

RESUME

DE LA METHODE D'ELABORATION ET DU CONTENU DU SCHEMA REGIONAL D'ADDICTOLOGIE 2009 – 2013 DE PICARDIE

La circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie suggère qu'avant d'instruire les demandes d'autorisation de Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), structures médico-sociales créés par la loi du 2 janvier 2002 pour remplacer les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) et Centres de Cure Ambulatoires en Alcoologie (CCAA), **un schéma régional médico-social en addictologie soit adopté**. Les gestionnaires des CSST et des CCAA ayant jusqu'au 22 décembre 2009 pour déposer, auprès du préfet de département, un dossier de demande d'autorisation en vue de la transformation de ces établissements en CSAPA, le schéma régional médico-social doit être publié courant 2009.

Les gestionnaires de CSST et CCAA devront déposer dans les délais impartis leur demande d'autorisation en tant que CSAPA en respectant l'organisation articulée présentée dans ce schéma.

La Picardie a décidé d'être plus **ambitieuse** que les dispositions de la circulaire en ayant une approche plus transversale : élaborer non pas un schéma médico-social d'addictologie mais **un schéma régional d'addictologie qui organise l'articulation de l'ensemble des dispositifs : de la prévention, des soins, du médico-social et du social**.

I – Une méthodologie d'élaboration permettant une approche globale, préfiguratrice de l'organisation future issue des Agences Régionales de Santé

La Commission Régionale Addictions, co-présidée par la Directrice de la DRASS et par le Directeur de l'ARH ou son représentant, a été installée le 23 septembre 2008. Elle a supervisé et guidé les travaux d'élaboration du schéma en se réunissant 2 fois : le 19 février et le 21 avril dernier. Lors de sa dernière réunion, elle a validé le projet de schéma qui est ici soumis aux membres du CROSMS.

Les 3 groupes de travail (« prévention », « soins » et « stabilisation et accompagnement ») mis en place se sont réunis environ tous les mois depuis le mois d'octobre 2008 jusqu'au mois d'avril 2009. Chaque groupe était composé d'environ 15 à 20 personnes issues d'horizons différents : associatifs, sanitaire (libéraux, hospitalier), médico-social, social, représentants des usagers.

Deux réunions inter-groupes ont également eu lieu pour aborder la question des prises en charge en Soins de Suite et de Réadaptation et des comorbidités somatiques et psychiatriques.

La coordination des travaux a été assurée par le chef de projet au sein de l'équipe projet annoncée qui s'est réunie 2 fois : le 12 décembre 2008 et le 16 mars 2009.

Trois ateliers thématiques sont venus compléter, en février 2009, les réflexions sur 3 questions transversales que sont la prise en charge des personnes sous main de justice, la prise en charge des addictions sans produit et la question de la formation et de la démographie des personnels. Ces ateliers thématiques réunissaient les 3 groupes de travail et d'autres personnes qualifiées.

La démarche a été présentée en Commission Régionale d'Organisation des Soins vers les Enfants et Adolescents (CROSEA) et en Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale en vue d'obtenir de leur part une contribution aux réflexions en cours.

Ces travaux ont donc été conduits sous l'angle de la concertation en associant très largement l'ensemble des acteurs aux différentes étapes du processus d'élaboration.

Enfin, signe fort de cette volonté d'articulation de l'ensemble des dispositifs au service d'une prise en charge coordonnée et efficace, ce schéma sera **cosigné** par Monsieur le Préfet de Région, au double titre de la prévention et de l'offre de soins médico-sociale, et par Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, au titre de l'offre de soins sanitaires.

II- Présentation des priorités du schéma régional d'addictologie 2009-2013

Le schéma comporte sept parties :

- trois parties qui introduisent et motivent l'organisation proposée
- une partie qui présente les priorités régionales et les principes généraux qui guident l'organisation à mettre en place
- une partie qui présente la territorialisation de l'organisation des soins (sanitaires et médico-sociaux)
- deux parties qui définissent les modalités de mise en œuvre et de suivi du schéma régional.

2.1 Les priorités régionales

Elles ont été formulées sur la base :

- des orientations européennes et nationales (annexe 1 du schéma)
- de l'état des lieux de l'équipement existant (cartographie dans le schéma)
- des orientations du SROS 3- volets addictologie et Soins de Suite et de Réadaptation.

Elles sont au nombre de 4 :

- renforcer le dépistage et l'accueil de proximité
- améliorer l'accès aux soins
- assurer la continuité de la prise en charge
- renforcer la qualité de la prise en charge

Elles se déclinent ensuite en principes généraux.

2.2 Les principes généraux d'organisation

Ils sont au nombre de 6 :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- une politique à l'intention de tous- une implication de tous les acteurs- une organisation par territoire de santé définis par le SROS 3- une articulation des acteurs formalisée- l'organisation d'un dispositif complet de prise en charge sur un territoire- une organisation adaptée aux réponses à des publics vulnérables |
|--|

Pour les mettre en œuvre, le schéma insiste sur certains points incontournables :

- une organisation des acteurs au sein d'un **territoire de santé** tels que définis actuellement par le SROS 3. Toutefois, ces territoires restent un cadre qui ne doit pas être un frein à toute volonté de coopération entre des acteurs de zones frontalières.
- la création de **réseaux** : l'un régional, d'autres territoriaux pour organiser la coopération et la complémentarité de chaque acteur qu'il soit du secteur de la prévention, du soin (sanitaires ou médico-sociaux), de l'accompagnement, de l'hébergement ou de la réinsertion sociale.
- au-delà de ces réseaux, toute forme de coopération est encouragée pour construire ou renforcer une **filière en addictologie** : les futures Communautés Hospitalières de Territoire, le Groupement de Coopération Sanitaire ou Groupement de Coopération Social et Médico-Social, les conventions ...
- un **dispositif complet de prise en charge** du repérage à l'insertion professionnelle et sociale est à organiser au sein de chaque territoire. Le dispositif médico-social en addictologie et notamment les CSAPA ne vient pas se substituer aux dispositifs déjà existants. Il vient les compléter au regard des missions qui sont les siennes. Par exemple pour les jeunes, les différents acteurs accueillant des jeunes (Education nationale, Points Accueil Ecoute Jeunes et autres points-écoute, Missions Locales, Maison des Adolescents ...) joueront pleinement leur rôle en terme de prévention ou de soins en addictologie grâce au soutien que lui apporteront les structures d'addictologie par convention sous la forme de permanences, de consultation avancées ou d'offre de formations.
- pour mailler au maximum le territoire et favoriser la proximité du dispositif, le développement des **consultations avancées**, des **permanences** et des **équipes mobiles** est encouragé dès que nécessaire et ceci à chaque stade du dispositif.
- Une coopération forte est particulièrement demandée entre les acteurs des **consultations ambulatoires** qu'elles soient hospitalières ou médico-sociales : sur chaque site, ces acteurs doivent s'organiser pour proposer une diversité de consultations (généralistes, spécialisées, pour certains publics ou certains produits) et prévoir des complémentarités concernant les jours et horaire de consultations pour assurer un accès aux soins maximum et la continuité des prises en charge.
- Le schéma insiste également sur **l'implication de la médecine de ville et des officines de pharmacie** tout au long du parcours de l'utilisateur : que ce soit au moment du repérage, de la prévention, du soin et de l'accompagnement.
- une organisation prévue pour prendre en charge les **publics plus vulnérables** : les jeunes, les femmes enceintes ou avec enfant, les personnes sous main de justice, les personnes atteintes de comorbidités somatiques et/ou psychiatriques et les patients chroniques.

2.3 L'organisation proposée par le schéma

Les CSAPA seront partie prenante de cette organisation aux différentes étapes du parcours de l'utilisateur.

Les éléments principaux sont les suivants :

➤ **Le repérage et la prévention**

Elle reste la prérogative des acteurs de prévention de droit commun. La prévention des conduites addictives doit toucher toutes les catégories de population : aussi la formation des acteurs et le maillage du territoire en la matière sont indispensables.

➤ **L'accueil, le dépistage, l'évaluation et l'orientation**

Comme pour la prévention, ces missions restent de la compétence des acteurs de droit commun à la condition que soit mise à leur disposition une offre de formation adéquate. En complément, le conventionnement avec des structures spécialisées pour mettre en place des permanences est proposé. Les CSAPA joueront un rôle important dans l'évaluation et l'orientation des patients.

➤ **le dispositif de soins (sanitaires et médico-sociaux)**

Le schéma présente dans sa cinquième partie une organisation des soins par territoire de santé et identifie des cibles en matière de coopération ou d'équipement (une cartographie dans le schéma présente l'équipement après la mise en œuvre du schéma ici proposé).

- La formalisation des réseaux

Il est demandé à ce que tous les établissements de santé et les acteurs du médico-social intègrent des **réseaux de territoire** et le formalisent en signant la charte du réseau.

- L'organisation des activités de consultations ambulatoires : la cible de 2 à 3 CSAPA par territoire est retenue de manière à favoriser la mise en place d'équipes pluridisciplinaires permettant de mailler l'ensemble du territoire. Le développement d'antennes et de consultations avancées participeront également à une bonne couverture des besoins. Les sites où des coopérations doivent avoir lieu sont précisés dans le schéma. La nécessité d'identifier **3 à 4 lieux de référence pour jeunes** par territoire servant de référence en la matière est affirmée. **L'identification de ces CSAPA sera l'enjeu principal des dossiers déposés suite à la parution de ce schéma courant du second semestre 2009.**

- L'organisation de l'activité de sevrage : les établissements de sevrage simple et de sevrage complexes doivent se coordonner avec les structures qui interviennent en amont et en aval du sevrage et intégrer les réseaux territoriaux.

- L'organisation de la réduction des risques : dans chaque territoire un CAARUD doit être présent.

- La prise en charge de la substitution : le schéma invite **les comités départementaux de suivi et de la substitution** à se réactiver et jouer leur rôle de coordination territoriale.

- L'organisation des Soins de Suite et de Réadaptation « affections liées aux conduites addictives », un objectif cible de **20 lits est affiché par territoire de santé**. Au niveau régional, une **unité de 5 lits pour femmes avec ou sans enfant et une unité de 5 lits pour jeunes de 16 à 25 ans** sont préconisées.

➤ **L'organisation de l'hébergement et de l'accompagnement vers la réinsertion sociale et professionnelle :**

Le schéma donne la priorité aux dispositifs de droit commun en insistant sur la nécessité des structures à conventionner avec les équipes spécialisées en addictologie pour prendre en charge les conduites addictives de leur résidents. Les CSAPA avec hébergement auront vocation à ne prendre en charge que les personnes pour lesquelles le dispositif de droit commun n'est pas compatible avec la démarche de soins.

➤ Quant aux **publics plus vulnérables**, le schéma présente une organisation spécifique à leur intention :

Il met notamment l'accent sur l'importance de traiter les **comorbidités somatiques et psychiatriques des personnes ayant des conduites addictives**. Les établissements ayant une activité en santé mentale devront donc être intégrés systématiquement aux réseaux territoriaux et des référents « addictologie » devront être nommés au sein des équipes psychiatriques, au-delà du développement des équipes mobiles « santé mentale – précarité ». Il est même proposé de prévoir des vacations de psychiatres au sein des CSAPA.

Pour les **personnes placées sous main de justice**, le dispositif spécialisé en addictologie accueille les personnes en milieu ouvert. En milieu fermé, l'UCSA est le pilote de l'organisation des soins et notamment de la prise en charge des conduites addictives.

Enfin, un lien avec le secteur médico-social est prévu pour la prise en charge des personnes devenues **handicapées** du fait de leur conduite addictive (notamment les malades atteints du syndrome de KORSAKOFF) et pour les patients chroniques. Là encore, des conventions entre les deux secteurs permettront d'offrir aux personnes un dispositif d'accueil et de prise en charge adapté.

Le schéma présente également des orientations pour les femmes enceintes et avec enfants, les jeunes, les personnes en situation de précarité.

III - Les modalités d'accompagnement du schéma

- Pour rendre possible ces nombreuses coopérations et complémentarités, le schéma prévoit un dispositif de formation élargi et renforcé. Celui-ci pourra amener à faire se rencontrer des acteurs issus de secteurs très différents avec l'objectif d'instaurer une véritable culture commune et faire que leurs coordinations deviennent naturelles.
- la mise en place d'un véritable système d'information est nécessaire pour favoriser une prise en charge coordonnée et graduée efficace. Le schéma prévoit ses modalités de mise en œuvre tant au niveau de l'observation régionale que de la sécurisation des dossiers médicaux.

IV – Les consultations avant publication

Après sa validation en commission régionale addictions du 21 avril 2009, le projet de schéma a fait l'objet d'un large processus de consultation puisqu'il a été soumis aux instances de consultation du dispositif de prévention, du sanitaire et du médico-social.

4 conférences territoriales de santé Conférence Régionale de Santé COFIL MILDT départementaux Comité de suivi du SROS Comité régional des usagers CROS CROSMS COMEX
--