

Mission d'évaluation du dispositif Médico-social en addictologie par l'IGAS

Contribution de la Fédération Addiction

Les addictions avec ou sans substance représentent, en France, un problème de santé publique aux impacts pluridimensionnels. Environ une personne sur trois est concernée, dans toutes les catégories de la population, les jeunes et certains publics « fragilisés » plus particulièrement. Selon une étude¹ de 2004, l'impact financier annuel des addictions dépasse 1% du PIB tandis que l'on estime qu'elles sont à l'origine de plus de 100 000 morts évitables.

Depuis quelques dizaines d'années, les conduites addictives s'inscrivent dans **un contexte sociétal « addictogène »** marqué par la mutation des contenants sociaux, culturels et familiaux, l'augmentation des facteurs de vulnérabilité (désocialisation, chômage...), et le renforcement des stimulations sensorielles (via le marketing ou les nouvelles technologies). Ces évolutions modifient la construction des moyens d'autocontrôle et mettent à l'épreuve les différents acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé. Elles contribuent à l'augmentation des expérimentations, des usages problématiques et pathologiques², associant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, des polyconsommations multiples et complexes, et précarisent nombre d'usagers. Elles nécessitent des interventions diversifiées et coordonnées, adaptées aux enjeux de ce début de XXI siècle.

La lettre de la Ministre des affaires sociales et de la santé au Directeur de l'IGAS ayant pour objet « mission d'évaluation du dispositif médico-social en addictologie », la contribution de la Fédération Addiction se veut synthétique, en lien avec l'évaluation conduite, et s'est concentrée sur ce dispositif de prise en charge des addictions.

PLAN DU DOCUMENT

I – La place du médico-social dans la réponse aux addictions

1. Quel parcours de soin dans les addictions ?

2. Le dispositif médico-social en addictologie

Quels publics ?

Quelles missions ?

La prévention

L'intervention précoce

La Réduction des Risques

Le soin

L'accompagnement à l'insertion et à l'inclusion sociale

Ressource / pivot

II - Politique publique et financement

1. La planification et la régionalisation des politiques de santé

Régionalisation des politiques de santé, quels impacts ?

Quelles perspectives dans le cadre de la future Loi de santé publique 2014 ? Quelles priorités entre plan national et déclinaisons régionales ?

2. Le financement du dispositif médico-social

Quelle évaluation ?

Tarifification et indicateurs médico-socio-économiques

¹ Coûts et bénéfices économiques des drogues de Pierre KOPP et Philippe FENOGLIO – OFDT – Juin 2004

² Drogues et addiction : données essentielles - OFDT - mai 2013

I – La place du médico-social dans la réponse aux addictions

1. Quel parcours de soin dans les addictions?

L'addiction est un phénomène multifactoriel, à la fois biologique, psychique, et social, dans son processus comme dans ses conséquences. Pris isolément, aucun n'est nécessaire ni suffisant. Les personnes confrontées à des comportements d'abus ou de dépendance s'en sortent souvent seules³, d'autres ont besoin d'une aide et d'un accompagnement spécifique.

La diversité des acteurs et des aides répond à celle des problématiques : conduites à risques de l'adolescence, précarité, pathologies psychiatriques, psycho-traumatismes, souffrances familiales, complications somatiques, isolement social, délinquance, difficultés d'accès aux soins, à la prévention, aux droits, à l'insertion économique, à la culture. Dans ce contexte, **le parcours de soin s'inscrit dans une « offre » transversale et complémentaire** qui fait appel à des intervenants du secteur médico-social, de la ville ou du sanitaire. **Il n'existe pas de modèle unique, seule l'évaluation des besoins permet d'apporter les réponses adaptées.**

Les addictions ont bénéficié d'un plan de santé publique 2007-2011 et d'un plan gouvernemental. Le plan de santé publique a validé les trois secteurs de prise en charge, sanitaire, ville et médico-social sans en préciser les nouvelles spécificités et complémentarités. La même année, un décret et une circulaire ont organisé la fusion administrative des CSST et des CCAA en CSAPA. **Une programmation budgétaire a été établie pour le sanitaire et pour la ville (principalement pour les réseaux)** mais pas pour le médico-social pour qui elle serait aussi utile au pilotage. Une commission addiction a été installée par la Ministre au niveau national, puis supprimée en 2013, et des Commissions Régionales Addictions (CRA) prévues réglementairement, ont été déployées en région⁴.

Intégrer, mettre en réseau et organiser l'articulation des acteurs sur les territoires sont autant de priorités pour rendre plus fonctionnelles et lisibles les réponses et permettre à chacun d'y trouver la plus adaptée à ses besoins et à son parcours de vie.

2. Le dispositif médico-social en addictologie

Le dispositif médico-social en addictologie s'est construit à partir de structures de prise en charge de la dépendance à des produits (l'alcool d'un côté, les drogues illicites de l'autre), d'initiatives et d'opportunités locales. Il s'est fondé sur le principe d'une **prise en charge gratuite** et qui peut être **anonyme** à la demande du patient, conformément à la loi du 31 décembre 1970. L'éthique de travail repose sur le respect de la personne, de sa dignité, de son intimité, le respect de ses droits fondamentaux, de ses choix, de son mode de vie et de ses projets. Initialement, ses objectifs étaient en partie centrés sur le sevrage, l'abstinence, et l'accueil de l'utilisateur demandeur de soins.

La mise en place des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), inscrits dans la loi de santé publique de 2004, puis des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) à partir de 2007, consacre la reconnaissance du concept d'addictologie et de Réduction des Risques et conforte **le secteur médico-social spécialisé**. La majeure partie de ce dispositif est portée par des associations à but non lucratif, la plupart de dimension locale ou régionale, d'autres à dimension nationale. Historiquement, celles issues de l'alcoologie sont plus anciennes que celles issues de la toxicomanie qui ont essaimé à partir des années 1970. Enfin, près d'un tiers des CSAPA ont une gestion hospitalière, dont l'origine remonte, bien souvent, à l'époque où il n'existait pas de filière addictologie à l'hôpital. Cette gestion par un hôpital pose problème car elle efface quasi systématiquement les spécificités médico-sociales et dénature ainsi l'offre de réponses. Les secteurs sanitaire et médico-social de l'addictologie doivent être suffisamment distincts pour être complémentaires.

Acteur de proximité, le dispositif s'est peu à peu dégagé du seul travail sur la demande et la dépendance pour déployer dans les différents domaines de ses missions une démarche d'« **aller vers** » les usagers et les professionnels et institutions non spécialisées susceptibles d'être en contact avec eux. Il **décline une réponse adaptée, graduée, transdisciplinaire**, quel que soit le lieu d'habitation (y compris dans les territoires ruraux et péri-urbains), la situation (personnelle, administrative, sociale, sanitaire, etc.) et le moment du parcours de vie et de soin. **Cette offre, globale et intégrée, ambulatoire et résidentielle, fournit aux patients qui en ont besoin une coordination entre les multiples intervenants qui l'accompagnent durant tout ou partie du parcours.** Ce dispositif médico-social s'articule avec l'offre sociale et sa priorité de lutte contre l'exclusion, la réponse hospitalière, centrée sur l'urgence et les plateaux techniques des spécialités médicales et la médecine de ville et son accessibilité de droit commun.

Quels publics ?

Le caractère multifactoriel de l'addiction et la diversité des publics accueillis rendent complexes la caractérisation de groupes de patients homogènes. Mais, de par sa prise en charge intégrée de soin et/ou de Réduction des Risques, ou en tant que « ressource » et appui à l'évaluation globale, l'offre médico-sociale est particulièrement adaptée à certains publics et

³ *Promoting self-change from addictive behaviors: practical implications for policy, prevention, and treatment - Harald Klingemann et Linda Carter Sobell - 2007*

⁴ *La loi HPST a supprimé l'obligation réglementaire de mise en place des Commissions Régionales Addictions.*

notamment :

Les publics jeunes : les études montrent que l'évaluation psycho-sociale globale est la réponse la plus efficace chez les jeunes en début de consommation. Il s'agit de prévenir les ruptures et d'être « ressource » en se positionnant au cœur d'un réseau qui croise les différents partenaires et secteurs où se trouvent ces publics « volatils » (Education Nationale, hébergement, Protection Judiciaire de la Jeunesse, missions locales...). Cette difficulté à pouvoir rentrer en contact, à reconnaître une demande d'aide ou d'évaluation de leur consommation, nécessite un niveau de spécialisation. Il s'agit d'une courbe de Gauss inversée.

Les publics non dépendants mais avec des usages problématiques (sociaux, sociétaux, insertion, etc) qui comme les publics jeunes, nécessitent des modalités d'approche et d'évaluation reposant sur le dispositif spécialisé.

Les publics éloignés de l'accès au soin notamment des publics spécifiques comme les jeunes en errance, les squatters, etc.

Les publics à forte vulnérabilité : Ce sont des publics qui ont des problèmes de dépendance croisés avec des problématiques sociales et économiques (isolement, marginalisation..) et des problématiques de comorbidités psychiatriques (schizophrénie, dédoublement de personnalité).

Les publics sous main de justice : l'accompagnement de ce public pour des délits en rapport avec leur consommation d'alcool est une activité très importante (de 20 à 40% des files actives des usagers « alcool »). S'agissant d'usagers, « non malades » et pourtant en obligation de soins, il s'agit, de fait, d'une intervention précoce. Cette utilisation par la Justice des ressources du dispositif médico-social devrait être précisément évaluée.

Quelles missions ?

Le dispositif médico-social en addictologie intervient sur toutes les formes d'addictions, qu'elles soient liées à une ou plusieurs substances psychoactives (alcool, drogues illicites, tabac, médicaments...) **ou à un comportement** (addiction aux jeux par exemple). Ses missions s'articulent autour de 6 axes fondamentaux et complémentaires qui permettent d'assurer un indispensable **continuum de prise en charge** :

- La prévention
- L'intervention précoce
- La Réduction des Risques
- Le soin médico-psychologique
- L'accompagnement à l'insertion et à l'inclusion sociale
- La fonction ressource / pivot

La prévention

La Stratégie Nationale de Santé indique la volonté de l'Etat de mettre en œuvre **un changement de paradigme du curatif au préventif**. Le plan gouvernemental 2013-2017 traite les différents domaines d'intervention (promotion et éducation à la santé, repérage et intervention précoce, Réduction des Risques et des dommages, éducation thérapeutique et prévention de la rechute), en priorisant certains publics, dont les jeunes, en cohérence avec le choix du Président de la République pour les 5 ans de sa mandature.

La mission IGAS en cours doit notamment évaluer la pertinence de l'intégration de la prévention comme mission obligatoire des CSAPA.

L'information sur les dangers des drogues et le rappel des interdits, bien que nécessaires, n'ont que peu d'efficacité sur les comportements. Aussi, la prévention des addictions portée par le dispositif médico-social en addictologie vise à éduquer et accompagner, à diminuer les facteurs de risques et à renforcer les facteurs de protection par l'acquisition de connaissances et de compétences psychosociales. Elle apporte des repères, favorise l'esprit critique, la réflexion sur l'expérience, l'autodétermination et le renforcement des autocontrôles.

Sous la forme de programmes formalisés et validés, cette éducation préventive trouve sa place dans les lieux et temps de l'apprentissage personnel, la famille et l'école, le milieu du travail et de la formation, etc. Elle optimise les principes de « *la promotion de la santé* »⁵ (voir charte d'Ottawa) en les appliquant à la problématique sociétale majeure du risque addictif qui demande des compétences spécialisées. Centrée sur les personnes et leurs conduites plus que sur les seuls produits et dangers, elle « va vers » et rencontre les publics dans leurs lieux de vie, en particulier ceux en situation de vulnérabilité (précaires, jeunes, publics prioritaires de la politique de la ville...). Elle associe les personnes-ressources en addictologie et les acteurs du territoire concerné (professionnels en charge de l'éducation, de l'accompagnement, de la justice, de l'insertion, du soin...) et se déploie sous des formes et dans des contextes différents (éducation, festif, justice, médecine générale et hospitalière, insertion...), en partenariat avec les autres acteurs.

Cette approche de la prévention concerne l'amont des usages mais aussi des publics qui peuvent déjà être dans des expérimentations, des usages réguliers, ou des abus. Elle se déploie, en groupe ou individuellement, en cohérence avec les **pratiques du soin, de l'intervention précoce et de la Réduction des Risques des CSAPA et CAARUD.**

⁵ Les principes de la promotion de la santé se fondent sur la charte d'Ottawa adoptée en novembre 1986

Propositions

En 2007, la mission prévention des addictions a été inscrite dans la circulaire CSAPA, au nom de sa synergie avec les autres missions, mais son financement est resté à part, obligeant les structures à d'incessantes recherches de subventions. Dans un souci d'efficacité de gestion et de cohérence des pratiques, il serait pertinent de **promouvoir la prévention comme une mission obligatoire des CSAPA** et de la doter d'un **financement pérenne**. Cela permettrait de :

- l'inscrire dans la durée et la proximité
- s'appuyer sur des programmes d'intervention évalués et validés
- interagir efficacement avec les autres acteurs du territoire
- stabiliser son intégration dans le continuum avec les autres missions (intervention précoce, Réduction des Risques, soin et insertion)
- être portée par des personnels qualifiés, formés et dont les connaissances sont régulièrement actualisées

Les financements, aujourd'hui morcelés et dispersés, **gagneraient à être recentrés sur la prévention des addictions** portée par le dispositif, **sur la base d'un diagnostic territorial** partagé par les financeurs et les acteurs et qui prendrait en compte le besoin des populations, l'existant de chaque CSAPA et les ajustements à faire, le cas échéant. Le nombre de poste doit prendre en compte l'existant et **ne peut être inférieur à 1 équivalent temps plein (ETP) par CSAPA**. Ce dispositif étant encadré par la loi 2002.2, il offre des garanties d'évaluation internes et externes⁶.

L'intervention précoce

Plusieurs pays ont fait de l'intervention précoce un axe essentiel de leur politique (Canada, Suisse, Suède par exemple). Elle s'applique tout au long de la trajectoire de consommation, en particulier lors des usages problématiques et **permet d'agir en amont de la demande et/ou de l'interpellation pénale**. Elle a pour objectifs spécifiques **la rencontre et le repérage** des personnes présentant des problèmes, **la minimisation des obstacles** pour modifier le comportement d'usage et l'accès à une **intervention adaptée** pour ceux qui en ont besoin. Elle repose en grande partie sur l'amélioration des compétences des acteurs en lien avec les publics (éducation, animation sociale, culturelle et sportive, inclusion sociale, milieu professionnel...) afin de leur permettre, en articulation avec les professionnels spécialisés, de dialoguer, de repérer et d'intervenir dans une communauté ou une institution si utile ou nécessaire.

La mission Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) associe des pratiques d'entretien clinique et de prise en charge adaptées au public ciblé et à ses entourages à **une stratégie d'intervention précoce**. Elle vise à raccourcir le délai entre l'apparition des premiers signes de pathologie, la mise en œuvre de traitements adaptés et un meilleur accès au dispositif. Elle fait le lien entre la prévention et les soins, dans une gradation des interventions, de la délivrance de messages généraux jusqu'à l'orientation vers une prise en charge spécialisée en passant par des conseils brefs donnés *in situ*.

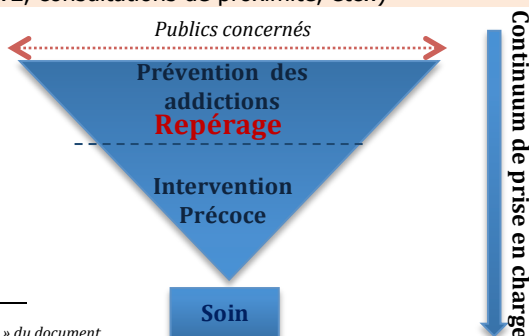
Dans les CSAPA, cette mission CJC est en lien avec les missions de prévention, soin et Réduction des Risques. Sa mise en œuvre est optimisée par un adossement à un service prévention (d'où la nécessité de rendre cette mission obligatoire) qui accentue la mise en place de l'environnement favorable.

Propositions

Afin de soutenir le déploiement de l'intervention précoce par les CJC, il serait nécessaire de **renforcer la mission Consultations Jeunes Consommateurs des CSAPA en personnels qualifiés et formés**, aptes à déployer les actions d'intervention précoce, en cohérence avec les besoins identifiés.

Ce renforcement de moyens permettrait de :

- ✓ **prioriser l'intervention précoce**, associé à la prévention, **dans les programmes** nationaux, régionaux et locaux mises en œuvre en direction des publics jeunes
- ✓ **former les acteurs de première ligne**, en charge de l'accueil, de l'enseignement, de l'éducation, de l'animation, du sport, de l'insertion ou de l'accompagnement des jeunes au quotidien
- ✓ **développer des actions** avec les acteurs de santé de premier recours (RPIB⁷ pour la médecine de ville et du travail par exemple)
- ✓ **assurer un accompagnement adapté** aux besoins des usagers et des familles (plages horaires, ligne téléphoniques dédiées, WE, consultations de proximité, etc..)



⁶ Voir partie II « politiques publiques et financements » du document

⁷ Repérage Précoce et de l'Intervention Brève

La Réduction des Risques

La Réduction des Risques (RDR) a comme objectif prioritaire de réduire les risques sanitaires, comportementaux et sociaux, de prévenir les dommages, d'éviter l'aggravation des usages. Cette mission est fondée sur une approche pragmatique dans un souci de respect et de dignité des personnes. Elle reconnaît les usagers comme des sujets responsables et citoyens, capables de faire des choix et, pour peu qu'on leur en donne les moyens, de se protéger et de protéger autrui. Il s'agit, dans le non-jugement, d'intervenir le plus précocement possible dans la trajectoire des usagers actifs et d'agir au plus près des usages et des comportements à risques.

La RDR s'est imposée à partir de la fin des années 1980, l'ampleur de l'épidémie VIH ainsi que le nombre croissant d'overdoses et de scènes ouvertes de consommations ayant bouleversé les stratégies de santé publique. La mise en œuvre de l'accès aux seringues en pharmacie, l'ouverture de programmes d'échange de seringues (PES) et de « boutiques » s'appuyant sur les usagers comme experts de leur consommation, la généralisation des TSO notamment par les acteurs de la ville, ont permis que la Loi de santé publique de 2004 la prenne en compte comme « philosophie d'intervention ». La création des CAARUD en 2006 et la définition, en 2007, d'une mission de Réduction des Risques pour les CSAPA auprès des usagers qu'ils reçoivent, au regard des usages et de tous les comportements à risque, en ont complété le développement.

Pour conduire leurs actions, de nouvelles formes d'intervention et d'accueil ont été mises en place par les acteurs de la RDR, et notamment :

- **des équipes mobiles** de rue et de médiation sociale en ville ou dans la ruralité
- **des hébergements spécialisés** en RDR pour Usagers actifs, les **Sleep'in**, ainsi que d'autres formes d'hébergements collectifs ou individuels spécialisés en appartement, en petits collectifs ou en hôtel (urgences psychosociales ou mise en place de traitements)

Ils poursuivent le triple enjeu de contacter et/ou accueillir de nouveaux publics non demandeurs de soin et, sur la base de cette rencontre, des équipes pluridisciplinaires peuvent contribuer à les mobiliser et à soutenir l'élaboration d'une demande plus globale d'accompagnement et de soins. Aujourd'hui, au-delà de leurs rôles vis à vis du VIH et du VHC/B, les actions de RDR participent pleinement à l'évolution des pratiques professionnelles initiée par la mise en place de l'addictologie. La Réduction des Risques s'impose aussi vis à vis de tous les usagers reçus, de tous les comportements, de tous les usages y compris les consommations « secondaires ». Elle constitue un véritable changement de paradigme.

Propositions

Poursuivre le déploiement d'une RDR au plus près des besoins des usagers, nécessite de :

- accentuer l'articulation autour des missions de RDR et de l'accès aux soins des publics qui en sont exclus, chacun avec ses spécificités, ses modes d'interventions et les particularités des professionnels qui les assurent.
- soutenir l'expérimentation et le déploiement de nouvelles stratégies de Réduction des Risques (accompagnement aux consommations, nouveaux modes de distribution des outils, déploiement d'actions de RDR alcool, nouvelles formes de RDR avec l'arrivée de l'e-cigarette...), si nécessaire en travaillant à un aménagement du cadre législatif en vigueur qui encouragerait les synergies CSAPA/CAARUD;
- assurer une pédagogie sociale et développer la médiation sociale en direction des élus, de professionnels du droit commun travaillant avec les usagers (médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux...), de représentants de quartiers pouvant faire évoluer les représentations et relayer les messages de RDR ;
- permettre une couverture territoriale suffisante pour que chacun puisse accéder à la RDR et notamment dans la ruralité et le péri-urbain ;
- former les équipes sur la base de données actualisées d'outils, de concepts et de postures en Réduction des Risques;
- poursuivre le développement des actions visant à réduire la prévalence des maladies infectieuses (VHC/B et VIH notamment) ;
- promouvoir le droit des usagers et les actions fondées sur l'empowerment
- favoriser la transférabilité des principes et pratiques de la Réduction des Risques à toutes les substances, comportements à risques en élargissant tant les publics concernés que les territoires d'intervention (détenus, monde du travail, etc)

Le soin

Le soin, dans le dispositif médico-social, se décline en réponses ambulatoires ou résidentielles, combinant sevrage, substitution, abstinence et appui à la mise en œuvre d'une consommation contrôlée, en fonction des besoins et des objectifs

de chaque patient et des limites apportées par le statut légal des substances. Il vise à sortir de l'usage nocif, de l'addiction et, à améliorer l'intégration sociale et la santé des personnes traitées.

L'efficacité des interventions repose sur *des critères* aujourd'hui reconnus :

- les services doivent être accessibles (dans le temps et la proximité)
- la personne doit être au centre du processus,
- les soins et les traitements doivent être *d'intensité et de durée* adaptée à la gravité de l'addiction et des ressources de la personne,
- *la question de la motivation* doit être abordée comme une variable susceptible d'être influencée dans le processus même de l'intervention,
- les objectifs des soins, et donc de Réduction des Risques, doivent être fixés avec la personne et être adaptés à celle-ci,
- **les familles et l'entourage doivent être impliqués**, les patients bénéficient du soutien de leurs parents et de leur communauté de vie,
- *la qualité de la relation* qui est nouée avec le patient se conjugue avec la technique d'intervention,
- *les changements* que le traitement fait émerger *doivent être durables et améliorer la qualité de vie*,
- *la Réduction des Risques et des dommages est partie intégrante du processus de soins*,

Sur ces bases, les différentes équipes développent des **soins ambulatoires transdisciplinaires** adaptés à leurs publics et leurs missions. Ils s'articulent autour de :

- l'accueil, l'évaluation et le diagnostic ;
- la prise en charge médicale pour **l'accès aux différents traitements** (substitution, **nouveaux traitement de l'alcool**) en partenariat avec la médecine de ville, mais aussi pour tout ce qui touche aux conséquences de l'usage, notamment les injections et les pathologies infectieuses, l'incitation au dépistage, l'orientation et l'accompagnement vers les services spécialisés dans le traitement des VIH / VHB et C, les troubles cognitifs des malades alcooliques et l'ensemble de leurs problèmes somatiques ; elle participe à construire les réponses aux comorbidités psychiatriques, en lien avec les acteurs de ce secteur ;
- la prise en charge psychologique et psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, consultations thérapeutiques à fréquence variable, programmes sur les Jeux de Hasard et d'Argent (JHA), travail de groupe, atelier d'expression ou de médiation, thérapie brève, psychothérapie d'orientation systémique, psychanalytique ou cognitivo-comportementale. Ces différentes approches, si elles se valent d'un point de vue thérapeutique⁸, permettent surtout d'apporter la réponse la plus adaptée aux besoins de la personne.
- la cure de sevrage peut être un objectif pour certains patients ou une étape pour d'autres, en amont d'un séjour en soins résidentiels notamment. Elle concerne aussi bien les drogues illicites (héroïne, cocaïne) que les médicaments ou l'alcool. Totale ou partielle, l'abstinence ne constitue pas la seule voie d'amélioration possible (réduction de la consommation...)

Les équipes développent des soins avec hébergement ou en résidentiel adaptés à leurs publics et leurs missions. **Le soin résidentiel** s'organise autour de trois paramètres⁹ :

- le changement d'environnement qui protège d'influences externes ou d'une trop grande proximité vis-à-vis de la substance ;
- le programme thérapeutique dont l'intensité et les propositions variées suscitent le changement ;
- la durée, de quelques semaines à plusieurs mois, pour inscrire ce changement au plus près des nouvelles habitudes de vie.

L'accueil collectif peut se faire au sein de trois dispositifs répondant à des besoins différents : les Centres Thérapeutiques Résidentiels, les Communautés Thérapeutiques les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition. L'accueil individuel peut se faire au sein : d'Appartements Thérapeutiques, de familles d'accueil.

Propositions

- Assurer la continuité du parcours de soin des usagers en proposant un « balisage » plus précis des missions et des complémentarités entre la médecine de ville, le dispositif médico-social et les hôpitaux. Cela permettrait une articulation plus fluide entre ces différents secteurs.
- Favoriser les passerelles entre dispositifs médico-sociaux et sanitaires, en s'appuyant notamment sur les ELSA, pour permettre aux personnes en situation d'addiction un accès effectif aux soins hospitaliers, et ce quelle que soit la spécialité (urgences, psychiatrie, obstétrique,...) et un accompagnement post hospitalisation.

⁸ Louise NADEAU, professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal, a montré deux choses essentielles dans ses travaux réalisés sur l'étude des psychothérapies et de leur efficacité pour les problèmes de santé mentale. La première est que « la thérapie est efficace et aucune technique n'est supérieure à une autre ». La deuxième souligne le fait que l'efficacité réside en réalité dans la qualité de l'alliance thérapeutique et de la relation instaurée entre le thérapeute et son patient.

⁹ Cf Guide pratique(s) sur le soin résidentiel de la Fédération Addiction remis en main propre le 19 décembre 2013

- Améliorer la prise en compte des comorbidités psychiatriques par une meilleure complémentarité et articulation entre les dispositifs spécialisés en addictologie et les dispositifs spécialisés dans le champ de la santé mentale.
- Renforcer l'articulation entre les professionnels spécialisés et ceux de la Justice afin d'assurer une continuité des soins pour les personnes sortant de prison et une prise en charge adaptée dans le cadre des obligations de soin.
- Soutenir les recherches/actions dans le secteur médico-social afin de favoriser l'évaluation des programmes et l'évolution des pratiques professionnelles.
- Renforcer la formation des professionnels du médico-social notamment sur les nouveaux usages (exemple : addictions sans substance).
- Favoriser l'interconnaissance sectorielle par un enseignement en addictologie dans les formations initiales et continues des professionnels de santé, ceci afin d'améliorer le repérage et la qualité de prise en charge des personnes.
- Organiser une réflexion concertée sur le soin résidentiel, support indispensable dans certains parcours.

L'accompagnement à l'insertion et à l'inclusion sociale

En complémentarité au secteur Accueil Hébergement Insertion (AHI) qui a pour objectif premier d'insérer, l'accompagnement à l'insertion et à l'inclusion sociale mis en œuvre par les CSAPA et les CAARUD est un outil au service de la démarche thérapeutique et/ou de la Réduction des Risques.

L'insertion fait partie intégrante du processus global de prise en charge des addictions. L'accompagnement proposé par les équipes pluridisciplinaires des CSAPA et des CAARUD vise à renforcer ou à recouvrer **l'autonomie de la personne**, à travailler avec elle sur les étapes individuelles qui permettent de **sortir de «l'identité addiction»** dans laquelle elle est bien souvent enfermée, à remobiliser sa capacité à être acteur de changements, à **mettre en œuvre alternatives** et solutions. Il consiste à réduire les risques, accompagner vers le soin tout en construisant un projet de vie.

Cet accompagnement conforte les conditions dans lesquelles le soin est mis en œuvre.

L'insertion est individualisée, elle respecte les compétences psychosociales de la personne, tient compte de son rythme, et s'adapte à sa situation personnelle. Elle est une ouverture sur l'extérieur permettant à la personne de recréer des liens sociaux, de se réinsérer et d'identifier les intervenants auxquels elle peut s'adresser en fonction de ses nécessités. Tout en poursuivant la démarche thérapeutique, elle permet plus précisément :

- de favoriser l'inclusion sociale en créant des « passerelles » permettant aux personnes accompagnées d'accéder de manière effective aux dispositifs de droit commun (logement, emploi, soins, etc) desquels elles sont bien souvent exclues du fait de leur isolement et des représentations collectives entourant les addictions
- d'accompagner les personnes dans leurs démarches, notamment administratives (CNI, domiciliation, CMU, RSA...), judiciaires et financières (surendettement...)
- d'aider les personnes à retrouver, à acquérir, ou à mobiliser les compétences et les savoir-faire qui favorisent leur place dans la société civile
- de travailler sur des aspects plus spécifiques de leur situation, en particulier sur la parentalité et le maintien du lien parent/enfant

Pour les publics s'adressant aux CAARUD, il s'agit de contribuer à leur accès aux dispositifs de droit commun, leurs conditions de vie et le fait qu'ils soient actifs dans leur consommation étant la plupart du temps une entrave à un minimum d'insertion.

Dans le cadre de cet accompagnement, le CSAPA ou le CAARUD travaillent **le parcours de soin et le parcours de réinsertion sociale dans une même dynamique**, avec les professionnels du secteur Accueil Hébergement Insertion (AHI), et dans le respect **des missions et des objectifs de chacun.**

Ressource / pivot

A l'échelle du territoire de proximité, le CSAPA travaille avec l'ensemble des acteurs spécialisés ou non en addictologie. Complémentaire des lieux de recherche et d'enseignement académique du niveau 3 de l'hôpital, il est une **structure de référence** pour les pratiques addictives et pour l'accompagnement des usagers et de leur entourage. Il **propose son appui et son expertise pour déployer des actions** de prévention, d'intervention précoce, de RDR et de soin, sous des formes et dans des contextes différents (éducation, festif, justice, parcours de soin, insertion...). Offrant plusieurs portes d'entrée, Consultations Jeunes Consommateurs, Réduction des Risques, travail en prison, traitements de substitution, prise en charge des comorbidités infectieuses et psychiatriques, il **tient une place de pivot dans le parcours de soin, l'orientation des publics et l'identification des différents acteurs du territoire avec qui il est amené à travailler régulièrement.**

Cette fonction ressource / pivot conduit les CSAPA à renforcer un certain nombre de leurs compétences et de leurs savoir-faire et notamment sur :

- la recherche et la formalisation de partenariats sur leur territoire
- le lien avec le réseau de santé (lorsqu'il existe) pour un partenariat avec les acteurs de l'addictologie présents sur le territoire (médecine de ville, pharmaciens, hôpital, ELSA...)
- l'articulation des actions favorisant une circulation fluide des patients dans le dispositif global (en interne au sein du CSAPA et en externe)
- les actions d'information et de formation des acteurs locaux, et notamment des acteurs de premier recours

II – Politique publique et financement

1. La planification et la régionalisation des politiques de santé

Régionalisation des politiques de santé, quels impacts ?

Le législateur n'avait pas intégré de référence à l'addictologie dans la loi HPST, au motif qu'elle ne méritait pas plus que d'autres spécialités médicales d'être citée. Les addictions ne sont mentionnées que comme une sous-catégorie de la thématique Santé Mentale, (ce qui est loin de couvrir l'ensemble des situations des personnes relevant de notre champ d'intervention), l'un des cinq domaines stratégiques de santé que devait obligatoirement décliner chaque ARS dans son PRS.

Près de trois ans après sa mise en application, le bilan est contrasté :

- Les addictions sont traitées de manière très hétérogène dans les PRS, tant en termes de visibilité que de déclinaison opérationnelle. Seules six ARS en ont fait une de leurs priorités de santé
- Les diagnostics sur lesquels se sont fondés les Projets Régionaux de Santé prennent en compte les données sanitaires, mais pas suffisamment les données sociales et les tendances de consommation émergentes
- La représentation du secteur dans les instances de démocratie sanitaire est assez faible, compliquant la prise en compte de cette thématique,
- le déploiement du dispositif médico-social, prévu et validé par les CROSMS¹⁰, n'a pu être mis en œuvre en totalité faute de moyens financiers suffisants ; dans certaines régions, sa gestion par des hôpitaux l'a éloigné de ses spécificités médico-sociales
- le financement de la prévention par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) au niveau des crédits Etats explique un positionnement du dispositif médico-social en addictologie variant selon les ARS, parfois rattaché au Pôle Prévention/Promotion de la Santé,
- des « référents addictions » ont été nommés dans la plupart des ARS pour assurer la coordination interne entre les pôles médico-social et prévention/promotion de la santé.
- la coordination des politiques régionales en matière de prévention des addictions reste complexe au regard des compétences propres à chaque institution (ARS, MILDT, collectivités territoriales, Education Nationale, Culture...), sa gestion est morcelée plus que construite en complémentarité, et en transversalité, avec les apports de la science et de la recherche

Propositions

Pour soutenir, sur tout le territoire national, une politique cohérente en matière d'addictions, il serait nécessaire de :

- désigner les addictions comme une véritable priorité nationale et régionale de santé,
- actualiser le cadre législatif et réglementaire au regard des besoins et des pratiques actuelles afin que chacun puisse s'y référer,
- disposer d'un diagnostic et d'une analyse des réponses fiables et conformes aux réalités, tant au niveau des typologies de populations, des besoins et que des bassins de vie (territoires),
- veiller au déploiement d'une offre graduée (prévention, intervention précoce, Réduction des Risques, soin, insertion) et cohérente (couverture territoriale, besoins des populations...), limitant ainsi les « effets de concurrence et d'opportunité » induits par les appels à projet,

¹⁰ Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale - Remplacés depuis le décret du 26 juillet 2010 par des procédures d'appel à projet gérées par les ARS

- articuler et évaluer les réponses apportées par les différents acteurs spécialisés (sanitaire, ville, médico-social) au niveau régional comme dans les territoires de santé,
- définir des priorités régionales d'interventions communes aux différents acteurs institutionnels (l'Etat, les ARS, et les collectivités territoriales notamment) dont les compétences croisent les addictions : la santé des jeunes, la prévention de la délinquance, la mission prévention des collectivités territoriales ... Mieux les coordonner permettrait une meilleure visibilité de l'action publique et une répartition cohérente des financements par programme, par public et par territoire,
- réserver des sièges aux représentants du secteur des addictions à l'occasion du renouvellement des membres des instances de démocratie sanitaire, prévu en 2014, dans chaque Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et chaque Conférence de Territoire. Cette représentation, régionale et territoriale, permettrait d'améliorer la prise en compte des addictions dans les politiques régionales de santé et de veiller à une meilleure transversalité avec les autres priorités de santé (comme cela se fait sur le handicap, les personnes âgées...),
- disposer des moyens financiers suffisants pour mettre en application l'ensemble des points ci-dessus.

Quelles perspectives dans le cadre de la future Loi de santé publique 2014 ? Quelles priorités entre plan national et déclinaisons régionales ?

Aujourd'hui, la politique de l'État en matière d'addictions s'organise autour du « plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 », lui-même s'inscrivant dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) annoncée en septembre 2013 par la Ministre de la Santé, qui comporte un volet d'orientation sur les addictions. Les priorités que décline le plan gouvernemental devraient constituer le « socle addictions » de la future Loi de santé publique de 2014.

Ce plan repose sur trois grandes priorités :

- **prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux** en empêchant, retardant et limitant les consommations des jeunes, en améliorant le soin et l'accompagnement des femmes usagères de drogues et en rapprochant les dispositifs de prévention et de soins des populations les plus éloignées ;
- **fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation**, notamment en soutenant la recherche sur les nouveaux traitements médicamenteux et les stratégies thérapeutiques innovantes ainsi que les recherches en sciences sociales ;
- **renforcer conjointement la sécurité, la tranquillité et la santé publiques** au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

Ces priorités seront déclinées dans le cadre des mesures nouvelles de l'ONDAM et mises en œuvre régionalement par les Agences Régionales de Santé (ARS), selon leur Projet Régional de Santé (PRS)¹¹, et par les Chefs de Projet MILDT via des appels à projets. Divers programmes et contrats locaux (Projets territoriaux de Santé, Plan locaux de Santé, etc.) reprendront ensuite ces dispositions en « infra-territorial ». Les liens entre ces différents acteurs de la gouvernance nécessitent d'être clarifiés (une mission conjointe sur l'évaluation du pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre la drogue et la toxicomanie est en cours dans le cadre de la modernisation des politiques publiques).

Propositions

La loi de santé publique de 2014 doit tenir compte d'un contexte social fortement addictogène et doit s'appuyer sur une consultation des instances représentatives des professionnels et des usagers. En se centrant sur la prévention et l'accompagnement des consommations problématiques et pathologiques, elle doit permettre de :

- définir précisément les différents niveaux d'intervention (prévenir, réduire les risques, intervenir précocement, prendre soin, accompagner, réinsérer)
- décliner et adapter ces interventions selon les publics et les comportements addictifs et les territoires.
- structurer la prévention dans cette logique de continuum en l'organisant non pas sur une logique « d'opérateurs » mais en s'appuyant sur un dispositif (le P des CSAPA). Ce dispositif étant encadré par la loi 2002.2, il offre des garanties d'évaluation internes et externes.
- diminuer les inégalités d'accès à l'offre en addictologie par une approche populationnelle et territoriale

Cette loi de santé publique devrait contribuer à mieux **harmoniser les politiques de santé et de sécurité publique**, qui ne doivent pas être opposées mais poursuivre des objectifs partagés renforçant leur efficience.

¹¹ La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, dite loi HPST, a doté les Agences Régionales de Santé d'un nouvel outil de planification, le Projet Régional de Santé (PRS). Constitué d'un plan stratégique, de trois schémas (prévention, médico-social, organisation des soins) et de programmes régionaux, il est établi, pour cinq ans, sur la base d'un diagnostic des besoins et des ressources du territoire.

Pour une autre politique des addictions

En 40 ans, la pénalisation de l'usage de stupéfiants n'a réussi à enrayer ni leur disponibilité, ni leur consommation. La criminalisation des usagers de drogue fait obstacle à la protection de la santé en rendant plus difficile leur accès aux services de prévention et de soins, et accroît leurs prises de risques. Ainsi, loin de protéger la santé, la répression de l'usage contribue à son aggravation. La Fédération Addiction participe à un collectif qui réfléchit à une rénovation du cadre législatif¹².

Pour en savoir plus : www.pouruneautrepolitiquedesaddictions.fr

2. Le financement du dispositif médico-social

Au niveau réglementaire, les CSAPA et les CAARUD font partie du dispositif médico-social régi par la loi 2002-2¹³. Ils sont soumis à une autorisation administrative de fonctionnement et tenus de procéder à des cycles d'évaluation interne et externe. Depuis la loi HPST, un appel à projet préside à toute nouvelle création ou modification d'établissement.

Le dispositif est financé par :

- **l'assurance maladie, via l'ONDAM¹⁴ médico-social, pour la partie soin/accompagnement (y compris les Consultations Jeunes Consommateurs) et la Réduction des Risques.** Mais contrairement aux autres champs du médico-social (handicap et personnes âgées par exemple), **il n'existe pas de programmation budgétaire pluriannuelle pour l'addictologie.** Les budgets de fonctionnement et les mesures nouvelles sont décidés chaque année, souvent tardivement et sans anticipation, compliquant significativement le travail des directions et des équipes. De plus, ces budgets ne prennent pas toujours en compte les priorités régionales inscrites dans les PRS lorsqu'elles existent.
- **de multiples sources de financements (ARS, MILDT, Etat, collectivités territoriales...) pour la mission prévention.** Ce morcèlement et le caractère non pérenne des financements (même s'ils sont bien souvent reconduits d'une année sur l'autre) fragilise les acteurs de la prévention (turn-over des professionnels dont les postes ne sont pas sécurisés, difficultés d'assurer une continuité des actions, impact sur la professionnalisation des intervenants...). Ils représentent une déperdition d'énergie, un frein à l'expérimentation comme au déploiement des programmes de prévention. Leur gestion administrative constitue une perte de temps et d'argent pour les structures du dispositif comme pour les financeurs institutionnels, rendant urgent de réformer ce financement et d'en assurer la pluri-annualité. Le dispositif étant encadré par la loi 2002.2, il est soumis à toutes les obligations de contrôle et d'évaluation.

Une programmation pluriannuelle des financements, comme elle existe aujourd'hui dans d'autres champs du médico-social avec le PRIAC¹⁵, permettrait de **mettre en cohérence les objectifs fixés** par la planification nationale (notamment le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017) **avec les priorités régionales et les moyens financiers à déployer pour les atteindre.**

Une première estimation de ces moyens financiers pourrait être faite à partir de la consolidation des diagnostics territoriaux déjà réalisés dans le cadre des travaux d'élaboration des Projets Régionaux de Santé. Cette estimation serait ensuite débattue avec les principaux représentants du dispositif avant d'être définitivement adoptée.

Quelle évaluation ?

Conformément à l'article L.312-8 du CASF¹⁶, les CSAPA et les CAARUD procèdent à des cycles **d'évaluation de la qualité de leurs activités et prestations délivrées.** Ces évaluations internes (réalisées directement par les établissements et services) et externes (réalisées par un organisme habilité par l'ANESM¹⁷) forment une **démarche globale dont les résultats conditionnent la reconduction de l'autorisation** administrative délivrée aux établissements. Cette **démarche continue** est retracée chaque année dans le rapport d'activité ainsi que dans **des rapports d'évaluation remis à l'ARS selon un calendrier fixé réglementairement.**

En s'appuyant sur des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ces évaluations permettent de **rendre compte des résultats et des effets des actions engagées ou réalisées,** en expliquant la façon dont ils ont été, ou non atteints. Il s'agit de vérifier si **le service correspond bien aux attentes ou aux besoins des usagers** et s'il est cohérent avec le projet de l'établissement et avec les missions pour lesquelles celui-ci est conventionné.

¹² Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses

¹³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, parue au JO du 3 janvier 2002

¹⁴ Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)

¹⁵ Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

¹⁶ La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit dans l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) la notion d'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médicosociaux (ESSMS).

¹⁷ ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

Sous réserve que l'administration puisse les traiter, les évaluations sont **un support au dialogue et à la concertation entre les pouvoirs publics et les organismes gestionnaires**. Elles contribuent à une meilleure connaissance des besoins et à l'amélioration du dispositif sur les territoires. Des recherches évaluant les résultats des pratiques de soin et d'accompagnement seraient aussi nécessaires¹⁸.

Tarification et indicateurs médico-socio-économiques

Le dispositif médico-social en addictologie, à la fois ancien par son histoire et jeune dans son organisation (réorganisation en CSAPA et CAARUD, rattachement réglementaire au secteur médico-social...) a été impacté par de nombreuses réformes dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint. Il n'a pu achever un déploiement pourtant validé en CROSMS, tant d'un point de vue territorial que de celui de ses missions. **Terminer ce déploiement**, (en particulier celui des CAARUD dont beaucoup sont dans l'incapacité financière de remplir l'intégralité des missions qui leur sont confiées) est **un préalable à toute tentative de mise en place d'une convergence tarifaire**, si celle-ci était envisagée pour le secteur.

A ce préalable s'ajoute **la nécessité de co-construire, avec les représentants du dispositif**, des indicateurs pertinents et exploitables. Les expériences d'autres dispositifs des secteurs sociaux et médico-sociaux montrent qu'**une mise en œuvre trop rapide de ces indicateurs, surtout en l'absence de véritable concertation en amont, ne fonctionne pas, et peut même s'avérer contre-productive** comme le démontre le rapport Vachey¹⁹.

Ainsi, cette co-construction pourrait permettre d'obtenir : **des indicateurs**

- **exploitables** par l'administration comme par les gestionnaires qui ont l'obligation de les transmettre
- **pertinents** et prenant en compte la diversité des populations accueillies, des réponses apportées et des ajustements territoriaux
- **clairs et objectivables, pouvant être renseignés de la même manière par tous les gestionnaires** pour permettre des comparaisons, des moyennes et des médianes nationales, régionales et départementales
- **fiables pour décrire les populations, leurs besoins et les facteurs environnementaux**. Cette répartition doit dépasser les simples questions de sexe, d'âge et de diagnostic. Elle doit s'intéresser à la problématique à laquelle s'adresse la prise en charge globale de l'individu.
- **formant un tout cohérent qui ne devront pas être utilisés de manière isolée** (ce que prévoient certaines réglementations en court) toujours pour respecter la problématique globale d'un patient.

Mettre en place des indicateurs médico-socio-économiques demande du temps et une méthodologie claire (état des lieux ; concertation et co-construction d'indicateurs pertinents et suffisamment fins pour traduire la diversité des personnes accompagnées, des prestations,... ; expérimentation sur la base du volontariat ; calendrier clair et réaliste ; simulations et, au terme de l'expérimentation, restitution de ces simulations et des enseignements que l'on peut en tirer ; relier ces données à une doctrine claire de l'accompagnement, des soins et de ce que la société et les pouvoirs publics visent en la matière). **Cela implique aussi de ne pas avoir une approche purement financière** tout en ne niant pas que cela constitue une partie, mais une partie seulement, du débat.

La Fédération Addiction, avec l'aide de son réseau d'adhérents, est prête à y apporter son concours.

¹⁸ Voir nos propositions dans la partie I « soin »

¹⁹ Rapport IGAS-IFG relatif aux établissements et services pour personnes handicapées