



n¹²actal

CAHIERS THÉMATIQUES DE LA FÉDÉRATION ADDICTION MAI. 13 6€

**Parcours
de soin:**
l'usager au cœur
de **l'articulation**
des pratiques
et des acteurs

Directeur de la publication Jean-Pierre Couteron

Coordinateur du numéro Alain Morel

Comité de rédaction Michel Astesano,

Dr Jean-Michel Delile, Dr Patrick Fouilland,

Martine Landié, Nathalie Latour, Marie Villez

Rédactrice en chef Cécile Bettendorff

Journaliste Nathalie Castetz

Conception graphique Carole Peclers

Impression 3000 ex. Imprimerie La Petite Presse

couverture : DR

Fédération Addiction

9 rue des Bluets 75011 Paris

contact 01 43 43 72 38

www.federationaddiction.fr



Si vous voulez vous (faire) entendre, ARTICULEZ (vous)!



Alain Morel
Psychiatre,
Directeur Général d'Oppelia,
administrateur de la
Fédération Addiction

Il est toujours instructif d'observer comment les mots acquièrent, au fil de leur histoire et de leurs usages, des significations diverses : celles pour lesquelles on les utilise sciemment et d'autres, apparemment sans lien, mais qui « parlent » pourtant de ce dont il est question, souvent à notre insu. L'intérêt de l'étymologie est précisément que cela n'échappe pas à notre conscience pour mieux penser notre sujet.

Il en est ainsi du verbe *articuler* et du substantif *articulation*, utilisés dans le titre de ce numéro d'Actal au sens anatomique et physique de « joindre de façon fonctionnelle » (les acteurs de soin), mais qui portent aussi, historiquement, une signification de « formuler clairement une pensée, une hypothèse ».

Cette signification seconde peut paraître à première vue étrangère aux propos de tous les articles (le mot article est aussi de la même racine...). En réalité cette double signification, cette dialectique, est au cœur de ces pages et, plus largement, au cœur de l'addictologie : mettre en lien des dimensions humaines et/pour définir la

souffrance qu'il s'agit de soulager, coordonner des actions et des acteurs autour de/avec un sujet qui, en même temps, a besoin de s'affirmer... Coordonner les acteurs de soin, mais dire aussi de quoi on soigne et comment ?

Articuler est dans les « gènes » de l'addictologie

Le thème de « l'articulation des acteurs du soin », s'il est indéniablement actuel et crucial, n'est finalement qu'une nouvelle formulation, une nouvelle étape de la réflexion, dans l'histoire des toxicomanies et des addictions. Car toute cette histoire peut se résumer dans la ré-interrogation permanente autour du double impératif de relier des éléments entre eux et d'énoncer des hypothèses partageables pour agir.

Cette ré-interrogation, nous la retrouvons d'abord dans l'éternelle recherche des limites du périmètre de ce dont il est question. Rappelons que le mot toxicomanie est venu à la fin du XIX^e pour sortir des fausses pistes qu'engageaient les cloisonnements entre catégories de diagnostics et de cliniques en fonction des drogues consommées (morphinomanie, cocaïnomanie, éthéromanie...). ... / ...

L'addiction et l'addictologie sont venues un siècle plus tard redessiner les contours et les points communs de l'objet, d'abord en incluant drogues licites et illicites, puis en y intégrant des comportements « sans drogue » dont les limites sont aujourd'hui très incertaines.

La même ré-interrogation dialectique revient plus tard, dans la recherche de la définition de l'addiction et de l'identification des facteurs qui peuvent mener à l'emprise d'un comportement sur la vie d'un sujet jusque dans son identité. Cela conduisit, au milieu du XX^e siècle, à l'avènement du modèle bio-psycho-social. Ce modèle que l'on retrouve aussi bien dans le triptyque de la toxicomanie d'Olievenstein que dans celui du système écologique de l'alcoolisme selon Fouquet : ces phénomènes sont multifactoriels et mettent en jeu l'individu, la substance dans son contexte. Un modèle multi varié qui fonde encore nos pratiques, beaucoup des auteurs le réaffirment dans les textes qui suivent. Un message à la fois transdisciplinaire et humaniste dont la Fédération Addiction est porteuse depuis ses origines.

Si nous regardons notre histoire, celle de l'alcoologie comme celle de l'intervention en toxicomanie, celles de la réduction des risques ou de l'addictologie, nous ne pouvons que le constater : leurs naissances – et nos identités professionnelles – ont été elles-mêmes le fruit de rapprochements et de nouvelles coopérations. À chaque fois, une alliance se noue ou se renoue entre militants sociaux et citoyens, usagers engagés (ou « groupes d'anciens buveurs ») et professionnels acceptant de prendre le risque de se mettre quelque peu en marge de leur spécialité.

Le premier enseignement à tirer est qu'il est essentiel de travailler et de s'impliquer, nombreux et divers, autour de la question et de l'objet addiction, tout simplement parce que la réalité même de l'addiction l'impose.

Le second enseignement peut se résumer ainsi : mieux chacun trouve sa place dans « le dispositif » en complémentarité des autres, mieux le système fonctionne. Un équilibre jamais totalement acquis, et par conséquent régulièrement à questionner et reconstruire.

S'articuler, pourquoi faire et comment faire aujourd'hui ?

La diversité et la complexité des réseaux d'acteurs qui interviennent aujourd'hui dans le « champ » des addictions sont à l'image des problématiques que l'on y rencontre : précarité, pathologies psychiatriques, psycho-traumatismes, souffrances familiales, complications somatiques, stigmatisation, isolement social, délinquance, difficultés d'accès aux soins, aux droits, à l'insertion économique, à la culture...

Comment les professionnels de domaines aussi différents que l'éducation, l'insertion et l'action sociale, la justice, les politiques locales, la prévention et la promotion de la santé, la psychologie et les psychothérapies, la médecine et la pharmacie, la sociologie et la psychosociologie (liste non limitative), peuvent-ils travailler ensemble et intervenir sur une question comme l'addiction ? Quelle place y trouvent les usagers et l'usager en tant que personne ?

Intégrer, mettre en réseau, coordonner, collaborer... Cela se conçoit et se pratique à tous les niveaux et dans tous les aspects de l'addictologie. Dans le domaine clinique et thérapeutique, à travers des modèles et des traitements qui articulent des compétences depuis le « prendre soin » jusqu'aux protocoles de traitement les plus spécifiques. Des exemples sont donnés, à travers notamment les réseaux de soin, les microstructures, la mise en place (prochaine) d'un dispositif de primo-prescription de la méthadone en médecine de ville, des programmes thérapeutiques ambulatoires ou résidentiels comme celui de « l'accompagnement à la gestion expérientielle de l'addiction », etc.

C'est aussi le cas dans le domaine de la prévention et de l'intervention précoce qui constitue une véritable « science du partenariat » pour augmenter les compétences collectives.

Il était important de faire l'état des lieux des pratiques et expériences, pour continuer de les rendre plus fonctionnelles, mieux adaptées aux besoins des usagers et des professionnels. C'est ce à quoi veut contribuer la Fédération Addiction en consacrant l'un de ses dossiers prioritaire à « l'articulation des acteurs du soin » : pour travailler collectivement et concrètement à ce que chacun trouve sa place dans un ensemble cohérent dont tous les éléments sont en évolution.

Mais cette évolution ne se limite pas à un débat entre professionnels. Devant nous se profile en effet un enjeu de transformation profonde de nos regards et de nos pratiques, celui de la reconnaissance des savoirs expérientiels des usagers, sur les soins, la prévention, la réduction des risques, et de leur articulation avec les savoirs des professionnels. Des professionnels (nous) qui doivent (ré)apprendre parfois à ne plus faire pour l'autre, mais à ne faire qu'*avec* l'autre.

Médico-social, ville, sanitaire, réseaux : améliorer l'articulation entre les acteurs en addictologie



De gauche à droite,

Dominique Meunier, Responsable « Pratiques professionnelles »

Emma Tarlevé, Chargée de projet, Fédération Addiction

Faire l'état des lieux des pratiques et des expériences dans les différents secteurs en prise avec la question des addictions ; faire émerger les problématiques rencontrées ; faire évoluer les pratiques vers plus de communication et de complémentarité... des objectifs que la Fédération Addiction travaille depuis plusieurs années, dans l'optique de toujours mieux répondre aux demandes des personnes accompagnées. Depuis 2012, ce travail a pris la forme de projets spécifiques : nous vous proposons un focus sur deux d'entre eux, celui sur l'articulation des acteurs du soin et celui sur l'aide aux acteurs de première ligne pour le repérage, la prise en charge et l'orientation autour de l'usage de cannabis.

1. Projet « articulation des acteurs de soin » : des secteurs, des métiers, des pratiques, des représentations

Une réflexion récurrente au sein de la Fédération

La réflexion menée par la Fédération Addiction depuis 2009 sur les pratiques professionnelles concernant les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) en CSAPA avait mis en lumière des pistes d'amélioration des pratiques, notamment dans les collaborations avec les médecins de ville. En 2010, le 2^{ème} colloque francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, en rassemblant des professionnels du médico-social, de la ville et du sanitaire, avait pointé les manques et leurs effets sur les parcours de soin des patients.

Les Journées Nationales de la Fédération Addiction à Arcachon (2009), consacrées à la place de la médecine, puis à Lyon (2010) sur le thème « Faut-il avoir peur des addictions ? », avaient permis aux représentants de ces trois secteurs, via des ateliers d'échanges, de partager l'analyse des dysfonctionnements et de capitaliser les actions mises en œuvre pour remédier à ceux-ci.

Fin 2011-début 2012, des professionnels de l'addictologie (les ELSA, les réseaux addictions, le groupe de médecins de ville MG Addictions) ont sollicité la Fédération Addiction pour réfléchir à leurs pratiques et à leur place dans les dispositifs de soin en lien avec les autres professionnels de l'addictologie. Ces différentes étapes ont conduit la Fédération, début 2012, à déployer un projet national intitulé *Améliorer les articulations entre les acteurs de soin en addictologie* mettant autour de la table des représentants des trois secteurs – médico-social, ville, sanitaire – ainsi que les réseaux addictions.

Le sens des mots

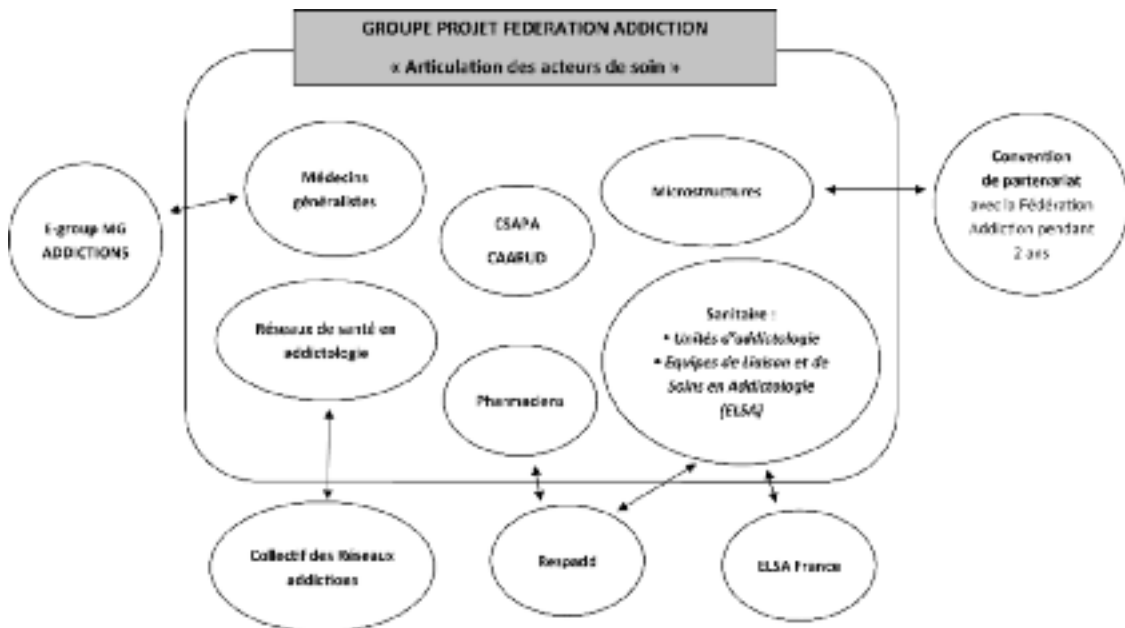
Le premier constat que nous avons fait collectivement depuis plusieurs années est que le mot *relais* (*relais en médecine de ville, passer le relais, organiser un relais avec la pharmacie...*) n'est pas adapté. Car avec ce mot, circule l'idée que « l'on se repasse le patient » et que la mission des uns s'arrête là où commence celle des autres.

Les différents professionnels rencontrés lors des journées d'échanges régionales ou lors des journées nationales ont ainsi spontanément proposé les termes d'*articulation*, de *liaison*, de *collaboration* ou encore de *coopération*. Ces mots apportent les nuances essentielles de continuité et de co-construction, et indiquent par là même que les liens sont resserrés entre les différents acteurs ou dispositifs de soin.

Des représentations mutuelles

Deuxième constat (et pas des moindres) : les modes de collaboration et leurs difficultés sont directement influencés par les représentations que les uns ont des autres.

... / ...



Ainsi, pêle-mêle : le médecin de ville regrette que le CSAPA ne sache pas « lâcher » ses patients... Le CSAPA travaille « toujours avec les mêmes pharmacies »... Les médecins de ville et les pharmaciens n'aiment pas s'occuper des patients toxicomanes et « ont peur des problèmes » qu'ils peuvent générer... Les médecins de ville ne sont pas assez formés... Les CSAPA ont des temps d'initialisation de TSO beaucoup trop longs, ils sont difficiles d'accès et ne donnent plus de nouvelles des patients qu'ils les prennent en charge... Les CSAPA à gestion hospitalière sont des faux-nez de services hospitaliers... Les réseaux addictions se substituent aux CSAPA et leur « piquent leurs patients »... Seuls les pharmaciens militants acceptent des patients prenant un TSO... Le médecin, contrairement à d'autres acteurs, travaille avec des patients qui ne sont pas en demande de soin... Les travailleurs sociaux des ELSA font le même travail que ceux des CSAPA...

Aborder les pratiques d'articulation impose donc d'abord de mieux identifier les spécificités et les missions de chacun, et, pour cela, de parler de ces représentations pour les partager, les dépasser et en construire ensemble des plus conformes à la réalité et aux objectifs de collaboration. Comment l'autre se représente-t-il mon activité ? Quelle image a-t-il de ma mission ? Pour quelle raison ? Que fais-je que l'autre ne fait pas ? Que fais-je qu'un autre devrait faire ? Comment puis-je me situer dans une meilleure complémentarité ?

Des collaborations plus ou moins adaptées

Les zones sensibles, les « glissements de pratiques », les impasses de collaborations sont explicables si l'on y regarde de plus près, notamment du côté de l'histoire des dispositifs au sein des territoires. Quel secteur s'est implanté en premier ? De quelles façons ? Par quelle initiative ? Comment l'offre de soin s'est-elle consolidée ? Complétée ? Développée ou au contraire réduite et transformée ? Sur quelles bases se sont créés les liens entre les acteurs ? Les relations entre les secteurs se sont-elles construites

en confiance ? Par défaut ? Par injonction ? Des collaborations fonctionnent-elles par le militantisme ou la connaissance interpersonnelle de certains professionnels ? Des outils formalisant ces articulations ont-ils été déployés ? Quels acteurs travaillent rarement ensemble ? La géographie du territoire influence-t-elle les coopérations ? Dans quel sens ? Etc.

Spécificités... et limites de chacun

Le diagnostic des collaborations permet d'identifier les zones sensibles, c'est-à-dire les pratiques à améliorer en matière d'articulation entre acteurs. Pour cela, il est d'abord nécessaire de revenir aux missions de chacun (réglementairement parlant, mais aussi dans la réalité de terrain) et à la **spécificité** des différents acteurs de soin en addictologie. Que fais-je que d'autres ne font pas ? Quelle est ma valeur ajoutée dans le parcours de soin des personnes ? Quelles sont, ainsi, mes limites ? Le projet national de la Fédération Addiction tend à se centrer sur ce point : définir ou redéfinir collectivement les spécificités de chacun pour améliorer les articulations entre les acteurs du secteur médico-social, de la ville, du sanitaire et des réseaux addictions. Cet exercice, qui n'est pas simple si l'on considère l'impact de l'histoire, permet également de mettre en lumière les limites de chacun ; c'est-à-dire les éléments qui nécessitent l'intervention d'acteurs aux missions complémentaires. Citons quelques exemples :

- **Le médecin généraliste**

Spécificités Le médecin généraliste est un acteur de premier recours. Sa proximité et sa connaissance du patient banalisent la démarche du patient, qui n'est donc pas « marquée » selon le type de prestation recherchée, comme en CSAPA par exemple.

Limites Le temps, la communication, l'isolement, ses connaissances en addictologie.

- Les CSAPA et CAARUD

Spécificités Les CSAPA et CAARUD s'appuient sur la transdisciplinarité pour répondre aux besoins des patients. Les prestations proposées se déploient dans une unité de lieu facilitant la prise en charge globale des personnes. Les CSAPA et CAARUD peuvent prendre en charge des publics aux besoins spécifiques (sortants de prison, comorbidités psychiatriques, publics précaires...). Ils ont un rôle « ressource » auprès des autres acteurs de l'addictologie.

Limites Les files actives peuvent être importantes. Les dispositifs ne sont pas toujours déployés sur certains territoires. Tous les usagers n'y vont pas.

- L'hôpital

Spécificités L'hôpital offre un plateau technique médical dans un même lieu. Les séjours sont courts, les patients « passent ». L'hôpital permet aux patients d'effectuer des sevrages simples ou complexes, de traiter des complications médicales, somatiques ou psychiatriques.

Limites Les séjours courts ne facilitent pas le suivi des patients (notion d'urgence). La prévention n'est pas du ressort de l'hôpital. Certains patients addicts accèdent encore difficilement à l'hôpital (surtout sans ELSA et à l'hôpital psychiatrique).

Croiser les approches macro et micro en donnant la parole aux professionnels de terrain

Cette cartographie des spécificités et des limites de chacun est la base du projet mené par la Fédération Addiction. En complément et à l'aide d'une méthodologie participative, six régions se sont positionnées pour porter et poursuivre cette réflexion au sein des territoires : Alsace, Bretagne, Ile-de-France, Nord Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Picardie. Ainsi, des groupes de travail composés d'une douzaine de représentants des trois secteurs et des réseaux addictions ont été constitués. Ils auront pour objectifs de :

- compléter cette cartographie de « dimension macro » en la précisant ou en l'enrichissant,
- évaluer les articulations ou collaborations déployées sur leur région à l'aide d'un mini questionnaire,
- travailler sur trois thèmes spécifiques, dont l'un est commun à tous les groupes : la primo prescription de Méthadone en ville – thème qui soulève immédiatement la question des liens et des collaborations. Les autres thèmes au choix sont les suivants :
 - les psycho-traumatismes
 - les collaborations entre les CSAPA et les médecins de ville
 - les « carences » d'un acteur (accès aux soins en milieu rural, départ en retraite d'un médecin...)
 - la prise en charge des affections somatiques
 - la réduction des risques en ville : quelles articulations ?
 - les médicaments utiles en addictologie (Baclofène, Nalméfène, substituts nicotiques)
 - les publics en contextes de précarité
 - les sortants de prison
 - les « intermittents » des TSO
 - les ruptures de soin (hospitalisation, exclusion...)
 - le secret professionnel
 - l'urgence en addictologie
- élaborer des propositions d'amélioration des pratiques de collaboration spécifiques au territoire (micro) et/ou transférables sur un plan national (macro).

L'ensemble de la matière recueillie et produite au sein des six régions fera l'objet d'une synthèse destinée à la rédaction d'un guide de la collection *Pratiques* d'ici 2014-2015. Ce document aura à cœur de décrire des dynamiques collaboratives et de proposer des outils.

S'appuyer sur une conception partagée de la problématique des addictions et des soins

Pour finir, et c'est sans doute le point le plus important, les acteurs de la ville, du médico-social et du sanitaire, ainsi que les réseaux addictions, ne peuvent collaborer utilement entre eux et avec les usagers que s'ils partagent suffisamment une même vision de ce que sont les problématiques addictives, les souffrances qu'elles génèrent et les modes d'intervention pour que la personne addict trouve du mieux-être. Une conception suffisamment partagée, mais ouverte également, pour donner sens à l'intervention de chacun.

Cette conception multidimensionnelle et ouverte de l'addiction et de ses soins est celle que porte la Fédération Addiction. Elle met en jeu :

- une personne,
- un produit (voire plusieurs),
- un contexte de consommation.

Accompagner les patients en matière de prévention, de réduction des risques, de soin... c'est prendre en compte ces trois aspects. Chacun des acteurs détient donc à un moment donné un « bout de la réponse ». C'est l'usager, le patient, qui en détient, au bout du compte, les clés.

Ainsi, améliorer les articulations et les collaborations entre les professionnels du soin en addictologie, c'est mieux aider le patient à trouver ses réponses en proposant autour de lui des supports, des outils, des traitements gradués, coordonnés et inter-agissants.

2. Projet « Usage problématique de cannabis » : une aide au repérage, à l'intervention et à l'orientation pour les acteurs du soin de premier recours

Repérer les « jeunes » consommateurs

Dans le cadre de cette réflexion globale sur les articulations des acteurs, la Fédération Addiction a souhaité approfondir les questions qui se posent « en amont » du soin, dans le champ de la prévention

secondaire et de l'intervention précoce. Soutenue par la Direction Générale de la Santé, la Fédération mène un projet sur les outils de repérage, de prise en charge et d'orientation pour les professionnels de la santé de premier recours, et plus spécifiquement pour les médecins généralistes. Cette recherche-action s'inscrit dans la continuité du projet de redynamisation des Consultations Jeunes Consommateurs débuté en 2011, qui avait permis d'identifier la nécessité d'améliorer les liens avec les autres acteurs, et ce, afin de favoriser une intervention la plus précoce possible, aux premiers stades des usages. En effet, les jeunes consommateurs (du point de vue de l'âge et/ou de la consommation) ne viennent pas spontanément (ou très rarement) demander de l'aide dans les dispositifs spécialisés, considérant que leur usage ne pose pas problème. Cela est confirmé par les résultats de l'exploitation de l'enquête ESCAPAD 2008 de l'OFDT qui décrit un faible accès aux soins des jeunes âgés de 17 ans, puisque seulement 0,6% des usagers réguliers et 6,3% des usagers quotidiens font une demande d'aide. Cette spécificité implique donc de déployer une stratégie mobilisant les acteurs qui rencontrent ces jeunes pour susciter chez eux un questionnement sur les pratiques addictives. Si les professionnels de la santé scolaire sont des intervenants privilégiés du repérage précoce, les médecins généralistes le sont également puisque 80% des jeunes âgés de 15 à 30 ans ont consulté un médecin généraliste dans l'année¹.

Intervenir et orienter

Aller au-devant de l'usager, lui poser la question de ses consommations, implique de savoir quoi faire de sa réponse. Or les médecins généralistes témoignent d'une insuffisance dans leur formation pour aborder et prendre en charge un usager problématique de

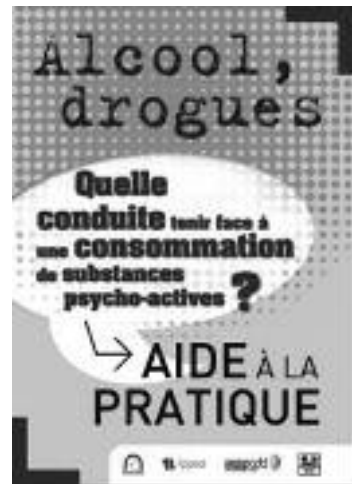
¹ Exploitation du baromètre santé 2010, à paraître prochainement dans le Baromètre Santé Jeunes de l'INPES.

cannabis, pouvant expliquer leur attitude en retrait en matière de prévention des addictions. La « culture professionnelle » des médecins, qui réside dans la faculté à trouver des réponses, peut renforcer cette position, alors même que la démarche de repérage consiste, elle, à amener la personne à se poser les bonnes questions, à penser la réduction des risques comme une réponse possible, alternative au traitement médical ou au sevrage. Mais, comme le souligne Dominique Jourdain De Muizon dans son article p.32 : « cela ne s'improvise pas et doit être enseigné ». Savoir quoi faire de la réponse du patient, c'est aussi avoir la possibilité d'identifier et de solliciter « les spécialistes » sur le territoire pour être conseillé ou orienter une personne, selon son intérêt et ses compétences en addictologie. Mais le manque de visibilité et de lisibilité des CSAPA, des CJC ou autres dispositifs spécialisés en addictologie semble constituer un frein à la mise en place d'une prise en charge adaptée.

Afin de promouvoir une meilleure prise en compte de l'usage de cannabis par les acteurs de soins non spécialisés en addictologie, la Fédération Addiction va mettre à disposition des connaissances, des compétences et des ressources appropriées à leurs réalités et contraintes quotidiennes, et adaptées aux situations qu'ils rencontrent. Une revue de la littérature et un guide des outils de repérage réalisés avec l'OFDT viendront alimenter ce travail. Dans un deuxième temps, il s'agira, sur les territoires, de sensibiliser les professionnels non spécialisés à l'intérêt d'inclure les problématiques addictives dans leur pratique et de favoriser l'inter-connaissance des différents acteurs.

Et du côté des infirmiers ?

La Fédération Addiction, l'Ippsa et le Respadd, avec le soutien du Ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité, ont publié en 2012 une brochure d'aide à la pratique pour les infirmiers, intitulée « Alcool, drogues : quelles conduites tenir face à une consommation de substances psycho-actives ? ». Le document rappelle les principales définitions utiles, conseille sur les conduites à tenir pour le repérage des consommations et propose des modalités d'intervention brève pour l'alcool et le cannabis. Le document est téléchargeable sur www.federationaddiction.fr ou www.respadd.org.



La transdisciplinarité en question: une expérience collaborative de soins résidentiels

Naira Meliava, *Psychologue, Chef de service du Centre thérapeutique résidentiel Kairos (Yvelines)*

L'addictologie, en tant que discipline partagée par des professionnels d'horizons divers (médecins, psychologues, éducateurs...), a, depuis la fin des années 90, été progressivement intégrée dans le quotidien d'équipes "pluridisciplinaires" et a accompagné l'évolution du dispositif de soin.

Le paradigme bio-psycho-social a permis « le constat pour chaque discipline qu'elle ne peut percer à elle seule une question humaine telle que l'addiction » (Morel, Hervé, Fontaine, 2003).

Si l'intervention à plusieurs niveaux dans le champ des addictions paraît aller de soi, elle compte généralement sur le bon sens et un fonctionnement tacite. Comment, dans la réalité, les points de vue professionnels se croisent-ils au sein de ce système collectif hétérogène proposé par le cadre institutionnel ?

Si l'usager est « au centre » et qualifié d'acteur, en quoi une collaboration qui prenne en compte son expertise singulière peut-elle permettre de concevoir un parcours de soin et un projet véritablement personnels ?

Il nous a semblé intéressant de débattre de ces questions dans le cadre du programme de soins résidentiels du Centre Thérapeutique Résidentiel Kairos, qui se veut transdisciplinaire et collaboratif.

Intégrés à ce programme, au même titre que les ateliers thérapeutiques, des temps d'échange nommés "Conseils" regroupant patients en cours de séjour et équipe encadrante ont pour objectif de travailler sur différents thèmes institutionnels (le programme thérapeutique, la Réduction des Risques, les visites de l'entourage...).

Pour rédiger notre article, nous avons donc consacré une séance de ce Conseil sur le thème : « la transdisciplinarité, c'est quoi au juste pour vous ? ». Il ne s'agit pas ici du compte rendu de ce Conseil, mais de réflexions suscitées par ces échanges.

La mise en lien dans le soin, des frontières qui deviennent floues ?

Kairos a fondé sa clinique et son quotidien sur la mise en relation, la mise en dialogue :

- du côté des patients, avec l'appui du groupe d'appartenance (5 patients intègrent le centre tous les 15 jours et partagent la majorité des ateliers en petit groupe) et les relations au sein de la vie collective de 15 personnes;
- du côté de l'équipe, avec des parcours et des compétences spécifiques mais mis en commun (la psychomotricité, l'éducatif, le psychothérapeutique, différents courants théoriques tels que l'approche humaniste et expérientielle, l'analyse transactionnelle...);
- dans la relation d'accompagnement, avec une place centrale pour la collaboration patients/ professionnels autour des ressources et des compétences mises au service d'un projet groupal et individuel.

Cette mise en lien et en dialogue de différentes dimensions de l'« écologie humaine » visée à travers les quatre axes du programme (la gestion de l'addiction, la connaissance de soi, le bien-être et les relations sociales) tente de se matérialiser au quotidien pour les personnes reçues au centre pour six semaines.

Un résident en témoigne : *« il y a une cohérence entre les quatre axes (du programme thérapeutique) et la composition de l'équipe (...) il y a plusieurs écoutes et ça va se regrouper et on voit qu'on avance »*.*

Ainsi, autour de frontières instables mais contenues dans un cadre sécurisant, limité dans le temps et l'espace, peut s'inscrire une étape dans un parcours singulier de changement et de soins.

Ces fondations ne sont pas sans rappeler les paroles de Jean Piaget, en 1970, à l'occasion d'un colloque sur l'interdisciplinarité : *« enfin, à l'étape des relations interdisciplinaires, on peut espérer voir succéder une étape supérieure qui serait "transdisciplinaire", qui ne se contenterait pas d'atteindre des interactions ou réciprocitys entre recherches spécialisées, mais situerait ces liaisons à l'intérieur d'un système total sans frontières stables entre les disciplines »*.

La transdisciplinarité, une affaire de professionnels, de cadre et de transgression ?

Le travail en équipe se situe à la fois entre, à travers et au-delà de toute discipline avec un processus d'intégration et de dépassement qui a pour visée la meilleure compréhension de l'expérience addictive pour laquelle les personnes demandent un accompagnement. Comme le disait un usager : *« vous travaillez en groupe avec un sens commun, c'est pour ça que je fréquente un centre de soins »*.*

Dans le cadre de l'échange que nous avons réalisé au CTR à ce propos, certains usagers ont pu exprimer que cette affaire de dépassement des disciplines ne concernait que les professionnels et ne pouvait en ce sens être un objet partagé avec eux.

Car plus encore que de compréhension, c'est de changement dont il est question pour l'usager, c'est-à-dire de trouver dans l'expérience du soin un pouvoir d'infléchissement de sa réalité subjective et de son environnement.

Comme l'a exprimé un usager, *« on n'aborde pas les mêmes choses dans les différents espaces »*.*

Si l'objet commun entre les différents professionnels et la personne accompagnée est son expérience addictive, celle-ci ouvre à d'autres dimensions de l'écologie de l'individu comme son contexte, ses relations interpersonnelles, son histoire, son quotidien, son corps...

Cela nous renvoie aux postulats méthodologiques développés par Basarab Nicolescu : l'existence de plusieurs niveaux de réalité et de perception de toute problématique humaine, et une complexité de l'ensemble. Dès lors, la clinique du complexe ne peut être que transdisciplinaire et inclure en permanence différents niveaux de réalité (le avant et après séjour, l'intérieur et l'extérieur du centre, la satisfaction et la motivation, le besoin et la priorité, celle du patient et celle du professionnel...) et différentes perceptions (celle de la psychométricienne, du psychiatre, du groupe, de l'entourage, de la personne, du territoire...). Comme l'illustre ce témoignage : *« il s'agit d'un apprentissage par les différents interlocuteurs : les points de vue se rassemblent pour plus de force »*.*

Alors que certains usagers ont entendu dans le terme de "transdisciplinarité" un concept de « fertilisation croisée pour faire quelque chose de neuf / une notion de synthèse »*, d'autres ont pu exprimer qu'ils y entendaient la question du cadre et de la discipline. Cet angle de vue semble se référer au besoin de coordonner et d'encadrer les actions des différents intervenants. Ainsi que le percevait un usager, *« les membres de l'équipe sont tous capables de répondre mais toutes les réponses sont différentes et surtout*

les miennes sont les plus importantes ».*

La transdisciplinarité est donc peut-être moins en jeu dans l'accompagnement d'une personne face au "groupe-équipe" qu'à travers une relation spécifique, telle celle avec le référent coordinateur (ou *case-manager*) par exemple.

En effet, un interlocuteur privilégié permettant de définir, accompagner et évaluer le processus, peut constituer le garant de la mise en lien des différents espaces et incarner leur orchestration.

La transdisciplinarité, un chantier à différentes facettes...

« *Pour un marteau, tous les problèmes ont la forme d'un clou* » disait Mark Twain. Cet outil si noble n'a, en théorie, qu'une seule compétence et qu'une seule fonction. Les cordonniers, les charpentiers vous le diront, il joue son rôle à la perfection. Pourtant, même s'il pensait, un marteau ne s'interrogerait vraisemblablement jamais sur le sens de son existence, ni sur son rôle, ni sur la globalité du chantier auquel il participe. Son hyperspécialisation le rend certes irremplaçable pour la tâche qui lui est dévolue, mais pourrait-il seulement imaginer le problème d'un tournevis ?

Certes, les professionnels ne sont pas des marteaux ni assimilables à de simples outils, mais chacun a des compétences spécifiques et limitées. Il nous faut donc apprendre à construire une pensée collective, c'est-à-dire être capable d'établir des passerelles entre les différents savoirs, entre ces savoirs et leurs pertinences pour notre vie de tous les jours, entre ces savoirs et leurs significations intérieures...

« *Prenons un exemple qui n'a rien à voir : le bâtiment* ». Telle est l'image choisie par Laurent, directeur de Kairos, pour parler de transdisciplinarité. À propos des travaux de rénovation du centre : « *sans se coordonner dans la rénovation un chantier serait anarchique... les actions ne sont pas séparées* ».

Il apparaît donc fondamental pour les différents spécialistes d'être conscients et impliqués dans cette mise en commun, tant entre eux qu'à destination des personnes accompagnées. C'est à cette condition que la démarche transdisciplinaire devient le socle de la démarche de changement et qu'elle soutient l'individu dans sa capacité à être sans cesse re-lié, capable de s'adapter au réel et doté d'une flexibilité toujours orientée vers l'actualisation de ses potentialités intérieures.

La transdisciplinarité définit avant tout une posture scientifique et intellectuelle ayant pour objectif la compréhension de la complexité du monde moderne et du présent.

L'échange entre usagers et professionnels, réalisé à l'occasion de cet article, montre bien qu'elle dépasse les points de vue professionnels ou conceptuels.

Elle garantit une approche globale de l'être humain, fondamentale dans la démarche de soins et sa mise en œuvre au quotidien.

* Citations issues des échanges qui ont eu lieu au CTR Kairos dans le cadre du conseil. Usagers présents : Anissa, Jean baptiste, William, Wilfried, Nathalie, Romain, Christophe, Antonio, Florent, Hadrian. Professionnels : Émilie, Stefanie, Laurent et l'auteur.

Au Québec: favoriser l'intégration des services aux personnes toxicomanes



De gauche à droite

Michel Landry, *Conseiller à la recherche, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et professeur associé à l'Université de Montréal*

Serge Brochu, *Vice-recteur adjoint à la recherche à l'Université de Montréal*

Catherine Patenaude, *Coordonnatrice du programme Alliance – recherche – université – communautés (ARUC)*

Éléments de contexte

Au Canada, la grande majorité de la population âgée de 15 ans et plus (78%) consomme de l'alcool et, pour la plupart, sans problèmes apparents (Santé Canada, 2011). Toutefois, une minorité rapporte que leur consommation a dépassé les limites¹ pouvant causer des problèmes chroniques (14,4%) ou aigus (10,1%) ou même avoir constaté des méfaits de leur consommation (8,3 %) au cours de l'année précédant l'enquête (Santé Canada, 2011, 2009). Du côté des drogues illicites, c'est assurément le cannabis qui est le plus consommé au Canada. De fait, environ un Canadien sur dix indique avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année (près du quart pour les 15-24 ans) alors que 1,9 % confient avoir consommé d'autres drogues (Santé Canada, 2011). Bien que ces chiffres aient légèrement diminué depuis 2004, il n'en reste pas moins qu'environ le tiers des consommateurs de cannabis déclare ne pas pouvoir en contrôler

l'usage (Adlaf, Begin, & Sawaska, 2005; Patton & Adlaf, 2005; Santé Canada, 2009). Bien plus, 17,6 % des usagers de drogues illicites au Québec rapportent avoir subi un méfait lié à leur consommation au cours des 12 derniers mois (Santé Canada, 2011).

¹ Ses limites reposent sur deux directives de consommation à faible risque du Canada. La première, qui vise à prévenir les problèmes chroniques (comme la maladie du foie ou le cancer), recommande une consommation de 10 verres maximum par semaine pour les femmes (2 verres par jour la plupart des jours) et de 15 verres maximum par semaine pour les hommes (3 verres par jour la plupart des jours), ainsi que de prévoir des journées d'abstinence chaque semaine. La deuxième directive cible les problèmes aigus (comme les blessures ou les surdoses) et recommande de ne pas consommer plus de 3 verres lors d'une même occasion, pour les femmes, et pas plus de 4 verres pour les hommes. Cette dernière directive insiste également sur l'importance de consommer dans un environnement sécuritaire et de respecter les limites de la directive susmentionnée (Santé Canada, 2011).

Les conséquences de l'abus d'alcool et des autres drogues sont multiples, notamment conduite d'un véhicule à moteur avec facultés affaiblies causant des accidents de la route, violence, négligence et drames familiaux, délinquance et criminalité (April, Bégin, & Morin, 2010; Éduc'alcool, 2012; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003; Nations Unies, 2012; Rehm et al., 2006; Roy et al., 2000). En 2002, les coûts de l'abus de l'alcool étaient évalués à 463 \$ pour chaque personne vivant au Canada, alors que cette estimation se chiffrait à 262 \$ pour les drogues illicites (Rehm et al., 2006). Si une partie de l'ensemble de ces coûts est imputée au réseau de la santé (8,8 milliards), ce réseau n'est en fait pas le seul à payer la facture puisque les coûts des crimes et du système de justice sont évalués à 5,4 milliards de dollars.

Quatre projets à grand déploiement méthodologique (MATCH, UKATT, CCTS et COMBINE) ont fait la preuve de l'efficacité des traitements de la toxicomanie pour l'ensemble de la clientèle qui se présente à ces programmes (Anton et al., 2006; COMBINE Study Research Group, 2003; Crits-Christoph et al., 1999; Cutler & Fishbain, 2005; Mattson et al., 1998; Morgenstern & McKay, 2007; Orford et al., 2006; UKATT Research Team, 2005a, 2005b). Pour leur part, au Québec, les travaux de plusieurs membres du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) ont démontré, par six études évaluatives, l'efficacité des traitements offerts au Québec (Bergeron, Brochu, Landry, & Joly, 2000; Brochu, Bergeron, Landry, Germain, & Schneeberger, 2002; Brochu et al., 2006; Brochu, Landry, & Bergeron, 1995; Brochu, Landry, Bergeron, & Chiochio, 1997; Brochu, Sun, Landry, & Bergeron, 2011; Landry, Guyon, & Brochu, 2001; Nadeau, Landry, Bertrand, & Acier, 2007; Nadeau, Landry, & Cournoyer, 2001; Nadeau, Landry, Cournoyer, & Boucher, 2005).

Toutefois, un grand nombre de personnes toxicomanes ne sont jamais détectées et ne se présentent jamais dans un service d'aide spécialisée alors que d'autres s'y présentent, mais abandonnent

avant même qu'elles aient pu bénéficier du programme offert (Tremblay, Tourigny, Gingras, & Dumont, 2007). Pour avoir un impact significatif sur cette sous-utilisation des services, il est nécessaire de rejoindre les personnes à risque dans les services de première ligne par une détection de la consommation problématique pour les orienter ensuite vers des services qui leur sont destinés. À cela s'ajoute le fait qu'une grande partie des clientèles en traitement souffrent de nombreux autres problèmes associés, dont des pathologies lourdes. Ici encore, l'intervention doit alors se faire de façon intégrée, concertée avec d'autres services spécialisés.

Dans la réforme majeure apportée, en 2004, à sa Loi sur les services de Santé et les services sociaux, le Gouvernement du Québec a mis l'accent sur la création de réseaux locaux de services impliquant tous les partenaires d'un territoire. Ceux-ci ont pour mission de prendre collectivement en charge la santé de la population qui y habite. Or, outre les problèmes de coordination, d'intégration et de continuité des services, on constate aussi des dédoublements dans certains secteurs de l'organisation des systèmes de santé (Fleury, 2006). Par ailleurs, ces réseaux se sont montrés jusqu'à maintenant trop peu sensibles aux difficultés associées à la surconsommation d'alcool et de drogues, tels les problèmes de santé mentale ou de criminalité et ce, malgré les coûts énormes qu'ils entraînent. Ainsi, dans la population du Québec, parmi les personnes qui présentent un diagnostic de troubles mentaux à l'axe 1, l'usage de substances illicites (excluant le cannabis) est 5 fois plus élevé et la dépendance à l'alcool, 3 fois plus élevée que chez ceux qui ne présentent pas ces troubles (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault, & Fiset-Laniel, 2008). Par ailleurs, plus du tiers des personnes détenues (hommes et femmes) au Québec ont développé une dépendance à une substance psychoactive (comparativement à 1,8 % dans la population générale – voir Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L.,

Perreault, M., & Fiset-Laniel, J.) et la moitié d'entre elles avouent que leur délit était relié à leur consommation (intoxication ou dépendance) (Pernanen, Cousineau, Brochu, & Sun, 2001). En dépit de ces évidences, plusieurs toxicomanes qui circulent dans les services de santé ou les services sociaux ou qui passent devant les tribunaux ne sont pas détectés relativement à leur problème de dépendance et lorsqu'ils le sont, les milieux qui les accueillent se sentent dépourvus face à leur consommation de drogues tandis que les liens de collaboration avec les services spécialisés en toxicomanie sont difficiles à établir.

Un programme de recherche sur les trajectoires addictives et les trajectoires de services

C'est précisément dans le but de s'attaquer à ce problème d'intégration des services qu'une équipe de chercheurs québécois (Brochu et al., 2009-2014) financée par le Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) dans le cadre de son programme ARUC (Alliance de recherche universités-communautés), a lancé, en collaboration avec les principaux partenaires concernés sur le terrain, un programme de recherche quinquennal intitulé « Trajectoires addictives et trajectoires de services : les personnes toxicomanes au carrefour de réseaux de prise en charge ».

Les objectifs de ce projet sont au nombre de trois :

Axe 1 Analyser l'arrimage entre les trajectoires addictives et les trajectoires de services du point de vue de l'utilisateur.

Axe 2 Analyser l'arrimage entre les trajectoires addictives et les trajectoires de services du point de vue des organisations et des intervenants.

Axe 3 Fournir des outils concrets aux différents organismes intervenant auprès des personnes toxicomanes pour les aider à mieux travailler en réseau et à infléchir plus efficacement les trajectoires addictives.

Ces trois axes contribuent à l'atteinte de **notre objectif global qui consiste à mieux arrimer les trajectoires de surconsommation de substances psychoactives et les trajectoires de services pour les personnes qui présentent des problématiques multiples**. Les projets qui s'inscrivent dans notre ARUC permettent donc :

- d'analyser le processus d'intégration de l'ensemble des services pour les personnes présentant des problèmes psycho-sociaux associés à leur toxicomanie ;
- d'identifier les principaux bris de continuité de services à partir de la prise en compte des trajectoires d'utilisation des usagers et de leur perspective subjective sur les services reçus ;
- de mieux comprendre les variables liées aux succès thérapeutiques (e.g. rôle et maillage des réseaux de services, rôle des représentations sociales, facteurs individuels...);
- d'implanter et d'évaluer des méthodes novatrices d'intégration des services (e.g. formation croisée et la rotation positionnelle dans le développement de réseaux de services intégrés) pour les personnes toxicomanes aux prises avec des problématiques multiples;
- de doter les réseaux de services d'outils de détection, d'évaluation et d'intervention efficaces.



Un premier projet d'importance issu de cette ARUC a été de convier un collectif d'auteurs à présenter des expériences déjà existantes visant à mieux coordonner les efforts d'intervention auprès des

personnes toxicomanes par une réflexion et des exemples d'applications concrètes d'actions innovantes et de les rassembler dans un livre intitulé *L'intégration des services en toxicomanies* (Landry, Brochu, & Patenaude, 2012). Grâce à l'apport de

nombreux auteurs québécois et européens, œuvrant dans des milieux tant institutionnels qu'universitaires, les dix chapitres que regroupe ce livre abordent cette thématique sous des angles très variés, que ce soit du point de vue des clientèles visées et du stade de développement des trajectoires addictives de ces personnes ou de celui des stratégies d'intervention et des services mis en œuvre pour y faire face. On s'y intéresse aux personnes toxicomanes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou une conduite criminelle, aux trajectoires plus particulières des femmes ou aux implications propres au milieu de travail. On y traite également des diverses formes de prise en charge et d'interventions qui sont actuellement utilisées pour venir en aide à ces personnes, que ce soit en prévention et en intervention précoce ou dans des services spécialisés ou des réseaux de collaboration entre plusieurs services ou organisations.

Cependant, notre ARUC demeure résolument prospective et la plus grande partie des ressources disponibles a été consacrée à un grand projet de recherche qui couvre les deux premiers axes de notre programme. Ce projet se déroule dans deux grandes régions du Québec (à Montréal et en Mauricie - Centre du Québec). À l'axe 1, il s'intéresse à la trajectoire de participants recrutés dans trois lieux importants où sont repérées les personnes présentant une consommation abusive de substances psychoactives : des centres locaux de santé et de services sociaux de première ligne, des urgences hospitalières et des instances judiciaires. Leur trajectoire addictive et leur trajectoire d'utilisation de services sont étudiées rétrospectivement (sur une période de cinq ans) et ils sont rencontrés à nouveau un an après la première rencontre. Des entretiens avec chacun des participants permettent de documenter leur trajectoire à l'aide de données qualitatives et quantitatives. Dans le cadre de cet axe, 127 participants ont été rencontrés une première fois et 71% d'entre eux ont pu être rejoints un an plus

tard. Nous terminons l'analyse des données qualitatives et quantitatives recueillies au cours de cette étude et les premiers résultats seront publiés dans un livre au cours de l'automne 2013.

Une autre étude vient d'être entreprise, en lien avec l'axe 2 cette fois, afin de connaître le point de vue des intervenants et des administrateurs des organismes d'où proviennent les participants de notre étude à l'axe 1 et d'autres organismes qui en sont les partenaires ou ont des missions apparentées. L'étude porte principalement sur l'intégration des services en toxicomanie du point de vue de la détection et de la référence aux ressources. Elle permettra notamment d'analyser les types de relations établies entre les organisations impliquées dans les différents réseaux à l'étude ainsi que leur niveau d'intégration et de gouvernance, d'étudier les stratégies déployées, d'identifier les forces et lacunes de la coordination du dispositif de services et d'effectuer des recommandations pour améliorer les services en ce domaine. Au total, il est prévu de rencontrer près de 175 acteurs de ces réseaux, soit en groupe, soit en individuel.

Premiers résultats de la recherche

Une analyse préliminaire des données recueillies avec les participants de l'axe 1 a permis notamment de constater que ces derniers présentent pour la plupart un profil lourd de consommation, incluant la consommation de plusieurs substances, et une détresse bien plus élevée que celle de la population générale du Québec. Quelle que soit leur provenance, ils ont en majorité, dans les cinq dernières années, eu recours à de multiples reprises à des traitements en toxicomanie, aux services de santé tant physique que mentale, et ont dû faire face au système judiciaire. En contrepartie, la majorité d'entre eux reconnaît que le repérage dont ils ont fait l'objet a été l'occasion d'une prise de conscience et leur a permis d'avoir un meilleur accès à des services. Ils sont satisfaits des services reçus. Il est intéressant aussi de constater qu'ils

mentionnent un effet cumulatif des traitements auxquels ils ont été exposés, ceux qui y ont eu recours plus fréquemment mentionnant plus volontiers les bienfaits qu'ils en ont reçu. Cette constatation vient nourrir les questions que nous nous posons actuellement au sujet du profil de chronicité présenté par un portion importante des usagers que l'on trouve dans nos services spécialisés et sur la meilleure façon de favoriser leur rétablissement, ou tout au moins la réduction des méfaits de leur surconsommation de substances. Une autre question qui ressort de cette étude tient au fait que le recrutement des participants a été beaucoup plus difficile dans les centres de santé et de services sociaux de première ligne, dont la mission de repérage des problèmes de dépendances et de référence, si nécessaire, aux ressources de deuxième ligne, est clairement affirmée dans le plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Nous fondons beaucoup d'espoirs sur le deuxième volet de notre recherche (axe 2) pour apporter des réponses à cette question.

Bibliographie

Adlaf, E. M., Begin, P., & Sawka, E. (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., ... Zweben, A. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence : the COMBINE study : a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295(17), 2003-2017.

April, N. Bégin, C., & Morin, R. (2010) *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*. Québec: Collection Politiques publiques et santé, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec.

Bergeron, J., Brochu, S., Landry, M., & Joly, P. (2000). *Motivations de la clientèle et efficacité d'un programme de*

traitement en alcoolisme et toxicomanie (Rapport no RS-2940). Québec : Conseil Québécois de la Recherche Sociale.

Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M., Germain, M., & Schneeberger, P. (2002). The impact of treatment on criminalized substance addicts. *Journal of Addictive Diseases*, 21(3), 23-41.

Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Tremblay, J., Bergeron, J., Brunelle, N., & Landry, M. (2006). Understanding treatment impact on drug-addicted offenders. *Substance Use & Misuse*, 41(14), 1937-1949.

Brochu, S., Landry, M., Bertrand, K., Brunelle, N., Fleury, M.-J., Perreault, M., ... Plourde, C. (2009-2014). *Trajectoires addictives et trajectoires de services : Les personnes toxicomanes au carrefour de réseaux de prise en charge*. Une Alliance de recherche universités-communautés (ARUC) financée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (1995). *L'efficacité du traitement à Domrémy-Montréal* (rapport de recherche). Santé Canada, Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS).

Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J., & Chiochio, F. (1997). The impact of a treatment process for substance users as a function of the degree of exposure to treatment. *Substance Use & Misuse*, 32(14), 1993-2011.

Brochu, S., Sun, F., Landry, M., & Bergeron, J. (2011). The impact of a treatment process for criminalized substance addicts in relation to the time spent in treatment. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 45-62.

COMBINE Study Research Group (2003). Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (the COMBINE study) : a pilot feasibility study. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 27(7), 1123-1131.

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Oken, L. S., ... Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence : National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 493-502.

Cutler, R. B., & Fishbain, D. A. (2005). Are alcoholism treatments effective ? The project MATCH data. *BMC Public Health*, 14(5), 75-85.

Fleury, M. J. (2006). Integrated service networks : The Quebec case. *Health Services Management Research*, 19, 153-155.

Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008), *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes*

liés à la santé mentale chez les adultes québécois. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Landry, M., Brochu, S., & Patenaude, C. (2012). *L'intégration des services en toxicomanie*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, Collection Toxicomanies

Landry, M., Guyon, L. et Brochu, S. (dir.) (2001), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, Collection Toxicomanies.

Mattson, M. E., Del Boca F., Carroll K. M., Cooney, N. L., DiClemente, C. C., Donovan, D., ... Zweben, A. (1998). Compliance with treatment and follow-up protocols in project MATCH : Predictors and relationship to outcome. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1328-1339.

Morgenstern, J., & McKay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioural treatment research for substance use disorders. *Addiction*, 102, 1377-1389.

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice*. New York : Guilford Press.

Nadeau, L., Landry, M., Bertrand, K., & Acier, D. (2007). Treatment evaluation : how qualitative long term results inform quantitative results. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, *supp.* 31(6), 123A.

Nadeau, L., Landry, M., & Cournoyer, L.-G. (2001). *Étude descriptive et évaluative d'un programme d'intervention sur la comorbidité : toxicomanie - troubles mentaux*. (Rapport no ISBN 2-921486-21-08). Québec : Conseil Québécois de la recherche sociale.

Nadeau, L., Landry, M., Cournoyer, L.-G., & Boucher, N. (2005). *Processus de changement dans une perspective quantitative et qualitative chez des clients toxicomanes présentant des troubles mentaux*. (Rapport de recherche). Montréal : Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FORSC).

Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R., ... Ukatt Research Team (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem : Qualitative analysis of follow-up interviews in the UK alcohol treatment trial. *Addiction*, 101(1), 60-68.

Patton, D., & Adlaf, E. (2005). Consommation de cannabis et problèmes connexes. Dans E. Adlaf, P. Begin & E. Sawka (dir.), *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé* (chap. 5, p. 48-54). Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Pernanen, K., Cousineau, M. M., Brochu, S., & Sun, F. (2001). *Proportion of Crime Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte à la toxicomanie.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., ... Taylor, B. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Lemire, N., Boivin, J.-F., Frappier J.-Y., & Claessens, C. (2000). Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *International Journal of STD & AIDS*, 11(4), 241-247.

Santé Canada (2011). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Sommaire des résultats pour 2011*. Ottawa : Santé Canada, Bureau de la recherche et de la surveillance, Direction générale des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme.

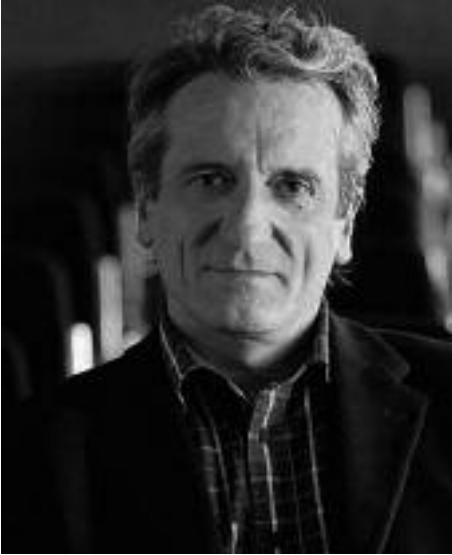
Santé Canada (2009). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues 2009*. Ottawa : Santé Canada.

Tremblay, J., Tourigny, M., Gingras, Y., & Dumont, J. (2007). *Proposition de requis de service pour la Capitale-Nationale 2007-2015 – Pour vivre autrement sa vie*. Québec : Centre Ubald-Villeneuve.

UKATT Research Team (2005a). Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomised United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT). *British Medical Journal*, 331, 541-544.

UKATT Research Team (2005b). Cost-effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomised United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT). *British Medical Journal*, 331, 544-558.

L'approche systémique des addictions



Dr Jean-Michel Delile, Directeur du CEID (Bordeaux),
vice-président de la Fédération Addiction

Les interactions entre les conduites addictives et les systèmes familiaux sont majeures et bien connues : s'il est évident que les problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu d'un des membres d'une famille vont profondément en affecter le fonctionnement général, il a également été observé que certains fonctionnements familiaux pouvaient contribuer à causer, entretenir ou aggraver certaines addictions. Ces interactions sont d'autant plus prégnantes que l'utilisateur est jeune et vit au domicile familial. Mais chacun, dans ce cas, a généralement tendance à renvoyer la balle à l'autre : les parents accusent le jeune *addict* d'être responsable des problèmes de la famille, celui-ci rétorquant que « le vrai problème, c'est eux » (leurs exigences, leurs absences, leurs conflits...). Il peut en aller de même dans un couple dont l'un des deux membres a des conduites addictives : la cause du problème, c'est l'autre.

Le propre de l'approche systémique sera de penser que le problème à traiter n'est pas l'un des membres du système en particulier mais leur relation : personne n'est coupable ou seul responsable de ce qui se passe, mais tous sont effectivement impliqués dans le problème et en détiennent une part de solution. Celle-ci sera co-construite dans un cadre systémique visant notamment à aider les protagonistes à identifier les fonctions du symptôme dans l'homéostasie du système familial, afin qu'ils puissent dégager d'autres pistes d'interaction et de changement, au lieu de retomber toujours sur une interminable et douloureuse confrontation.

L'identification des facteurs familiaux

C'est au début des années 1970 que la part des interactions systémiques, aussi bien au sein des groupes de pairs que des familles, a pu être identifiée à côté des autres facteurs de causalité des addictions, individuels (biologiques, psychologiques) ou sociétaux. Selon le modèle classique de Kandel publié en 1976, les toxicomanies chez les jeunes (héroïne, cocaïne...) semblaient plus particulièrement déterminées par les relations familiales.

Une typologie des familles des jeunes toxicomanes fut ainsi décrite : mère hyperprotectrice, permissive, et père détaché, lointain, fragile ou absent, mais aussi, parfois, violent et maltraitant de manière inconséquente et imprévisible, souvent en lien avec des problèmes d'alcool. Dans tous les cas, ces observations mettaient en évidence des taux très élevés de séparation/perte des parents, souvent le père et avant l'âge de 16 ans.

Ces observations semblaient donc déplacer la responsabilité du problème du jeune *addict* vers ses parents, dans une approche toujours aussi unilinéaire mais inversée par rapport à la lecture traditionnelle, où c'était plutôt le jeune qui était jugé responsable de la situation.

Une approche réellement systémique, circulaire

Sur la base de ces travaux et à la lumière de ceux de Salvador Minuchin et de Jay Haley, fut publié en 1982 l'ouvrage fondateur de Duncan Stanton et Todd : *The family therapy of drug abuse and addiction*.

Ces auteurs avaient observé une autre particularité des familles « addictives » : la grande fréquence des contacts entre les jeunes toxicomanes et leurs parents, la longue durée de la cohabitation...

Ces familles semblaient à la fois en crise permanente et inséparables. De fait, ces jeunes ne travaillaient pas, ne se mariaient pas, ne s'autonomisaient pas et restaient durablement au sein de leur famille. Ces auteurs firent donc l'hypothèse très paradoxalement

« systémique » que l'addiction protégeait la famille, la fonction du symptôme étant d'éviter la séparation.

Dans ce modèle homéostatique, ces familles « addictives » étaient dominées par une angoisse majeure de séparation alimentant des mécanismes de co-dépendance. Les problèmes de drogues du jeune toxicomane l'empêchaient de s'autonomiser, de mener à bien le processus de séparation/individuation mais, de ce fait, maintenaient sa présence durable au sein de la famille et la protégeaient donc de la séparation. Il apparaissait que l'angoisse de séparation et la dépendance n'étaient pas seulement le fait du jeune *addict* par rapport à sa famille, mais aussi de sa famille par rapport à lui, dans un processus interactif. Les difficultés du jeune *addict* pour s'autonomiser à l'adolescence auraient une fonction de protection pour tous, visant à maintenir la proximité des relations intrafamiliales tout en l'attribuant à un facteur externe, la drogue.

C'est ce mécanisme qui permet de rendre compte des fréquentes observations de parents qui « acceptent tout », d'être menacés, maltraités, volés par leur enfant toxicomane plutôt que de le voir partir, certains parents allant même jusqu'à payer, voire même fournir eux-mêmes la drogue à leur enfant.

L'enfer est pavé de bonnes intentions

Tout accepter peut être une fausse bonne solution qui contribue à entretenir le problème. À l'inverse, exiger de manière véhémement l'arrêt d'un comportement peut contribuer à l'entretenir. Diverses études sur les niveaux d'émotion exprimée au sein des familles (critiques, hostilité, hyper-implication émotionnelle) ont pu montrer qu'un haut niveau familial d'émotion exprimée est un puissant prédicteur de rechute des *addicts*.

Les critiques incessantes, par exemple, qui visent à corriger le trouble, sont ainsi identifiées comme étant l'un des facteurs pronostiques les plus péjoratifs. Les parents (ou conjoints) qui critiquent le plus le patient sont en effet ceux qui ont le plus tendance à le juger lui, et non sa maladie, personnellement responsable

de ses (leurs) problèmes. L'intensité des critiques et la culpabilisation renforcent les idées d'autodépréciation, les sentiments d'impuissance et sont des facteurs de rechute parfois dans des attitudes de défi, notamment chez les adolescents qui vont ainsi tenter de démontrer leur autonomie de choix (1).

Il s'agit bien de phénomènes circulaires : les familles à haut niveau d'émotion exprimée ont une vulnérabilité au dysfonctionnement pour laquelle la maladie du patient agit comme un *stresser* et, en retour, le patient a des vulnérabilités individuelles, biologiques et psychologiques, qui sont activées par les interactions aversives au sein de la famille. La prise en compte de ces interactions, notamment l'identification des tentatives de solution "maladaptatives" (la critique exacerbée ou la tolérance excessive) qui entretiennent le problème, est donc un puissant outil systémique de changement.

De nombreuses recherches ont ainsi souligné le rôle essentiel joué par les relations familiales (qualité de la communication, disputes parentales-familiales, punitions sévères infligées aux enfants, expression de l'affection parentale, temps passé avec les enfants) et l'environnement des familles dans le développement de problèmes d'alcool ou de drogues chez l'adolescent (2). L'environnement social peut en effet être lui-même dysfonctionnel : un faible niveau de fonctionnement familial contribue à rendre l'adolescent plus aisément susceptible de s'éloigner précocement pour s'affilier à des groupes de pairs, eux-mêmes consommateurs de produits, avec un renforcement des modèles d'inconduite.

Enfin, notre travail princeps en France sur le passé des mères toxicomanes (3) confirma les données de la littérature internationale sur la grande fréquence des antécédents d'abandon, de ruptures, de pertes, de maltraitements et sur le grand risque de répétition avec leurs enfants. L'angoisse de séparation est là encore omniprésente, avec souvent un réel abandonnisme qui se traduit par la fréquente corrélation clinique entre toxicomanie et trouble de la personnalité état-limite. Dans ce cadre, il est intéressant d'identifier

précocement ces familles à risques pour les aider au plus tôt et réduire les risques de répétition chez leurs enfants. Des initiatives intéressantes de soutien à ces familles à haut risque, telles que le *Strengthening Family Program* (SFP), bien identifié par l'INPES, gagneraient à être expérimentées dans notre pays.

L'approche systémique ne se limite pas à la seule dimension familiale

Il importe également d'intégrer les difficultés liées aux systèmes élargis et pas seulement familiaux, notamment les problèmes sociaux dans le quartier ou le voisinage et ceux liés à l'acculturation. Comme une famille, un quartier peut être perturbé par la présence en son sein de jeunes usagers oisifs, plus ou moins dealers et impliqués dans l'économie souterraine. Mais ces jeunes sont aussi pour partie l'expression des désordres sociologiques et culturels que connaissent ces quartiers en déshérence. C'est ainsi que l'approche systémique permet de penser des interventions non exclusivement centrées sur le seul individu mais élargies également à son environnement familial et social : pairs, quartier... Mentionnons à ce propos l'expérimentation européenne du MultiDimensional Family Therapy (MDFT) (4) portée en France par Olivier Phan avec l'appui de la MILDT. Mais au-delà de ces approches expérimentales, les interventions soignantes doivent viser à s'articuler avec les politiques sociales et à s'intégrer dans une réelle dynamique médico-psycho-sociale.

Ces approches élargies ont été développées dès les années 1960 par différents thérapeutes, dont Laqueur avec son concept de « communauté soignante » (*healing community*). Souvent inscrits dans les mouvements sociaux et dans les pratiques de réseaux, ils souhaitaient élargir leur champ d'intervention à des systèmes plus vastes et divers que le simple système familial. Il s'agissait de « défamilialiser » les thérapies familiales, selon le mot d'Elkaïm. Les thérapeutes qui avaient franchi un seuil

qualitatif en passant d'une lecture linéaire à une lecture circulaire voulaient se garder de sombrer dans un familialisme trop étroit perdant de vue les interactions globales avec les réseaux élargis. Ces approches furent développées en Europe dans le cadre de réseaux d'alternative à la psychiatrie où Mony Elkaïm, de retour de New York, joua un grand rôle. C'est ainsi qu'à Bruxelles, Jacques Pluymaekers se prononçait pour une « distance non distante » au point de mêler sa vie aux familles en voie d'exclusion en s'installant lui-même dans leur quartier, fidèle en cela à son maître Merleau-Ponty convaincu que notre existence, comme celle de toute réalité, n'émerge qu'à partir de la « reconnaissance de l'autre », par « enveloppement réciproque » selon la formule de Husserl. Ces formes d'engagement militant étaient déjà encouragées par Minuchin lui-même qui, dans son avant-propos à l'ouvrage de Stanton et Todd, rappelait les relations entre leur travail auprès des familles de toxicomanes et le sien auprès des familles de jeunes délinquants. Dans les deux cas, il fallait selon lui des thérapeutes impliqués, capables de s'engager auprès de personnes qui avaient perdu l'espoir, mais capables également de s'inscrire dans l'action sociopolitique pour agir sur les contextes sociaux qui avaient contribué à créer ces déviances et qui n'avaient toute responsabilité, se contentant de blâmer le patient.

Approches familiales : intérêt et difficultés de développement en France

Les méta-analyses confirment l'efficacité des thérapies familiales dans le domaine des addictions, associées aux approches individuelles et aux éventuels traitements médicamenteux (5-12). Ces résultats sont particulièrement bien établis dans le domaine des usages chez les jeunes et adolescents (10, 11, 13-16), où il apparaît que les thérapies familiales ont de plus des résultats durables, comme le confirment plusieurs études de suivi à six voire douze mois après l'arrêt du traitement.

Au total, il apparaît souhaitable d'associer des modalités de traitement multimodales, ajustées à chaque situation particulière (INSERM, Expertise collective, 2004) : les approches individuelle, conjugale, familiale, multiconjugale, multifamiliale et l'approche de renforcement communautaire peuvent être associées selon des déclinaisons qui tiennent compte de la personnalité des patients et de leurs proches, de la situation familiale, de la forme de l'addiction, de la comorbidité éventuelle, des niveaux de motivation et d'engagement dans le processus thérapeutique. L'ajustement du traitement est ainsi une perspective intéressante et d'avenir, intégrant nécessairement les approches familiales. Néanmoins, les thérapies familiales sont très peu développées en France, notamment dans le champ des addictions. Différents facteurs pourraient contribuer à ce retard : les habitudes professionnelles des intervenants (de formation plutôt psychodynamique), le très faible développement des approches communautaires ou groupales, les ressources humaines limitées...

Toutefois, même aux États-Unis, les thérapies de couple et de famille sont assez peu développées dans les centres de soins en addictologie. Elles restent en effet plutôt perçues comme un traitement spécifique pratiqué dans des lieux spécialisés, plutôt que complémentaire aux traitements mis en œuvre dans les centres de soins ordinaires.

Au début des années 1980 furent créés en France un certain nombre de centres orientés vers la prise en charge familiale des problèmes de drogues, comme l'Orangerie, le Centre Monceau en 1980 à Paris et le Centre Pey-Berland du CEID à Bordeaux en 1982. Mais par la suite, ce mouvement marqua le pas. Ces centres à double spécialisation et à haute technicité ne pouvaient être nécessairement que peu nombreux et donc peu accessibles au plus grand nombre. Il fallait tenter d'élargir la palette de l'offre de soins des CSAPA aux approches familiales, mais là-aussi avec peu de développements réels.

Perspectives

Les approches familiales ont montré leur efficacité dans le dispositif addictologique préexistant et, en premier lieu, dans les consultations jeunes consommateurs (CJC), qui sont volontiers d'emblée sollicitées par l'environnement familial. Cela a pu, par exemple, être expérimenté dans une structure pour adolescents (17). L'intégration de ces approches contribuerait sans doute à limiter l'écart entre l'offre de soins et les attentes des familles, grâce à un dispositif plus accessible où les jeunes eux-mêmes sont également pris en charge, et non uniquement les familles ou *a fortiori* les seuls parents. Beaucoup de familles hésitent en effet à s'engager dans cette voie car elles craignent d'être jugées responsables du problème de leur enfant et, encore plus, d'être culpabilisées... Le simple fait d'être en mesure de recevoir tout le monde, parents et/ou enfants, limite donc le risque d'amplifier la stigmatisation spécifique des uns ou des autres et renvoie d'emblée un message de compréhension globale de la problématique familiale.

L'axe central est bien de travailler *avec* et non *sur* les familles, dans une approche collaborative, fondée sur la recherche d'alliance, d'affiliation. La famille est co-thérapeute, éventuellement au sein d'un groupe d'entraide composé d'autres familles partageant le même problème, afin de limiter encore les risques de culpabilisation et de sentiment d'isolement ou d'abandon.

En guise de conclusion : complexité, transdisciplinarité et approche intégrative

L'approche systémique vise à identifier les facteurs environnementaux (familiaux, sociaux, culturels...) qui ont contribué à l'émergence, au maintien ou à l'aggravation d'un problème d'addiction chez une personne, afin d'être en mesure de proposer une intervention globale et adaptée. De ce point de vue, l'approche proposée dans le dispositif médico-social des CSAPA est par essence systémique, puisqu'elle

tente d'offrir des modalités diversifiées de soutien selon un modèle bio-psycho-social. Dans la même dynamique, les CSAPA tentent d'intégrer leurs actions dans des dispositifs plus généraux (action sociale, insertion, logement, politique de la ville, protection maternelle et infantile...).

Mais cela impose aussi aux acteurs professionnels un travail plus en profondeur pour ne pas s'enfermer dans leur spécificité-métier et progresser vers une réelle transdisciplinarité qui permet de s'affilier à la culture professionnelle de l'autre et d'enrichir les interventions par cette mutualisation des compétences.

Les causes des addictions sont, on le sait, multifactorielles. Mais les professionnels peuvent être tentés de réduire les causalités à celles du champ qu'ils connaissent le mieux et qui est leur domaine d'expertise (vulnérabilités biologiques, psychologiques individuelles, familiales, sociales...), les autres interventions étant considérées comme des appoints, avec parfois des conflits de légitimité : médicament/psychothérapie, approche individuelle/approche familiale, soutien professionnel/auto-support par les pairs, addictologie/psychiatrie, etc.

Or, l'approche systémique, comme la théorie de la complexité, nous ont appris que toutes ces conceptions, toutes ces interventions sont co-constitutives d'un réel, nécessairement complexe, à la croisée des constructions et des représentations que chacun s'en fait. C'est en ce sens que les approches intégratives sont, au niveau des systèmes thérapeutiques, dans la continuité des approches inventées par la systémie dans le champ des thérapies.

Peut-on se contenter dès lors de faire comme Monsieur Jourdain de la systémie sans le savoir ou devons-nous nous atteler, ensemble, à un ambitieux mais nécessaire travail de construction d'une approche intégrative appliquée aux addictions ?

Bibliographie

1. BARROWCLOUGH, C. & HOOLEY, J. (2003) Attributions and expressed emotion : a review, *Clinical Psychology Review*, 23, 849-880.
2. REPETTI, R., TAYLOR, S. & SEEMAN, T. (2002) Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring, *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.
3. CASSEN, M., DELILE, J.-M., POHIER, E. et al. (2004) Maternité et toxicomanies. Enquête ANIT (GRRITA) INSERM sur 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants., *Alcoologie et Addictologie*, 26, 87-97.
4. LIDDLE, H. A., DAKOF, G. A., PARKER, K. et al. (2001) Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: results of a randomized clinical trial, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27.
5. STANTON, M. D. & SHADISH, W. R. (1997) Outcome, attrition, and Family-Couples Treatment for drug Abuse: A Meta-Analysis and Review of the controlled-Comparative Studies, *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
6. LIDDLE, H. A. & DAKOF, G. A. (2002) A randomized controlled trial of intensive outpatient family-based vs residential drug treatment for co-morbid adolescent drug abusers, *Drug and Alcohol Dependence*, 66, S2-S202, S103.
7. SCHMIDT, S. E., LIDDLE, H. A. & DAKOF, G. A. (1996) Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy, *Journal of Family Psychology*, 10, 12-27.
8. MIERMONT, J. (2002) L'approche psycho-éducationnelle et multifamiliale de William R. MACFARLANE : Introduction et commentaires, *Thérapie familiale*, 23, 105-120.
9. MIERMONT, J. (2005) Les prises en charge familiales dans les addictions, in: REYNAUD, M. (Ed.) *Addictions et psychiatrie*, pp. 268-292 (Paris, Masson).
10. LIDDLE, H. A. (2004) Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use : research contributions and future research needs, *Addiction*, 99, 76-92.
11. LIDDLE, H. A. & DAKOF, G. A. (1995) Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science, in: RAHDERT, E. & CZECHOWICZ, D. (Eds.) *Adolescent drug abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*, pp. 218-254 (Rockville (MD), NIH Publications).
12. EDWARDS, M. E. & STEINGLASS, P. (1995) Family Therapy Outcomes for Alcoholism, *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 475-509.
13. WINTERS, K. C., STINCHFIELD, R. D., OPLAND, E., WELLER, C. & LATIMER, W. W. (2000) The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers, *Addiction*, 95, 601-612.
14. WEINBERG, N., RAHDERT, E., COLLIVER, J. & GLANTZ, M. (1998) Adolescent substance abuse: a review of the past 10 years, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 252-261.
15. WILLIAMS, R. & CHANG, S. (2000) A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 138-166.
16. GRELLA, C. E. (2005) The drug abuse treatment outcomes studies: outcomes with adolescent substance abusers, in: LIDDLE, H. A. & ROWE, C. (Eds.) *Treating adolescent substance abuse: State of the science* (London, Cambridge University Press).
17. LIDDLE, H. A., ROWE, C., QUILLE, T. et al. (2002) Transporting a research-developed adolescent drug abuse treatment into practice, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 1-13.



Panorama et enjeux des réseaux d'addictologie

De gauche à droite :

Maryline Teisseire, Coordinatrice administrative de Resad Vaucluse Camargue

Anne-Marie Brieude, Médecin, coordinatrice de Rezo Addictions 41

Didier Bry, Médecin, coordinateur de Resad Vaucluse Camargue



Depuis le 4 mars 2002, les réseaux de santé ont une définition officielle (code de la santé publique, article L6321-1) : « *les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations... ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers* ».

Les réseaux addictions fondent leur(s) action(s) sur la création des liens nécessaires au développement des articulations entre tous les acteurs du sanitaire et du social. De ce fait, ils entendent répondre au mieux à l'élaboration des projets de soins personnalisés et au suivi des personnes souffrant de conduites addictives dans une démarche de qualité.

Les patients ou usagers ont cette particularité de parcours difficiles, chaotiques, voire de refus de soin, ce qui nécessite une motivation particulière des professionnels et un changement des représentations. Ainsi, par une approche professionnelle adaptée et des missions clarifiées, s'élabore une démarche interdisciplinaire cohérente.

Historique des réseaux addictions

Les premiers réseaux, alors réseaux ville-hôpital, se sont constitués dans les années 1980-1990 face à l'épidémie de SIDA. D'abord informels, ils naissent sous l'impulsion de professionnels et d'usagers face à l'échec de la prise en charge thérapeutique et sociale de cette nouvelle pathologie. L'objectif est alors de trouver des solutions aux problématiques médico-psycho-sociales, de coordonner les différents acteurs de la prise en charge, de décloisonner le sanitaire et le social, la ville et l'hôpital, en prenant en compte les besoins du patient et les possibilités de la communauté.

La reconnaissance de chacun au sein du réseau, la coordination « horizontale », sans hiérarchie et pluridisciplinaire, ont permis de développer une culture commune, un maillage territorial et des échanges autour d'un « travailler ensemble » des professionnels du soin et de la prise en charge. Cette idée que chacun a une place et que la coordination de tous participe à l'amélioration des pratiques et, en conséquence, à l'amélioration de la prise en charge, reste aujourd'hui encore le fondement des réseaux addictions.

Les utilisateurs de drogues intraveineuses ont été particulièrement touchés par l'épidémie de VIH puis du VHC. Cette réalité a conduit à l'élaboration de la politique de Réduction Des Risques qui prend en compte les pratiques de consommations, favorisant l'accès aux Traitement de Substitution aux Opiacés (illégaux jusqu'en 1995 en médecine de ville) et l'accès aux matériels de consommation stériles.

Les réseaux addictions ont évolué dans leurs missions et leurs financements à la faveur de circulaires et de décrets. Premières directives importantes, celles de la Commission Soubie de 1996 dont l'objet était la promotion de nouvelles formes de prise en charge. Le premier fond spécifiquement dédié aux réseaux de santé, le FAQSV, fut créé en 2000, et la loi du 4 mars 2002 a défini le réseau, ses missions et son financement. Celui-ci n'a pas cessé d'évoluer : après le FAQSV, la DRDR a pris le relais, puis le FIQCS jusqu'en 2010, date de la création des ARS et du FIR...

L'une des caractéristiques des réseaux est leur grande diversité, qui traduit celle de leurs modes de constitution par les acteurs de terrain eux-mêmes, en fonction des besoins des professionnels et des usagers sur un territoire. Mais ils ont au moins un objectif commun, celui d'améliorer les pratiques et la prise en charge des patients ayant des conduites addictives.

Du fait des nombreuses contraintes réglementaires et budgétaires, de nombreux réseaux addiction ont cessé de fonctionner. Toutefois, fin 2012, plus d'une cinquantaine d'entre eux poursuivent leurs activités sur près de la moitié du territoire français.

Missions des réseaux addictions

Elles sont multiples, mais s'articulent autour de trois notions principales :

- la coordination des acteurs pour permettre l'élaboration de projet de soins adaptés et cohérents,
- l'appui aux professionnels pour assurer des prises en charge au plus près de l'utilisateur,
- la formation pour diffuser des concepts de pratique et de langage communs et l'évaluation des pratiques.

La transversalité des problématiques est la spécificité même des addictions, elle est aussi au cœur des problèmes que rencontrent les usagers. De ce fait, la coordination des acteurs est une question essentielle comme celle de l'articulation, sur un même territoire, entre les professionnels du sanitaire et ceux du social,

entre les structures hospitalières, médico-sociales et les professionnels libéraux, quel que soit leur champ d'intervention : justice, services sociaux, centres spécialisés, établissements de santé, médecins traitants...

Le réseau tente aussi de contribuer à trouver les bonnes réponses face aux difficultés liées à la forte prévalence des addictions au sein de la population (tous produits confondus, plus du tiers de la population est concernée) et la diversité grandissante des conduites (recherche de défoncé, poly-consommation, troubles du comportement alimentaire, jeux pathologiques, cyberdépendance...). L'offre de soin, de par sa grande disparité, ne permet pas toujours de répondre aux besoins des usagers et les structures spécialisées sont dans l'incapacité de faire face à l'ensemble de ceux-ci.

Le réseau, par la diversité des pratiques et des lieux d'exercice des professionnels qui le composent, permet une réponse adaptée à la multitude de conduites, de profils d'usagers et de besoins. Il permet également de diversifier les possibilités offertes à l'utilisateur, de faciliter les prises en charge conjointes et d'apporter une réponse sur l'ensemble du territoire, dans les centres urbains, mais aussi dans les banlieues et les petites villes de campagne.

La prise en charge des usagers addictés est souvent complexe : les professionnels, notamment les « non spécialistes », ont besoin d'être soutenus, et les usagers de bénéficier de prestations spécifiques. Les réseaux ont développé des outils en direction des professionnels (dossiers, réunions, expertises, documentation), et des prestations en direction des usagers, prestations dites dérogoires à la nomenclature de l'assurance maladie : prise en charge d'actes de professionnels libéraux (médecins généralistes, psychologues, infirmières, diététiciens, pharmaciens), budget spécifique en cas d'absence d'ouverture de droits, permanence d'assistante sociale et de psychologue au sein de « microstructures », actions de réduction des risques, groupes motivationnels pour faciliter l'entrée dans le soin...

La spécificité de l'addiction, c'est aussi sa place dans notre société et ses représentations au sein de la population générale, mais aussi chez les professionnels. La formation initiale est largement insuffisante dans ce domaine. L'offre de formation pluridisciplinaire de proximité que proposent les réseaux addictions est donc essentielle : elle permet aux acteurs du terrain de se rencontrer et d'accéder à un langage et des pratiques communes. Et ainsi de faire tomber les représentations, de faciliter les échanges, d'améliorer les suivis, de mettre en place des stratégies de motivation au soin pour des usagers qui n'ont pas seulement des difficultés d'accès au soin mais plus globalement des difficultés de « lien avec le soin », de proposer des réponses originales en termes de réduction des risques et de maîtrise des consommations...

Le réseau permet ainsi de diffuser des informations sur les approches en addictologie, sur les lieux ressources du territoire, sur l'accès aux soins et l'orientation des usagers. Il se fait, par ailleurs, le relais des politiques de santé publique de proximité, en rapport avec les problèmes rencontrés, en termes de prévention, de repérage précoce, de réduction des risques, de recommandations et de préconisations thérapeutiques. Il peut enfin faciliter la mise en place d'études et de recherches-actions en santé publique.

L'appel des réseaux

Les réseaux addictions remplissent donc des missions à la fois d'aide à la prise en charge et de coordination des soins au plus près des usagers et des professionnels de terrain, mais aussi de formation, d'expertise et de diffusion d'informations et de documentation(s). Plusieurs études médico-économiques et de nombreux audits ont confirmé la plus-value qu'ils apportent et l'intérêt de leur développement. Cependant, tous se sentent préoccupés par leur avenir, dans un contexte où les contraintes budgétaires menacent leur équilibre obtenu par des années de travail pour tisser des liens, étoffer la prise

en charge, développer les partenariats et diffuser des repères en matière de pratiques.

Pour faire face à un contexte politique et budgétaire qui met à mal leurs actions spécifiques et leur existence même, un Collectif des Réseaux Addictions s'est constitué avec le soutien de la Fédération Addiction et s'est réuni le 18 septembre 2012, après plusieurs mois de travail et de concertations. Le collectif a décidé de lancer un appel¹ au Ministre de la Santé, à la Présidente de la MILDT, aux Directeurs de la DGS, de la DGOS et des ARS, aux élus, aux professionnels et aux structures partenaires du sanitaire et du médico-social. Les réseaux signataires de l'appel demandent, afin de répondre aux missions définies dans la loi du 4 mars 2002 et aux besoins de millions de personnes souffrant de leurs addictions :

- l'inscription des réseaux addictions dans les politiques de santé de tous les territoires, dans leur diversité, reflet de leur adaptabilité au terrain,
- des financements pérennes sur des missions claires, incluant des indicateurs et des critères d'évaluation adaptés,
- des prestations spécifiques afin d'offrir la possibilité de prises en charge médico-psycho-sociales indispensables pour les suivis en soins primaires,
- des moyens humains et logistiques de coordination des parcours de soins complexes,
- des moyens afin de dispenser des formations et d'organiser des actions faire évoluer les représentations des professionnels dans le cadre d'une démarche d'amélioration des pratiques.

Les perspectives

Les réseaux de santé addictions ont de véritables raisons d'exister et d'être intégrés dans les politiques de santé publique et dans l'organisation des soins en raison des réponses adaptées qu'ils apportent aux usagers, aux professionnels et aux territoires.

Ils sont d'autant plus légitimes qu'il existe :

- une forte prévalence des addictions avec des profils divers au sein de la population,
- des représentations fortes entraînant des propositions ou des soins inappropriés,
- un manque de formation initiale,
- des disparités dans l'offre de soin,
- des parcours essentiellement hors de l'hôpital,
- des structures spécialisées indispensables mais insuffisantes en termes de capacité et de répartition sur l'ensemble du territoire,
- une intrication forte du médical, du psychologique et du social, complémentaires dans la prise en charge,
- la nécessité d'accompagner l'utilisateur là où il en est, via le repérage précoce, la réduction des risques, la motivation au changement, la maîtrise des consommations, le sevrage, la prévention des rechutes...
- et pour finir, la nécessité de coordonner l'ensemble des acteurs pour améliorer les prises en charge et développer un vrai travail collaboratif.

Le guide de la DGOS², paru en septembre 2012, propose des orientations pour l'évolution des réseaux de santé. La préoccupation essentielle, voire exclusive, de ce guide, concerne le parcours des soins centrés sur l'hôpital (gériatrie et maladie d'Alzheimer, oncologie, fin de vie, diabète...). Les réseaux, par la coordination et le soutien aux professionnels de terrain, doivent permettre un maintien ou un retour rapide au domicile, dans une exigence de qualité.

¹ Disponible sur www.federationaddiction.fr

² Instruction N°DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé », disponible sur www.federationaddiction.fr

Les préconisations vont à la mutualisation et à la polyvalence, ce que l'on peut comprendre pour les pathologies envisagées plus haut ; mais l'addiction n'est pas qu'une maladie, c'est aussi et surtout un comportement et un mode de vie. De ce fait, les préconisations de ce guide sont éloignées du travail des réseaux addictions et des nouvelles approches en addictologie (prise en charge ambulatoire, repérage précoce, maîtrise des consommations, réduction des risques, propositions spécifiques pour les usagers peu enclins au soin...). La crainte légitime est que les *addicts* ne s'inscrivent pas, volontairement ou non, dans des projets qui ne tiennent pas compte de leurs spécificités qui nécessitent des parcours de soins largement personnalisés dans une approche pragmatique, centrée sur la personne, ses motivations, ses possibilités et l'offre de soins existante que l'on sait très disparate sur le territoire et dont les réseaux addictions ont précisément pour vocation de renforcer le maillage (établissements de santé, structures sociales et médico-sociales, professionnels libéraux, maisons de santé, collectivités locales, services de médecine du travail, associations d'usagers...). Enfin, le guide préconise que les réseaux de santé assurent la transition vers une coordination mise en place par les effecteurs de soins eux-mêmes, ce qui paraît peu réaliste au regard de la surcharge de travail de ceux-ci et du manque d'implication de la plupart d'entre eux dans le champ des addictions.

Dans ce contexte, la question de l'avenir des réseaux addictions se pose, et plusieurs hypothèses peuvent permettre leur maintien, voire leur développement.

- Soit une activité addiction est constituée au sein de réseaux polyvalents de proximité ayant d'autres activités parallèles (personnes âgées, fin de vie...), avec un grand risque de marginalisation de la problématique des addictions et, à terme, celui de sa disparition.
- Soit le réseau de santé addictions est maintenu en tant que tel (ou regroupé avec des problématiques qui peuvent être associées aux addictions : VIH, hépatites,

voire contextes de précarité) ; il peut aussi se développer sous forme de micro-structures mais se trouve alors en dehors des préconisations actuelles de la DGOS.

- Soit il s'intègre dans un réseau régional impulsant des actions auprès des réseaux de proximité, mais on retrouve dans ce cas le risque de disparition de ses spécificités.
- Soit, enfin, il devient une structure de coordination et d'appui aux professionnels, bénéficiant de financements hors réseaux de type médico-social. Ces structures devant travailler avec tous les partenaires, leur indépendance serait essentielle afin qu'un travail collaboratif soit possible entre les différents intervenants, dans une philosophie initiale du respect de chacun, dans un cadre de coordination dite "horizontale". Cette alternative aurait l'avantage de répondre aux questions concernant l'articulation des acteurs en addictologie et de ne plus dépendre des orientations et des financements concernant les réseaux de santé.

Ces hypothèses sont à l'heure actuelle discutées avec les différentes administrations et instances politiques concernées (MILDT, DGOS, DGS...).

Conclusion

Le travail accompli depuis des années par les réseaux est colossal. Il l'a été grâce à la volonté de nombreux professionnels qui ont permis d'améliorer la prise en charge, mais aussi de créer une multitude de liens de proximité entre eux dont bénéficient tous les usagers du système de soin. De même de nombreuses actions innovantes ont pu être expérimentées puis généralisées à d'autres problématiques.

Les contraintes budgétaires actuelles ne doivent pas mettre en danger les réseaux addictions qui ont montré leur efficacité, leur potentiel d'innovation et leur efficacité.

L'exemple de Rézo Addictions 41, à Blois

Anne-Marie Brieude, Médecin, coordinatrice de Rézo Addictions 41

En 2001, j'ai repris un réseau ville-hôpital, le « réseau addictions 41 », construit via une convention tripartite entre l'hôpital référent départemental et deux CSAPA, celui de l'ANPAA (alcoologie) et un CSST (toxicomanie), deux entités bien distinctes en phase de rapprochement. Notre département est très rural, avec des zones urbaines mal desservies au niveau des transports en commun. Les CSAPA ont leurs antennes les plus développées sur la ville la plus importante : Blois. Le Loir-et-Cher comprend 300 000 habitants et moins d'un médecin généraliste pour 1000 personnes ; c'est une zone désertifiée, la deuxième après la Picardie, marquée par le vieillissement important des professionnels de santé : dans 5 ans, 50% de nos médecins généralistes seront en retraite – ce qui nous identifie au final comme zone la plus désertifiée de France.

En 2001, le réseau de soins en addictologie se structurait autour de commissions de travail, c'est-à-dire de réunions de professionnels qui échangeaient sur des difficultés rencontrées dans le quotidien et qui se formaient ensemble sur les nouvelles approches addictologiques :

- la commission travail de rue sur les problématiques rencontrées auprès des SDF
- la commission adolescents et conduites à risques
- la commission échanges de pratiques
- la commission hébergement
- la commission médecine du travail

À notre grande fierté, les thèmes abordés en 2001 par ces commissions sont encore d'actualité aujourd'hui ! Mais en l'absence de tête de réseau depuis un an, un certain nombre de ces commissions étaient hors service lorsque j'ai repris cette situation. Des conférences et des formations interprofessionnelles persistaient malgré tout grâce à des fonds MILDT.

Dans une organisation pyramidale, le poste de coordinateur médical non pourvu avait laissé le champ à la démotivation progressive des professionnels sollicités et à un désinvestissement des responsables des commissions.

En premier lieu, j'ai réinvesti ces différentes commissions et sollicité les collègues responsables pour les réactiver. Nous avons obtenu en parallèle la création d'une équipe de liaison au Centre Hospitalier de Blois, dans le cadre de la circulaire de septembre 2000 sur les ELSA.

Toutefois, nous nous sommes heurtés à des difficultés en termes de ressources humaines : absence de temps médical, passage aux 35 heures, absence de recrutement externe, équipe non formée excepté un cadre de santé en tabacologie.

J'ai encadré cette équipe intra-hospitalière et l'ai formée à l'addictologie et à la coordination des soins post-hospitalisation. Cette spécificité addictologique de coordination était indispensable pour mener à bien les missions.

Dans le réseau, la commission d'échange de pratiques des collègues de médecine de ville s'est transformée en association de médecins généralistes, « MGADDOC », et nous avons monté, avec l'aide de la direction qualité du Centre Hospitalier de Blois un dossier FASQV, ce qui a permis d'obtenir des fonds pour mettre en place un temps IDE (0.5 ETP) formée en addictologie pour se rendre aux cabinets des médecins généralistes de ville et de campagne pour répondre à leurs besoins.

Deux ans de formation des infirmières de liaison à l'addictologie (au sens large) et ma bonne connaissance du tissu médico-psycho-social extérieur à la structure hospitalière ont permis de faire valoir notre savoir-faire en proximité, en premier lieu auprès des collègues généralistes. L'objectif étant de ne pas faire à leur place, mais plutôt de les solliciter en les tenant informés.

Sur le terrain, nous avons découvert que certains patients étaient dans des problématiques beaucoup plus difficiles que celles vues à l'hôpital ou dans les CSAPA; nous étions dans la « vraie vie » !

Cette approche, ce « travailler ensemble » avec le médecin généraliste et son patient, nous ont amenés à construire le réseau de soins de santé au-delà des schémas théoriques, « les pieds sur terre », voire « dans la boue », pour citer Michel Delpech dans sa chanson Le Loir-et-Cher.

Nous avons imaginé plus particulièrement un outil : une réunion de synthèse ou de concertation clinique avec le patient concerné et les différents interlocuteurs (médecin généraliste, assistante sociale, acteur de soins spécialisés). Cet outil nous a permis de construire la richesse du Rézo Addictions 41.

« Rézo » en référence à « Zéro », car seuls, nous ne pouvions pas faire grand-chose, et parce qu'ensemble, les possibilités sont démultipliées et, dans une certaine mesure, non instrumentalisées.

Depuis, nous avons grandi petit à petit, à l'abri des freins institutionnels, des croyances et des représentations que les addictions suscitent toujours. C'est dans l'inter-connaissance que nous avançons en pratique, pour les patients et les professionnels, en trouvant des solutions acceptables pour tous, avant tout pour la personne concernée. Souplesse et attente, travail motivationnel aussi bien du côté du professionnel que du côté du patient nous permettent de mettre en pratique une philosophie du lien, au-delà de l'écueil de se prendre pour « les meilleurs ».

L'objectif est de porter une attention à tous dans leurs difficultés et leurs parcours parfois chaotiques.

Parcours chaotiques mais toujours à respecter, car seule la reconnaissance de l'expérience du sujet permet de l'aider à réduire les risques qu'il prend.

Au départ, 10% des médecins généralistes travaillaient avec nous ; en 2013, ils sont 60%.

En ce qui concerne les patients, on en dénombrait 60 en 2006 ; ils sont plus de 300 aujourd'hui.

L'amélioration de la communication sur les structures ressources en addictologie a entraîné naturellement l'augmentation des files actives des CSAPA et diminué le recours à l'hospitalisation via les urgences.

Ce résultat a été possible grâce à l'implication de l'ensemble des équipes qui travaillent au sein du réseau. Notre activité a par ailleurs été reconnue par les nombreuses évaluations externes et internes imposées par la réglementation.

La réactivité, le non jugement de chacun, une politique de réduction des dommages et surtout une approche humaine nous permettent d'être des référents utilisés et utilisables dans une coordination horizontale du « travailler ensemble ».

Le généraliste au cœur de la nuée des acteurs de soins en addictologie



Dr Dominique Jourdain de Muizon, Médecin généraliste

Il est difficile de savoir ce qui se passe dans le secret du cabinet de nos confrères généralistes, quel que soit leur degré d'engagement en matière de repérage d'usage de drogues licites ou illicites. J'ai donc choisi de me baser à la fois sur certains travaux existants (voir la bibliographie en fin d'article) et sur mon expérience personnelle, constituée de mon activité quotidienne et de deux groupes de travail sur l'usage problématique de cannabis que j'ai animés en 2012, l'un sur internet (e-groupe MG Addictions), l'autre en réunion locale. La problématique peut se résumer ainsi :

- Quels sont nos moyens de repérage, outre notre sens clinique ? De quels outils disposons-nous ? Et comment les utilisons-nous ?
- Que faire de ce recueil d'information ? Comment l'apprécier à sa juste valeur ? Comment rester objectif ? Et comment laisser de côté nos préjugés ?
- Comment accompagner nos patients ? Quand les orienter ? Vers quelles structures, vers quels autres acteurs de soin ?

Le temps du repérage en cabinet de médecine générale

« L'interrogatoire »

« Interrogatoire » : ce simple mot a une connotation policière et inquisitrice évidente et susceptible d'inhiber d'emblée patients et soignants. J'aime plutôt parler de « présentation réciproque ».

D'ailleurs cette démarche se fait plutôt en deux temps : à la première rencontre à l'ouverture du dossier médical, puis au fil du temps lorsqu'il faudra préciser tel ou tel point.

Si la question du tabac (qui garde son statut social « honorable ») n'altère pas la relation soignants/patients, nous savons tous que les questions sur l'alcool doivent être posées avec infiniment plus de tact afin d'éviter toute réaction d'alerte et de sentiment de jugement. Que dire des drogues illicites ? Toute intrusion dans la sphère intime du patient lors d'un « interrogatoire » maladroitement conduit, entraînera une « fermeture » de celui-ci altérant la recherche diagnostique et la proposition thérapeutique par déni ou minoration des consommations.

Nos enseignants des Départements de Médecine Générale ont bien conscience de cette difficulté à aborder ces sujets « tabous » et cherchent à mieux former leurs étudiants à savoir bien communiquer.

L'examen clinique

Le Professeur Michel Reynaud, dans le chapitre « Élaboration d'une logique de repérage précoce de l'usage nocif des substances psychoactives » du rapport au Directeur Général de la Santé, liste d'une façon exhaustive les signes cliniques et para-cliniques qui doivent nous permettre de repérer chez nos patients un usage problématique de substances. Les confrères font preuve, dans leur grande majorité, d'une bonne connaissance et d'une bonne maîtrise de ces signes d'appel. Ils sont légion : échec scolaire, états dépressifs, anomalies biologiques, mésusages de psychotropes. À l'issue de ce recueil d'informations, toute la subtilité du travail du médecin sera « d'affiner » le tableau... Objectif : que le patient s'approprie son problème et en vienne à nous confier à son rythme le quand, le comment, le combien, le bénéfique, la recherche d'une automédication, l'importance du milieu, le caractère compulsif de la consommation, l'intérêt au changement.

Les questionnaires, avec toute leur froideur impersonnelle, mais avec leurs résultats objectifs et standardisés, sont utilisés : DETA CAGE, ADOPSA, AUDIT, Fagerström, CAGE cannabis et autres HAD. Ils sont chronophages pour ceux qui les utilisent peu, ce qui peut être un frein.

Mais tout cela ne prendra du sens qu'après avoir véritablement pris connaissance du patient dans toute sa dimension somatique, psychologique, familiale, sociale et culturelle, tout en recherchant une complication ou une comorbidité, allant du mauvais état dentaire à l'hépatite, du stress post-traumatique à la psychose, de la maltraitance familiale à l'absence de droits sociaux. On est là au cœur de la mission du généraliste.

Il est certain qu'une seule consultation ne permettra pas de balayer tout ce large champ... Si le premier contact met en place une bonne alliance thérapeutique, la suite se fera en temps utile au rythme qu'aura décidé le patient informé et consentant. Dans ces conditions idéales, même un patient soumis à une obligation de soins par la justice pourra avancer.

Au terme de ce temps, le médecin devra proposer une réponse adaptée. En fonction de la gravité de la problématique et de ses capacités propres, il adoptera avec le patient un projet de soins plus ou moins lourd, plus ou moins long, plus ou moins partagé avec d'autres acteurs. La magie thérapeutique s'inscrit alors dans la qualité relationnelle et non dans la précipitation.

Le temps de l'implication professionnelle

En dépit de la mode des conférences de consensus, des protocoles et autres recommandations, les médecins généralistes présentent heureusement une grande diversité de pratiques, certains privilégiant l'organique, d'autres le psychologique ou le social, d'autres se définissant comme omnipraticiens, prenant tout en charge, d'autres encore se réalisant dans des records de

productivité... Tout cela au grand bonheur des patients qui peuvent encore choisir le médecin qui leur sied.

On retrouve cette variété de pratiques en addictologie. Les thèses et la réunion locale de médecins ont mis en évidence une nette tendance à la contre-attitude, un psychiatre d'Amiens parlant de contre-transfert des professions de santé vis-à-vis des dépendances.

Est-ce par crainte de manque de savoir-faire ou d'un risque de débordement ? Est-ce par peur d'y consacrer trop de temps ou d'être inefficace ?

Est-ce par identification ou par mépris ? On sait que 90% des TSO sont le fait des généralistes, mais on sait aussi que, parmi eux, moins de 5% sont des militants, 15% des motivés, 25% des intéressés, 40% des indifférents mais réceptifs, enfin 15% sont irréductiblement contre toute prise en charge des usagers de drogues. L'attitude discriminatoire de certains médecins généralistes, psychiatres ou pharmaciens peut compliquer notre pratique et aggraver l'état des patients.

Dans le cadre de l'enseignement universitaire, les Départements de Médecine Générale, doivent poursuivre leur effort de formation des étudiants à l'addictologie. Au fil des années, le climat s'apaise et les acteurs ne demandent qu'à comprendre. Une autre question devra obtenir sa réponse des telles, la revalorisation de l'acte en addictologie.

Le temps de l'accompagnement thérapeutique

À cette étape, en fonction de la complexité de la problématique du patient et en lien avec ses propres compétences et sensibilités, le médecin doit choisir globalement entre deux options :

- il l'oriente d'emblée, s'il fait partie des 15% des confrères totalement réfractaires à l'addictologie,
- il commence un accompagnement plus ou moins long, plus ou moins intensif, tout cela dans les limites de ce qu'il se sent capable de faire et surtout en plein accord avec le patient.

Cela peut être une simple intervention brève (dont on connaît l'efficacité à long terme, en particulier dans le sevrage tabagique), un conseil minimal, une psychothérapie, une médiation familiale, une information sur l'existence d'une éventuelle structure adéquate allant de la Consultation Jeunes Consommateurs au CSAPA ou au CARRUD.

Cela peut être également un traitement :

Buprénorphine haut dosage, Méthadone, Baclofène... dans les conditions réglementaires requises. Une réforme du système donnant plus de moyens aux généralistes est ici souhaitable, avec la possibilité de travailler en collaboration avec un CSAPA.

L'articulation peut se faire avec les acteurs suivants :

- **le pharmacien**, avec son rôle assez ingrat de respect des règles, en indispensable relation avec le prescripteur, en garantissant un bon espace de confidentialité et en assurant sa mission avec souplesse et rigueur en tenant compte de la personnalité propre de chacun. Cet accueil est très variable, selon les officines ;
- **l'infirmière**, avec son accompagnement quotidien sur le terrain, qui écoute, distribue le traitement, réduit le mésusage, repère les situations de crise ;
- **le psychiatre**, s'il accepte... aide son confrère dans le diagnostic et le traitement des comorbidités si fréquentes ;
- **la psychologue**, en libéral ou en structures, avec déjà, dans certains réseaux, de très bonnes conditions d'accessibilité financière ;
- **le travailleur social** sur l'accès aux droits, le surendettement, la protection de la femme et de la famille, l'orientation, le logement ;
- **l'éducateur spécialisé** en assurant la meilleure réinsertion possible et en travaillant sur la réduction des risques ;
- **le coursier social**, dans le cadre des mini-réseaux, qui intervient en concertation avec le médecin traitant et tous les autres acteurs afin d'aider à résoudre toute problématique au cours de l'accompagnement ;

- le soin résidentiel (Centres Thérapeutiques Résidentiels, postcures, appartements de coordination thérapeutiques...);
- ... et tous les autres: les groupes de parole, les associations néphalistes (auto-support), les ateliers d'art-thérapie, le toucher massage, les sorties culturelles, les voyages...

Conclusion

Tous ces intervenants, qu'ils travaillent en libéral, en structure hospitalière ou associative, ont pour mission de se parler, se comprendre, se former, se faire connaître, couvrir les territoires, aller sur le terrain et bien sûr, trouver des financements... Ils ont donc tout intérêt à agir en réseau. Les territoires ne sont pas tous égaux dans la facilité d'accès aux soins, qui dépend de la détermination et de l'énergie du mouvement associatif, mais aussi, en cas de carence, des acteurs soignants et patients, en tant que personnes capables de se mobiliser pour combler ce vide associatif. C'est à ce stade que la notion de réseau revêt toute son importance : on en compte actuellement plus de 110 en France. Enfin, émergent des groupes d'échange sur le net : « MG Addictions », Aubes, RESAB, Addictolib... Aucune discipline médicale ne déploie autant d'outils et de ressources que l'addictologie, en raison de l'étendue de son champ d'action à travers le médical, le psychologique, le social et la réduction des risques. Rarement une activité médicale n'a été autant liée au contexte économique et social, mais aussi à la décision politique et au contexte culturel : c'est un nouveau concept qui s'offre aux soignants et aux patients, avec de nouvelles règles. Nous partageons, par conséquent, l'appel de Jean-Pierre Couteron : « *il faut changer de paradigme* ».

Bibliographie

Rapport au Directeur Général de la Santé sur « l'usage nocif de substances psychoactives, identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir », La Documentation française, Paris, 2002.

Jean-Philippe PAN, *Le médecin généraliste face à la consommation de cannabis. Enquête réalisée auprès de 16 médecins généralistes installés dans le Finistère nord*, Thèse, Faculté de Médecine de Brest, 11 décembre 2007.

Dorothee LAVIELLE, *Attentes des usagers de drogues illicites en demande de soins envers les médecins généralistes : étude descriptive auprès d'usagers CAARUD à Amiens*, Mémoire, URF de médecine, Amiens, 23 juin 2011.

Thomas VANTELON, *Les médecins généralistes de la Somme disposent-ils d'outils suffisants pour dépister les patients ayant une consommation à risque ou à problèmes ?*, Thèse, Faculté de médecine d'Amiens, 11 septembre 2011.

Fanny BOHR-STUMPF, *Contribution à l'amélioration du repérage précoce des addictions et à l'intervention brève*, Thèse, Faculté de Médecine de Nancy, 15 septembre 2011.

Amjed RAJA, *État des lieux en Picardie de la pratique du repérage précoce de l'usage abusif d'alcool en médecine générale*, Thèse, Faculté de Médecine d'Amiens, 4 octobre 2011.

Enquête auprès du yahoo- group « MG Addictions » sur l'usage problématique de cannabis, septembre/octobre 2012.

Groupe focus du 16 octobre 2012 réunissant 10 médecins généralistes à Coucy-le-Château, dans l'Aisne, sur l'usage problématique du cannabis.

Promouvoir la primo-prescription de Méthadone en médecine ambulatoire

MG ADDICTIONS est un *e-group* qui rassemble des médecins généralistes impliqués dans les questions d'addictologie. Il mène actuellement plusieurs projets, dont la rédaction d'un texte définissant les conditions d'un élargissement de la primo-prescription de Méthadone à la Médecine Générale.

Préambule

Parmi tous les sujets abordés dans les très riches échanges de notre groupe de médecins généralistes, l'un est vite apparu prioritaire aux membres du groupe : celui de l'inégalité d'accès au traitement par la Méthadone dont la primo-prescription reste réservée aux médecins exerçant en CSAPA et aux médecins hospitaliers. De nombreux patients ne peuvent, en effet, s'inscrire dans ce dispositif.

Le texte ci-après résume les raisons de ces difficultés et comporte une série de propositions de modification du cadre réglementaire de prescription de la Méthadone afin que les Médecins Généralistes puissent primo-prescrire la Méthadone dans les conditions que nous avons définies.

Préalablement à la rédaction finale de ce document, MG ADDICTIONS a lancé une enquête interne sous la forme d'un questionnaire pour que chaque membre se prononce sur l'opportunité d'une primo-prescription de la Méthadone en Médecine Générale.

Les résultats de cette enquête montrent qu'une écrasante majorité des Médecins Généralistes du groupe est favorable à la mise en place de cette primo-prescription.

Un texte de synthèse a donc été rédigé collectivement. Il comporte un argumentaire en faveur de la primo-prescription de la Méthadone par les Médecins Généralistes et des propositions précises pour promouvoir un nouveau cadre réglementaire de primo-prescription. Ce texte a été soumis au vote des membres. Ceux-ci se sont prononcés à l'unanimité en faveur de celui-ci moins une voix.

Il a été présenté au Conseil d'Administration de la Fédération Addiction, qui en a validé la diffusion auprès des adhérents et a affirmé sa volonté de poursuivre un travail commun de réflexion sur ce thème. Il sera aussi présenté aux différents Commissions et instances officielles (groupe TSO de la commission nationale addictions, DGS, ANSM).

PLAIDOYER POUR UNE PRIMO-PRESCRIPTION DE LA METHADONE EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE

L'état de santé des personnes dépendantes des opiacés a été considérablement amélioré depuis l'introduction des MSO (Médicaments de Substitution aux Opiacés) en 1995-96 et leur prescription en Médecine Générale (Buprénorphine Haut Dosage en première intention et Méthadone en relais d'un centre spécialisé).

Ces thérapeutiques s'inscrivent dans le cadre d'une politique de santé publique et de réduction des risques des usagers et sont *Evidence-Based Médecine*.

L'enquête menée en 2007 par l'OFDT (Source : Données CNAMTS 2006-2007, Estimations OFDT. Décembre 2010) révélait que 97 % des médecins impliqués dans la prise en charge des sujets (environ 120 000 à cette période), bénéficiant de remboursements de Médicaments de Substitution aux Opiacés en pharmacie de ville, étaient des Médecins Généralistes.

Cependant, il persiste sur le territoire national des inégalités importantes dans l'accès aux soins, notamment en ce qui concerne le traitement par la Méthadone.

Des contraintes géographiques, des horaires inadaptés dans beaucoup de centres de soins, un délai parfois anormalement long pour accéder au traitement, une crainte de stigmatisation ou de risques de retour vers les milieux de consommateurs, rendent compliqué ou impossible l'accès à la primo prescription de Méthadone, pour une partie de nos patients.

Pour tenter de remédier à cette insuffisance, des expériences diverses, locales, ont été menées grâce à une pratique plus souple du cadre législatif. Appréciées de tous, patients comme professionnels, elles n'ont pu être suffisamment déployées pour répondre aux besoins.

Conformément aux recommandations du rapport Kouchner (2002) et compte tenu de l'expérience réelle des professionnels de ville (Pharmaciens et Médecins Généralistes) dans le suivi des patients dépendants des opiacés, il apparaît qu'un nouveau pas doit être franchi avec l'extension de la primo-prescription de la Méthadone aux Médecins Généralistes en exercice ambulatoire, dans un cadre national de prescription protocolisée. Les conclusions de l'enquête Méthaville publiées prochainement permettront de valider cette proposition.

Au-delà de la réduction des inégalités d'accès aux soins, les avantages de la primo-prescription de Méthadone en ville sont nombreux :

- meilleure adéquation entre clinique, traitement et lieu de soin proposé,
- amélioration de la Réduction des Risques par un accès simplifié et sécurisé,
- discrétion et confidentialité,
- réduction des « inductions » de rue de Méthadone,
- réduction des mésusages de Buprénorphine HD,
- soulagement de la file active des CSAPA,
- amélioration du rapport coût/efficacité.

Le cadre de prescription est rendu indispensable du fait des spécificités de la Méthadone et notamment de son potentiel léthal chez des patients intolérants ou faiblement tolérants aux opiacés.

Cette possibilité de primo-prescription en médecine ambulatoire doit être associée à un rapprochement effectif des médecins de ville et des CSAPA.

Les risques qui pourraient s'opposer à une diffusion plus large de la Méthadone doivent être limités par une définition claire des critères d'éligibilité des Médecins Généralistes habilités à la primo-prescrire et par un protocole de prise en charge établissant les rapports et responsabilités respectives entre les différents professionnels et le patient.

Les médecins généralistes qui accepteraient de primo-prescrire doivent satisfaire aux exigences suivantes :

- être volontaires,
- avoir un diplôme national en addictologie ou une formation initiale et continue qualifiantes dispensée par des organismes de formation agréés ou travailler à temps partiel dans un CSAPA,
- ou participer activement à l'activité d'un réseau local ou, à défaut, régional ou national, ou encore être membre d'une équipe hospitalière en addictologie,
- avoir adhéré à une convention cadre de collaboration avec le CSAPA de référence, connue du pharmacien dispensateur et du patient.
- être en lien avec un pharmacien volontaire et impliqué, de préférence, dans les Traitements de Substitution aux Opiacés,
- signer un document d'engagement entre le Prescripteur, le Pharmacien dispensateur et le patient.

L'approche médicamenteuse substitutive de l'opio-dépendance ne saurait résumer l'ensemble de la prise en charge. A l'instar de ce qui est promu dans le traitement de l'alcool-dépendance, les aspects psycho-sociaux constituent une part importante de l'offre de soin. Les relations avec le CSAPA de référence et/ou les réseaux de proximité proposant des prestations sociales ou des tarifs dérogatoires de prise en charge psychothérapique trouvent là leur pleine justification.

La conséquence logique de cet élargissement du cadre règlementaire régissant la mise en place du traitement par Méthadone est de donner la possibilité aux médecins habilités d'être également référents pour le passage à la forme gélule de la Méthadone dont les conditions d'accès restrictives (passage obligatoire par le CSAPA) privent nombre de patients de cette facilité galénique.

En outre, les médecins généralistes habilités

pourraient constituer autant de points d'appui territoriaux à l'ensemble des médecins généralistes prescripteurs mais en difficulté avec des situations complexes ou délicates

MG ADDICTIONS, Décembre 2012

*Médecins généralistes signataires de
l'Appel pour une primo-prescription de la
méthadone en médecine générale ambulatoire*

AKNINE Xavier (93, GAGNY)
 ANGUENOT Murielle (83, BANDOL)
 AUDIER Nathalie (17, LA ROCHELLE)
 BINDER Philippe (17, LA ROCHELLE)
 BOCCARA Lisa (25, BESANCON)
 BOLOPION Michel (70, GRAY)
 CANNARD Jean-François (21, DIJON)
 CHAZERAND Philippe (39, PAGNAY)
 DE MASSE Luc (75, PARIS)
 ETCHEBARE Françoise (64, PAU)
 ROCH Jean-François (25, BESANCON)
 GRUNBERG Philippe (93, GAGNY)
 GUILLET Jean-Yves (44, SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE)
 JOURDAIN DE MUIZON Dominique (02, CHAUNY)
 JOURNE Bruno (75, PARIS)
 LAMY Pascal (56 DAMGAN)
 LAVOT René (57, NANCY)
 LEBIGRE Patrick (17, ROCHEFORT SUR MER)
 LUDWIG Clotilde (25, BESANCON)
 MAGNIN Claude (25, BESANCON)
 MAILLARD Jean-Marc (25, MONTBELIARD)
 MOREAU Cédric (75, PARIS)
 NOSS Patrick (67, STRASBOURG)
 PANICI Jean-Yves (72, LE MANS-BRETTE LES PINS)
 PEYREBRUNE Cécile (93, DUGNY)
 PLANE Philippe (54, JARVILLE LA MALGRANGE)
 RACCA Jean (25 PONTARLIER)
 RAVONINJATAVO Bruno (51, REIMS)
 SIMON Charles-Henry (21 BEAUNE)
 VANBELLE Charles (73, AIX LES BAINS)
 VENTROU Philippe (17, LA ROCHELLE)
 VIAU David (41, SAINT OUEN)
 VINCENS Marie-Eve (93, AUBERVILLIERS)

Le groupe “MG ADDICTIONS”

Qui sommes-nous ?

Des Médecins Généralistes impliqués en Addictologie, notamment dans le suivi des patients dépendants des opiacés et la mise en place des thérapeutiques de substitution.

Nous exerçons en médecine ambulatoire et, pour certains d’entre nous, combinons exercice libéral et médecin de centre de soin (CSAPA) ou encore fonction hospitalière.

Nous avons débuté notre regroupement en 2009.

Il réunit :

- des Médecins Généralistes qui se sont retrouvés dans un manifeste dit « Manifeste des Médecins Généralistes pour un accompagnement humanistes des patients usagers de drogues en traitement de substitution » ;
- des Médecins Généralistes issus de l’association « Généralistes et Toxicomanie » qui a cessé son activité en 2008 ;
- enfin, et surtout, des Médecins Généralistes engagés dans les traitements de substitution aux opiacés et l’accompagnement de patients souffrant d’une addiction.

Quelles sont nos raisons d’être ?

- sortir de l’isolement de nos pratiques
- échanger sur l’ensemble des problématiques auxquelles nous sommes confrontés
- solliciter l’avis des membres de l’e-group sur un sujet particulier qui nous pose problème
- participer à l’amélioration des prises en charge
- améliorer les collaborations nécessaires entre médecine de ville, centres de soins et hôpital
- représenter la Médecine Générale auprès des pouvoirs publics et des agences sanitaires dans le domaine des Addictions
- faire connaître les pratiques de la Médecine Générale en Addictologie dans les congrès et rencontres nationales

Comment fonctionne MG ADDICTIONS ?

Nous ne sommes pas constitués en association mais sommes réunis dans un e-group yahoo appelé « mgaddictions ». Nous avons fait le choix de nous rapprocher de la Fédération Addiction. Nous souhaitons y travailler la question de nos pratiques professionnelles et pouvoir y être représentés au titre de la médecine générale. Nous recommandons d’y adhérer, mais ce n’est pas obligatoire pour participer au groupe.

Pour faire partie de l’e-group, il suffit d’en faire la demande auprès de l’un des participants, ou directement à l’adresse mail magninc@wanadoo.fr. Une fois l’inclusion réalisée, chacun reçoit les interventions des membres de l’e-group et peut donner son avis qui sera lu par l’ensemble des participants.

Actualités du groupe

Outre le manifeste pour la primo-prescription de Méthadone par les Médecins Généralistes, nous participons aux deux projets de la Fédération Addiction « Articulation des acteurs du soin » et « Usage problématique de cannabis », qui sont présentés dans l’article p.4.

Un réseau contre l'isolement des professionnels

De gauche à droite **François Monier, Dr Marc Zecconi**



Comment rompre l'isolement des patients et des professionnels de santé en territoire montagneux ? Grâce à une dynamique de réseau. Elle permet d'améliorer l'accès aux soins et de renforcer les liens entre tous les acteurs, notamment via la formation, selon le Dr Marc Zecconi, médecin généraliste à Saint-Firmin (Hautes-Alpes) et François Monier, éducateur spécialisé au CSAPA Sud de Gap.

Actuel. Vous exercez dans un territoire rural montagneux, jalonné de villages isolés. Comment résistez-vous au phénomène national de désertification médicale ?

Dr Marc Zecconi. Les jeunes internes que je reçois en stage dans mon cabinet ne veulent plus travailler 80 heures par semaine mais souhaitent bénéficier d'une vie sociale et personnelle. La création récente de trois maisons de santé pluridisciplinaires dans les vallées du Champsaur et du Valgaudemar répond à cette attente. D'une part elles assurent au patient éloigné de l'hôpital l'accès au soin et un lieu de prise en charge la plus globale possible. Elles apportent d'autre part aux professionnels la possibilité de partager leurs expériences,

d'échanger leurs pratiques et leurs connaissances. Et cette complémentarité des approches se fait dans le tissu sanitaire, médico-social et social. Dans ce territoire de 11 000 habitants que sont les vallées du Champsaur et du Valgaudemar, une dynamique de travail en réseau s'est mise en place autour des maisons de santé. Le but de ce pôle santé est de développer des liens entre les libéraux, les structures hospitalières et les associations. Une quarantaine de professionnels – médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, cabinets d'infirmierie – constitue le réseau.

Vous avez fait appel au CSAPA pour développer des actions de formation, notamment autour de l'addictologie. A quel besoin cette demande répondait-elle ?

Dr Marc Zecconi. Les différentes actions de formation permettent d'aider les professionnels à améliorer leur connaissance du médico-social, notamment pour les plus jeunes, afin de rendre attractif leur exercice lorsqu'ils s'installent dans ces territoires isolés. Le jeune professionnel de santé demande à élargir son activité à la prévention, au dépistage et à la vie associative et une réunion de formation lui permettra de rencontrer et connaître le pharmacien qui habite à sept kilomètres de son cabinet.

François Monier. Les toxicomanies et les usages de produits psychotropes sont des facteurs de rupture sociale, familiale et professionnelle. Ils le sont d'autant plus dans un territoire spécifique, rural et montagnard, où l'accès aux soins est difficile. Les professionnels confrontés à ce problème sont isolés. Cette démarche vise donc à rompre ces isolements des patients et des professionnels de santé sur nos territoires. Elle propose de nouvelles formes de travail pour avoir envie et les moyens de travailler. Le choix d'améliorer la prise en compte des usagers de

drogues, alcool, tabac a été discuté avec le pôle santé Champsaur Valgaudemard qui l'a d'abord identifié, puis l'a croisé avec des besoins repérés par le CSAPA Sud 05. Il s'agit de s'appuyer sur ce besoin de formation en addictologie pour construire, consolider une dynamique de réseau, une démarche appropriable et modélisable dans la durée.

À quel public s'adressent ces actions de formation ?

François Monier. L'isolement fait que chaque soignant va rester enfermé dans sa pratique : l'infirmier qui vient faire un pansement peut bien voir que la personne a un problème avec l'alcool ou est dépendante au cannabis, mais s'il ne sait pas quoi en faire, il pensera que ce n'est pas son boulot, fera son pansement et repartira sans trop savoir comment agir. S'il fait partie d'un réseau, s'il a été formé, il parlera du problème en réunion et un travail s'amorcera à partir de ces échanges. L'hypothèse est qu'un soignant repère prioritairement des problèmes auxquels il est dans la capacité de répondre. Ainsi, médecins et infirmiers formés en réseau s'engageront et interviendront plus facilement sur le repérage, l'intervention précoce et l'orientation vers le soin des usagers problématiques de drogues.

Sur les territoires de montagne (Champsaur Valgaudemard), nous allons construire les actions élaborées et co-animées par les acteurs de soins du réseau et des professionnels du CSAPA Sud (médecins libéraux, pharmaciens, infirmiers, psychologues, éducateurs, tabacologues). L'idée d'auto-formation est que le groupe est considéré comme co-expert en capacité de donner et de recevoir l'information.

Quelles sont les difficultés rencontrées dans cette dynamique de réseau ?

François Monier. Un premier réseau avait été mis en place dans les années 1990. A l'époque, refoulés

des salles d'attente, les toxicomanes achetaient du Néocodion en vente libre en pharmacie ou de l'héroïne dans la rue, et n'avaient en substitution que des produits morphiniques ou des produits pour cancéreux. Et on ne parlait pas d'addictologie. Les médecins, en ville comme en montagne, se sentaient isolés face à ces problèmes. Ce réseau a d'abord été informel, né du besoin de se regrouper pour parler de l'addictologie : une dizaine de médecins ruraux de Gap et des environs, le médecin du centre de soins pour toxicomanes, des pharmaciens, psychiatres, se réunissaient régulièrement pour échanger et faire valider leurs pratiques. Puis, avec la mise en place de la substitution, un réseau Santé Toxicomanie s'est constitué. Le problème est qu'en se structurant, il est devenu trop formel, jusqu'à devenir un outil de contrôle du toxicomane. Il s'est dissous il y a deux ans, ne répondant plus aux objectifs de l'ARS ni au nouveau schéma départemental de l'addictologie. Ce nouveau type d'organisation du travail en réseau crée une dynamique de travail différente.

En quoi la formation peut-elle être un facteur de dynamisation du réseau ?

François Monier. Un nouveau type de demande a émergé, pour une nouvelle organisation des soins et de relais de compétences chez des professionnels qui ont envie de travailler ensemble. Le CSAPA ne va pas déverser son savoir en addicto : nous voulons que notre action devienne un outil d'auto-formation et nous allons travailler avec le réseau pour le mettre en capacité de s'auto-former. Mais nous allons apporter notre expertise et nos ressources. L'addictologie est une porte d'entrée permettant ainsi d'organiser l'articulation entre les soignants mais aussi de les mettre en capacité de travailler sur d'autres champs de formation que l'addiction.

Une équipe pluri-professionnelle au cabinet du médecin généraliste regroupée en pôles de santé : les microstructures médicales

Danièle Bader-Ledit, *Directrice d'Ithaque (CAARUD, CSAPA, RMS Alsace)*

Dr François Brun, *Vice-président de la CNRMS*, Directeur du Réseau Canebrière*

Dr George-Henri Melenotte, *Président de la CNRMS**

Contexte d'émergence des microstructures

La médecine générale fait souvent figure de parent pauvre dans le système de santé français. Souvent non reconnu dans sa compétence, poussé à l'exercice de fonctions administratives allant dans le sens de la coordination des soins plutôt que dans la recherche de leur qualité, faiblement rémunéré à moins de s'assommer à la tâche, le médecin généraliste commence à fuir la boutique avec armes et bagages en ne demandant plus son reste. Une sérieuse crise des vocations se traduit par une désertification de certaines zones non urbanisées et les plus jeunes médecins arrivent dans la vie active fermement décidés à ne plus se laisser prendre au jeu d'une vie de sacrifices due à la nécessaire disponibilité auprès de leurs malades et ce, aux dépens d'une vie personnelle et familiale épanouie.

Les autorités sanitaires semblent commencer à prendre la mesure du problème et l'on ne peut que se réjouir de les voir développer une série de mesures incitatrices susceptibles de préserver l'homogénéité de la trame sanitaire qui est censée recouvrir l'ensemble du territoire. Les dernières propositions du Ministre de la santé dans le cadre d'un Pacte territoire-santé, élaboré en vue de lutter contre les déserts médicaux, vont dans ce sens.

Il se trouve que, pour une part, le renouveau en matière de pratiques de médecine générale est venu des médecins généralistes eux-mêmes et de leurs patients. Il est venu dès les années 1990, dans un domaine de la médecine qui n'en était qu'à ses balbutiements, soit la pratique d'une médecine préventive et curative dans le domaine des addictions souvent liées au VIH, là où les représentations ont posé problème, tant sociétales que professionnelles, là où la médecine seule ne savait suffire.

On ne pouvait se douter que le ravage provoqué alors par l'épidémie du SIDA chez les usagers de drogues et la relative indifférence des autorités et de la population vis-à-vis du problème à ses débuts produiraient un effet décisionnel chez les principaux concernés. Il fallait trouver les moyens d'ouvrir l'accès aux soins au plus grand nombre et pour cela, donner aux soignants de première ligne qu'étaient les médecins généralistes, les moyens d'accueillir, dépister et soigner les membres d'une population à

*Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures médicales

risques qui n'étaient pas toujours les bienvenus dans les salles d'attente. Les microstructures sont nées de la nécessité d'une ouverture à la médecine générale d'une responsabilité sanitaire nouvelle qui supposait, pour réussir, une révolution culturelle et un renforcement pratique de l'exercice. À l'époque, la révolution culturelle résidait dans l'évolution des mentalités médicales pour amener les médecins réticents ou inquiets à ne pas s'en remettre systématiquement aux services de psychiatrie pour traiter les usagers de drogues. Le renforcement de l'exercice s'imposait, devant la lourdeur du suivi de ces patients aux polypathologies avérées et dont les problèmes psychologiques et sociaux prenaient le dessus sur leurs problématiques purement médicales, laissant le médecin généraliste désarmé et isolé.

Un premier réseau constitué en Alsace

Dès le milieu des années 1990, en Alsace, à l'initiative d'un CSST strasbourgeois engagé dans la délivrance des TSO, s'est mis en place un groupe de réflexion d'une quarantaine de personnes réunissant médecins généralistes appartenant au réseau Action Sida Ville, travailleurs sociaux, psychologues, patients de CSST, médecins de santé publique. Il convenait en effet de répondre à la demande pressante des patients souhaitant la continuité d'un accompagnement pluridisciplinaire à proximité de leur lieu de vie, une fois le relais passé par le CSST en médecine de ville. Certains d'entre eux faisaient jusqu'à 80 kilomètres aller-retour chaque jour pour accéder à leur traitement.

De la réflexion de ce groupe de travail, est née la conception d'une structure sanitaire souple, pluri-professionnelle intégrée au cabinet du médecin généraliste, et organisée en réseau. Le concept de microstructure médicale était né.

Huit microstructures ont rapidement vu le jour. Suite à une étude de faisabilité qui s'est avérée positive, leur nombre a augmenté, pour arriver à 17 microstructures en Alsace. Cette expérience a pu être menée et

pérennisée grâce au financement de l'Assurance-Maladie, de la MILDT et des collectivités territoriales ayant pris en charge, notamment, le financement des postes de travailleurs sociaux.

Cette première expérience a fortement intéressé un réseau de médecine générale marseillais, qui, en 2006, a créé un deuxième réseau de microstructures en PACA. Dix microstructures sont constituées à ce jour dans cette région.

D'autres réseaux se sont créés depuis et un certain nombre de dossiers sont en attente d'une validation de la part des ARS des régions concernées.

Missions et fonctionnement des microstructures

La microstructure médicale est constituée par une équipe sanitaire pluri-professionnelle au cabinet du médecin généraliste. Travailleur social et psychologue s'y rendent chaque semaine à des plages horaires déterminées pour y recevoir les patients que leur adresse le médecin. Une fois dans le mois, médecin, psychologue et travailleur social se réunissent en synthèses où ils élaborent pour chaque patient une approche thérapeutique adaptée à sa situation. Le moment de la réunion de synthèse est déterminant. C'est alors que se constitue l'équipe sanitaire de la microstructure qui délibère sur la marche à suivre. Ce moment de délibération fonde l'orientation clinique et sanitaire donnée au suivi du patient. Il n'est pas rare que ce dernier soit invité à cette occasion pour participer à la définition de ses soins.

Ainsi, l'approche clinique est-elle multifactorielle et le principe thérapeutique repose sur la définition d'une stratégie thérapeutique adaptée à chaque cas par l'équipe clinique.

Dès le départ, les microstructures médicales se sont organisées en réseaux régionaux qui répondent à plusieurs fonctions :

- la formation des équipes pluriprofessionnelles dans les secteurs sensibles comme ceux de l'endémie de l'hépatite B, de l'hépatite C, du SIDA, de l'aide

économico-sociale à donner aux plus précaires des patients, de la réflexion clinique dans les domaines de la psychologie et de la médecine, et, récemment, du domaine fort peu financé en médecine de ville de l'éducation thérapeutique ;

- la recherche clinique qui, s'appuyant sur un système de données homogènes, permet le recueil de l'information pour le développement d'études cliniques anonymisées portant sur les patients usagers de drogues en médecine de ville ;
- le développement d'un partenariat équilibré avec le secteur médico-social et hospitalier permettant aux patients suivis en microstructure de bénéficier d'un parcours de soins individualisé spécifique tant à l'intérieur de la microstructure qu'à l'extérieur dans le cadre de ce partenariat ;
- l'évaluation fiable qui répond à des critères réels d'activité des microstructures susceptibles d'attirer la confiance des financeurs ;
- la tenue de journées cliniques annuelles réunissant tous les acteurs des microstructures afin de donner au réseau ses orientations de travail et de recherche pour l'année à venir.

Une coordination nationale

En mai 2006, les réseaux de microstructures médicales se sont organisés en Coordination nationale des réseaux de microstructures (CNRMS). Celle-ci réunit à ce jour six réseaux régionaux et devrait être rejointe prochainement par deux nouveaux réseaux. La CNRMS assure un rôle de coordination et de contacts entre ses membres. Elle se réunit régulièrement, informe et soutient les réseaux dans leurs démarches auprès de leurs ARS respectives, qui, aujourd'hui, assurent majoritairement le financement des réseaux existants ; selon les régions, des financements par la MILDT ou les collectivités territoriales ont également pu être obtenus.

La CNRMS organise la recherche clinique qui regroupe les réseaux intéressés. Pour cela, elle s'est dotée d'un Comité scientifique qui participe à son

travail de recherche. Elle développe l'activité de recherche clinique menée par plusieurs réseaux et publie ses résultats dans des revues scientifiques ou spécialisées.

La microstructure et l'articulation des acteurs

L'addictologie naissante bute sur une difficulté : donner à la notion de dépendance un statut suffisamment consistant pour conférer aux addictions le statut d'entités morbides relevant de la seule médecine. Or la frontière entre dépendance physiologique et dépendance pathologique est malaisée à tracer. D'où le flou dans la définition de l'addiction qui, dans chaque nouvelle version du DSM, prend de plus en plus de place au point que l'on peut tous craindre de tomber bientôt dans cette grande besace diagnostique.

Comme cela s'est vérifié pour toute pratique aux contours flous, l'addiction est un concept instable. Et cette instabilité ouvre grand les appétits d'annexion par certaines institutions en place. Il n'est pas sûr par exemple que l'addiction relève de la seule psychiatrie. Car rien ne garantit l'importance des comorbidités psychiatriques pour peu que l'on accepte que les troubles anxieux, pour ne citer qu'eux, ne relèvent pas de leur unique juridiction.

L'approche pluriprofessionnelle de proximité est donc une réponse appropriée pour assurer le soin des personnes « rangées » sous ce concept flou. Ce pluriprofessionnalisme n'est pas limité aux trois intervenants de départ. Certains réseaux de microstructures se sont dotés de moyens pour associer à leur travail un psychiatre qui se déplace dans les cabinets de généralistes dans le cadre d'analyses des pratiques ou de supervisions.

Le succès de cette innovation est étonnant, montrant que cette nouvelle pratique de médecine de proximité peut contribuer à effondrer de façon efficace les barrières rédhibitoires existant dans le système de santé français. Des hépatologues à l'hôpital travaillent de longue date avec certains réseaux, pratiquant eux-mêmes résolument la sortie des

hospitaliers hors les murs, et favorisant le développement d'un travail clinique *in situ* autour du cas, qui apprend souvent plus que bien des formations académiques. Ceci s'opère dans le cadre de rencontres régulières réunissant les intervenants de microstructures et les hépatologues hospitaliers autour de l'étude de dossiers patients.

Cette approche ici promue en médecine générale vaut déjà dans les CSAPA. De nombreuses convergences existent entre les CSAPA et les microstructures médicales montrant s'il en est besoin qu'une telle convergence est culturelle et non concurrentielle. Les CSAPA ont intérêt à s'adosser dans leur action sanitaire et sociale à une médecine générale de proximité de qualité, renforcée, donc à même de recevoir en relais leurs patients, et autonome dans ses décisions sanitaires. Pour cela, ils peuvent aider à la constitution de microstructures médicales organisées en pôles de santé en veillant au développement d'un partenariat équilibré et harmonieux avec eux. Dès maintenant, certains CSAPA participent à la création de nouveaux réseaux. Ils aident les médecins qui participent à ces expériences à s'organiser comme le fait de son côté la CNRMS. Certaines associations se sont même constituées en pôles : pôle CAARUD, pôle CSAPA, pôle médecine de proximité, pôle recherche par exemple. Elles ont ainsi pu trouver l'équilibre dans l'exercice de plusieurs fonctions, en garantissant l'indépendance de chaque pôle dans la réalisation de ses missions tout en assurant leur gestion administrative. Dans ce cas de figure, le pôle médecine de ville est administré par une coordination spécifique, composée de médecins généralistes ayant une microstructure dans leur cabinet, d'un travailleur social et d'un psychologue intervenant également en microstructure, et, le cas échéant, de l'équipe de direction du CSAPA.

Cette convergence entre dispositifs spécialisés et cabinets organisés en microstructures doit toutefois affirmer l'importance de l'autonomie du suivi en médecine générale. La patientèle qui se confie à un

médecin généraliste n'est pas principalement celle des CSAPA. Certains usagers ont pu, à un moment de leur itinéraire, y avoir consulté mais ils n'envisagent plus d'y recourir. D'autres n'ont jamais eu accès à ces dispositifs, par choix ou par impossibilité pratique. L'exemple des microstructures de PACA dont la file active d'addictologie se compose de 50% d'hommes et de 50% de femmes marque un véritable différentiel microstructure vs CSAPA dans l'accès aux soins. Si, dans leur ensemble, les microstructures se constituent en partenaires privilégiés des CSAPA, leur autonomie exclut qu'elles n'en soient que des antennes relais. La vie de la microstructure reste un modèle d'autonomie généraliste.

En conclusion

Comme l'histoire de cette expérience le montre, les microstructures médicales sont nées d'un besoin sanitaire ciblé et ont été conçues par les acteurs de terrain. Depuis lors, de façon constante et assidue, elles ont été évaluées, ont fourni des études dans les domaines aussi divers que l'économie de santé, l'épidémiologie ou l'organisation des soins dans le domaine de la santé publique. Aujourd'hui, elles se développent et s'intègrent à d'autres expériences innovantes. De plus en plus de maisons médicales se créent, intègrent des microstructures en leur sein, et rejoignent les réseaux existants. Des perspectives de travail partenarial apparaissent avec les centres de santé. Une expérience transfrontalière est actuellement en phase de démarrage en Alsace, le concept de microstructure intéressant fortement des structures de soin où jusqu'alors la part médicale et la part psychosociale de l'accompagnement des patients étaient totalement scindées.

La médecine générale aujourd'hui s'éveille, donnant des gages encourageants à l'avenir.

Hôpital : savoir faire les liaisons



Coordonner et prendre en charge l'addiction pendant le séjour à l'hôpital, telle est la mission des Equipes de liaison et soins en addictologie (ELSA), selon **Thierry Sainte-Marie**, psychiatre à l'hôpital de Kremlin-Bicêtre (Val-de-Marne) et Président d'ELSA-France.

ACTAL. Pouvez-vous nous rappeler à quoi sert une Équipe de liaison et soins en addictologie ?

Thierry Sainte-Marie. Les premières ELSA ont été mises en place en 2000 au sein des hôpitaux dotés d'un service d'urgences. Des études avaient montré que plus de 30 % des admissions hospitalières étaient liées à une problématique alcool et qu'il fallait développer des compétences spécifiques de prise en charge des addictions des patients hospitalisés. Un patient pouvait ainsi se faire régulièrement hospitaliser pour des accidents de voiture sous l'emprise de l'alcool sans que les soignants hospitaliers ne se sentent en capacité d'aborder la question de l'addiction.

Aux urgences, notre mission première reste avant tout que la dépendance d'un patient fragilisé par ses problèmes d'addiction ne soit pas un frein à son accès aux soins.

Les équipes de liaison ont ainsi pour fonction d'assister les équipes soignantes et de les former. Pour les personnels soignants confrontés aux questions de comportement sous l'emprise de substances psychoactives, la présence dans le milieu hospitalier d'une équipe spécifique de prise en charge de la conduite et de la dépendance est rassurante : ils ne sont pas seuls face à cette addiction.

Comment, concrètement, se met en place cette prise en charge au sein de l'hôpital Kremlin-Bicêtre ?

Notre équipe, pluridisciplinaire, se compose à temps plein d'un infirmier, d'un psychologue, ... / ...

d'un médecin addictologue, d'un psychiatre et, à temps partiel, d'une assistance sociale. Nous intervenons à la demande d'un service qui nous appelle lorsque son patient hospitalisé pour des pathologies somatiques ou psychiques montre un comportement addictif. Nous rencontrons d'abord les équipes soignantes pour comprendre la problématique rencontrée, puis avons un entretien avec le patient : nous réalisons une évaluation globale transdisciplinaire en utilisant le recueil de données standardisées et les questions types à poser sur la problématique physique, psychologique, sociale... Puis nous en discutons à nouveau avec les équipes soignantes : nous sommes « hébergés » par ces équipes et ne cherchons pas à modifier systématiquement les habitudes ni l'organisation ou la logique de ces services, mais plutôt à nous y intégrer.

Si votre rôle n'est pas de prendre en charge les patients, quel rôle assurent vos interventions en urgences ?

Les équipes de liaison ne sont pas là pour prendre en charge au long court des patients demandeurs d'un suivi en addictologie. Leur rôle est de faire émerger des demandes chez des patients hospitalisés pour d'autres motifs, en rupture de soin, ou qui n'ont pas pu solliciter des soins spécialisés en addictologie. Le phénomène de l'addiction dépasse le purement médical et chacun a son rôle à jouer dans toute la chaîne du soin. Prescrire tous les médicaments que vous voulez ou organiser des rencontres avec un psychologue des heures durant s'avère inutile si la problématique est sociale, ou s'il s'agit d'une souffrance psychique à résorber et si cela n'est pas pris en compte. Il y a des temps différents, où chacun des acteurs de la chaîne aura une micro-clé spécifique qui va permettre de déclencher quelque chose d'autre, sur un autre plan.

En fonction des éclairages des professionnels, le patient hospitalisé rencontrera le psychologue, le médecin, l'assistante sociale et chaque matin, nous nous réunissons pour discuter des cas rencontrés et questionner la problématique en cause. A cette démarche de dépistage et de suivi s'ajoute la réalisation de sevrages simples dans les services de soins non dédiés à l'addictologie, même si le contexte global hospitalier y est peu propice, vu le regroupement de services, la fermeture de lits...

Vous travaillez dans ce milieu à part de la société qu'est l'hôpital. Comment l'équipe de liaison fait-elle le lien avec l'extérieur, l'extra hospitalier ?

En terme de coordination, une question récurrente pour tous les patients que nous voyons est : « que va-t-il devenir à sa sortie d'hôpital ? ». Renouer des liens thérapeutiques suspendus, mettre en œuvre des issues aux problématiques sociales, proposer des stratégies de réduction des risques... Il est donc indispensable de s'articuler avec tous les dispositifs de soins et réseaux pour améliorer les trajectoires des patients. Ils sont bien organisés en Ile-de-France et nous travaillons aussi bien avec les CSAPA, les CAARUD, qu'avec les réseaux de médecins généralistes. Tous nous envoient des patients, nous appellent, s'il y a urgence, en même temps qu'ils adressent les patients à l'hôpital, ce qui nous permet de prévenir les urgentistes et d'être sur place à l'arrivée du patient.

Inversement, nous informons le centre de soins spécialisés pour le tenir au courant de la présence aux urgences d'un patient ou de son hospitalisation. Certaines équipes font appel à un CAARUD pour qu'il prenne contact avec le patient, ou réalise au sein de l'hôpital des actions de réduction des risques, d'apprentissage aux méthodes d'injection à moindre risque. Par essence, notre travail est ponctuel dans la prise en charge de 90% des patients vus. Lorsque les patients le souhaitent, ils

sont réorientés vers les centres de soins spécialisés (CSAPA).

Cette pratique de coordination nécessite une bonne visibilité des différentes ressources sur le territoire, une compréhension et un respect de leur mode de fonctionnement, ainsi que la mise en place de temps de rencontre et d'échange qui, en l'absence de réseau de santé organisé, demeure très aléatoire.

Enfin, nous assurons des consultations externes, 25 en moyenne par semaine, pour les patients qui reviennent après leur sortie, en général suivis pour d'autres pathologies sur l'hôpital.

Douze ans après la mise en place des Elsa, quel bilan établissez-vous ?

Le plan d'addictologie entendait que tous les établissements hospitaliers dotés d'un service d'urgence devaient avoir une ELSA. Aujourd'hui, nous avons quasiment atteint ce but avec 270 équipes créées pour environ 300 services d'urgences non spécialisés. Mais les profils et les fonctionnements sont très variables, selon les besoins du secteur et les moyens dédiés, en ces temps de restriction de postes : certaines équipes ne sont composées que d'un infirmier à temps partiel avec quelques vacations de médecin.

Quelle évolution des représentations des addictions avez-vous constatée chez les personnels hospitaliers ?

La culture addictologique s'est bien diffusée dans les établissements et les choses ont largement évolué en termes de représentations des conduites addictives : nous sommes passés, et pour les usagers de drogues particulièrement, d'un regard de l'illicite et du délinquant à celui d'individu en souffrance à prendre en charge.

Qu'est ce qui est, aujourd'hui, le plus difficile dans cette mise en réseau, cette articulation ?

C'est d'abord la méconnaissance et les idées préconçues que l'on se fait parfois des missions des autres partenaires. Or, en addictologie plus que dans d'autres disciplines, il y a des temps différents, en fonction des structures et institutions que va rencontrer le patient, adaptées à son besoin à un moment donné.

Ensuite la réalité économique hospitalière difficile conduit à ne pas considérer comme prioritaire une hospitalisation pour une conduite addictive. Il y a encore des chefs de service réfractaires à ce que l'addiction puisse être prise en charge dans leur service. Autre difficulté, les mouvements d'un service à l'autre des personnels hospitaliers sont permanents. Il faudrait également réussir à effectuer des repérages plus précoces pour ceux qui passent à l'hôpital avec des pratiques à risques.

Institut du Cancer de Montpellier : une expérience d'articulation des acteurs de soins autour du tabac

Dr Anne Stoebner-Delbarre, Médecin addictologue à l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM) Val d'Aurelle, Vice-Présidente du Respadd



D'un point de vue réglementaire en addictologie, « *le lieu optimal de traitement pour l'usager sera le cadre le moins contraignant et qui assure en même temps les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité compte tenu de son état* »¹.

Dans ce cadre, l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM) a mené une

réflexion afin de contribuer à une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des addictions, et notamment la dépendance au tabac.

Les patients ayant un cancer sont exposés à une diminution d'efficacité de leurs traitements et à une augmentation de leurs effets secondaires en cas de poursuite de leur consommation de tabac. Ils souhaitent pour la plupart apporter des modifications dans leurs habitudes et sont favorables à des démarches de réduction de consommation ou de sevrage. La prise en charge du

tabac intégré à leur parcours de soins est donc importante, qu'il s'agisse d'information ou d'accompagnement à l'arrêt temporaire ou définitif. Cependant de nombreux obstacles existent habituellement à une telle prise en charge en routine. Les principaux freins résident dans le déficit conjugué de connaissances de la part des soignants et des soignés, mais aussi dans la difficulté de l'articulation des acteurs de soins et la multiplicité des interlocuteurs pour les prescriptions (chirurgien, oncologue...). A l'ICM, ces difficultés entravaient l'efficacité de la prise en charge. Pour remédier à cela et répondre aux demandes des fumeurs tout en restant au plus près de la pratique quotidienne, des stratégies ont été mises en œuvre progressivement.

Phase exploratoire

Un premier travail exploratoire a été réalisé en 2006 sous forme d'enquêtes par questionnaires et d'entretiens individuels avec des patients et des soignants. Il a permis de :

- faire un état des lieux de l'organisation des soins avant / pendant / après le traitement du cancer afin d'identifier les différents parcours personnalisés de soins et les temps disponibles pour la tabacologie,
- mettre en débat les différentes pratiques concernant les modalités de prise en charge de la réduction et de l'aide à l'arrêt du tabac au sein de l'ICM,
- dégager des principes éthiques d'intervention,
- faire des préconisations concernant les systèmes d'articulation entre les acteurs en tenant compte des trajectoires des patients.

¹ Circulaire N°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

Mise en œuvre de la prise en charge partagée en tabacologie et intégrée aux soins en cancérologie

À partir de 2007, l'offre en tabacologie à l'ICM a été structurée et organisée de façon à optimiser l'offre existante. Les recommandations issues de la phase exploratoire ont été appliquées. Elles sont basées sur cinq principes :

- le libre choix du patient,
- l'offre en tabacologie systématique et conforme aux recommandations de bonnes pratiques,
- la participation de tous les soignants au sein de l'établissement avec des rôles définis pour chacun,
- une articulation avec la ville,
- un système d'ingénierie pour faciliter le travail et les échanges des soignants entre eux et avec la ville.

Modalités de mise en œuvre

Nous présentons ici les principaux éléments d'ingénierie qui facilitent au quotidien l'articulation des acteurs entre eux et avec le patient et permettent ainsi de rendre le parcours de soins plus fluide.

• *Présentation de l'aide à l'arrêt comme une aide au confort au cours de l'hospitalisation*

L'aide et l'accompagnement en tabacologie sont proposés systématiquement comme une méthode de confort permettant d'éviter le manque au cours de l'hospitalisation. Tous les infirmiers effectuent le repérage du statut tabac et recensent les demandes de prise en charge. Ces éléments font partie du dossier de soins infirmier informatisé.

Cette mesure a conduit aux changements des représentations des soignants. Elle leur a permis d'envisager le sevrage tabac non comme une obligation mais comme un choix et une liberté mise à disposition des patients. Elle a permis aussi d'améliorer le repérage et favorisé le lien avec l'équipe de tabacologie.

• *Mise à disposition de substituts nicotiques*

Les substituts nicotiques sont mis à la disposition des patients dans tous les services. Cette mesure

permet aux patients de tester l'efficacité du traitement avant de l'acheter et de bénéficier du traitement sans avance de frais. Un budget spécifique supplémentaire est alloué pour acheter les traitements nécessaires aux sevrages des personnes en très grande précarité à leur sortie de l'hôpital. Cette mesure a permis de professionnaliser l'approche tabacologique et contribue à nuancer la croyance « *il n'y a que la volonté qui compte* » de certains soignants ou patients. Elle favorise aussi le lien avec l'équipe de tabacologie.

• *Mise à disposition de professionnels spécialisés en addictologie*

Une mise à disposition d'addictologues est organisée pour répondre aux besoins en hospitalisation et en consultation. Les soignants de l'ICM ont été informés de l'existence de ces spécialistes au sein de l'établissement lors de la réunion de bienvenue pour les nouveaux arrivés, lors des staffs d'équipe et par mail, intranet et newsletter. Les patients, eux, sont informés des recours possibles à des addictologues à leur arrivée par les soignants eux-mêmes et via leur livret d'accueil.

Lors des hospitalisations, l'Équipe de liaison en addictologie (Elsa) se déplace suite à l'appel de soignants pour assurer une prise en charge globale des patients qui en ont fait la demande. L'Elsa s'assure également des relais ultérieurs par un travail de partenariat intra et extrahospitalier. L'équipe forme aussi par compagnonnage les équipes soignantes à une approche de l'addictologie. Ce type de formation est systématique à chaque intervention dans un service.

Lors des consultations, les infirmiers donnent une information et proposent un rendez-vous avec un tabacologue pour augmenter les chances de succès à l'arrêt du tabac. Un annuaire identifiant les coordonnées de l'ensemble des consultations de tabacologie de la région est mis à leur disposition pour leur permettre d'orienter les patients en quelques secondes.

Enfin, les consultations externes en tabacologie s'adressent, elles, spécifiquement aux personnes en grande difficulté avec le tabac et ne pouvant pas ou ne souhaitant pas être prises en charge ailleurs en raison de la complexité de leur état. L'organisation permet alors une prise en charge sur rendez-vous sans délai d'attente et assure des entretiens individuels de 30 minutes.

- **Articulation entre l'hôpital et la ville**

Afin d'améliorer la fluidité de prise en charge des patients en aval de l'hospitalisation, la sortie des patients est préparée. Les ordonnances sont rédigées par le tabacologue et remises au médecin référent de l'ICM avec une fiche de synthèse de liaison pour le médecin traitant. Dans tous les cas, les médecins généralistes constituent l'interlocuteur de première ligne privilégié lors des retours à domicile. Des formations et des temps de rencontre avec eux sont organisés chaque année.

Perspectives d'amélioration

D'autres axes de travail doivent encore être développés pour améliorer la fluidité et la qualité du parcours de l'utilisateur.

Les articulations mises en place dans le dispositif actuel proviennent majoritairement des échanges et des relations entre les professionnels de santé et s'appuient initialement sur des relations interpersonnelles. Il paraît important de continuer à développer le processus de formalisation des collaborations entre l'hôpital et les structures médico-sociales et la médecine de ville afin de pérenniser les liens établis, de les valoriser et d'éviter que ceux-ci ne fluctuent au gré des changements de personnels et des évolutions d'organisation.

L'articulation avec les soins de suite et réadaptation non spécialisés en addictologie nécessite aussi d'être davantage formalisée et développée. Les patients ne pouvant rentrer à leur domicile au décours d'un traitement par chirurgie ou chimiothérapie sont amenés à intégrer des établissements dans lesquels

les traitements par substituts nicotiniques ne sont pas pris en charge, ce qui peut entraîner alors une rupture dans le processus thérapeutique initié à l'hôpital.

Conclusion

Le renforcement des articulations des acteurs dans le dispositif de soins a constitué un axe essentiel d'amélioration de la prise en charge des patients dans leur parcours à l'ICM.

Quatre éléments ont été déterminants et ont servi de support pour favoriser ces articulations entre les acteurs : la présentation de l'aide à l'arrêt comme une aide de confort au cours d'une hospitalisation, la mise à disposition des substituts nicotiniques lors de l'hospitalisation et lors du retour à domicile pour les patients ayant des difficultés financières, la mise à disposition d'un annuaire des consultations et des structures prenant en charge les addictions dans la région Languedoc-Roussillon et la formation systématique par compagnonnage des soignants lors des prises en charge de patients par l'ELSA.

Les stratégies mises en œuvre à l'ICM ont ainsi permis aux acteurs d'intégrer et de partager la prise en charge tabacologique en routine et de se sentir plus à l'aise dans cette nouvelle démarche de soins en oncologie.

Pour aller plus loin

Department of health and human services public health service, *Treating Tobacco Use and Dependence*, 2008 Update

Haute Autorité de Santé, *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière*, 2007 : 122 p. Disponible sur www.has-sante.fr.

Injection à moindre risque: le pharmacien, acteur de santé au sein de la cité



De gauche à droite :

Nicolas Bonnet, pharmacien spécialisé en santé publique et en addictologie, directeur du Réseau Respadd (Réseau de prévention des addictions)

Lionel Sayag, éducateur spécialisé, chef de service des CAARUD de P.R.O.S.E.S à Montreuil et Saint Denis (93)

Les auteurs ont mis en place des PEMI (Programmes d'Échange de Matériel d'Injection en pharmacie) dans le Val-de-Marne, écrit et produit le film 17'10 une injection en moindre risque et ont assuré la coordination scientifique de l'adaptation française du livre L'injection à moindre risque.

Le pharmacien au cœur de la réduction des risques

Les pharmacies constituent, grâce à leur répartition dans la cité, un réseau de proximité sans équivalent pour l'accessibilité du matériel d'injection. Elles sont un passage obligé pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI).

De part leur accessibilité, tant spatiale que temporelle, elles sont un lieu idéal de mise en place d'une action de santé publique à destination des usagers de drogues, avec possibilité de contact et d'orientation vers le circuit de prévention et de prise en charge

local. Le pharmacien, à travers son implication, y joue un rôle central à disposition des usagers de drogues, notamment par la délivrance de matériel d'injection. Cependant à ce jour, l'implication des pharmaciens et de leurs équipes dans les programmes reste une démarche libre et volontaire, le conseil de l'ordre des pharmaciens n'ayant pas encore pris une position tranchée en ce domaine.

Le rapport de l'INSERM sur la réduction des risques chez les usagers de drogues paru en 2010 indique que :

- 85 % des pharmaciens reçoivent au moins un usager de drogues par mois dans leur officine ;
- près de 40% des pharmaciens se disent prêts à s'engager dans un programme d'échange de seringues.

Par ailleurs, ce même rapport relève que le ratio seringue/usager en France est de 170 seringues/an /injecteur actif, confirmant ainsi les données disponibles sur la très forte réutilisation des seringues. Cette donnée, combinée à la persistance de contaminations par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) mais surtout par le virus de l'hépatite C (VHC) au sein des populations d'injecteurs, nous amène à vouloir mieux répondre aux besoins en matériels d'injection. En 2006, le dispositif d'accueil des usagers de drogues (UD) a été restructuré et consolidé : de nombreux programmes et services œuvrant dans le champ de la réduction des risques (RDR) ont acquis le statut d'établissement médico-social en tant que centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). On dénombre, en 2010, 133 CAARUD, dont 6 dans les territoires ultramarins. Néanmoins, ils ne couvrent pas l'ensemble du territoire et sont en particulier peu présents en périphérie des villes de province et en milieu rural. Dès lors, il y a lieu de se tourner vers d'autres acteurs locaux de santé publique, dont les pharmaciens d'officine. Les programmes de dons de matériels d'injection en pharmacie, avec ou sans échange du matériel souillé, communément appelés « programmes d'échanges de seringues (PES) en pharmacie » doivent trouver, motiver et former des

pharmaciens partenaires. Encore insuffisamment développés, bien qu'il en existait déjà 27 en 2009, ces programmes ont prouvé, dans les lieux où ils été expérimentés, qu'ils contribuaient fortement à renforcer la couverture géographique en matière d'accès à la réduction des risques. Ils permettent de toucher une population qui ne fréquente pas ou peu les structures d'accueil de type CAARUD.

Les coopérations locales constituent un élément-clé pour le succès des programmes

Il y a lieu donc lieu d'encourager les coopérations locales entre acteurs de la RdR, notamment les structures médico-sociales du dispositif spécialisé CAARUD et CSAPA, les médecins de ville et les pharmaciens.

Plusieurs programmes de PES en pharmacie fonctionnent grâce à de telles coopérations : les équipes des CAARUD font des tournées régulières dans les officines ; elles ont une fonction de conseil sur des questionnements précis, elles se chargent de l'approvisionnement des pharmacies en kits stériles, et proposent des documents de RDR. Cette modalité, qui a fait la preuve de son efficacité, est à étendre sur le territoire en mobilisant les ressources locales, collectivités territoriales et agences régionales de santé. C'est dans cet esprit, et suite à la conférence « Les pharmaciens acteurs de la réduction des risques » de 2012 soutenue par la Fédération Addiction, l'Association Française pour la Réduction des risques, la DGS et le RESPADD, que nous avons dernièrement effectué trois missions d'appui à la mise en place de PEMI auprès des associations PROSES à Montreuil, du Bus 31-32 à Marseille et de Bizia à Bayonne.

La pharmacie d'officine

Le pharmacien tient une place toute particulière en tant qu'acteur de santé de premier recours. Les pharmacies distribuent 15 millions de seringues par an aux usagers, soit plus de 90% des seringues qui leur sont destinées. De 55 à 94% des officines, selon les régions, proposent le Stéribox®. La mise en vente

en officine de cette trousse de prévention renforce le positionnement du pharmacien, en tant qu'acteur de santé au cœur de la cité et interlocuteur privilégié des personnes qui consomment des drogues par voie intraveineuse, dans la lutte contre le Sida et l'hépatite C. La mise en place de programmes d'échange de seringues (PES) au niveau des pharmacies d'officine met à profit cette proximité et ce positionnement : 23 000 pharmacies d'officine sur tout le territoire pour 55 heures d'ouverture hebdomadaire en moyenne. La mise en place de PEMI et leur développement doivent nécessairement s'appuyer sur cette place stratégique de la pharmacie d'officine ainsi que sur ce positionnement des équipes officinales en tant qu'acteurs de premier recours. Ces équipes officinales comprennent le pharmacien titulaire, les pharmaciens adjoints éventuels et les préparateurs en pharmacie. Chacun de ces acteurs peut prendre une participation active dans une PEMI.

De par ses caractéristiques déjà évoquées, la pharmacie est un lieu de choix pour l'approvisionnement en matériel d'injection. C'est un lieu déjà très massivement choisi par les usagers de drogues pour ses aspects pratiques, sa facilité d'accès, ainsi que pour la discrétion des équipes officinales.

La mise en place d'un PEMI intervient donc souvent comme un révélateur, comme la reconnaissance des usagers, de leurs pratiques, de leur présence. Les formations proposées aux équipes agissent ici comme un levier qui, au-delà d'élever le seuil de connaissance des professionnels, leur permet d'envisager des rapports nouveaux avec les usagers de drogues fréquentant leur officine, en se positionnant comme acteurs de santé publique.

Ces programmes d'échange permettent aussi, au-delà des usagers et des équipes officinales, aux autres acteurs du médico-social de lever certaines représentations sur les pharmaciens, de décloisonner les approches et ainsi de faire évoluer les pratiques. On passe ainsi de la méconnaissance, à la connaissance, puis à la reconnaissance des différents acteurs entre eux : usagers, pharmaciens, éducateurs.

Le pharmacien et l'addictologie

L'émergence de l'addictologie ces dernières années permet aux pharmaciens de s'engager de façon plus concrète et reconnue dans ce domaine.

L'appartenance à un réseau de PEMI peut servir de tremplin à des pharmaciens pour développer d'autres compétences et postuler à des postes en CSAPA et CAARUD. En effet, les pharmaciens adjoints ont désormais la possibilité d'exercer en même temps en CSAPA et en officine et ainsi de permettre aux CSAPA de rentrer en conformité avec la réglementation concernant la détention et la dispensation de médicaments. Le travail en CAARUD sur des aspects de réduction des risques mettant en valeur des connaissances pharmacologiques pourra être réalisé dans un second temps, après avoir acquis une certaine expertise en CSAPA.

Ainsi, entre suivi des patients sous TSO, engagement dans un PEMI, vacations en CSAPA ou en CAARUD et implication dans un programme d'éducation thérapeutique, les pharmaciens ont acquis ces dernières années une place grandissante et une légitimité supérieure en tant qu'acteurs du soin en addictologie. Ce nouveau positionnement s'est fait en parfaite articulation avec les autres professionnels des champs sanitaire, médico-social ou de la médecine de ville. Il favorise une meilleure synergie entre les différents partenaires au contact de la population UDVI, il valorise la place de chacun et renforce leur niveau de compétence.

Les auteurs souhaitent dédicacer ce travail à Michel Dheur du CAARUD Ascode à Perpignan, Bernard Penicaud, pharmacien à Niort et Alain Ephraïm, directeur du CAARUD CILDT à Villejuif.

... / ...

Se documenter sur l'injection à moindre risque

Nicolas Bonnet et Lionel Sayag ont coordonné la traduction en français et la publication du guide anglo-saxon *The safer injecting briefing* écrit entre 1998 et 1999 par Jon Derricott, alors qu'il travaillait comme responsable projet auprès de l'association HIT à Liverpool. La version française, « L'injection à moindre risque », a été enrichie d'une mise à jour bibliographique et de contributions originales. Pour ces contributions, différents professionnels et acteurs français ont été sollicités afin de bénéficier de regards croisés sur l'injection et d'illustrer la complémentarité entre les secteurs sanitaire et médico-social. L'ouvrage est disponible gratuitement auprès d'Apothicom :

<http://apothicom.org/downloads/BonDeCommandeLivre.pdf>

Sur le site du Respadd, vous trouverez également :

- les différentes contributions à la conférence « Les pharmaciens, acteurs de la réduction des risques » qui s'est déroulée le 6 décembre 2011 à Perpignan,
- le document « Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie » élaboré par un groupe de travail animé par le Respadd.

www.respadd.org





Christine Tellier, Directrice de l'Apléat (Centre), **Catherine Delorme**, Directrice du SDIT-Sauvegarde 71 (Bourgogne)

Regards croisés En Bourgogne et en Centre, l'articulation au service de l'intervention précoce

L'intervention précoce vise à rencontrer les personnes le plus tôt possible dans leur expérience d'usage afin d'éviter une évolution vers l'addiction.

À ce stade des consommations, les usagers se rendent peu spontanément dans une consultation, notamment les adolescents et les jeunes adultes qui, de part une faible perception du risque, expriment rarement une demande d'aide. Pour atteindre et repérer ces usagers, faire en sorte que la situation ne s'aggrave pas pour eux et permettre un éventuel changement de leur comportement, les professionnels spécialisés en addictologie articulent leur propre intervention avec les autres acteurs qui rencontrent au quotidien ces personnes dans leur institution ou dispositif.

Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ont la fonction de constituer, former et pérenniser les partenariats nécessaires à la réalisation de leurs missions. La condition de réalisation en est une pratique interne adéquate de la prévention, l'intervention précoce, le soin et la réduction des risques en matière de comportements addictifs : quatre aspects constitutifs d'un continuum en addictologie dont les frontières dans la mise en œuvre d'interventions sont souvent ténues. En effet, une action de prévention ou d'intervention précoce, collective ou individuelle, peut participer de la réduction des risques ou du soin et en faciliter l'accès.

La CJC, un dispositif en lien permanent avec son environnement

Le travail de repérage, en articulation avec des acteurs non spécialisés en addictologie, est au cœur des missions de prévention des CSAPA. Cet objectif commun d'intervention précoce est mis en œuvre par les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC).

Destinées au public jeune en âge ou dont la consommation est récente, les CJC ont été conçues pour intervenir au plus vite, au plus près et de manière brève. Cette brièveté est une des spécificités de l'intervention précoce et en pose les limites.

Cette forme d'intervention ne se substitue pas à des consultations de soin et d'accompagnement à plus ou moins long terme, qui relèvent, elles, d'autres missions du CSAPA. Elle s'adresse aux consommateurs dès les premiers usages pour accompagner leurs expériences et leur donner les moyens de contrôler leurs consommations, de faire des choix et de les gérer. Après une évaluation spécialisée approfondie de la situation de l'utilisateur, une orientation vers le soin sera proposée, si besoin. Ainsi tâche-t-on de garantir le « ni banalisation, ni dramatisation » qui sous-tend l'éthique de la prévention et de l'intervention précoce.

La plus-value de la CJC repose sur sa proximité et sa réactivité vis-à-vis du public auquel elle s'adresse (adolescents ou jeunes adultes n'ayant aucune demande et souvent une faible perception du risque), ce qui la rend accessible et disponible. La condition *sine qua non* de son efficacité réside par conséquent dans l'articulation entre acteurs de différents champs autour de trois points :

- le repérage des usages et des comportements problématiques, le plus précocement possible,
- la rencontre avec la personne et l'évaluation approfondie du comportement et de ses motivations,
- l'intervention à visée de prévention, réduction des risques et soin.

Les CJC doivent par conséquent réunir les compétences nécessaires au continuum. Comme le précise la circulaire du 28 février 2008, les professionnels des CSAPA – y compris ceux qui œuvrent en prévention – sont qualifiés pour cela, nourris de la clinique des addictions et des connaissances actualisées (produits et modes de consommations notamment). Ils ont également pour mission d'incarner et de mettre en œuvre ce rôle de pivot et d'articulation.

Pour atteindre ces objectifs, la légitimité des professionnels en CJC repose sur leurs spécificités :

- une formation initiale et continue sur les questions d'addiction, de clinique de l'adolescent, d'accueil et de soutien de l'entourage,
- la connaissance des droits des usagers et leur respect,
- des techniques de prise en charge et d'évaluation spécialisées,
- l'adaptation de la réponse aux besoins et attentes du jeune consommateur (exemple : entretien motivationnel),
- l'accessibilité des professionnels, y compris hors des horaires de permanence,
- la capacité de travailler de manière transdisciplinaire, de former les partenaires relais au repérage précoce,
- l'inscription active dans un réseau de proximité et l'utilisation optimale des ressources locales.

Les Points-Station en région Centre : une approche populationnelle de l'articulation des acteurs

Parmi la diversité d'actions qui permettent d'être au plus près des publics en difficulté « là où ils se trouvent », la CJC de l'Apléat a développé une fonction structurelle « d'aller vers et d'accueillir » en instaurant des Points-Station situés au sein même des lycées et des CFA. Ces Points-Station sont conçus comme des points de contact avancés ouverts toutes les semaines, dans une approche globale. Ils s'articulent étroitement avec les consultations proposées par le CSAPA de l'Apléat et avec les équipes des établissements où ils s'intègrent. Ils proposent certes un accès direct pour les élèves,

mais sont davantage une offre de seconde ligne pour les professionnels de l'établissement qui assurent la première ligne. Ce sont des consultations jeunes consommateurs de proximité qui tissent un « maillage territorial ».

Les Points-Station accueillent des jeunes pour 1 à 5 rendez-vous. Les élèves nécessitant une prise en charge plus longue sont orientés vers La Station (service jeunesse du CSAPA) dès que possible. De même, une rencontre unique en CJC dans l'établissement suivie d'une orientation immédiate vers la CJC du CSAPA peut être organisée, ce qui assure la fluidité des venues et la discrétion adaptée à la demande du jeune (certains préfèrent consulter à l'extérieur, d'autres à l'intérieur de leur établissement).

En tout état de cause, le Point-Station ne fonctionne que si les adultes articulent leurs missions et leurs interventions. Cela nécessite au préalable, du côté des professionnels de la CJC, une bonne connaissance des missions de leur institution, auxquelles il leur faut adapter leurs pratiques (et non l'inverse). Ensuite vient la formation des professionnels en charge de l'accueil, de l'éducation, de l'enseignement ou de l'accompagnement des jeunes, à une première évaluation : la CJC avancée peut alors se positionner en deuxième ligne, comme recours pour l'adulte ayant repéré un mal-être ou une consommation, tout en restant ouvert aux jeunes qui ne souhaiteraient pas passer par un adulte de l'établissement. Cette formation « acteurs de première ligne » est la base d'un langage commun entre l'équipe de la CJC et l'équipe scolaire. Enfin, un travail d'équipe est reconstitué par des réunions intra établissements et des réunions de suivi.

Les Points-Station doivent être au service des élèves et des professionnels tout en respectant leurs obligations propres, ce qui nécessite une bonne connaissance mutuelle et des rencontres fréquentes. À chaque rentrée, tout est à reprendre avec les nouvelles équipes, et quelquefois toutes les craintes et résistances réciproques sont à nouveau à lever. Il faut surtout veiller à ne pas mettre à mal ce qui fonde le

métier des adultes de l'établissement : ils sont et se sentent responsables de tout ce qui arrive aux jeunes dans leur établissement ou institution. Certains expriment peut-être quelquefois leur méconnaissance, des croyances erronées ou leur besoin d'une actualisation des connaissances, mais respecter leur place et leur ressenti est essentiel pour une bonne collaboration : aux CJC de les comprendre et de les amener à adhérer au projet en s'appuyant sur l'importance de leur rôle. Un cadre lisible et respectueux des réglementations, s'imposant aux uns et aux autres, mais aussi indiquant les missions et prérogatives des uns et des autres, permet de conclure des conventions avec le chef d'établissement, principal interlocuteur et décideur de l'implantation d'un Point Station. Le contenu est formalisé généralement en termes de référentiel ou de principes d'action avec les membres du comité de pilotage annuel. Ce comité, mis en place dès l'initiation du point de contact avancé de la CJC, réunit les chefs d'établissements et convie les référents santé scolaire de l'inspection académique et les financeurs (conseil régional et ARS). Il a pour objet la présentation du bilan de l'année scolaire précédente et la validation collégiale des axes d'amélioration pour l'année suivante.

Pour une articulation de qualité, quelques principes peuvent être proposés :

- **Adéquation des objectifs de la CJC aux priorités des partenaires concernés.** Pour pouvoir proposer une CJC chez un partenaire, il est indispensable de connaître, de comprendre et d'approuver ses missions, ses priorités et les enjeux réciproques d'un tel partenariat.

- **Mise en cohérence des objectifs respectifs.** Il ne s'agit en aucun cas d'implanter une consultation dans un lieu et d'y attendre la venue des usagers, qui ne viendront guère, d'ailleurs. Il s'agit de discerner les valeurs communes, les objectifs convergents et les parties des activités qui peuvent être tissées, pour un meilleur service au public.

- **Adaptation des objectifs communs aux moyens, aux modalités et à l'organisation.**

Sont gages de réussite : une co-construction des modalités pratiques, la recherche d'efficience entre l'organisation et le rôle des différents professionnels, l'explication des nécessités professionnelles, du cadre et des contraintes qui sont les nôtres, l'expression des craintes et des doutes et surtout, l'indispensable établissement d'un glossaire commun qui permet de partager des définitions et des connaissances et évite au maximum les malentendus et les incompréhensions.

- **Évaluation.** L'évaluation de l'impact, des effets attendus et inattendus, des conditions de fonctionnement, des pratiques et la réactualisation régulière des organisations ainsi que l'acceptation de la remise en question de nos pratiques permet d'adapter le partenariat.

- **Usagers.** La recherche de l'avis des jeunes consommateurs et de leur appréciation est un gage d'adaptation du dispositif au plus près des besoins.

- **Rencontres.** Une ou des rencontres régulières entre les différents protagonistes permettent lors de ces bilans périodiques, de communiquer, de mesurer les résultats, d'identifier les bonnes pratiques et d'en encourager la diffusion, d'émettre des propositions d'amélioration et d'apprécier la dynamique générale. Ils permettent également d'observer les changements et d'adapter l'offre comme son organisation.

- **Convention.** Une formalisation conventionnelle est à rechercher, qui reprend les pratiques validées par le comité de suivi, de pilotage ou d'articulation, inscrit l'action dans le temps, harmonise progressivement les modalités et les pratiques professionnelles. Elle engage les partenaires comme la CJC à construire ensemble sur le long terme autant qu'elle sert de référence lorsque les équipes changent (en particulier dans le système éducatif et scolaire).

- **Anticipation.** Différents événements sont anticipés et font l'objet de procédures co-validées :

- la gestion d'une situation de crise pour un usager (prises de risques aggravés lors de consommation, violence ou abus d'un mineur, crise aiguë d'angoisse ou risque de tentative de suicide, crise nécessitant une prise en charge psychiatrique d'urgence, sans-abrisme, fugue, errance, etc.) ;

- la mise en place d'un dispositif de régulation des conflits éventuels, en premier lieu par la lisibilité explicite des responsabilités et des niveaux de prise de décision (en particulier pour les mineurs) ;

- la mise à disposition de tous de l'information relative à la réglementation en vigueur et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en la matière.

Les pratiques doivent s'adapter à nos contraintes réciproques et non l'inverse, ce qui peut modifier nos modes opératoires.

- **Confidentialité.** Bien évidemment, les droits des jeunes gens reçus doivent être respectés ; mais cela ne fait pas obstacle à notre partenariat si l'on détermine clairement avec les jeunes gens et avec les professionnels quelle information est ou n'est pas partagée dans le cadre de la loi, le rôle de la CJC, les possibilités de rencontres extérieures, et toutes les précautions liées au contexte local. En outre, la CJC réalise une évaluation approfondie, un « coup de pouce », et non un soin et un accompagnement qui, eux, relèvent du CSAPA, dans un second temps.

Le réseau addictions en Saône-et-Loire : une approche territoriale de l'articulation des acteurs

Deuxième illustration de cet « aller vers » : le réseau addictions, coordonné par le CSAPA SDIT-Sauvegarde 71 en Saône-et-Loire. Il rassemble des intervenants sociaux issus de structures sociales et médico-sociales mandatés par leur institution et met en lien ces professionnels exerçant une mission éducative auprès de publics à risques. Il s'agit de groupes de proximité institués, implantés sur différentes zones géographiques favorisant une couverture territoriale satisfaisante.

Ce réseau a pour objectifs :

- de développer une culture commune entre les professionnels experts et non spécialistes des addictions permettant le repérage, l'orientation et la mise en œuvre d'actions de prévention opportunes ;
- d'améliorer l'approche et la prise en charge des publics jeunes et/ou vulnérables n'étant pas en mesure d'engager spontanément une démarche de soins ;
- de permettre l'identification du dispositif de prise en charge et de prévention des addictions par les professionnels et, in fine, par les publics visés ;
- d'installer des permanences avancées dans les institutions et/ou de favoriser l'accompagnement des usagers vers le dispositif spécialisé.

Chaque groupe réseau se réunit une fois par trimestre autour d'une thématique ayant trait à la prévention et aux soins en matière d'addiction. Cette réunion permet une formation/information continue des professionnels relais de et dans leur institution d'appartenance. Elle permet d'instituer un lien inscrit et permanent de ces professionnels au dispositif ressource que constitue le CSAPA. Ces rencontres formelles sont le lieu d'élaboration de stratégies éducatives permettant aux intervenants d'affiner leur posture, de les (ré)assurer dans leurs capacités à « avancer la parole », à aborder ces questions avec « leur » public, à en dire quelque chose.

À partir de ces instances, des groupes projets peuvent se constituer pour élaborer des actions avancées, au sein des structures des membres du réseau, du registre de la prévention. Ces actions menées conjointement sont l'occasion de rencontres entre professionnels relais, usagers et professionnels spécialisés du CSAPA facilitant, le cas échéant, des rencontres individualisées ultérieures dans le cadre de la CJC, rendues d'autant plus possibles que les usagers ont fait connaissance avec les professionnels du CSAPA et que les réticences liées à la rencontre sont levées.

Une formation d'une journée à l'attention de ces adhérents est organisée de façon à intégrer les nouveaux professionnels à la dynamique de travail et leur permettre d'acquérir des notions de prévention, soins et réduction des risques en addictologie.

En conclusion

Un dispositif de repérage précoce, qu'il soit mis en œuvre par une CJC ou un réseau, est le résultat d'un maillage territorial voulu par l'ensemble des acteurs concernés. Alors que la question des addictions fait souvent l'objet d'expression d'impuissance, voire d'amertume, la formation « acteur de première ligne » en addictologie entraîne une dynamique de mobilisation des acteurs. Elle renforce leur sentiment d'utilité et d'innovation dans les réponses apportées et permet ainsi une meilleure prise en compte des pratiques addictives sur le territoire et dans les institutions. Pour assumer notre mission de pivot et multiplier les points de contact CJC et les dispositifs de RPIB (Repérage précoce et Intervention brève) sur les territoires, il nous faut commencer par faire confiance à la volonté de tous de mieux faire et d'être efficient.

... / ...

Un guide Pratique(s) sur les CJC

Le Guide CJC, publié en 2012, fait le point sur les particularités du public adolescent et sur l'histoire de la création des consultations jeunes consommateurs.

Dans le cadre d'une démarche participative incluant ses adhérents, la Fédération a construit 12 fiches thématiques, allant du fonctionnement d'une consultation aux principes de l'intervention précoce, en passant par les modalités d'accueil et d'accompagnement du jeune et de son entourage.

Le guide est téléchargeable gratuitement sur www.federationaddiction.fr ou disponible en version papier au prix de 5 euros, sur demande à e.tarleve@federationaddiction.fr

Une plaquette à destination des professionnels

La Fédération a également élaboré un document de communication à destination des partenaires de ces consultations, c'est-à-dire l'ensemble des professionnels qui rencontrent ou accueillent des jeunes dans leur structure ou institution (Éducation Nationale, Mission Locale, PAEJ, MDA, foyers, médecins de ville etc.). En effet, l'étude réalisée en 2011 avait permis de repérer le besoin de rendre plus visible et lisible l'existence et les missions des Consultations Jeunes Consommateurs.

Support d'échange et de réflexion, cette plaquette a pour objectif de favoriser les liens entre les professionnels et ainsi faciliter les passerelles dans l'accompagnement du jeune pour une meilleure prise en compte de la question des addictions.

La plaquette est téléchargeable gratuitement sur www.federationaddiction.fr ou disponible en version papier sur demande à e.tarleve@federationaddiction.fr

Un chez soi l'articulation de à tous les nivea



De gauche à droite :

Martine Lacoste, Association Clémence Isaure (Toulouse)

Catherine Péquart, Association Charonne (Paris)



d'abord : s acteurs et des pratiques UX

Troubles psychiques chez les personnes sans-abri : l'insuffisance des dispositifs existants

Les constats sont convergents, qu'ils relèvent de la simple observation ou d'études, sur la prévalence importante des troubles psychiques et problèmes d'addictions chez les personnes sans-abri.

Les dispositifs d'Accueil Hébergement Insertion (AHI) s'avèrent saturés ou inadaptés, et ni la psychiatrie publique, ni le dispositif de soin résidentiel en addictologie ne sont en mesure d'accueillir durablement ces publics.

Pour pallier la détérioration visible de la situation, la tentation est forte de revendiquer toujours plus de moyens pour renforcer les dispositifs existants : plus d'hébergements, plus d'institutionnalisation... ceci dans un contexte de crise économique qui n'autorise qu'à la marge l'augmentation des dépenses socio-sanitaires. Par ailleurs, l'efficacité des services habituels est interrogée. Les acteurs de l'action sociale eux-mêmes, en 2009, lors de la conférence de consensus "sortir de la rue", ont ouvert une brèche - dans laquelle se sont engouffrés, depuis lors, les différents gouvernements - pour justifier de nouvelles réductions des moyens : la refondation des dispositifs d'Accueil Hébergement Insertion et la politique du Logement D'abord. Quant à la psychiatrie publique, elle est de son côté interpellée sur son efficacité à intégrer la part la plus précaire des personnes souffrant de troubles psychiques.

Des malentendus cliniques traversent constamment les relations entre la psychiatrie et l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux : divergences diagnostiques que les plus récentes classifications ne parviennent pas à accorder, difficultés de collaboration avec, par exemple, exclusion de fait d'un certain nombre de sujets "co-morbides" chez les personnes addictives, primauté de la demande pour engager des propositions de soin, craintes justifiées d'instrumentalisation sécuritaire sur les soins obligés... À la fois signes et remèdes à ces situations d'impasse, les équipes Psychiatrie et Précarité ont été créées à la fin des années 1990 afin de permettre l'intégration dans les filières de soins de ces personnes en grande précarité et souffrant de troubles psychiatriques, de travailler en réseau et de rendre compte d'une clinique spécifique.

Autres impasses qui obligent à un changement d'organisation : un dispositif d'hébergement social qui n'offre plus aucune fluidité du fait de l'absence de logements disponibles dans le parc social et un parc privé inaccessible financièrement à ces publics, mais aussi l'insuffisance de l'accompagnement social dans le logement (ASLL ou AVDL) pour les plus fragiles.

C'est dans ce contexte que l'expérimentation du programme *Un chez-soi d'abord* – ou *Housing First* – se propose de travailler au rapprochement et à l'articulation entre les acteurs de la psychiatrie, du social et des addictions, pour une meilleure prise en charge des personnes concernées.

Son objectif : développer de nouvelles réponses pour l'accès au logement, aux soins et à la citoyenneté des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiatriques et présentant des problèmes d'addiction. Le moyen : proposer aux personnes un logement immédiat sans condition de traitement ou d'abstinence aux drogues, et les accompagner dans cette démarche par un suivi régulier, pluridisciplinaire et intensif.

Un premier rapprochement au niveau ministériel

En novembre 2009, Vincent Girard, Pascale Estécahandy et Pierre Chauvin remettent à la Ministre de la Santé et des Sports, Mme Bachelot-Narquin, le rapport « La santé des personnes sans chez soi »*. Après la description de quelques expériences militantes, et l'évocation d'expériences étrangères, le document fait des ouvertures sur des propositions alternatives aux systèmes en place en France, ouvertures inspirées de modèles anglo-saxons et basées sur deux lignes de force convergentes :

- D'une part, le **concept de "rétablissement"**, né aux États-Unis de la revendication des personnes vivant avec un problème de santé mentale à recouvrer une citoyenneté active. Le rétablissement va au-delà de la réhabilitation psycho-sociale, et de la stabilisation de la maladie psychiatrique considérée comme irrémédiablement chronique. Il s'appuie sur les compétences et les capacités des personnes elles-mêmes, et vise à réformer l'organisation des soins et l'accompagnement.
- D'autre part, "le logement d'abord" reconnaît la situation à l'égard du logement comme un **déterminant-clé de la santé** et l'absence de logement comme une perte de chance majeure par rapport au soin. L'accès à un logement de droit commun est considéré comme la condition préalable à l'engagement dans les soins et à un parcours d'insertion pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Introduit aux États-Unis depuis les années 1990, le programme *Housing First* d'accompagnement des personnes psychotiques sur un modèle de santé communautaire a porté sur plusieurs milliers de personnes sans-abri entre 2005 et 2007. Il a montré une diminution des durées d'hospitalisation et des incarcérations, et un bilan en termes de coût/efficacité meilleur que les solutions classiques. Au Canada, un programme expérimental *At Home - Chez soi* est en cours, incluant plusieurs centaines de personnes, avec des résultats intermédiaires allant dans le même sens. Ces programmes sont actuellement transposés à travers des expérimentations sur plusieurs pays d'Europe (Portugal, Belgique, Danemark, Ecosse, Pays-Bas) et sont même à l'origine de stratégies nationales de lutte contre le sans-abrisme en Suède et en Irlande.

En France, c'est en 2010 que la Ministre de la Santé et des Sports et le Secrétaire d'État en charge du Logement et de l'Urbanisme décident d'expérimenter un programme de ce type. **Son pilotage national est confié à la DIHAL** : Délégation Interministérielle pour l'Hébergement et l'Accès au Logement des personnes sans abri ou mal logées, en lien avec les différentes directions de l'État (Santé, Sécurité Sociale, Cohésion Sociale, Habitat et Urbanisme...). La mise en place, sous l'égide du Préfet de région en lien avec les Agences Régionales de Santé et les collectivités territoriales, a été effectuée depuis 2011 successivement sur quatre sites : Marseille, Toulouse et Lille puis Paris.

Articuler une action de terrain et une recherche

L'expérimentation a pour objectif de tester si ce programme est transposable dans le contexte français. Elle est accompagnée d'une recherche évaluative. C'est l'un des premiers protocoles de ce type en France : la recherche construite autour de l'action veut mesurer l'utilité du programme pour les

* Disponible sur www.sante.gouv.fr

participants et le rapport coût/efficacité pour les institutions sanitaires et sociales en le comparant aux modes de prise en charge existants.

Les impacts attendus du logement autonome associé à un accompagnement pluridisciplinaire intensif sont multidimensionnels : stabilité résidentielle des participants, meilleure qualité de vie, utilisation adaptée des services de santé, sociaux et de justice, baisse des coûts totaux de l'utilisation des services (pour l'État et pour la société).

Le programme de recherche, confié au laboratoire de santé publique du Pr Auquier à la faculté de Marseille, vise à mesurer les impacts de cette nouvelle stratégie pour déterminer les meilleures options en matière de dispositifs dédiés à ce public. Les bénéficiaires potentiels du programme sont adressés par des orienteurs multiples, parmi lesquels les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité. Les personnes rencontrent les investigateurs de la recherche qui s'assurent de leur éligibilité dans le programme et recueillent leur consentement éclairé. Sur chacun des quatre sites, d'ici fin 2013, 200 personnes seront recrutées ; parmi celles-ci, 100 bénéficieront de l'accès direct au logement et d'un suivi intensif et 100 autres des services dits « classiques » existant sur le territoire, ceci afin de comparer les deux types de prise en charge. La composition des deux groupes est définie par tirage au sort. L'équipe de recherche est, quant à elle, amenée à recueillir les données sur l'ensemble de l'effectif, soit les 200 personnes, durant 24 mois. Elle réalise *via* des volets quantitatif et qualitatif une triple enquête auprès des acteurs institutionnels, des professionnels de terrain et des usagers ; le volet quantitatif porte sur l'utilisation du système de soins, la qualité de vie des personnes et le rétablissement ; le volet qualitatif porte sur la logique des acteurs (dynamiques institutionnelles), les conditions du rétablissement, l'articulation autour de la citoyenneté et le processus de rétablissement.

L'équipe d'accompagnement n'instruit pas la candidature des personnes incluses dans le logement, qui est de la responsabilité de l'équipe de recherche, sur des critères précis de précarité extrême et de diagnostic psychiatrique (schizophrénie ou troubles bipolaires, avec ou sans addictions). Les personnes doivent toutefois être en situation de prétendre à un logement (situation régulière ou régularisable sur le territoire français, minima sociaux acquis ou accessibles, droit à une couverture maladie...). Ces personnes doivent également être en capacité de donner leur consentement éclairé (établi après information d'un des médecins investigateurs), comme dans toute recherche clinique. Mais l'accès dans le logement ne suppose pas l'acceptation de soins psychiatriques ou des conduites addictives ; la primauté est donnée sur ce point à la réduction des risques et à l'éducation à la santé dans le respect du choix de la personne. Seule l'acceptation d'une rencontre hebdomadaire avec l'équipe pluridisciplinaire dédiée à "Un chez soi d'abord", ainsi que le paiement du loyer si la personne a des revenus (sans dépasser 30% de ces derniers), sont requis.

Mais ce protocole de recherche, avec un « bras témoin », suscite beaucoup de résistances chez les professionnels et les associations qui réalisent la partie « action » du programme. Ces derniers s'interrogent sur la question du tirage au sort, méthode qui « met de côté » un certain nombre de bénéficiaires pressentis, après leur avoir donné l'espoir d'une solution.

Par ailleurs, la dimension économique et le rapport coût/efficacité sont totalement intégrés à la recherche, à travers une objectivation économique globale et décloisonnée des coûts des dispositifs actuels (sanitaires, judiciaires, sociaux) et une évaluation du coût du dispositif « Un chez soi d'abord ». Même si les professionnels de la santé et du social admettent la contrainte du « coût raisonnable », cette approche suscite la méfiance. Le « logement d'abord » a été promu sans que suive ou précède une vraie politique du logement ; le secteur AHL menaçait d'être

démantelé (perte de moyens, mise en concurrence maladroite, pour ne pas dire malsaine, des acteurs associatifs) ; les concertations pour élaborer des propositions de changement des pratiques sociales étaient quasiment inexistantes...

Cependant, la recherche quantitative du programme ne peut être réduite à un unique objectif de rationalisation budgétaire. En parallèle de la mesure des coûts, des données sur les trajectoires des personnes et l'amélioration de leur situation seront récoltées. Quant au volet qualitatif, très attendu par les acteurs, il devrait fournir des informations sur les cultures professionnelles, l'articulation des acteurs entre eux, les évolutions possibles des dispositifs, la transférabilité des concepts du rétablissement, etc. Ces constats partagés permettront peut-être de faire évoluer les points de vue sur toutes ces questions.

Articuler des équipes issues de secteurs différents

Mettre en place le programme *Housing First* en France, c'est aussi mettre autour d'une table les compétences complémentaires d'équipes issues de cultures professionnelles différentes : psychiatrie, addictologie, action sociale et opérateurs du logement (intermédiation locale).

La mise en place du programme « Un chez-soi d'abord » s'est heurtée à plusieurs réserves du côté des professionnels concernés. D'une part, elle a pu parfois être interprétée comme une disqualification des accompagnements et suivis prodigués par les dispositifs et services « habituels » au bénéfice du nouveau programme. D'autre part, loger sans condition des personnes atteintes de troubles mentaux, voire d'addictions associées, a soulevé bien des réticences en amont : incapacité des personnes à la vie autonome après des années de grande précarité, ignorance de la clinique psycho-dynamique de la psychose, discrédit des équipes de psychiatrie qui revendiquent des soins pour tous, mise à mal des dispositifs sociaux, irrecevabilité d'un projet trop cher

dans un contexte de restriction budgétaire et, paradoxalement, critique d'un objectif de réduction des coûts des soins à terme...

Malgré cela, les équipes de suivi intensif ont été montées et l'articulation des différents acteurs a fini par prendre forme.

L'équipe de suivi intensif réalise un accompagnement dans le temps et apporte une réponse très rapide en période de crise. Cet accompagnement est assuré essentiellement sous forme de visites à domicile et dans la cité, avec une intensité élevée des services : des démarches concrètes sont menées fréquemment dans et autour du logement et de l'inscription de la personne dans son environnement, les questions de santé globale au sens de l'OMS sont travaillées.

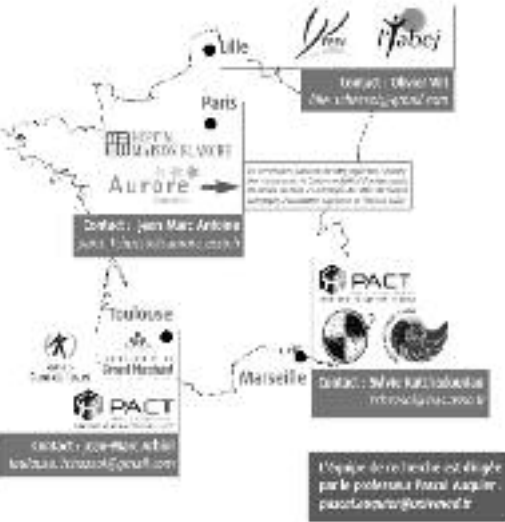
Le ratio d'accompagnement est de 1 intervenant pour 10 personnes logées.

Sur chacun des quatre sites, le portage de l'expérimentation s'est mis en place différemment en fonction des contextes locaux, avec toutefois certaines constantes : la place importante du centre hospitalier psychiatrique, l'implication d'un ou plusieurs porteurs sociaux et/ou médico-sociaux en addictologie et d'organismes de captation du logement. Les objectifs de l'accompagnement sont pluriels : accès et continuité des soins, accès aux droits, à l'insertion, à l'emploi et à la formation, accès à la culture et aux loisirs, motivation pour les démarches de la vie quotidienne, stimulation des investissements pour développer l'accès à une citoyenneté et au sentiment d'une utilité sociale, restauration de l'image de soi et de la confiance en soi, découverte de ses propres compétences. L'*empowerment* comme pratique émancipatrice.

En ce qui concerne la vie de ces équipes pluri-disciplinaires, l'accompagnement intensif implique un haut seuil d'exigence en matière de cohérence et de collaboration. En effet, chaque membre de l'équipe est amené à exercer son métier à partir d'un tronc commun d'accompagnement au quotidien, pour lequel l'ensemble des intervenants peut être sollicité.

De l'écart des 4 sécs, le programme est issu d'un soutien par des publics concernés et associatifs, en lien très étroit avec les préfets, les élus locaux, les professionnels de la culture sociale et les agents opérationnels de terrain. Les méthodologies, outils, un réseau d'accompagnement et le filus associatif sont également associés.

Coordination nationale du programme -
 Réseau Fédéral Addictologie
 MHI - (Paris)
 20, avenue de Ségur - 75007 Paris
 Tél. 01 47 33 15 55 - Fax 01 47 33 14 01
 contact@fedadd@developpement-social.fr



l'amélioration de la santé et du confort de vie, dans une inconditionnalité maximale et l'absence de jugement... Comme la réduction des risques en son temps, le Logement D'abord et l'accompagnement dans et par le Rétablissement, pourraient influencer les dispositifs d'accompagnement social des personnes en situation de précarité souffrant de troubles psychiatriques, en mettant en œuvre la réforme nécessaire des pratiques et l'adaptation des dispositifs (refondation) et, qui sait, en amorçant un changement attendu par beaucoup (patients, familles et entourage, professionnels frappant à la porte depuis des années...) dans l'organisation des soins et des partenariats en psychiatrie.

Articuler des professionnels de métier et des médiateurs-pairs

Les intervenants du programme travaillent selon le principe du « multi référencement », modèle d'activité dans lequel des individus collaborent de façon structurée et contextuelle sur la base d'un dossier commun; il n'y a pas de référent attribué à chacun des usagers, celui-ci pouvant faire appel aux compétences de chacun des membres de l'équipe au regard de ses besoins.

Les équipes de suivi intensif comprennent des travailleurs sociaux et des professionnels de santé; elles ne se substituent pas à une prise en charge de droit commun médicale et/ou sociale, avec laquelle elles doivent permettre de renouer.

Comme dans « l'idéal Médico-Social », médecins et autres soignants, professionnels du soin et du *care*, travaillent dans une étroite collaboration avec chaque patient : cette forme d'intervention conjointe permet une évolution de concert, pour le mieux-être des usagers du programme.

Les équipes intègrent également des "travailleurs pairs" (médiateurs santé pairs), personnes concernées (et se déclarant comme telles) par les pathologies et problématiques des personnes suivies. Elles apportent leur savoir expérientiel et la démonstration qu'un rétablissement social, citoyen et professionnel est

Le pilotage et la coordination sont par ailleurs essentiels. C'est au travers de l'accompagnement du quotidien que chacun met son métier comme ressource au service de l'utilisateur.

Des dispositifs et associations promoteurs dans le champ de la réduction des risques aux addictions sont présents à différents titres : dans le comité de pilotage national via la Fédération Addiction, dans les comités départementaux et l'organisation même de la recherche-action (Associations Habitat Alternatif Social – HAS –, Clémence Isaure, Charonne...). On relève des points communs entre la perspective du rétablissement, au centre de la stratégie du *Un chez soi d'abord*, et la réduction des risques en addictologie : faire avec les personnes « là où elles sont et là où elles en sont », viser avec pragmatisme la prévention des dommages liés à leurs comportements,

possible pour les personnes vivant avec un trouble psychiatrique. Ces pairs mettent au service des usagers leur expérience et une nouvelle forme de professionnalisation ; ils sont souvent amenés à faire de la « traduction » : celle d'une proposition de l'équipe à un usager ou l'inverse, expérimentant ainsi un travail de médiation sociale.

La question de la participation des usagers est centrale dans les lois promulguées en 2002 (loi rénovant l'action sociale et médico-sociale et loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) ; elle est plus encore au cœur même de la stratégie orientée vers le rétablissement. La stratégie des médiateurs santé pairs existe dans la mise en œuvre des GEM – Groupe d'Entraide Mutuelle – et dans le programme "médiateurs de santé-pairs" de l'OMS, qui prévoit l'intervention dans les équipes de soins psychiatriques des usagers experts ayant une expérience de vie avec la maladie mentale.

Une expérimentation est coordonnée par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) de Lille, testant ces hypothèses dans des établissements psychiatriques volontaires. Du côté de l'addictologie, cette nécessité d'intégrer des usagers-experts avait présidé à la constitution première des équipes des nouvelles structures de réduction des risques dans les années 1990, mais n'a pas encore trouvé jusque-là de traduction dans la création d'un nouveau statut professionnel.

L'expérimentation *Un chez soi d'abord* permettra probablement de faire un pas de plus vers la reconnaissance des compétences des usagers. Enfin, la participation des médiateurs santé pairs permet d'importer, au-delà des mouvements d'entraide "anonymes", le paradigme du rétablissement, en le dépoussiérant des dogmes d'abstinence qui lui sont attachés dans les seules déclinaisons jusque-là connues en France.

Bibliographie

Lettre d'information de la DIHAL, Hors-série n°5, 12 décembre 2012.

Greacen Tim, Jouet Emmanuelle, « Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie », ERS, 2012.

Girard Vincent, Estécahandy Pascale, Chauvin Pierre, *La santé des personnes sans chez soi*, Rapport, 2009 – disponible sur www.ladocumentationfrancaise.fr

Laporte A., Le Méner E., Chauvin P., « La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel : quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Île-de-France », In : ONPES, *Les travaux de l'Observatoire 2009-2010*, La Documentation française, 2010, p. 413-434.

Conférence de consensus "Sortir de la rue" : rapport du jury d'audition, décembre 2007 – Disponible sur www.cnle.gouv.fr
Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., *Précarisation, risque et santé*, INSERM, 2001, pp.395-412.

Péquart Catherine, Lacoste Martine, « La réduction des risques : aujourd'hui et demain », ADSP, n° 60, septembre 2007, pp.56-60.



Des reportages disponibles sur Dailymotion.com

Le Ministère de l'Égalité des territoires et du Logement a mis en ligne sur son compte Dailymotion une série de petits films sur le programme Housing First. L'occasion de découvrir la façon dont les programmes similaires ont été mis en œuvre en Europe (Finlande, Allemagne, Royaume-Uni), mais aussi de mieux connaître le programme français et d'écouter les témoignages de personnes accueillies.

Pour voir les reportages : [compte « territoiresgouv » sur www.dailymotion.com](https://www.dailymotion.com/territoiresgouv)

Prison : la santé dedans et dehors

De g. à d. **Johanne Waldner**, *Psychologue*, **Élodie Hublard**, *Éducatrice*, **Fabienne Anseau**, *Éducatrice*



Pour mieux assurer l'accompagnement des détenus et la continuité des soins en milieu carcéral, un comité de suivi se met en place au centre pénitentiaire de Maubeuge (Nord-Pas-de-Calais), réunissant différents acteurs. Explications de Fabienne Anseau, éducatrice à Étapes, service de La Sauvegarde du Nord, le CSAPA référent du centre.

Actuel. Comment intervenez-vous auprès des détenus du centre pénitentiaire ?

Fabienne Anseau. Depuis 1997, nous assurons une permanence au sein du centre pénitentiaire de Maubeuge afin d'une part, d'assurer la prise en charge du patient incarcéré et, d'autre part, de préparer la continuité des soins à sa sortie de l'établissement carcéral. Depuis 2012, nous sommes le CSAPA référent du centre et disposons donc d'un 0.50 ETP supplémentaire pour cette activité. Nous sommes trois à intervenir, trois fois par semaine, deux éducatrices et une psychologue : nous rencontrons les détenus dans les locaux même de l'Unité de consultations de soins ambulatoires (UCSA), notre partenaire principal, ou, faute de place, en fonction du nombre des demandes, au parloir avocat. ... / ...

Comment s'articule la prise en charge de l'addiction dans l'établissement pénitentiaire ?

L'évaluation des besoins d'accompagnement de l'addiction a été faite par le médecin ou les infirmières de l'UCSA qui ont repéré l'état de santé des détenus dès le début de l'incarcération, lors de la visite médicale. Ils nous envoient les personnes présentant une dépendance et se font aussi le relais des demandes de rendez-vous du détenu. Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) peut aussi nous contacter pour un rendez-vous, tout comme le détenu lui-même, dans la suite d'un projet de soin déjà engagé à l'extérieur des murs, au CSAPA.

Plus de la moitié des détenus – 430 au centre de détention et à la Maison d'arrêt de Maubeuge – présentent des problèmes d'addiction. Les consommateurs de cannabis et de benzodiazépines continuent à en consommer ou s'arrêtent, les consommateurs d'héroïne qui suivaient un traitement de substitution (Buprénorphine, Subutex ou méthadone) le poursuivent durant leur incarcération.

Notre rôle est d'assurer l'écoute, la mise en confiance, l'information, le suivi du traitement et du projet de soins. Après chaque entretien, nous remplissons la fiche de liaison insérée dans le dossier médical, demandant éventuellement la réévaluation du traitement, accompagnant une démarche de sevrage, ou soutenant une demande de soins pour la sortie. Nos échanges sont informels mais permanents avec les équipes de l'UCSA et du SPIP.

La diversité des acteurs – médico-sociaux, sanitaires, judiciaires – n'est-elle pas un obstacle à la prise en charge des addictions ?

L'articulation de deux mondes différents, celui de la santé dont nous dépendons – avec le soin comme cadre de référence, l'ARS comme tutelle et l'obligation du secret médical – avec le monde de la justice n'est pas évident, et cela prend du temps.

Nous n'avons pas le même regard, le même langage ni les mêmes objectifs. Certains parlent de « détenu », d'autres de « patient », d'autres encore d'« usager ». C'est pourquoi nous avons cherché à nous réunir régulièrement pour mieux nous connaître, expliquer qui nous sommes, ce que chacun fait. Fin 2012, nous avons créé un Comité de suivi avec nos partenaires tels que le SPIP, Pôle emploi, Réussir en Sambre (ex missions locales), l'Association régionale pour l'insertion professionnelle des publics spécifiques (ARIPPS), Sodexho, les psychologues de Parcours d'exécution de la peine (PEP), mais se réunir tous ensemble est difficile.

Comment s'organise la préparation à la sortie des détenus ?

Que ce soit pour une permission ou pour une sortie définitive, les problèmes que nous abordons avec le détenu concernent aussi bien la continuité des soins et le suivi de son traitement que l'accès aux droits, sa protection sociale et ses conditions d'hébergement. Nous l'orientons vers un CSAPA si la personne n'a plus de médecin traitant afin que le relais soit assuré et qu'il n'y ait pas interruption du traitement. Il faut s'assurer que la CMU soit mise en place, voir s'il est suivi par une Association régionale pour l'insertion professionnelle des publics spécifiques (ARIPPS), traiter son dossier avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. La personne sort avec son dossier médical et une fiche de liaison pour le médecin.

Nous travaillons ainsi avec différentes structures, dont deux Associations d'éducation et de prévention (AEP) agréées par le ministère de la Justice, nos partenaires privilégiés : le centre thérapeutique résidentiel « le point du jour » à Wignehies et le CSAPA L'Atre, à Lille. L'ARIPPS a également des logements passerelles, qui permettent de faire la transition avec les logements indépendants.

Enfin, nous avons des liens étroits avec l'association Relais Prison Sambre Avesnois qui accueille les proches des détenus avant ou après les parloirs et le GIP Réussir en Sambre, qui travaille à l'emploi et la réinsertion. Nous suivons ainsi quelque 70 personnes par an.

Qu'est-ce qui est aujourd'hui le plus difficile ?

Nous nous heurtons à plusieurs obstacles. Cela peut être le changement de personnel interne et externe à la prison, et cette mobilité des partenaires rend difficile le travail sur le long terme. Mais la difficulté peut venir aussi du détenu lui-même, qu'il faut convaincre parfois de ne pas interrompre un traitement, de garder le lien avec le réseau de soins. Il a du mal à imaginer sa posture, le retour à la vie réelle après plusieurs années d'incarcération. Il faut être persévérant quand on travaille en milieu carcéral.

Un projet sur la continuité des soins des détenus

La Fédération Addiction, en partenariat avec l'APSEP et l'APAC, mène une réflexion nationale avec l'ensemble des acteurs concernés (médico-sociaux, sanitaires et judiciaires) dont l'objectif est de contribuer à une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués dans l'accompagnement et la prise en charge des addictions des personnes détenues.

Une enquête par questionnaire a été réalisée afin de recueillir des premiers éléments sur, d'une part, l'organisation des soins à l'entrée, pendant la détention et au moment de la préparation à la sortie et, d'autre part, les modalités de coopérations et les outils de concertations entre les différents acteurs de l'intra et de l'extra-muros.

Cette enquête confirme l'hypothèse que, si le principe de continuité des soins est admis par les professionnels de santé, sa mise en œuvre reste compliquée pour beaucoup d'entre eux. Il existe cependant des expériences, des pratiques et des outils contribuant à l'amélioration des articulations entre les différents acteurs impliqués, déclinables sur l'ensemble du territoire. Ces pistes concrètes de modalités d'intervention feront l'objet d'une production écrite en décembre 2013.

Vous pouvez consulter le rapport d'enquête sur www.federationaddiction.fr

AgendaFormations

À partir d'un tronc commun, comme « la formation de base en addictologie », le catalogue national propose des thématiques modernisées chaque année. Le nombre de place pour chaque session est limité, ne tardez pas à vous inscrire aux sessions qui vous intéressent. Contact : Aude Bouvry, animatrice de l'unité de formation et de l'événementiel : a.bouvry@federationaddiction.fr.
Tous les détails de nos formations sur www.federationaddiction.fr, rubrique Formations nationales.

Programme 2013

6 et 7 juin - *L'Entretien Motivationnel Niveau 2*

20 et 21 juin - *Pratiques des TSO en CSAPA*

24 et 25 juin - *Les dossiers patients informatisés : outil incontournable*

Du 16 au 20 septembre - *Formation de base en addictologie*

Du 23 au 27 septembre - *Formation RDR et usages de substances psychoactives*

2 et 3 octobre - *L'Intervention Précoce : concepts, stratégies et pratiques*

10 et 11 octobre - *Démarche d'évaluation dans les CSAPA et CAARUD*

16, 17 et 18 octobre - *Éclairages de la psychanalyse aux soins des addictions*

21 octobre - *Initiation à l'outil ASI (Addiction Severity Index) Niveau 1*

22 octobre - *Pratique de l'outil ASI (Addiction Severity Index) Niveau 2*

23, 24 et 25 octobre - *Conduites addictives et risque psychosocial ? Intervenir en milieu professionnel*

Du 13 au 15 novembre - *Sensibilisation à l'approche systémique en addictologie*

18, 19 et 20 novembre - *Phénomène des dépendances, du jeu de hasard et d'argent (gambling) et des jeux vidéo (gaming)*

25 et 26 novembre - *Soins obligés : quelles questions ? Quelles pratiques ?*

2 et 3 décembre - *Quelle prévention des conduites à risques et des addictions chez les publics jeunes ?*

12 et 13 décembre - *Histoire(s) de genre ou les femmes dans tous leurs « états »*

Actabonnement

Je souhaite (mettre des croix dans les cases correspondantes à votre demande) :

M'abonner pour les deux prochains numéros d'Actal au tarif préférentiel de 10€

Commander les numéros parus (dans la limite des stocks disponibles) n°3 n°4 n°5 n°6 n°7 n°8 n°9 n°10 n°11

Total : 6€ x nb total d'exemplaires, soit€

Coordonnées où vous souhaitez recevoir Actal : nom prénom

adresse

Tél email.....

Joindre votre règlement à l'ordre de la Fédération Addiction, 9 rue des Bluets 75011 Paris - Tel : 01 43 43 72 38 - Fax : 01 43 66 28 38

date..... signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser par écrit à la fédération. SIRET 529 049 421 000 17- Code APE 9499Z- Association loi 1901

fédération
addiction

■ PREVENTION ■ SOINS ■ RÉDUCTION DES RISQUES ■ RECHERCHE

3 JOURNÉES NATIONALES

Aller vers...

Prévention, soins, réduction des risques :
Les nouvelles alliances

BESANCON

13-14 JUIN 2013

CENTRE DES CONGRÈS MICROPOLIS

www.federationaddiction.fr - Tél. 01 41 43 77 33

Parcours de soin l'usager au cœur de l'articulation des pratiques et des acteurs

édito Alain Morel 01/03

Médico-social, ville, sanitaire, réseaux : améliorer l'articulation entre les acteurs en addictologie Dominique Meunier / Emma Tarlevé 04/09

La transdisciplinarité en question : une expérience collaborative de soins résidentiels Naïra Meliava 10/12

Au Québec : favoriser l'intégration des services aux personnes toxicomanes Michel Landry / Serge Brochu / Catherine Patenaude 13/18

L'approche systémique des addictions Dr Jean-Michel Delile 19/24

Panorama et enjeux des réseaux d'addictologie Maryline Teisseire / Anne-Marie Brieude / Didier Bry 25/31

Le généraliste au cœur de la nuée des acteurs de soins en addictologie Dr Dominique Jourdain de Muizon 32/35

Promouvoir la primo-prescription de Méthadone en médecine ambulatoire MG ADDICTIONS 36/39

Un réseau contre l'isolement des professionnels Interview 40/42

Une équipe pluri-professionnelle au cabinet du médecin généraliste regroupée en pôles de santé : les microstructures médicales Danièle Bader-Ledit/Dr François Brun/Dr George-Henri Melenotte 43/46

Hôpital : savoir faire les liaisons Interview 47/49

Institut du Cancer de Montpellier : une expérience d'articulation des acteurs de soins autour du tabac Dr Anne Stoebner-Delbarre 50/52

Injection à moindre risque : le pharmacien acteur de santé au sein de la cité Nicolas Bonnet/Lionel Sayag 53/56

Regards croisés – En Bourgogne et en Centre, l'articulation au service de l'intervention précoce Christine Tellier/Catherine Delorme 57/62

Un chez soi d'abord : l'articulation des acteurs et des pratiques à tous les niveaux Martine Lacoste/Catherine Péquart 62/68

Prison : la santé dedans et dehors Interview 69/71