

Quelques incontournables pour les pratiques de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Catherine Delorme)

Catherine Delorme, directrice du CSAPA Passerelle 39-Oppélia assure qu'il est nécessaire de partir des missions des CSAPA fixées dans le décret du 14 mai 2007 pour travailler sur la clinique et les pratiques professionnels. La clinique des addictions a évolué avant même que la structuration du secteur de l'addictologie se fasse.

Les CSAPA se doivent d'assurer la totalité des missions obligatoires prévues par le décret de 2007. Ils s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique). Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun.

Ainsi, pour tenir compte de l'organisation actuelle du dispositif, jusqu'ici structurée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre, les CSAPA peuvent conserver une spécialisation comme a pu le faire le CSAPA Le Relais en déposant une « spécialisation toxicomanie » et le CSAPA Equinoxe en déposant une « spécialisation alcool ». Mais à terme, il faudra proposer une offre généraliste, sans distinguer les types de consommation. Il ne s'agit donc pas d'une déspecialisation des intervenants mais plutôt d'un enrichissement des compétences au service de la prise en charge.

Ce décret encourage le développement de programmes spécifiques sur appel à projet en collaboration avec d'autres structures, dans le but d'apporter une réponse coordonnée sur le territoire. Le tout assorti d'évaluations internes et externes comme tout établissement médico-social.

Le CSAPA a des missions obligatoires et des missions facultatives :

Missions obligatoires :

L'accueil : en proposant un accès facilité au niveau de l'emplacement, du lieu et des horaires. Un accès simplifié qui se veut anonyme et adapté à la confidentialité. Dans le cahier des charges, il est aussi question d'accueil inconditionnel (à réfléchir et à définir par les CSAPA). Comment se rend t on accessible aux usagers ? Comment adapte t on notre seuil physique (accessibilité) et d'exigence ? Ceci renvoie au fait de se questionner sur le fait de recevoir toute personne même ceux qui ne sont pas prêt à

travailler sur une conduite de changement. L'accueil doit donner envie aux usagers de revenir dans les locaux et d'engager un accompagnement.

L'information : l'information donnée au patient ou à l'entourage doit être orale ou écrite et toujours accompagnée et explicitée. Les CSAPA se doivent aussi d'accueillir les proches des usagers (famille, ami...) car l'entourage est un des facteurs de réussite dans l'accompagnement au changement. Ce public est plus ou moins nouveau en fonction des CSAPA et ce type de prise en charge doit être réfléchi et travaillé en interne. Il en va de même pour le travail en partenariat. L'important ici, est de s'accorder sur la notion de secret professionnel, de confidentialité et de fixer au préalable un protocole qui définira les éléments pouvant être transmis et à l'inverse ceux qui resteront confidentiel.

L'évaluation et prise en charge : elle doit être médicale, psychologique et socio-éducative en plus d'être globale et généraliste. La globalité renvoie à la dimension biologique, psychologique, somatique, éducative, sociale, etc. La question généraliste elle, renvoie à la globalité des conduites additives : licites, illicites comportementales. Cette nécessité d'évaluation renvoie aux différentes disciplines présentes au sein de chaque équipe de chaque structure. Pour évaluer, il est indispensable de mobiliser plusieurs professionnels différents : c'est ce qu'on appelle la pluridisciplinarité, qui se définit par l'étude d'une situation par plusieurs disciplines au service d'une discipline considérée. On peut distinguer la pluridisciplinarité dans le diagnostic et la pluridisciplinarité dans l'accompagnement des usagers. Dans le secteur, on s'interroge également sur le concept de « transdisciplinarité » (mot inventé par PIAGET en 1970) qui renvoi au décloisonnement. Le décloisonnement clinique semble plus adapté à la réalité de la prise en charge. L'évaluation se veut donc multidimensionnelle, globale et partagée au sein des équipes. Elle positionne chaque professionnel sur un même niveau hiérarchique. Ceci vient faciliter le travail ensemble et permet de discuter collectivement les objectifs de soin et de les formaliser (DIPC), dans le but de pouvoir les ajuster, les retravailler en fonction de l'évolution de l'accompagnement.

L'orientation : soit via une prise en charge par le CSAPA soit via une orientation vers une autre structure qui induit un fonctionnement partenarial à formaliser.

Réduction des risques : informations, délivrance d'outils, prévention des virus (Dépistage VIH/VHC/VHB + Vaccination gratuite).

Médicaments : Délivrance TSO.

La prévention : La mission de prévention des conduites addictives, individuelle et collective, qui était une mission facultative des CSAPA devient, avec l'article 42 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, une mission obligatoire. Pour se faire, chaque CSAPA a bénéficié de moyens financiers dédiés à cette mission. A noter que la prévention ne propose plus, et ce depuis des années, une approche par produit mais bien une approche par comportement. De cette approche a

découlé des méthodes autour de programmes qui s'appuient sur le développement des compétences psycho sociales et sur les déterminants de santé. La mission de prévention s'est inscrite dans une approche globale et généraliste bien plus tôt que la mission « soin ».

Missions facultatives :

Consultations de proximité : le maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté, là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées (repérage et intervention précoce + développement des consultations jeunes consommateurs...).

L'accompagnement des personnes détenues ou sortant de prison : assurer une prise en charge pour ce public spécifique.

Catherine Delorme rappelle qu'en 1975 s'est créé un secteur intermédiaire (entre le secteur sanitaire et le secteur social) qu'on appelle depuis, le secteur médico-social. En 1990, les CCAA (centre de cure ambulatoire en alcoologie) sont entrés dans ce secteur. Les CSST (centre de soins spécialisé en toxicomanie), en revanche, ont continué à fonctionner dans un secteur à part qui est celui de la prise en charge des toxicomanies (= légitimité et moyens moindres).

Les ARS, en 2009, ont demandé au centre d'addictologie un meilleur maillage territorial pour couvrir les zones blanches. Les centres ont répondu à des appels à projet et c'est à ce moment-là que les équipes ont dû travailler ensemble en réunifiant les dispositifs pour construire des parcours de soin en vue d'améliorer la prise en charge des usagers en additionnant les compétences de chaque structure, et en repérant les forces en présence sur le territoire.

Ainsi, en cas de rapprochement, la question de l'identité professionnelle se pose rapidement. Pour faire évoluer l'identité professionnelle, il apparaît indispensable de travailler sur les pratiques professionnelles en construisant collectivement des pratiques communes sans se dissoudre, sans confusion et en s'enrichissant les uns des autres (prendre en compte tous les acteurs y compris les partenaires).

Le travail sur la prévention entre les 5 CSAPA de la région a permis la construction d'une identité commune de la prévention. Ces mouvements de terrain sont venus impulser le travail inter CSAPA qui doit se poursuivre.