantes, faire des orientations et éventuellement faire des accompagnements conjoints quand on pense que c'est nécessaire ou quand la personne ou l'usager souhaite conserver le contact et pas seulement être orientée vers une autre structure. »

Sur le terrain, les évolutions s'expriment dans la diversité de deux grands types d'organisation et de fonctionnement :

■ Les unités « structurelles » : c'est le rattachement administratif qui crée l'unité plus que le lieu géographique.

- Nouvellement créées sous le terme « addictologique » plutôt que CSST ou CCAA (Calvados et Mayenne).
- Résultant de l'évolution d'une organisation antérieure existante (Haut-Rhin, Hauts-de-Seine, Gard, mais également Nord).

Dans leur fonctionnement, la prise en charge globale des comportements addictifs des personnes repose soit sur une orientation « en interne » entre professionnels de la structure, soit sur la prise en charge des différentes problématiques addictives par une même personne ayant évolué dans sa pratique (département du Nord également).

Dans leur organisation, le plus souvent (mais pas constamment) et plutôt dans un second temps, ces unités ont également développé un maillage géographique de leurs activités « addictologiques » en plusieurs points du territoire départemental (restructuration et redéploiement observé dans le Haut-Rhin, développement de sites en Mayenne...).

Type de rapprochement	Justifications et promoteur	Modalités du rapprochement	Structures concernées	Lieu(s)	Date ouverture
14 Création de structure	- Repérage de besoins pour des publics précaires, les jeunes, les femmes, sur deux quartiers en particulier - Demande des travailleurs sociaux	Création d'une Maison des addictions /	/	Caen	Fin 2001
53 Création de structure	- Prévalence importante de l'alcool - Deux mouvements successifs : rattachement de toutes les structures de prise en charge de l'alcool au CHS, puis redéploiement du CHS ; rattachement de l'activité intersectorielle au syndicat inter-hospitalier - Crédit d'un CCAA à la place d'un CCAA du fait des orientations nationales - Promoteur : syndicat inter-hospitalier	Création d'un CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie et toxicomanie	/	Laval et 2 antennes : Mayenne Château-Gontier	Mai 2001

	Type de rapprochement	Justifications et promoteur	Modalités du rapprochement	Structures concernées	Lieux(x)	Date ouverture
68	Évolution de l'organisation et du fonctionnement de structures existantes	Volonté de la DDASS après enquête auprès des CSST et CCAA	Expérimentation d'un accueil et d'une prise en charge indifférenciée des patients alcooliques et toxicomanes : création d'un centre d'addictologie à partir d'un CSST existant et d'un autre centre à partir d'un CCAA existant (redéploiement)	- CSST de Saint-Louis - CCAA Altkirch - Antenne méthadone Alma (CSST Le Cap) d'Altkirch Même association gestionnaire pour les 3 : Le Cap	Saint-Louis Altkirch	2002
30	Maillage entre structures avec mutualisation de moyens	Volonté de la DDASS car : - dispositif de prise en charge spécialisé centré sur Nîmes ; - volonté de « mailler » le département en termes de prise en charge ; - mise en réseau des différents acteurs (CSST, CCAA, hôpitaux).	Plusieurs expériences : - structures de soins ambulatoires en addictologie	- CSST Logos - CIPAT (antenne du CCAA du CDPA) - CHG de Bagnols - Secteur psychiatrique (Mascareron) - Réseau Riposte	Bagnols-sur-Cèze	Début 2001

	Type de rapprochement	Justifications et promoteur	Modalités du rapprochement	Structures concernées	Lieux(x)	Date ouverture
			- structures de soins ambulatoires en addictologie - structures de soins ambulatoires en toxicomanie	CSST Logos - CDPA CH d'Alès - Secteur psychiatrique - CSST Logos - CH du Vigan - Secteur psychiatrique - Lieu d'écoute et de réduction des risques (attente participation du CCAA du CIPAT)	Alès	Septembre 2001
92	Évolution de l'organisation et du fonctionnement d'une structure existante déjà intégrée dans un maillage entre les entités de l'offre de soins	- Besoin de consultations ambulatoires en alcoologie dans le sud du département doté d'un seul CCAA (récent) et d'une offre de et d'une offre de prise en charge exclusivement hospitalière	Création d'un CCAA et d'une consultation de sevrage tabagique par le CSST Chimène	- CSST Chimène - Hôpital Corentin-Celton - Hôpital Béclère à Clamart (réseau VH « Ressource » - Villes concernées (Meudon, Montrouge)	CCAA Malakoff ou Vanves Sevrage tabagique : Corentin-Celton (antenne de Chimène)	

Type de rapprochement	Justifications et promoteur	Modalités du rapprochement	Structures concernées	Lieux(x)	Date ouverture
13	Mailage entre les entités de l'offre de soins	Pas d'expérience formalisée repérée par l'enquête, initiatives nombreuses cependant			
59	Mailage entre les entités de l'offre de soins	Pas d'expérience formalisée repérée par l'enquête, initiatives nombreuses cependant			

■ Ailleurs, l'organisation est caractérisée par un maillage entre les différentes entités de l'offre de soins, et par une orientation de la personne « à l'extérieur » (situations observées dans les Bouches-du-Rhône, le Nord, les Hauts-de-Seine). La complémentarité est recherchée par l'établissement de ponts entre les « unités structurelles » pour des prises en charge conjointes ou en relais. Cette modalité peut bien évidemment comporter en son sein les évolutions décrites dans le premier cas de figure.

Cette typologie, bien qu'un peu arbitraire étant donné les combinaisons plus ou moins complètes et coexistantes observées en pratique, a été utilisée pour la poursuite de notre analyse.

Nous préciserons que la coexistence n'est pas contradictoire, mais souligne plutôt l'existence d'un *continuum* entre les différents types de rapprochements pour tendre vers la diversité de l'offre de prise en charge.

Comment les expériences de rapprochement existantes s'inscrivent-elles dans le tissu sanitaire et social existant ?

Les contextes sociosanitaires des expériences analysées ont été caractérisés par les indicateurs disponibles (annexe 5 et document annexe 1).

Avec la réserve des limites développées dans le chapitre dédié à la discussion, ces derniers ont été rapprochés en fonction de l'application descriptive que l'on pouvait en faire. Ainsi, la qualité de l'information à laquelle nous avons pu accéder au plan national en matière d'activité de prise en charge des structures spécialisées (incomplètement disponible et partiellement utilisée dans les rapports d'activité type) ne peut pas traduire la réalité de la prise en charge en pratique. De ce fait, nous n'avons pas pu intégrer cette donnée dans l'application suivante. Les données d'interpellation, d'emprisonnement ou d'injonction thérapeutique, étroitement liées à l'activité des services de police, nous ont également semblé difficilement utilisables dans un objectif de description comparative des territoires. Enfin, il faut souligner le caractère incomplet des informations relatives au devenir des enveloppes financières allouées au plan régional.

Ainsi, quatre regroupements d'indicateurs caractérisant chacun un domaine peuvent être proposés :

■ les indicateurs caractérisant le contexte sociodémographique : densité de population, part des moins de 25 ans et des plus de 60 ans, marqueurs de précarité et degré d'urbanisation ;

- les indicateurs de mortalité et de morbidité spécifiques estimant indirectement la prévalence : mortalité par surdose et mortalité spécifique pour l'alcoolisme et le tabagisme. À noter que la seule information quantitative traduisant indirectement et partiellement la pratique d'injection intraveineuse de substances psychoactives est le taux de vente officinale de stéribox. Contrairement aux autres outils de la réduction des risques (substitution) totalement liés aux pratiques professionnelles, ce taux traduit le recours au matériel stérile par les toxicomanes eux-mêmes. Rapproché des données précédentes et croisé aux informations qualitatives amenées par les professionnels de terrain, il corrobore la notion de problématique « dominante » pour un territoire départemental (sans pour autant nier l'existence des autres problèmes) ;
- les indicateurs caractérisant les dispositifs résultant de la politique en matière d'addiction : inscription des addictions dans les priorités de santé régionales ; existence d'une CDO ;
- les indicateurs caractérisant l'offre de prise en charge hospitalière, ambulatoire, libérale et en réseau (CSST, CCAA, structures spécialisées, services et consultations hospitalières spécialisées, réseaux spécialisés, équipes de liaison, médecine libérale) et l'offre de substitution (vente des outils de la réduction des risques).

Sur cette base, les départements analysés peuvent être décrits de la façon suivante :

Plusieurs facteurs semblent favoriser certains types de rapprochements observés sur les différents territoires et les motivations qui sous-tendent les démarches pour répondre à une prise en charge globale des addictions. La politique conduite localement en matière d'addiction, l'importance quantitative de l'offre de soins existante avec ou sans amorce d'une dynamique de réseau, la définition du concept de rapprochement des pratiques et la maturité de la réflexion se présentent comme les quatre principaux facteurs participant aux fondements des initiatives. Deux autres facteurs, la sociodémographie et la quantification de la morbidité et de la mortalité spécifiques devraient avoir contribué à modeler l'amont, c'est-à-dire l'offre et l'organisation des soins déjà existantes.

Sociodémographie	Mortalité et morbidité spécifiques	Dispositifs particuliers en lien avec la politique en matière d'addiction	Offre de prise en charge	Type de rapprochement
14	<p>La densité de population est celle de la moyenne nationale. Les taux de Rmistes et de chômeurs ne démarquent pas de la moyenne nationale, mais la part des jeunes au chômage est importante.</p>	<p>La mortalité spécifique par surdoses et décès liés à l'alcool est élevée. Le taux de vente de stéribox ne se démarque pas de la moyenne nationale.</p>	<p>Il existe un PRS alcool ainsi qu'un volet spécifique dans le PRAPS.</p>	<p>Globalement, le dispositif de prise en charge des addictions comme l'offre de substitution et de réduction des risques sont peu développés (plus faibles qu'au plan national). On note cependant un nombre élevé d'équipes de liaison hospitalière en alcoologie. La densité de médecins généralistes est un peu plus faible qu'au plan national. Il n'y a pas de réseau de soins formalisé.</p>

	Sociodémographie	Mortalité et morbidité spécifiques	Dispositifs particuliers en lien avec la politique en matière d'addiction	Offre de prise en charge	Type de rapprochement
53	Le département se caractérise par une faible densité de population et une précarité moindre en termes de taux de RMI, de chômage et de chômage longue durée. Mais la part des jeunes au chômage est importante (près d'un quart des moins de 25 ans est au chômage).	Les indicateurs de mortalité spécifique ne se démarquent pas de la moyenne nationale. Le taux de vente de stéribox est plus faible que sur le plan national.	Il existe un PRS « alcool » ayant évolué en PRS « addiction » ainsi qu'une spécificité dans la planification de l'offre de soins en psychiatrie.	On note une sous-densité de médecins généralistes et de spécialistes, et une offre de substitution et de réduction des risques moins élevée (plus faibles que sur le plan national.) Globalement, en ambulatoire comme en hospitalier, le dispositif de prise en charge des addictions est moins développé que dans les autres départements étudiés. Un réseau de soins en alcoologie est formalisé.	Création de structure.

	Sociodémographie	Mortalité et morbidité spécifiques	Dispositifs particuliers en lien avec la politique en matière d'addiction	Offre de prise en charge	Type de rapprochement
68	La densité de population est importante. Les taux de Rmistes et de chômeurs sont moins nombreux, mais la part des jeunes au chômage est importante.	Les indicateurs de mortalité spécifique ne se démarquent pas de la moyenne nationale. Le taux de vente de stéribox y est plus important.	Il existe un PRS alcool et des volets spécifiques aux planifications de l'offre de soins en addictologie.	L'offre de soins est développée en ambulatoire et en hospitalier avec une offre de substitution et de réduction des risques plus importante que sur le plan national. Il n'y a pas de réseau de soins formalisé.	Évolution de l'organisation et du fonctionnement de structures existantes.
30	Le département est normopeuplé. Les taux de Rmistes et de chômeurs sont élevés, notamment la part de chômeurs de longue durée.	Les taux de mortalité spécifique ne se démarquent pas de la moyenne nationale. Le taux de vente de stéribox est élevé.	Il n'y a pas de PRS addiction mais un volet spécifique inclus dans le PRAPS.	La densité de médecins généralistes apparaît importante ; l'offre de substitution et de réduction des risques est plus élevée. L'offre de soins en ambulatoire et en hospitalier est développée. Le département est pourvu de deux réseaux de soins.	Maillage entre structures avec mutualisation de moyens.

	Sociodémographie	Mortalité et morbidité spécifiques	Dispositifs particuliers en lien avec la politique en matière d'addiction	Offre de prise en charge	Type de rapprochement
92	Le département présente une densité de population élevée et une urbanisation importante. Les taux de Rmistes et de chômeurs ne se démarquent pas de la moyenne nationale.	La mortalité spécifique par surdoses est élevée. Le taux de vente de stéribox ne se démarque pas de la moyenne nationale.	Il existe un PRS addiction.	On observe une densité de médecins spécialistes plus élevée que sur le plan national. L'offre de soins en ambulatoire et en hospitalier est développée, contrairement à l'offre de réduction des risques en ville qui est dans la moyenne nationale. Deux réseaux sont formalisés.	Maillage entre les entités de l'offre de soins.

	Sociodémographie	Mortalité et morbidité spécifiques	Dispositifs particuliers en lien avec la politique en matière d'addiction	Offre de prise en charge	Type de rapprochement
13	La densité de population y est plus élevée, ainsi que les taux de chômage et de Rmistes. La part des chômeurs de longue durée est plus importante.	Les taux de mortalité et de morbidités spécifiques disponibles ne se démarquent pas de la moyenne nationale dans un département où, notamment, la pratique de toxicomanie intraveineuse est de longue date connue pour son importance. Le taux de vente de stéribox y est nettement supérieur à la moyenne nationale.	Les pratiques addictives ne font pas l'objet d'un PRS spécifique mais elles s'inscrivent dans les autres planifications régionales (Sida actuellement terminée, Hépatite C, Santé des Jeunes). Des réflexions spécifiques font l'objet de groupe de travail (prises en charge en CHRS, précarité...).	Sur-densité médicale globale (médecins généralistes et spécialistes). Le dispositif de prise en charge des addictions en structures associatives ou hospitalières est important. On note également l'existence de réseaux de soins formalisés, financés au FAQSV et par l'État. L'offre de substitution et de réduction des risques est plus développée (moyenne nationale).	Maillage entre les entités de l'offre de soins.

Sociodémographie	Mortalité et morbidité spécifiques	Dispositifs particuliers en lien avec la politique en matière d'addiction	Offre de prise en charge	Type de rapprochement
59	La densité de population totale est élevée. Il s'agit d'un département jeune (environ 35 % de moins de 25 ans), qui présente des taux de Rmistes et de chômeurs plus importants que sur le plan national. Parmi ces derniers, la part des chômeurs de moins de 25 ans et des chômeurs de longue durée est élevée.	Les indicateurs de mortalité spécifique sont élevés pour l'ensemble des problématiques addictives, mais en particulier à l'égard de l'alcool. Le taux de vente de stérilobox n'a pas démarqué la moyenne nationale.	La lutte contre les addictions est une priorité régionale de longue date. Il existe un PRS Conduite de consommations à risques.	Développement plus marqué des équipes de liaison hospitalières (une quinzaine de dispositifs de ce type) et l'existence de réseaux financés au FAQSV. Le dispositif de prise en charge des addictions (CSST, CCAA, équipes de liaison) et de réduction des risques est quantitativement important.

La typologie des rapprochements décrite dans notre étude repose sur la finalité poursuivie et l'effet recherché dans le paysage sanitaire existant :

- dans les départements de densité de population faible ou normale, ne se démarquant pas du point de vue des indicateurs de précarité sociale, où le développement de l'offre de soins en matière d'addiction reste modéré malgré des indicateurs de mortalité spécifique parfois élevés (Calvados), on observe les projets de création de structures « addictologiques ». Ceci résulte plus de l'influence de la politique locale que d'une initiative d'acteurs de terrain, après analyse de situation. Ces projets emportent toutefois l'adhésion de principe des professionnels du point de vue des fondements « addictologiques ». Dans notre étude, ces situations se sont présentées en Mayenne et dans le Calvados,
- sans les départements de population de densité normale ou forte, plutôt urbani-sés et/ou marqués par la précarité sociale, présentant une offre de soins globalement développée en ambulatoire, libéral, hospitalier (malgré des insuffisances infra-départementales), les rapprochements observés, formalisés ou non, visent principalement, pour le patient, à diversifier l'offre de soins et favoriser l'accessibilité au sein d'un maillage plus ou moins construit par des dynamiques de réseau existantes. Ces démarches sont observées dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Nord, des Hauts-de-Seine et du Gard dont nous rapprochons le Haut-Rhin malgré l'absence actuelle de réseau.

Comment les expériences de rapprochement existantes permettent-elles de mieux utiliser les compétences des professionnels ?

Meilleure perception de son propre rôle professionnel

La reconnaissance du concept d'addiction, ainsi que les réflexions sur les modalités concrètes d'un rapprochement pour une prise en charge globale ont été motivées dans la réflexion sur la place et le rôle de chaque professionnel.

Dans les départements où les structures ont été créées, la « nécessité » de s'intéresser globalement aux comportements addictifs du patient est le postulat de départ amené par les orientations nationales. Nées sous l'influence de la tutelle locale, ces expériences sont encore jeunes à l'égard de la prise en charge effective des patients. Les stratégies de prise en charge globale des comportements addictifs demeurent encore « théoriques » et justifiées par le constat d'une évolution de problématique « dominante » qui ne l'est « peut-être » plus.

Cette réflexion semble plus aboutie dans les départements où l'offre de soins est importante, ces derniers ayant plus souvent engagé des rencontres entre professionnels, des formations ou même des groupes de travail sur les pratiques professionnelles, besoin amené par l'expérience et conforté par les orientations.

Les professionnels sont entraînés dans un « bilan de compétences » et interrogent leur savoir-faire vis-à-vis de l'évolution des problématiques des patients qu'ils prennent (et vont continuer de prendre) en charge, mais aussi des autres publics concernés. La notion de polyconsommation, extrêmement diversifiée de par les associations de molécules, et surtout de par les contextes individuels associés, conserve un sens spécifique pour chaque patient tout comme la stratégie de soins qui en découle, en pratique.

Dans ces centres les plus anciens et expérimentés, la part est faite entre les situations (les plus fréquentes) où les stratégies de soins sont bien précises et celles où la diversité des autres critères pris en compte pose les limites de la prise en charge en interne. Les ressources extérieures sont alors nécessaires.

La notion qui prévaut est l'adéquation des aptitudes professionnelles aux besoins du patient et la réflexion pour définir son périmètre d'action. Ceci se traduit dans le sens de l'ouverture des possibilités « ... *Finalement j'ai pris conscience que nous ne parlions plus du produit mais bien du rapport que le patient avait avec ce dernier* »... et des limites « *auto-posées* » (la même personne) « *mais je ne sais pas gérer une substitution pour l'aide au sevrage tabagique* ».

Recherche de complémentarité

Elle est le corollaire du premier point et s'opère en fonction du besoin professionnel ressenti, tout au moins dans la démarche, face à l'analyse qu'il aura faite de la situation du (des) patient(s). L'articulation concrète entre les compétences complémentaires comporte deux aspects :

- « entre spécialistes » : la complémentarité peut ne pas dépasser le stade de l'intention (les structures cherchent alors à comprendre où se situent les différences dans la manière d'appréhender le problème). Ailleurs, elle fonctionne. Ceci est plutôt visible dans les départements ayant un grand nombre de ressources professionnelles et des organisations en réseau déjà existantes. Le degré de complémentarité va de l'existence de réunions communes entre équipes à la prise en charge en complémentarité (concomitante ou en alternance),
- en direction des structures/acteurs du droit commun (en dehors des services hospitaliers spécialisés) : les efforts se heurtent à des difficultés développées dans les questions évaluatives ultérieures. Ces difficultés s'avèrent plutôt communes à tous les types de rapprochements.

Facilitation de l'accès aux soins

Bien que cela ne soit pas toujours formalisé en terme de stratégies communes de soins, le rapprochement dans les rencontres entre professionnels permet de travailler sur les représentations.

- Représentations collectives et réciproques des structures, associées à celles des patients (accepter l'alcoolique ou le toxicomane).
- Représentations individuelles des soignants.

Pour les départements dotés de nombreuses ressources professionnelles, qui sont aussi les plus expérimentés, la prise en charge globale ne peut se résumer à « rassembler toutes les compétences médicales dans le domaine des addictions en un même lieu ». Elle exprime plutôt une capacité du système de santé à répondre aux besoins de la personne en l'accompagnant et en la laissant circuler dans « *des lieux et des espaces institutionnels qui ne soient pas "rejetants" pour elle* ». Il s'agit donc plutôt d'offrir un parcours, avec plusieurs chemins en « liaison », à l'intérieur duquel il n'y ait pas de contradiction entre les institutions capables de réaliser la prise en charge globale du patient.

Le double mouvement, d'élargissement des compétences en interne (« *on ne peut pas cliver un patient qui a choisi d'être suivi dans une même structure* ») et d'ouverture vers les autres ressources professionnelles, est plus net dans ces départements. Ce deuxième mouvement, qui répond aux objectifs d'une organisation en réseau, facilite l'accès aux différents autres lieux de soins.

Dans les expériences où les structures spécialisées se sont ainsi rapprochées de l'hôpital, à condition que celui-ci ait une équipe de liaison, les admissions des patients ont été facilitées, même dans le service de psychiatrie.

Cette facilitation porte autant sur les délais d'admission que sur l'acceptabilité de la personne ainsi que sur la circulation d'informations. Les professionnels travaillent dans meilleures conditions.

Innovations liées au rapprochement

Bien qu'ayant fait le constat initial de différences « culturelles » entre le monde de la toxicomanie et celui de l'alcool, on assiste, dans les départements les plus dotés en ressources professionnelles, à des expériences ou à des réflexions qui, à l'inverse, mettent en évidence les similitudes.

Par exemple, en travaillant conjointement, des professionnels d'une unité d'alcoologie et d'une unité de toxicomanie hospitalières d'un département ont

adapté une pratique spécifique à la toxicomanie (le sevrage en ambulatoire avec visite quotidienne), à l'alcoologie :

« ... C'est cette infirmière qui arrivait du service "méthadone" ... Pourquoi pas proposer des sevrages alcool sur le même principe de la visite tous les jours ? C'est comme ça que ça a démarré... J'étais assez douteux de cette simplicité déconcertante, c'est vrai que c'est quelque chose qui, à part dans des lieux très spécifiques, n'existe pratiquement pas en France. En matière d'alcoologie c'est vraiment directement de l'importation, de l'adaptation du principe de la visite tous les jours. L'addiction c'est un besoin qui revient plusieurs fois par jour tous les jours, tous les jours... cette rythmicité qui semble tout à fait intéressante dans l'addiction eh bien on l'a découverte en méthadone, on l'a exporté vers l'alcool et maintenant donc ça fait un an et on l'a adapté pour les troubles du comportement, pour les boulimiques les anorexiques on est exactement dans la même problématique... »

Dans un autre département, le côtoiement d'un CSST et d'un service d'alcoologie hospitalier conduit à s'interroger sur l'existence d'autres formes de substitution que médicamenteuses, finalement utilisées en alcoologie, avec d'autres supports (rôle des groupes de parole ?).

Comment les expériences de rapprochement existantes contribuent-elles à optimiser les moyens affectés pour les pratiques addictives ?

Du point de vue financier, le rapprochement ne semble pas être perçu par les professionnels comme une mutualisation de moyens, mais comme une diversification de l'offre pour une meilleure accessibilité.

D'une part, l'ouverture et la complémentarité recherchées, quelles qu'en soient les modalités, visent à engager dans le processus de soins des personnes qui aujourd'hui n'y sont pas et donc accroître les files actives.

« Il existe en effet d'une part d'anciens héroïnomanes, sorte de population captive à présent substitués, pour lesquels les problèmes changent (de nature psychiatrique, d'usage de cocaïne et d'alcoolisme), d'autre part une nouvelle "clientèle" plus jeune, avec d'autres types de consommations (les polyconsommateurs de médicaments, alcool, cannabis...) pour lesquels il faut trouver d'autres types de prise en charge. »

D'autre part, le plus souvent et quelles que soient les modalités du rapprochement, la prise en compte en complémentarité de plusieurs problématiques addictives d'un même patient ne va pas aboutir à un suivi mutualisé mais alterné

ou en parallèle par plusieurs praticiens, soit au sein d'une même structure, soit dans des structures différentes (conservant alors chacune le patient dans sa file active).

En effet, l'approche globale « psychothérapeutique » par un clinicien n'exclut pas le recours spécifique à un autre professionnel pour la gestion des pharmacothérapies du sevrage par exemple.

Le développement de compétences se présente donc plutôt comme nécessitant des moyens financiers supplémentaires et, dans l'ensemble, les professionnels considèrent que l'absence d'augmentation des moyens est incompatible avec l'amélioration de la prise en charge globale des conduites addictives. (« *Le redéploiement de l'existant ne peut pas suffire à mettre en place une prise en charge globale efficace.* »)

Par ailleurs, la notion de globalité de la personne :

- a toujours pris en compte celle de « dommages » provoqués par les différentes addictions, dans le champ somatique, psychologique et social. Plus ces dommages sont importants, plus la prise en charge globale est difficile car ce sont ces patients qui génèrent des comportements de rejet encore très fréquents dans les structures de droit commun,
- est associée à la durée des prises en charge : les financements étant considérés comme précaires ne donnent aucune visibilité sur l'avenir des structures.

Les distorsions sont donc vécues difficilement entre les moyens attribués et la proposition d'une politique globale de soins, dont la nécessité n'est pas contestée.

Du point de vue matériel, le maillage va reposer sur des lieux d'implantation géographiquement répartis sur le territoire. Dans les expériences de rapprochement redéployant l'existant (Haut-Rhin et Gard), les lieux antérieurement utilisés sont effectivement optimisés. Il est trop tôt pour conclure sur les expériences bien que des difficultés importantes soient mises en évidence dans le Gard.

Pour les rapprochements dont l'ensemble des structures appartient à la même institution (association), le fonctionnement permet dans son organisation d'élargir les plages horaires d'un accueil par exemple.

Du point de vue des compétences humaines

C'est sans doute le seul point au niveau duquel la plus-value est perçue par les professionnels eux-mêmes.

Le fait que les professionnels s'intéressent plus globalement aux comportements addictifs du patient les a conduit vers une plus grande ouverture, une plus grande écoute et, selon eux, les patients le ressentent. Par ailleurs, à l'heure actuelle,

les patients abordent les problèmes de polyconsommation et racontent leur parcours avec beaucoup moins de retenue. Le travail s'est fait des deux côtés.

Ces bénéfices pourraient être valorisés en termes de qualité de l'accueil pour les patients, du moins au sein des structures spécialisées.

QUESTIONS À FINALITÉ NORMATIVE

Jusqu'à quel point les expériences de rapprochement existantes servent-elles à repérer les besoins communs et spécifiques liés aux différentes addictions (prise en charge de l'abus, de la consommation excessive et des dépendances) ?

Pour autant qu'ils repèrent facilement les polyconsommations de leurs patients, et soient volontaires pour les prendre en charge, les professionnels butent sur certains problèmes provoqués par le rapprochement (besoins émergents) ou pour lesquels celui-ci n'a pas amené les solutions (le besoin devenant difficulté).

Parmi les problèmes soulevés, certains sont communs aux abus et aux dépendances.

Les comorbidités psychiatriques

Très souvent, quels que soient le territoire et les modalités du rapprochement, le problème de la prise en charge des troubles psychiatriques et des troubles du comportement prévaut sur celui des addictions : vrai manque de relais de psychiatres et de psychologues. Les médecins généralistes semblent très démunis par rapport à ce problème.

Ceci est mis en exergue par les efforts développés pour faire accéder aux soins les nouveaux profils de consommateurs et les polyconsommateurs abusifs qui sont en outre des sujets jeunes. Le besoin de compétences en psychiatrie est net et la demande claire, en particulier pour prendre en charge des troubles classés comme « psychotiques », parfois révélés par la substitution. De leur côté, les psychiatres présents dans nos groupes focaux de discussion (appartenance hospitalière, plusieurs départements) ont mis en avant :

■ les limites ressenties dans leurs propres savoir-faire qui relèvent de définitions cliniques nouvelles (approche psychopathologique différente ?) et/ou spécifique (les adolescents notamment) ;

- la désadaptation actuelle du fonctionnement de la psychiatrie hospitalière à ces situations : pratiques de substitution peu répandues, exigences importantes à l'égard de l'arrêt total du produit, modalités des contacts soignants, lieux et locaux...
 - le problème de la saturation des files actives dans ce domaine et du manque de personnel : en CMP, en hospitalier mais aussi en libéral. Ceci implique des rendez-vous à longue échéance et un suivi épisodique. Un suivi en psychiatrie, actuellement, correspond à un rendez-vous par mois et n'est pas adapté aux besoins de ce type de patient.

Les situations sont donc paradoxales, avec des prises en charge jugées inadéquates pour les patients, pour lesquels le repérage a pourtant bien été réalisé. Actuellement, peu de solutions s'offrent aux centres qui conservent ces patients problématiques. L'usure des équipes confrontées « à l'expression de la souffrance, de la folie quotidienne », notamment dans les structures bas seuil et de réduction des risques est particulièrement importante.

Les besoins en formation

Un fort besoin de formation dans les domaines qui ne sont pas leur formation professionnelle d'origine est ressenti par la plupart des professionnels (« on ne s'improvise pas spécialiste en addictologie du jour au lendemain »). L'insuffisance des formations au regard de la politique conduite est ressentie par tous les types de professionnels : médecins, travailleurs sociaux, psychiatres, psychologues, médecins généralistes. Les médecins généralistes souhaiteraient recevoir des formations en toxicomanie, alcoolologie mais aussi en psychiatrie des jeunes. Par ailleurs, ils ont le sentiment d'être seuls, de ne pas recevoir d'aide extérieure venant des psychiatres ou des psychologues. Ils considèrent que le partenariat et la circulation d'information sont insuffisants.

Les professionnels mettent en avant également le manque de reconnaissance de la profession d'addictologue, expliquant aussi l'insuffisance de médecins dans ce domaine. Cette valorisation aiderait à reconnaître le traitement de la dépendance comme un soin.

Derrière la demande importante de « formation », il est difficile de faire la part entre les différents besoins des professionnels, selon leur espace de travail. Ces besoins peuvent consister en une aide au repérage et à l'orientation, à la construction de partenariat spécialisé, ou encore en un simple éclairage sur le contexte politique.

La circulation de l'information

Le problème du transfert de l'information d'une structure à une autre est évoqué. Il n'est pas spécifique au domaine des addictions et se pose souvent dans les organisations en réseau.

Il est d'autres problèmes plus spécifiques de la prise en charge des patients dépendants.

La posture

Les places manquent et l'accès y est d'autant plus difficile pour les patients polydépendants ou atteints de pathologies somatiques associées, en d'autres termes, ceux qui en ont réellement besoin.

L'hébergement

De façon plus générale, en alcoologie comme en toxicomanie, le manque d'hébergements (thérapeutiques et de droit commun), l'absence d'hébergement d'urgence, et l'acceptabilité dans les centres d'hébergement (CHRS) sont les principaux écueils rencontrés, pouvant être facteur de rechute des patients selon les professionnels. Certains CHRS accepteraient d'accueillir des patients si les moyens humains permettaient aux équipes spécialisées de mieux gérer les crises.

Face à ce manque, la fonction asilaire, anciennement dévolue à l'hôpital, est assurée aujourd'hui par la prison pour un bon nombre de patients, toxicomanes aux opiacés en particulier.

L'hébergement, et donc les conditions de vie élémentaires qu'il apporte, fait partie intégrante du soin. Dans les départements à forte précarité sociale, bien pourvus en ressources professionnelles, les professionnels mettent en avant les besoins de structures spécialisées intégrant à la fois l'hébergement et le soin, autres que les services psychiatriques, et qui permettent à certains patients de « se poser », préalable sans lequel aucun travail thérapeutique n'est possible. En l'absence de structures spécifiques les professionnels sont conduits à engager leurs patients dans un « traitement » tout à fait contre-indiqué : c'est-à-dire dans un manque de stabilité ne permettant pas le tissage de liens durables avec les différents intervenants et, à termes, forcément mis en échec.

L'admission dans les hôpitaux

Les hospitalisations, et en particulier l'accueil dans les services d'urgence, s'accompagnent encore de rejet malgré les équipes de liaison dont la présence facilite grandement la prise en charge une fois le patient admis. Les tentatives de collaboration décrites (ici d'un CCAA, là d'un CSST) ont échoué, les hôpitaux n'ayant pas « de temps » pour s'investir sur ces sujets.

Des délais importants pour l'admission sont dénoncés également pour le sevrage, ceci s'avérant inadapté à la problématique des personnes. Les professionnels craignent une aggravation du phénomène avec la réduction des lits hospitaliers. Les difficultés de l'« aval », posture en particulier, n'incitent pas les hôpitaux à accueillir les patients en cure.

La continuité

Dès lors qu'ils ont construit une organisation en réseau, un manque se fait sentir dans le suivi, en « aval » qui pourrait être comblé par des « accompagnants » assurant une continuité de lieu (à l'extérieur, comme le font les équipes de liaison à l'intérieur de l'hôpital). Cette équipe mobile serait surtout utile en milieu urbain, lorsqu'une orientation d'un centre à l'autre est réalisée (moins vrai en milieu rural où des plateaux techniques complets semblent plus pertinents et limitent donc les besoins d'orientation à l'extérieur).

Jusqu'à quel point les expériences de rapprochement existantes permettent-elles de mieux repérer les usages nocifs (repérage précoce) et de mieux prendre en charge les polyconsommations de la population locale ayant des conduites addictives ?

Concernant le repérage des différentes consommations et de leurs stades respectifs, il est difficile d'affirmer que les réflexes qui semblent se développer soient plus liés aux expériences de rapprochement qu'au contexte ayant impulsé ces dernières.

Il faut souligner que tous les acteurs rencontrés, notamment ceux œuvrant dans les CCAA, les CSST, et les services hospitaliers spécialisés, recherchent les consommations associées à celles ayant motivé la prise en charge du patient, parfois depuis longtemps. Les « polyconsommations » ne sont donc pas des nouveautés pour les structures spécialisées. Ce qui a changé, c'est la prise en considération de cette consommation « secondaire » (« seulement abusive » voire « cicatricielle ») par rapport à la dépendance.

Trois modalités de découverte existent mais, dans tous les cas, le repérage semble grandement facilité par l'évolution, perceptible, des représentations sociales et donc des possibilités accrues de verbalisation spontanée des patients, des abus comme des polyconsommations. Les structures poursuivant cette sensibilisation des patients en salle d'attente avec des brochures (*Pour en savoir plus*, par exemple) ne sont pas rares.

- Les outils de recherche systématique des différentes consommations (alcool, héroïne, ecstasy, Subutex®, haschich, cocaïne, tabac...) existent avec un modèle national qui pose des problèmes de définitions (produit principal, produit secondaire). De ce fait, d'autres ont été créés par la structure (questionnaire d'entretiens, guide-protocole d'entretiens ou auto-questionnaires), afin d'approfondir la trajectoire de leurs patients et leurs relations à chaque produit consommé. Leur utilisation initiale ne se fait pas forcément lors de la première consultation mais « le moment venu ». Ils sont réutilisés à périodicité régulière ultérieurement, renseignant sur l'évolution. L'usage d'outils « validés » quantifiant le degré de dépendance est très limité en pratique. Il existe quelques expériences relatant des conceptions d'outils en commun, lors de groupes de travail mais cela reste marginal. Lorsque ces réunions existent, elles sont plutôt consacrées à d'autres aspects de l'articulation entre structures.
- Le plus souvent encore, les pratiques de polyconsommations ou d'abus sont recherchées par l'approche « clinique ». Il faut souligner que la recherche de consommations abusives dont les professionnels ont fait état est plutôt celles des consommations associées, chez leur patient dépendant à un produit. Concernant les abus « isolés », l'information arrive souvent par l'entourage amical, familial, ou encore administratif (justice, services sociaux).
- L'annonce par le patient est de plus en plus fréquente, une fois la confiance établie avec le professionnel.

Quelle que soit la modalité utilisée, la recherche plus systématique des conduites addictives a mis en évidence la fréquence non négligeable de personnes ayant testé les opiacés parmi celles en difficulté avec l'alcool.

Parmi les tendances perçues par les professionnels :

- certaines personnes prennent conscience de leurs problèmes, certainement aidées par leur médecin généraliste, et viennent en parler, cherchent à les résoudre. D'où un nombre croissant de personnes qui se rendent dans les centres spécialisés et de plus en plus tôt. « *Même chez les alcooliques, les personnes qui ont une démarche très précoce vis-à-vis d'un produit ne consultent souvent que leur généraliste* »,

- les jeunes semblent avoir intégré la dangerosité des drogues dures tandis que les drogues licites ont été banalisées. Les actuelles campagnes nationales cependant renforcent la crédibilité des soignants auprès des jeunes.

Concernant l'accès à l'offre de soins

L'accès aux soins s'accompagne d'un vrai débat autour de la connotation attachée aux structures et des mélanges de population.

Dans les départements fortement pourvus en ressources professionnelles, l'élargissement des compétences des structures témoigne de leur adaptation aux besoins des patients déjà pris en charge (« ne pas cliver un patient qui souhaite être pris en charge dans un même lieu »). Cependant, le fait d'ouvrir leur centre à d'autres produits entraîne progressivement une déclassification de la structure qui appelle un autre public. Émerge alors le débat sur la compatibilité de la cohabitation des différentes populations, problème qui est loin d'être réglé.

Ce débat s'engage autour de deux points clés

L'accessibilité à la structure

Pour certains professionnels, l'« anonymat » des structures a pu désinhiber certains patients et effacer la retenue face au « qu'en-dira-t-on » et à l'association d'idées, inconscientes ou non, que le patient établit entre lui et l'étiquette du centre. Mais cette idée n'est pas partagée par d'autres professionnels qui pensent à l'inverse que la reconnaissance identitaire de la structure doit être forte pour permettre au patient d'y accéder. Ils freinent alors l'appellation « addictologique » sans contester l'évolution de fond et contribuent à l'enfermement identitaire de la structure.

Le maintien dans le processus de soin

Même lorsque les professionnels sont favorables à la prise en charge de publics différents sur les mêmes lieux, d'autres points sont questionnés : le partage des salles d'attente (certains pensent qu'il faut des salles d'attentes différentes suivant qu'il y a dépendance ou abus), les créneaux horaires différents au sein des mêmes locaux, les entrées différentes.

Dans le fond, c'est la diversité des publics, du fait des contextes sociaux et des comorbidités associés (somatiques ou psychiatriques) qui semble poser problème, et non les comportements addictifs eux-mêmes.

La jeunesse des structures « addictologiques » et l'absence de point de vue des usagers ne permettent pas d'argumenter en faveur de préconisations.

Un seul consensus s'opère pour dire que les adolescents, monoconsommateurs abusifs de haschich ou polyconsommateurs d'alcool, haschich et psychotropes doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique, en termes d'approche et de lieux pour éviter et prévenir les usages à risques et les usages abusifs. Les jeunes qui ne se reconnaissent pas en difficulté avec leur consommation ne peuvent pas être pris en charge dans les mêmes locaux que ceux ouverts massivement aux personnes dépendantes. La question qui surgit alors est celle des moyens mis à disposition pour élaborer et mettre en œuvre ces nécessaires innovations. Aujourd'hui, elles ont parfois pris naissance dans le cadre des programmations régionales de santé ou des budgets des contrats de ville et leur devenir est incertain.

« Les laisser dans une même salle d'attente qu'avec des polydépendants avancés qui ne demandent, pour certains, qu'à faire du prosélytisme, leur ferait courir des risques de tentation (ou peut-être au contraire les effrayeraient). »

Dans quelle mesure les expériences de rapprochement existantes contribuent-elles à une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire ?

Jugées d'un point de vue structurel, les démarches de rapprochement ont pris en compte l'offre existante et la volonté de mailler le territoire comme cela a été développé à la deuxième question évaluative.

Pour autant, les questions d'accessibilité ne se réfèrent pas uniquement à la dimension structurelle (géographique), mais plutôt à l'aspect fonctionnel des dispositifs.

Quels sont les freins au rapprochement de certaines structures notamment dans les départements où les besoins de la population semblent objectivés ?

Dans les départements où l'offre de soins est développée, plusieurs problèmes de résistance au travail en coordination ont été identifiés.

- Les représentations que les professionnels se font de leur métier. Chacun a une vision fermée, cloisonnée de son travail, suivant la spécificité de la structure dans laquelle il évolue, et de ses pratiques.
- La culture professionnelle. « Nous n'avons pas de substitution en alcoologie et il faut bien se rendre compte que la toxicomanie a mis plus de vingt ans pour se

débarrasser de la finalité d'abstinence. » Ceci peut entraver une orientation vers l'alcoologie dont la nécessité a pourtant été identifiée, par crainte d'un sevrage considéré comme « dangereux » pour le patient du côté des CSST.

- Les publics. Derrière la notion de « culture », les regroupements de population différents au sein des structures spécialisées sont évoqués pour expliquer les écarts de point de vue parfois constatés. La différence des populations porte principalement sur l'évolution de la personne dans le tissu social, et ceci conditionne l'approche clinique.
- Les horaires de fonctionnement des structures : aussi simples qu'apparaissent ces différences, elles créent des obstacles à l'accueil des patients et des difficultés pour trouver du temps commun de réunions.
- Le financement. Chacun lutte pour la survie de sa propre structure, dans une ambiance généralement ressentie de sous-financement. En outre, les budgets restent toujours séparés, de même que les instances supérieures, pointant l'antagonisme entre la philosophie du projet et sa gestion.

« Donc nous en sommes à peine au début de tout cela pour avancer dans ce domaine-là, et donc ça ne peut aller que très très très lentement puisque là, il faut déconstruire et reconstruire des représentations de métiers, tout un rapport au travail individuel et collectif qui est extrêmement long. Alors ceci est le niveau du terrain et après, il y a le niveau des structures où, effectivement, nous avons des intérêts et des problèmes de survie de nos structures tout simplement, qui ont été et qui sont exacerbés. Les concurrences sont exacerbées notamment parce qu'il y a un sous-financement chronique des deux côtés même si on dit que d'un côté il y en a eu plus que de l'autre. Il n'empêche que le renouvellement de l'existant en matière de toxicomanie connaît un déficit au moins de 4 à 5 % en trois ans qui s'est creusé par rapport à ce qu'on avait il y a 3 ou 4 ans et cela n'arrange rien c'est-à-dire que l'on nous demande de faire mieux, de faire plus, de révolutionner nos méthodes, de faire de l'évaluation, d'avancer et en même temps, les moyens qui sont accordés sont en diminution. En disant mais rapprochez-vous, on verra bien mais rassembler deux pauvres ensemble n'a jamais fait des riches donc... »

- L'éloignement géographique des structures : ce point est abordé dans les départements où l'offre de soins est peu développée, rendant impossible des modalités de rapprochement par maillage entre structures. Dans ces milieux, les plateaux techniques complets semblent plus pertinents.

À l'inverse, des exemples d'échec de coopération de structures proches géographiquement, dans les départements les plus dotés en ressources professionnel-

les, existent. Ces structures, après avoir ressenti le besoin d'un rapprochement et fait des efforts pour le formaliser en établissant un protocole commun, finalement, n'arrivent pas à collaborer. Ceci montre que la proximité géographique n'est pas une condition suffisante à la réussite d'un rapprochement entre structures.

« ... Nous avons été voir le CSST. Nous avons établi un protocole qui permettait d'essayer de faire en sorte que les évaluations alcoolologiques se passent dès l'entrée dans la substitution et pas seulement dès que les gens étaient arrivés à être dépendants de l'alcool. Le résultat est que nous n'avons pas vu un seul patient en 3 ans depuis que nous avons établi ce protocole. Donc nous sommes dans une situation où, il y a 5 ans déjà, les camarades du dispositif toxicomanie nous disaient qu'il n'y avait pas de problème d'alcool chez les gens substitués, ce qui nous paraissait un petit peu étonnant puisque nous voyions des gens substitués qui avaient des problèmes d'alcool. Et ensuite, nous avons vu des gens, qui nous ont dit : "C'est bien, nous allons travailler ensemble, nous allons effectivement faire des protocoles" et puis nous n'avons vu personne. Alors, le top du top et le fin du fin, c'est quand nous avons appris l'année dernière qu'un alcoologue avait été embauché depuis 6 mois sans que le centre d'alcoologie voisin en soit au courant : cela nous a paru un petit peu fort aussi. Depuis, pas de nouvelles, pas de contacts. »

DISCUSSION

La méthodologie d'évaluation retenue présente un certain nombre de limites qui méritent d'être discutées.

Les choix des territoires

Comme en attestent les ajustements réalisés en début d'évaluation, le choix des territoires a été conditionné et soumis à la variabilité des définitions qui peut exister autour des rapprochements. Des différences importantes pouvaient *a priori* exister entre les préconisations du plan gouvernemental (rapprochement dans les pratiques) et l'expression sur le terrain (unité de lieu).

Les sept départements retenus étaient contrastés en termes d'offre de prise en charge, de problématiques rencontrées et de type de structures existantes ou mises en place dans le cadre du rapprochement. Ceci a l'avantage de rendre compte de la diversité des territoires tout en posant les limites d'une généralisation des conclusions.

Les profils des professionnels participant aux GFD

Les participants étaient principalement les CSST, les CCAA et leurs proches partenaires. Parmi eux, le volet hospitalier était essentiellement représenté par les équipes de liaison, les services spécialisés et la psychiatrie. Du fait des contraintes techniques, les services d'urgences et les services généraux ne pouvaient être sollicités. Les médecins libéraux étaient également le plus souvent représentés, mais leur participation a été limitée par les horaires de déroulement des groupes (eux-mêmes liés au prêt des salles de réunion). La composition des groupes a permis de recueillir un matériau très riche et de donner une bonne vision de l'ensemble de la situation mais a fait perdre en finesse et en précision sur certains points.

La validité des sources

La diversité des sources d'information existantes et l'ancienneté de certaines données dans un domaine qui vit actuellement de nombreux changements nous ont amenés à demander une validation locale (DDASS) de certaines données, concernant l'offre de prise en charge notamment. Cette validation a montré les limites des sources d'information utilisées, qui comportaient de nombreuses données « périmées » ou incomplètes (par exemple : fermeture de certaines structures spécialisées ou de certaines antennes départementales, à l'inverse ouverture de nouveaux centres, changement de statut de certaines structures...). Par ailleurs, les discussions menées dans le cadre de cette validation (DDASS et certains professionnels) ont confirmé l'importance de disposer d'éléments qualitatifs pour comprendre les situations locales et les évolutions, et expliquer les différences observées entre sources d'information différentes. Or, le croisement des données issues des différents systèmes d'informations ou des enquêtes existantes ne peut fournir ce type d'informations.

La variabilité des indicateurs selon les sources

L'indicateur susceptible d'illustrer au mieux ce point est la démographie médicale. Si les débats actuels ne remettent pas en cause le dénominateur (bien qu'il puisse être affiné selon les besoins), le numérateur peut considérablement varier en fonction des définitions appliquées pour caractériser l'exercice du praticien. Ainsi, l'effectif de médecins généralistes est plus ou moins important selon que l'on inclut (ou pas) les praticiens « à exercice particulier » (homéopathes...). Le choix de ces définitions est conditionné par le domaine de travail pour lequel l'indicateur de démographie est utilisé. Nous n'avons pas mené de réflexion particulière dans le cadre de cette évaluation et utilisé les données issues des sources citées, « telles que » fournies. Mais ce point mériterait d'être introduit dans la réflexion générale visant à caractériser l'offre de soins en addictologie, *a fortiori* vis-à-vis des questions de repérage précoce et d'accès aux soins.

Les indicateurs utilisés pour estimer les besoins au niveau des départements

Dans le cadre de cette évaluation, il était important de situer les observations dans le contexte de chaque département, justifiant de la nécessité de décrire les besoins de la population et l'offre de prise en charge. Pour autant, il convient de

rappeler qu'il n'existe pas de réels indicateurs de besoin de la population dans le domaine des addictions, colligés en routine.

Les indicateurs qui ont été utilisés sont les seuls aujourd'hui disponibles permettant une estimation des besoins : ils ne caractérisent pas les besoins de la population mais sont supposés être en adéquation avec eux. Certains de ces indicateurs sont aussi fortement dépendants d'autres facteurs ou de choix politiques à l'échelon national, régional ou départemental, ce qui rend leur interprétation encore plus délicate.

Les limites des indicateurs utilisés doivent être prises en compte pour interpréter les résultats :

- la file active : elle ne reflète pas la véritable activité des centres spécialisés, mais en fournit une description partielle. Elle dépend en effet fortement du nombre de consultations par patient, du type de patients pris en charge, de la densité des soins ;
- les données des CSST et CCAA : pour un département donné, l'ensemble des rapports d'activité des structures spécialisées n'est pas toujours disponible (rapport non fait, non envoyé après plusieurs demandes, envoyé non reçu...). Le tableau récapitulant les profils des personnes prises en charge au niveau d'un département sous-estime dans certains cas (précisés dans le tableau) les effectifs. Il apporte toutefois des informations sur le profil des personnes prises en charge à partir de critères pré-déterminés qui n'ont pas connu la même évolution que les contextes ;
- les financements : ils devraient traduire le « besoin » de la population mais ils sont aussi dépendants des choix politiques faits au niveau de la région et du département ;
- le dispositif SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile) de l'Institut de veille sanitaire : il concerne seulement les ventes en officine, et ne reflète donc qu'une partie des consommations ;
- les ventes de méthadone et de Subutex® donnent une idée du nombre de personnes suivant ce type de traitement dans le département, mais elles reflètent aussi indirectement la taille et le type de l'offre de prise en charge existante (existence de CSST, politique de ces CSST par rapport à la substitution, médecins généralistes impliqués dans ce type de prises en charge...) ;
- les interpellations pour détention ou usage illicite de stupéfiants : elles sont particulièrement délicates à interpréter. D'une part, elles correspondent aux interpellations réalisées sur le département et ne concernent donc pas forcément des personnes y habitant. D'autre part, elles sont en partie le reflet des moyens de répression mis en œuvre dans le département : des chiffres plus élevés dans un département donné ne reflètent donc pas automatiquement une consommation plus

élevée, ils peuvent aussi traduire une démarche plus active des services de répression. Le cas des zones frontalières est également spécifique, avec des contrôles généralement plus fréquents et qui concernent une population de passage ;

- le nombre d'injonctions thérapeutiques dépend en partie du responsable du parquet : ceci peut expliquer certaines fluctuations observées d'une année sur l'autre pour un même département.

Au final, le travail de recueil et d'analyse des indicateurs existant au niveau des départements analysés s'est révélé très lourd, mais il ne renseigne que médiocrement sur l'offre de prise en charge dans le domaine des addictions et ne permet pas de réellement appréhender les besoins au niveau de ces départements.

Cependant, malgré les limites exposées, le croisement et le recouplement de ces différents indicateurs peuvent apporter de l'information pertinente sur la situation d'un département par rapport à la problématique des addictions.

Enfin, pour certaines données, l'information pertinente n'est pas l'information « brute », mais un taux « standardisé » qui tienne compte de la population cible, même si celle-ci est également discutable (par exemple, le nombre de personnes prises en charge en CSST dans un département devrait être rapporté à la population du département ou aux habitants d'une certaine tranche d'âge).

Les indicateurs disponibles

L'irrégularité dans la disponibilité de certaines informations doit également être soulignée : par exemple, la proportion de médecins impliqués en matière de substitution est disponible dans un département lorsque le comité départemental de substitution fonctionne réellement, ce qui n'est pas toujours le cas.

Certaines données, qui seraient pertinentes au niveau global, sont collectées au niveau des différents CSST et CCAA *via* leur logiciel de gestion et de suivi d'activité (ou *a minima* dans les fiches cliniques établies pour les patients), mais ne sont pas demandées dans les rapports type d'activité. Cette perte d'information concerne notamment des paramètres essentiels pour caractériser les personnes prises en charge dans les dispositifs spécialisés : par exemple, l'ancienneté de l'alcoolisme pour les patients des CCAA et la liste des produits utilisés en cas de polyconsommation par les consultants des CSST.

CONCLUSIONS

En 1999, le plan triennal gouvernemental mettait en évidence plusieurs déficits du dispositif de prise en charge des conduites addictives suggérant son évolution vers plus de cohérence et d'efficacité.

L'efficacité de l'organisation des soins à développer a été définie par le groupe RASCAS comme devant « permettre d'identifier non seulement les usages nocifs et/ou une dépendance, mais aussi les difficultés sous-jacentes à ces consommations, et les conséquences sanitaires et sociales de ces consommations ».

Ceci supposait que le premier temps de la prise en charge soit constitué par « une évaluation globale, du sujet, de ses consommations, du contexte familial, amical ou social et de leurs conséquences » pour développer un programme de prise en charge individualisé dans trois champs d'action complémentaires et tous indispensables :

- la modification des comportements de consommation ;
- la prise en compte des problèmes médico-psycho-sociaux, facteurs de rechute et notamment, traiter les troubles psychiatriques facteurs de comorbidité et intervenir sur la marginalisation et la désocialisation ;
- la réduction des risques, inhérents à la consommation de chaque produit.

Les propositions de rapprochement des centres spécialisés ont constitué l'hypothèse de mise en application concrète, dans le soin, de cette approche globale. Tout en prenant en compte les aspects communs et les aspects spécifiques de chaque addiction, le rapprochement est considéré comme la solution possible à une prise en charge précoce des abus et spécifique des polyconsommations.

Au regard des orientations proposées, le travail d'évaluation amène les conclusions suivantes.

Le concept de rapprochement repose sur de trop larges définitions

Les professionnels nous ont rappelé que les polyconsommations de produits sont polymorphes (Subutex® injecté/Rohypnol®/alcool ; ou alcool/nouvelles drogues/cannabis ; ou alcool/tabac/médicaments prescrits ; ou encore alcool/tabac/cannabis).

De même, le public des « usagers abusifs » recouvre en réalité des populations très hétérogènes : hommes ou femmes socialement insérés abuseurs d'alcool et/ou de tabac, jeunes socialement insérés (étudiants) avec un environnement familial présent, abuseurs de cannabis, d'ecstasy ou d'autres psychostimulants médicamenteux, jeunes marginalisés abuseurs d'alcool, de cannabis, de médicaments, personnes dépendantes aux opiacés abuseurs d'alcool ou de tabac...

Ces populations de consommateurs sont très différentes en termes d'âge, de contexte social, de demande exprimée, de comorbidités associées. Ce sont ces critères, déterminant par ailleurs les modes de relation aux produits, qui composent les « profils » sur lesquels reposent les choix de stratégie de prise en charge et non le « diagnostic » de « polyconsommation » ou d'*« abus »*.

Face à la grande diversité des critères pris en compte pour déterminer une stratégie de prise en charge, l'approche globale pour une même personne, bien que hiérarchisée selon les problèmes qu'elle présente, (*« la traduction de la globalité ne signifie pas de tout prendre en charge en même temps »*) est, pour les professionnels, toujours individualisée.

Le plan triennal gouvernemental a formalisé des besoins ressentis par les professionnels

Les professionnels rencontrés ne contestent ni l'analyse des dysfonctionnements faite dans le plan triennal gouvernemental (cf. chapitre correspondant p. 13), ni les orientations proposées de s'intéresser globalement aux comportements addictifs et à leurs conséquences. L'énoncé de ces orientations, du point de vue conceptuel, a formalisé pour les uns, légitimé pour les autres, des besoins ressentis d'élargissement de compétences et/ou de complémentarité.

Ces besoins résultent de l'expérience pratique mais également de l'évolution des représentations des soignants.

■ Prendre en compte ce qui était jusque-là banalisé, considéré comme peu grave ou, dans tous les cas, moins grave que le problème en charge (tabac chez un [ancien]

alcoolique, alcool chez un [ancien] toxicomane par exemple, c'est-à-dire la consommation associée d'autres drogues licites).

- Prendre en compte ce qui était « constaté », parfois depuis longtemps (polyconsommations associant par exemple des psychotropes à la prise d'héroïne), considéré avec autant de gravité que le problème en charge (consommation d'autres drogues illicites), tout en n'entraînant pas de soins spécifiques.
- S'interroger sur les attentes gouvernementales, fortes à l'égard des centres spécialisés, notamment vis-à-vis de la prise en charge précoce.
- Envisager de s'adapter à la réalité d'un nouveau public de consommateurs (les jeunes « polyconsommateurs »).

Malgré le poids des différences « culturelles » liées au développement cloisonné des deux dispositifs spécialisés et en cohérence avec l'adhésion de principe au concept d'addiction, les évolutions de fond dans les centres spécialisées semblent réelles : les initiatives se développent pour mieux repérer l'ensemble des problématiques, construire l'ouverture et les connexions, entre domaines et structures.

La réflexion accompagnant ces évolutions a souvent permis de mieux connaître les pratiques du voisin jusque-là méconnues et parfois même d'aboutir à la reconnaissance de similitudes à l'égard des stratégies thérapeutiques de la substitution, bien que les supports utilisés soient différents (médicamenteux, groupes de parole, venues quotidiennes au centre spécialisé). Ces points communs dans la conception de la thérapeutique pourtant significés par des recommandations nationales (Conférence de Consensus de la société française d'alcoologie de 1999) n'auraient peut-être pas « pénétré » les pratiques si le dialogue entre professionnels n'avait pas été orienté en ce sens.

Ailleurs, les démarches de collaboration déjà existantes ont été consolidées.

Aujourd'hui, l'évolution vers le rapprochement est également portée par le mouvement des patients qui poussent à cette adaptation, en verbalisant plus facilement leurs pratiques.

« Comme toujours, ce qui nous fait progresser c'est les patients, mais là particulièrement. C'est-à-dire qu'un patient qu'on apprend à interroger sur son parcours vis-à-vis d'autres toxiques, qu'on apprend à traiter avec une substitution, je pense qu'il nous apprend très vite à bouger nos représentations et à fonctionner. »

Deux constats importants

Bien que cette analyse arrive prématurément par rapport au temps nécessaire pour transformer les pratiques, deux points méritent d'être soulignés.

Dans les centres spécialisés, actuellement :

- il n'y a pas de développement réel de la prise en charge des abus isolés, contrairement à ceux qui sont associés à une dépendance (celle pour laquelle la personne est suivie),
- on observe en interne le développement de compétences en tabacologie, le monde de la tabacologie hospitalière se sentant relativement peu concerné par le public des centres spécialisés et la prise en charge globale des addictions.

Comme en témoigne tout simplement le faible intérêt accordé à notre demande de participation aux Groupes focaux de discussion par les responsables de ces consultations hospitalières, le plus souvent rattachées aux services de pneumologie ou de cardiologie, ces professionnels se sentent différents des autres spécialistes des conduites addictives.

En miroir, il faut souligner que la prise en compte du tabagisme dans les CSST n'a pas atteint le même niveau de considération que celle de l'alcoolisme.

Notre analyse nous incite à rechercher les causes possibles à ces deux constats dans les différences des publics pourtant concernés par la même addiction.

C'est la diversité de l'offre de soins, acquise par le rapprochement qui permet l'approche globale.

De manière consensuelle, l'existence d'une telle diversité de profils fait que l'amélioration de la prise en charge des polyconsommations et l'accès aux soins précoce, passe par le maintien de différentes alternatives et la diversification de l'offre de soins.

La multiplication des relais, en cas d'échec mais aussi à certains moments de la prise en charge, en fonction de la trajectoire du patient, de son intégration sociale, de sa situation sociale facilite le maintien du patient dans le système de soins. L'idée serait d'offrir le plus possible de compétences croisées, de savoir-faire et de laisser le choix au patient de s'orienter librement vers la structure qui lui correspond le mieux.

Pour certains professionnels cependant, il est plus important de conserver une diversité des approches même dans des centres de même appellation (même les centres d'addictologie doivent avoir des approches différentes).

« Notre point commun même si les modes d'organisation sont diversifiés d'une structure à l'autre est que nous prenons en charge des personnes dans des projets individualisés. Et donc, nous essayons de prendre en compte la diversité des produits consommés, la diversité des comportements autour de ces consommations, la diversité des demandes qui s'expriment spontanément, la diversité des besoins

que l'on peut faire évaluer lors des premiers entretiens par exemple et à chaque fois, d'essayer de construire une stratégie de soins si possible et surtout avec le patient, dans une négociation avec le patient qui prend en compte un peu tous ces aspects. Il me semble que c'est un peu une des bases des modes de fonctionnement des centres de soins spécialisés. »

L'avancement dans la formalisation des liens entre ces différentes compétences est plus ou moins effectif, d'autant que les équipes n'ont que peu fréquemment été accompagnées techniquement pour cela. Les rencontres entre équipes, permettant de modifier les représentations, se présentent comme des pré-requis importants.

Pertinence des rapprochements observés

Considérées d'un point de vue purement « structurel » (accessibilité géographique), et non d'un point de vue opérationnel (fonctionnement effectif de l'offre), les différentes modalités s'avèrent « pertinentes » puisqu'elles visent toutes à accroître le maillage des ressources professionnelles sur les territoires. Actuellement, nous ne disposons pas des moyens permettant de porter un jugement plus fin sur la pertinence des expériences qui, il faut le souligner, correspondent plus à des initiatives de professionnels de terrain qu'à des « programmations » engageant la responsabilité de la tutelle.

Le rapprochement des structures spécialisées ne peut être normalisé sur un modèle unique d'organisation

Nous avons pu observer que les initiatives de rapprochement et les modalités de leur mise en œuvre sur les territoires semblent étroitement liées à l'antériorité de la situation et, en particulier, à l'importance du développement de l'offre de soins, au maillage existant (formalisé ou non en réseau), au contexte politique local et au niveau de réflexion engagé par les professionnels sur les concepts (d'addiction et de rapprochement). Cette réflexion, plus avancée dans les départements déjà expérimentés, permet également d'analyser les difficultés rencontrées dans la pratique du rapprochement. L'influence des indicateurs de mortalité et de morbidité spécifiques actuellement disponibles n'est pas directement visible dans la logique des choix de ces modalités.

Ainsi, les « créations » de structures addictologiques analysées concernent les départements où l'offre de soins dans le domaine demeure peu développée. Dans l'ensemble, l'opinion des professionnels rencontrés penche en faveur de cette alter-

native dans les territoires où la priorité est de créer une offre de soins. Ils en rapprochent les zones géographiques infra-départementales non couvertes par les ressources existantes (cas du Nord par exemple).

Ailleurs, au stade suivant, la terminologie « addictologique » caractérise plutôt l'évolution des fonctionnements et des organisations existantes vers la diversification de l'offre de soins. Il s'agit alors de faire coexister plusieurs alternatives à la prise en charge et de créer des ponts entre elles, dans un double mouvement :

- Un premier mouvement concerne l'ouverture des structures aux autres domaines (« rapprochement des domaines ») :

- soit au sein d'une même unité structurelle (même rattachement administratif),
- soit par l'établissement/consolidation de liens avec d'autres structures spécialisées (le rapprochement des domaines est concrétisé par le « rapprochement des structures »).

Stricte sensu, notre évaluation portait sur cet aspect de la dynamique de terrain.

- Un deuxième mouvement de maillage entre les entités de l'offre de soins vise davantage à :

- faciliter l'accès aux soins précoce des conduites addictives (après repérage) ;
- faciliter l'accès aux soins pour les comorbidités associées, somatiques ou psychiatriques (acceptabilité en hôpital général, liens avec la psychiatrie) ;
- favoriser une continuité des soins, non seulement dans l'*« après »*, en cas de comorbidité, mais également en cas de décision du patient de changer de structure de prise en charge.

Le concept d'approche globale est incompatible avec une définition du rapprochement limitée aux structures spécialisées

Nous observons que les différentes modalités de rapprochement ne s'opposent pas, et s'inscrivent dans un *continuum*, au service de la même finalité de prise en charge globale des conduites addictives, la globalité concernant à la fois les différentes addictions et leurs conséquences, sanitaires, psychologiques et sociales.

Il faut souligner que les professionnels et les publics concernés par les mouvements décrits au point précédent ne sont pas les mêmes, leurs objectifs étant également spécifiques.

Ainsi formulés, les dysfonctionnements ne peuvent trouver dans le rapprochement des structures spécialisées qu'une réponse partielle.

Aujourd'hui, le rapprochement des structures spécialisées, quelles qu'en soient les modalités, permet en effet, par l'élargissement des compétences, de développer la prise en charge globale des addictions chez les personnes déjà suivies, ayant au moins un comportement de dépendance. Néanmoins, comme cela est développé dans le point suivant, la prise en compte des autres facteurs déterminants de la réussite de la prise en charge bute sur des difficultés non résolues par le rapprochement et même, exacerbées par lui.

Pour ce faire, la définition d'*« abuseurs »*, qui fédère implicitement les professionnels autour des difficultés générées pour développer des stratégies d'accès aux soins et de prise en charge, correspond au public des jeunes polyabuseurs, adolescents socialement insérés ou non, avec des différences de comportements de consommation et/ou de comorbidités selon ce critère. Les modalités de rapprochement observées ne répondent pas à la prise en charge de cette population.

La mise en œuvre des recommandations du rapport RASCAS bute sur des problèmes non résolus.

Le rapport RASCAS a donné des orientations susceptibles de rendre efficaces et cohérentes les prises en charge des sujets abuseurs ou dépendants.

En pratique, et indépendamment du niveau de formalisation des procédures d'orientation, leur mise en œuvre se heurte à des difficultés qui ne sont d'ailleurs pas toujours nouvelles.

Une continuité des soins chaotique pour les personnes déjà suivies dans les structures spécialisées

L'importance de la continuité des soins entre les différents acteurs n'est pas contestée mais recherchée, cependant, les articulations s'opèrent parfois difficilement. Ce point concerne principalement les personnes dépendantes, et ceci à l'égard :

- de l'accueil toujours difficile en milieu hospitalier général pour le sevrage ou les soins des comorbidités somatiques, bien qu'amélioré par l'existence des équipes de liaison,
- de l'accueil en postcure et en hébergement avec des retombées importantes dans les stratégies de soins. En outre, l'intégration des problématiques de la marginalité ne peut se faire et compromet la prise en charge dans la durée. La saturation

de la postcure amène les patients à séjourner plus longuement en milieu hospitalier général et contribue au renforcement des réactions de réticence à l'admission à leur égard.

Des explications possibles à l'absence de prise en charge des abus « isolés » dans les centres spécialisés

L'analyse du fonctionnement sur le terrain suggère l'hypothèse que la file active des centres spécialisés se trouvent partiellement encombrée de situations qui pourraient être gérées par d'autres acteurs (hôpitaux généraux, médecins généralistes, structures d'hébergement, réseaux...). Ceci pourrait en partie expliquer que la disponibilité des centres spécialisés à l'égard des nouvelles demandes est très modérée actuellement, tout en soulevant deux questions corollaires :

- dans quelle mesure, si la disponibilité des structures spécialisées était plus grande, le savoir-faire capitalisé permettrait-il de répondre aux attentes en matière de prise en charge des abuseurs et, en particulier, des jeunes polyabuseurs (plutôt que polyconsommateurs) ? Ces derniers posent un problème général, non pas dans le repérage des consommations, mais dans la conduite thérapeutique qui doit en résulter. Tous les professionnels s'accordent sur les spécificités des prises en charge des problématiques adolescentes et les nouveaux savoir-faire qui restent à créer,
- quand bien même cette compétence serait confirmée par les structures spécialisées elles-mêmes (de grandes réserves sont émises dans nos groupes), est-il souhaitable d'amener dans les mêmes lieux les publics sus-cités ? Cette question se pose plus en termes de risque mutuellement encourus par les différentes populations à l'égard des produits, qu'en termes de reconnaissance identitaire dans les structures. D'ailleurs, les obstacles aux soins que cela pourrait entraîner provoquent des débats animés parmi les professionnels de terrain.

Des articulations avec la psychiatrie qui reste à trouver

L'intégration préconisée par le rapport RASCAS de compétences en psychiatrie se heurte à la saturation des files actives des équipes hospitalières spécialisées d'une part, à l'important délai d'attente en libéral d'autre part. Les modes de fonctionnement de la psychiatrie en dehors des services spécialisés dans la prise en charge des addictions ne sont par ailleurs pas forcément adaptés à la prise en charge de ces patients. Notre analyse nous suggère que la prise en charge des comorbidités psychiatriques s'avère facilitée dans les centres spécialisés dotés de compétences internes spécifiques.

Des paradoxes

Sur la période de mise en application du plan triennal, le financement des structures créées dans ce contexte n'a pas été global. Les professionnels ont été confrontés à la gestion de sources de financement multiples, thématiquement « fléchées », de même que les demandes de compte-rendu de leurs activités. Les transformations juridiques récentes, faisant passer successivement les CCAA (1999), puis les CSST (2003) sous le couvert de la loi du 30 juin 1975 (modifiée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale) et transformant ces structures en établissements médico-sociaux financés par l'Assurance maladie, redonneront, peut-être, la cohérence d'ensemble.

Par ailleurs, les moyens manquent pour développer les formations dont le besoin est fortement ressenti pour élargir la prise en charge des patients.

L'information disponible

La démarche d'évaluation visait à utiliser les données quantitatives descriptives des territoires disponibles et a permis d'engager notre réflexion sur :

- le manque, déjà connu, en matière d'indicateurs de besoins ;
- l'existence d'une information principalement centrée sur l'offre de soins ;
- les problèmes liés à la qualité des données d'activité des centres spécialisées (CCAA et CSST).

Si l'obtention d'indicateurs de besoins demeure complexe, l'évolution des contenus ainsi que l'amélioration de la qualité des données d'activité des structures de prise en charge, accessible et facilement réalisable, semblent indispensables.

RECOMMANDATIONS

Sur la base de nos conclusions, et pour contribuer à la définition opérationnelle des nouveaux modes d'organisation de la prise en charge des conduites addictives à mettre en œuvre, nous proposons les recommandations suivantes.

Réaffirmer politiquement l'orientation prise

Le mouvement de fond engagé sous l'impulsion des orientations gouvernementales aurait sans doute été amorcé par les professionnels de terrain, avec beaucoup plus de temps. Ceci plaide en faveur du maintien de la direction prise, sur le plan conceptuel, de prendre en compte globalement les comportements addictifs et leurs conséquences, avec cependant la nécessité de :

- clarifier les définitions sur lesquelles reposent ces orientations ;
- mieux déterminer leur champ d'application (professionnels et publics cibles), et approfondir les questions essentielles bloquant la mise en œuvre pratique ;
- développer en parallèle le système d'information qui permettra d'évaluer les acquis d'une réorganisation du système de soins dans le domaine des addictions.

Clarifier les concepts pour redéfinir des objectifs opérationnels

Globalité de la prise en charge

La volonté de prendre globalement en charge les addictions ne doit pas se limiter à la prise en considération de l'ensemble des consommations de substances psychoactives, mais également à la prise en compte des facteurs de la réussite de cette prise en charge et des dommages spécifiques à chaque addiction. Il serait donc utile de se référer à une définition unique de la globalité de la prise en charge, afin de limiter les interprétations dans la pratique, donner un point de départ solide à la reconstruction de l'organisation, et tendre vers plus d'opérationnalité pour le sujet comme pour la collectivité.

Abuseurs, polyconsommateurs

En intégrant les dimensions somatiques, psychiatriques et sociales qui déterminent les éventuelles rechutes, et correspondent à l'expression des dommages, la caractérisation des publics à prendre en charge globalement ne peut se limiter à la définition, trop restrictive pour s'accompagner de traduction opérationnelle, de leurs comportements de consommation (polyconsommations, abus). Ces définitions ne sont remises en cause qu'à l'égard de leur application pour réorganiser les soins.

Rapprochement

Le rapprochement des structures spécialisées n'est qu'un moyen de réorganiser l'offre de soins.

Il ne peut pas correspondre :

- à un modèle unique d'offre de soins, concentré en un même plateau technique mutualisant les moyens des structures spécialisées, quel que soit l'environnement géographique et les ressources professionnelles existantes ;
- à une polyvalence complète des structures ;
- à la prise en charge des abus isolés de tabac ;
- à la prise en charge des polyabus de substances psychoactives observées chez les sujets « jeunes », adolescents ;
- à la prise en charge des consommateurs de drogues dures qui composent des cocktails de substances.

Il permet d'élargir les compétences, d'individualiser l'approche et le suivi pluridisciplinaire en fonction de l'évaluation continue du patient et de répondre effectivement à la prise en charge des abus et des dépendances à d'autres substances psychoactives chez un sujet dépendant et déjà dans les files actives des structures spécialisées.

Il s'avère utile mais pas suffisant pour répondre à la globalité de la prise en charge.

Plus d'opérationnalité suppose d'élargir le regard sur l'ensemble du système de santé

Il est important, pour contribuer à mettre en œuvre une politique globale en matière d'addiction et encourager les synergies de revenir sur chaque orientation proposée dans le rapport RASCAS et d'analyser plus finement, les problèmes soulevés comme les solutions possibles.

L'accès aux soins

■ Concernant le dispositif spécialisé, le problème des consommations abusives « isolées », quels que soient le profil des personnes, se pose plus en termes de stratégie d'approche pour les professionnels de première ligne, puis d'orientation, que de repérage. La réflexion doit se poursuivre avec les professionnels sur la pertinence d'une orientation de ces publics au sein des structures spécialisées, et en corollaire sur les autres solutions envisageables. L'avis des patients eux-mêmes pourrait être requis pour guider ces réflexions. Ce point doit être résolu en amont des démarches de formation et de sensibilisation des acteurs qui pourraient ainsi comporter des propositions claires d'orientation.

■ La reconnaissance de la spécificité des problématiques des jeunes est unanime et la nécessité de développer des réponses, aujourd'hui insuffisamment satisfaites, est confirmée. Ces réponses ne peuvent se réaliser uniquement sur des lignes budgétaires précaires et inadaptées dans la mesure où il ne s'agit pas exclusivement de prévention (primaire ou secondaire), mais bien de prise en charge. Pour affirmer la volonté de se pencher sur ce problème, une réflexion de fond doit être engagée, en séparant les actions visant à réduire les risques (élargissement à d'autres prises de risques chez les mêmes publics : accidentologie routière ? suicide ?) des stratégies de soins. Des expérimentations de prise en charge doivent se mener et être évaluées.

L'aval

Les structures spécialisées, bien qu'élargissant leurs compétences pour les publics déjà suivis, n'ont pas encore réglé les problèmes d'articulation avec les structures et les acteurs du dispositif de soins généraux, et les structures d'« aval » (hébergement, postcure). Il ne faut peut-être pas sous-estimer les relations possibles entre ces difficultés et la circulation des usagers à l'intérieur des différentes files actives et donc, l'évolution vers de nouvelles prises en charge. Ceci suggère une analyse plus fine des questions relatives à la postcure, à l'admission en CHRS et aux liens possibles avec la psychiatrie hospitalière.

Les modalités de réorganisation développées doivent correspondre aux configurations des territoires

Ceci suppose que cette connaissance soit acquise et que, comme pour l'offre de soins hospitalière, se développent les planifications territoriales pour l'offre de

soins médico-sociale. Les évolutions récentes des statuts juridiques des structures spécialisées, comme celle portant création de la cinquième enveloppe pour le financement des réseaux de santé devraient, à terme, faciliter l'analyse des ressources professionnelles comme leurs articulations sur le territoire et favoriser la cohérence des financements sur une même unité géographique. La notion d'optimisation des ressources financières, dans le contexte actuel de restriction budgétaire, doit miser sur cette cohérence plus que sur une mutualisation des moyens, intellectuellement satisfaisante mais inadaptée aux besoins des usagers. Les projets doivent être techniquement conseillés aux acteurs de terrain et guidés par la tutelle en fonction de l'analyse de la situation sur le territoire et des objectifs d'offre de soins que l'on veut atteindre.

Améliorer le système d'information existant

Face au manque d'indicateurs de besoins dans ce domaine, les statistiques d'activité des structures spécialisées occupent une place importante pour décrire les personnes prises en charge, point clé dans la connaissance de l'accessibilité aux soins recherchée par la réorganisation des soins.

Il est important de bien situer et d'améliorer la valeur informationnelle de ces données, afin d'accroître leur contribution à l'évaluation des orientations et des décisions politiques. Quelques pistes simples de travail peuvent être suggérées.

■ Les structures spécialisées colligent au quotidien, dans leurs systèmes d'information respectifs, des données descriptives importantes sur les personnes qu'elles prennent en charge. Ces informations sont en pratique plus complètes que celles qui figurent aujourd'hui dans les rapports d'activité type recueillis chaque année au plan national. L'évolution des systèmes d'information des structures spécialisées est techniquement possible, à partir des progiciels en place actuellement dans les trois directions suivantes :

- harmoniser l'information recueillie entre les structures spécialisées en toxicomanie et en alcoologie *a minima*, dans l'ensemble des structures concernées par les addictions dans l'idéal ;
- créer un modèle de rapport-type d'activité commun à ces structures et adapter son contenu aux questions et aux orientations actuelles (objectifs de prise en charge précoce et globale) ;
- prévoir un contrôle qualité de l'information acheminée au plan national par la récupération d'informations manquantes et une procédure de validation des contenus.

■ Considérer plus globalement l'ensemble de l'information disponible dans le domaine des addictions et faciliter la mise en cohérence des différentes sources disponibles en optant :

- pour les mêmes définitions dans les recueils d'information continue (PMSI) et les enquêtes *ad hoc* (DRESS, FNORS),
- pour l'usage de mêmes dénominateurs (tranche d'âge de population pour les usagers, élimination de certains types de professionnels).

■ Les acquis des réflexions déjà engagées dans le domaine de l'information au sein de groupes de travail nationaux doivent être utilisés. À titre d'exemple, le groupe IDA (Indicateurs d'alcoolisation) rassemble différents représentants d'organismes impliqués dans la production, le recueil et/ou l'analyse d'indicateurs portant sur l'alcool et ses conséquences sanitaires et sociales.

ANNEXES

GLOSSAIRE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS UTILISÉS	81
ANALYSE DESCRIPTIVE QUALITATIVE DES TERRITOIRES	83

GLOSSAIRE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS UTILISÉS

ANPA	Association nationale de prévention de l'alcoolisme
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CRS	Conférence régionale de santé
CSST	Centre de soins spécialisé en toxicomanie
DGS	Direction générale de la santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (ex-SESI)
ERSM	Échelon régional du service médical de l'assurance maladie
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVS	Institut de veille sanitaire
MILD'T	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants, Ministère de l'Intérieur
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programme régional de santé
PSPH	Établissements privés participant au service public hospitalier
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie

ANALYSE DESCRIPTIVE QUALITATIVE DES TERRITOIRES

Haut-Rhin (68)

Nouvelle organisation : accueil et prise en charge indifférenciés des patients alcooliques et toxicomanes à Saint-Louis et à Altkirch, à partir du CCAA d'Altkirch, du CSST de Saint-Louis et de l'antenne méthadone Alma à Altkirch : même équipe, même lieu, mêmes créneaux horaires.

Situation antérieure : existence à Altkirch d'un CCAA et d'une antenne méthadone de l'association Le Cap et existence d'un CSST à Saint-Louis géré aussi par l'association Le Cap.

Justification : depuis quelques mois, le CCAA est également passé sous la gestion de l'association Le Cap, qui proposait dans son projet un accueil indifférencié des personnes alcooliques et toxicomanes à Saint-Louis par redéploiement du CSST (accueil de personnel du CCAA d'Altkirch). Le personnel du CSST était très ouvert à cet accueil indifférencié.

Situation en mars 2002 : le CSST de Saint-Louis et le CCAA d'Altkirch deviennent des centres d'addictologie. Le principe de cet accueil est acquis, la convention d'objectif sera établie au printemps 2002. La réflexion sur les objectifs, les stratégies de prise en charge (quel professionnel intervient à quel moment ?) et les protocoles est en cours.

Mayenne (53)

Promoteur : syndicat interhospitalier de la Mayenne (transversal)

Justification : prévalence importante de l'alcool (26 000 buveurs excessifs en Mayenne et 5 000 alcoololo-dépendants), dont les soins étaient principalement assurés par une activité intersectorielle du CHS, disparue à l'occasion de la réorganisation psychiatrique (secteurs intégrés aux hôpitaux généraux).

Historique : concours de circonstance résultant de deux mouvements successifs. Tout d'abord le rattachement au CHS du Centre d'information, de prévention

et de soins en alcoologie et toxicomanie (CIPSAT) qui dispensait déjà des soins à la fois à des patients alcooliques et/ou toxicomanes sur des crédits médico-sociaux de l'État (janvier 2000). Ensuite, la réorientation des crédits par la DGS s'accompagnant du redéploiement de l'offre de soins et de l'éclatement du CHS. Une fois les secteurs de psychiatrie rattachés aux hôpitaux généraux dans le cadre de ce redéploiement, les activités intersectorielles se sont trouvées un peu isolées et se sont vues confiées à la gestion du syndicat interhospitalier. Dans un premier temps, le syndicat a envisagé de promouvoir la création d'un CCAA, puis, face aux orientations nationales, l'idée de créer un CCAAT a prévalu. Cette nouvelle structure intègre les activités de l'ancien CIPSAT et celles de l'EDSM Atelier intersectoriel d'alcoologie.

Objectif : tripler en trois ans le nombre de personnes ayant un problème d'alcool ou de toxicomanie prises en charge dans les structures spécialisées (de 500 à 1 500).

Public cible : toute personne concernée par une consommation abusive ou pathologique d'alcool ou d'un autre produit psychotrope.

Projet : approche globale de la dépendance :

- approche somatique ;
- approche psychologique ;
- bilan social.

Un lieu central (Laval, associé au CSST et au centre méthadone) et deux permanences (Mayenne et Château-Gontier).

Équipe : pluridisciplinaire avec des rôles bien définis : médecin, infirmier, psychologue, travailleurs sociaux, secrétaire et superviseur.

Interventions :

- consultations dans les locaux du CCAAT ;
- mise en place d'équipes de liaison dans les hôpitaux (CH Nord Mayenne et CH du Haut Anjou) ;
- relais au CH de Laval ;
- en maison d'arrêt ;
- à domicile.

Calvados (14)

Promoteur : ANPA-CDPA du Calvados.

Justification : deux quartiers de Caen-Sud avec forte précarité (chômage et chômage longue durée), familles monoparentales et familles nombreuses. La Guérinière : 32,3 % de chômeurs, 16,2 % de moins de 20 ans ; La Grâce de Dieu :

16,2 % de chômeurs, 12,8 % de moins de 20 ans. Demande des travailleurs sociaux, très impliqués dans le repérage des addictions, notamment pour prendre en charge les femmes, les travailleurs, les jeunes polytoxicomanes, les demandeurs de sevrage tabagique.

Besoins :

- de soins ambulatoires en addictologie ;
- d'actions d'accompagnement social et de réinsertion des personnes présentant des consommations à risques ou nocives (alcool, tabac, cannabis...) ;
- de consultations de tabacologie ;
- d'accompagnements psychothérapeutiques ;
- de formalisation de relais avec les professionnels médico-sociaux
- et les professionnels de centres spécialisés.

Objectifs : accueil, accompagnement et soins des personnes en difficulté avec un produit, en centrant l'accompagnement et la prise en charge sur le patient et ses pratiques de consommation plus que sur le produit.

Équipe :

- compétences médico-sociales (MG, toxicologue, infirmiers, assistante sociale, psychologue, secrétaire et superviseur) issues des différents champs d'intervention,
- et travail transversal, en développant une cohérence des approches et en précisant les limites de la prise en charge et les orientations possibles.

Interventions :

- différents protocoles de prise en charge suivant les consommations ;
- ateliers thérapeutiques : psychothérapie, groupes de parole, entretien individuel de soutien ;
- autres interventions : ateliers d'écriture, sport, chant...

Gard (30)

Justification : situation avant 1998 :

majorité des moyens du CSST Logos centralisée sur Nîmes ;
1 CCAA hospitalier à Nîmes aussi.

Objectifs :

- maillage du département en créant des relais de consultation avec à la fois -
- accueil, prévention, réduction des risques et des soins ambulatoires et hospitaliers ;
- mise en réseau des partenaires concernés : CSST Logos, CDPA et hôpitaux ;
- hiérarchisation des actions.

Differentes expériences

- Structure de soins ambulatoire en addictologie à Bagnols-sur-Cèze, jouxtant le centre d'accueil et d'écoute de l'association Riposte :
 - contexte : canton de Bagnols : 32 500 habitants et zone d'attraction de 40 000 habitants (Pont-Saint-Esprit, Roquemaure) ;
 - 1998 : mise en place d'un réseau toxicomanie sur Bagnols (Riposte) ;
 - structuration du réseau avec coordinateur et éducateur : lieu d'accueil pour orientation vers le système de soins hospitalier ou généraliste ;
 - 1999 : substitution par méthadone en plus de Subutex®. Convention entre le CHG de Bagnols (locaux), le secteur psy (psychiatres et infirmiers, primo-prescription) et le CSST Logos (antenne à Bagnols avec psychologue et responsabilité de la prescription) ;
 - 2000 : évolution de Riposte vers les conduites addictives et lieu d'écoute moins ciblé toxicomanie ; dépôt d'un projet de CCA décentralisé et financement obtenu fin 2000 ;
 - début 2001 : nouvelle convention entre Riposte, le CIPAT (CCAA) et le CSST Logos.

- Structure de soins ambulatoire en addictologie à Alès :
 - contexte : 90 000 habitants à Alès, forte précarité ;
 - création d'un centre d'addictologie en ambulatoire par mutualisation des moyens du CH d'Alès, du CSST Logos et du CCAA du CIPAT ;
 - ouverture en septembre 2001 avec un local prêté par la mairie.

- Structure de soins ambulatoire en toxicomanie au Vigan :
 - contexte : loin de Nîmes, population de toxicomanes marginalisée ;
 - 2000 : création d'un lieu d'écoute et de réduction des risques ; puis nécessité de disposer d'une structure de soins et de substitution par méthadone (besoin peu important mais à satisfaire sur place) : convention entre le lieu d'écoute (éducateur) et l'hôpital du Vigan (locaux et infirmiers) ;
 - fin 2000 : mise en réseau avec le secteur psychiatrique et le CSST Logos : démarrage de consultations d'addictologie et de la substitution ;
 - début 2001 : formalisation d'une convention entre le secteur psychiatrique, le CSST Logos et l'hôpital du Vigan. Attente de la participation du CCAA du CIPAT (problèmes de crédits).

Statut de ces structures : antennes de structures existantes car financements différents des addictions. Mutualisation de moyens.

Hauts-de-Seine (92)

Justification : manque de structures de consultation ambulatoire dans la moitié Sud du département car un seul CCAA (clinique Liberté à Antony) et il est récent.

Situation actuelle : le CSST Chimène appartient au CIDE (Centre d'intervention dynamique éducative) qui comporte trois entités : un hôpital de jour, un CMPP et le CSST Chimène.

Le CSST a son activité en deux lieux :

- à l'hôpital Corentin-Celton où une convention le lie à deux services psychiatriques, une unité d'alcoologie et un service polyclinique ; délivrance de méthadone. À l'occasion de la construction des nouveaux locaux, des réflexions se sont engagées sur l'accès à rendre commun ou pas aux usagers,
- à l'hôpital suisse d'Issy-les-Moulineaux pour le sevrage des toxicomanes.

Il a par ailleurs un partenariat étroit avec :

- l'hôpital Béclère dans le cadre du réseau ville hôpital « Ressource » ;
- les médecins généralistes ;
- différentes villes via le programme de prévention du Sida (distribobox).

Motivation : diversifier l'offre de soins en alcoologie par la création d'une offre en ambulatoire dans une zone uniquement pourvue de possibilités de prise en charge hospitalière.

Évolution de l'équipe du CSST Chimène en créant un CCAA :

consultation ;
action d'interformation avec les hôpitaux, les médecins généralistes, les infirmiers, les travailleurs sociaux et les associations d'anciens buveurs ;
coordination avec l'équipe du CSST (prise en charge des polytoxicomanies), les hôpitaux et les services de santé des villes.

Consultation de sevrage tabagique :

- consultation ;
- action d'interformation ;
- coordination avec les services de prévention-santé, le service prévention de Chimène, les actions en milieu scolaire, le centre Huguenin et le FIT92.

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75010 Paris
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

CEMKA-EVAL

Le castellas
72 rue Piboules
84200 Carpentras

Citation recommandée

DUBURCQ (A.) et al., *Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 88 p.

Maquette et mise en page : Frédérique Million / Adaptation : Sylvie Allouche

Photographie en couverture : Isabelle Rozenbaum (Photo Alto)

Impression : Imprimerie Masson - 69 rue de Chabrol - 75010 Paris