



Rapport d'orientation 2007

Le rapport d'orientation 2006 engageait une mandature de deux ans ; il s'agit aujourd'hui de l'actualiser à partir d'éléments nouveaux ; il y a eu en effet des avancées majeures dans le paysage addictologique français en 2006 et au début de cette année 2007 ; citons entre autres : la tenue des Etats généraux de l'alcool, l'installation de la Commission Nationale Addiction, la publication du Plan addiction, de l'arrêté interdisant de fumer dans les lieux publics, du décret Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, de la circulaire relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

Dans le même temps d'autres chantiers se poursuivent : les réunions régulières de la Commission Nationale Addiction, la préparation de la circulaire d'organisation des CSAPA et des schémas régionaux d'addictologie. L'évolution du paysage, la profusion de ces textes, la façon dont ils sont diffusés nous invite à nous en saisir pour faire évoluer nos modes d'exercice, à la F3A et dans chacune de nos structures. Il y a dans ce paysage quelques interrogations : le devenir de la MILDT et de ses financements, les modalités du passage à un financement quadriennal de la DGS. Le versant sanitaire de la loi de prévention de la délinquance (dont les décrets ont été désapprouvés à l'unanimité par la Commission Nationale Addiction du 5 avril) nous inquiète !

Cinq priorités pourraient nous retenir pour l'exercice en cours ; nous les distinguons mais elles sont articulées les unes aux autres ;

- Gérer le passage au CSAPA
- Promouvoir la réponse médico-sociale
- Développer les convergences associatives
- Mettre un tigre dans le moteur de la F3A
- Assurer une veille face à quelques périls

Gérer le passage au CSAPA

Le décret CSAPA est paru, les circulaires d'application sont en cours d'élaboration. Il reste 30 mois aux nouveaux CSAPA pour obtenir leur agrément en CROSMS ; c'est long et c'est court à la fois... C'est long parce que beaucoup de choses peuvent changer d'ici là aux trois échelles nationale, régionale, locale, et c'est court pour élaborer tout ce qu'il y a à faire. « *Devenir CSAPA* » doit dès à présent mobiliser l'énergie des équipes ; plus nous serons capables d'anticiper les évolutions, meilleurs seront nos chances de les piloter. Laisser filer la montre nous conduira à subir.

Qu'est ce que ça veut dire anticiper ? Pour les structures, il s'agit de prendre les devants, de ne pas attendre la parution des schémas régionaux d'addictologie, mais de les préfigurer, de recenser les forces, les partenariats, les adversités. Pour les « acteurs », c'est se préparer à de nouveaux modes d'exercice, à de nouveaux publics. Pour les territoires, ne pas laisser aux seuls pouvoirs publics la responsabilité de l'homogénéité de la réponse territoriale

C'est le sens de l'engagement que nous avons pris, notamment en composant le programme des Journées thématiques 2007, engagement que nous renforcerons en 2008. Nous avons notamment proposé à un financement MILDT la co-organisation avec l'ANIT de 9 actions de formation (d'une ou de deux journées) en région sur « *Devenir CSAPA* ». Les journées thématiques 2008 (avec un cycle « management »), les journées de Nîmes 2008 feront une large part à cette problématique.

Promouvoir la réponse médico-sociale (dans l'articulation entre sanitaire et médico-social)

Au travers de toutes les concertations avec les pouvoirs publics lors de l'élaboration des textes de référence, la question des rôles respectifs du sanitaire et du médico-social est revenue comme une antienne. Ne nous berçons pas d'illusions, les grands noms de l'addictologie hospitalo-universitaire qui siègent dans ces concertations sont ancrés dans la double conviction que l'hôpital a vocation à exercer tous les métiers de l'addictologie et à organiser le

dispositif autour de lui. A coté de l'hôpital, le champ du médico-social (surtout s'il est géré par l'hôpital) se trouve en position de vassal ; à la limite on « oublie » le « S » de CSAPA ! La circulaire addiction du 15 mai 07 ne lève pas cette ambiguïté. La déclaration de la F3A, lors de la Commission Nationale Addiction du 5 avril (voir en annexe ¹) poliment accueillie a tout de même ouvert le chantier.

A l'occasion des Assemblées générales de l'ANIT et de la F3A, ces questions ont été abordées ; un accord « philosophique » et stratégique nous permet d'avancer ensemble. La communauté de vue sur cette question existe avec ELSA (équipes purement hospitalières), il reste à en élaborer les termes exacts. Ce chantier est à l'ordre du jour du groupe de travail de la Commission Nationale Addiction « structures addictologique » (pilotage Michel Reynaud), de l'Assemblée générale de la FFA (président Michel Reynaud) et du groupe de travail « Circulaire d'application du décret CSAPA et schémas régionaux d'addictologie ».

Développer les convergences associatives

Cette orientation revient régulièrement ; le chemin parcouru, avec l'ANPAA, avec ELSA, avec l'ANIT est considérable, des véritables coopérations sont à l'œuvre, des nouveaux développements doivent maintenant être conduits.

Participations croisées dans les associations : nombreux sont les « multicartes ». Nous invitons nos adhérents à adhérer aux autres associations ; la production (documents, offres de formation, rencontres) de chacune de nos associations bénéficient au plus grand nombre. Cette année, les membres d'ELSA bénéficiaient pour le Journées thématiques du tarif « adhérents F3A ».

Participations croisées dans les instances élues : Patrick Daimé est Secrétaire général de l'ANPAA et administrateur à la F3A ; Jean-Pierre Couteron, président de l'ANIT est également administrateur à la F3A, Kaïté Couëdel et Stéphanie Orcel sont toute administrateur à la F34, Patrick Fouilland et Mercedes Maj-Pelissier sont administrateurs de la FFA... etc. ce n'est qu'un début !

Ouverture des commissions F3A existantes : la Commission formation travaille avec des salariés de l'ANPAA, une membre de l'ANIT, en attendant des forces issues d'ELSA. La Commission santé justice comporte déjà des salariés de l'ANPAA, elle attend des membres d'ELSA et de l'ANIT (qui vient de créer sa propre Commission santé justice).

La création de commissions mixtes est à l'ordre du jour ; l'enjeu de la promotion du médico-social pourrait être travaillé dans un groupe mixte multi associations...

Par ailleurs : nous nous proposons de renforcer notre implication au sein de la FFA.

Le cas particulier de l'ANIT

D'ici trois ans, il n'y aura plus de CCAA, il n'y aura plus de CSST, il n'y aura que des CSAPA... Comment imaginer qu'il continue à y avoir deux associations pour représenter ce dispositif unique. L'heure est venue d'affirmer leur volonté à toutes deux d'aller de façon délibérée vers une fédération de leurs objectifs, de leurs énergies, de leurs stratégies... et plus si affinité. Les contacts soutenus des présidents, de membres des bureaux, puis les délibérations des instances ont tracé la voie ; commençons à « faire ensemble », au plan national et en région. Un « groupe de contact » se dessine qui proposera dès cet été une méthode de travail, des chantiers, des mises en commun de projets.

Mettre un tigre dans le moteur de la F3A

L'équipe des permanents est bien rôdée ; elle s'est renforcée d'un chargé de mission « attaché de presse » et devrait dès la rentrée recruter une nouvelle chargé de mission multi commissions (formation, travailleurs sociaux). La recherche de nouveaux locaux est l'une des priorités de la prochaine rentrée ; il devrait être possible de trouver aussi bien situé, plus grand et pas plus cher...

Se doter d'une **organisation territoriale**. La croissance de la F3A s'est faite initialement de proche en proche, de bouche à oreille. Depuis deux ans des campagnes d'adhésions volontaristes ont porté leurs fruits (Journées thématiques, Nîmes, diffusion d'ACTAL, saisie de listing de professionnels de l'addictologie) cette offensive va se poursuivre. Il est temps de surcroît (re)lancer des dynamiques régionales. C'est l'un des chantiers à conduire de concert avec l'ANIT qui dispose déjà de solides implantations en région ; il nous faut éviter à la fois les doublons et les *no man's land* de la carte.

Plus d'autofinancement : si nous félicitons du montant conséquent des subventions publiques, il ne faut pas perdre la mesure de la fragilité qui va de pair. Nous devons diversifier nos sources et probablement faire rémunérer de façon plus conséquente les prestations (formations, colloques) que nous réalisons.

Implication des membres du Conseil d'administration ; nous avons vu dans le rapport d'activité l'importance de l'investissement en temps des commissaires et des administrateurs (l'équivalent de deux ETP en 2006). Au-delà, ; de nouvelles délégations doivent pouvoir être confiées aux uns et aux autres (chantiers à ouvrir ou à reprendre, nouvelles commissions à créer, initiatives en région, etc.)

Préparer la relève : le prochain renouvellement (du CA , du Bureau et du président) a lieu dans un an, n'attendons pas le dernier moment pour nous y préparer.

Assurer une veille face à quelques périls

Des avancées indiscutables ont eu lieu dans le champ de l'addictologie ; il serait imprudent de croire que l'horizon est complètement dégagé, que ce soit pour l'Hôpital, pour le dispositif médico-social, pour chacune des structures où nous travaillons... ou pour notre fédération.

Le lobby alcoolier reste en embuscade, prêt à tirer sur tout ce qui de son point de vue met en cause le droit absolu à consommer, distribuer, promouvoir la consommation d'alcool, à faire donner de la voix au Conseil de la modération

La bataille pour les CSAPA se décale maintenant en région ; il est indispensable que les acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie soient présents sur le terrain à toutes les concertations (élaborations des prochains SROSS, Commissions régionales addiction, conférences de santé etc., de s'y imposer si besoin est, comme nous nous sommes efforcés de l'être à l'échelle nationale.

Etre vigilants quant aux risques d'organisation hospitalocentrée du dispositif en région.

S'assurer que l'hôpital est en mesure d'assumer, en matière d'addictologie, ce pour quoi il est indispensable : l'hospitalisation et les sevrages complexes, le bilan et l'orientation de tout patient présentant une conduite d'addiction problématique ou à risque, la prise en charge des alcoolisations aiguës problématiques. S'il peut assurer des consultations médico-psychologiques en amont et en aval de l'hospitalisation, il n'a pas à être un CSAPA intra muros. S'il gère un CSAPA celui-ci doit bénéficier d'une véritable autonomie de gestion et se situer *hors les murs*.

Quelques médecins hospitaliers mettent en œuvre un collège des hospitalier addictologues pour parler au nom de l'hôpital ; souhaitons leur bonne chance ! J'ai pour ma part dit clairement au Conseil d'administration de la FFA que je pensais que cette défense pouvait être assurée par la FFA plutôt que par un n^{ième} sous ensemble de l'addictologie... à suivre !

Conclusion

L'avenir ne se prévoit pas, il se prépare, il est essentiel non seulement de se tenir au courant des évolutions, mais encore d'être attentifs aux signaux faibles, là encore à toutes les échelles de territoires et de pouvoirs. Utilisons le réseau que constituent notre fédération et ses partenaires ; faisons remonter et partageons toutes les informations dont nous disposons. Sortons ensemble de l'illusion du *small is beautiful* et que chacun seul a de meilleure chance de tirer son épingle du jeu et conjuguons nos informations et nos forces !

Annexes

! F3A : Déclaration à propos des décrets CSAPA à la Commission Nationale Addiction du 5 avril 07

Au fil des années, la Fédération des CHAA est devenue Fédération de l'alcoologie ambulatoire, avant de devenir en 2002 la Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie. Ce changement de dénomination n'est pas un effet de mode. En une quinzaine d'années, à partir de la défense des CHAA au début des années 80, cette fédération est devenue un point focal où se retrouvent, sur la base d'une adhésion volontaire, des acteurs de tous les métiers (infirmières, gestionnaires, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, secrétaires, etc.), appartenant à toutes les institutions du champ de l'addictologie (des hôpitaux, des CCAA, des équipes de liaison, des CSST, de l'ANPAA...), et qui partagent des valeurs fortement rappelées dans un Manifeste. Notre fédération est attachée – pas rattachée– à un dispositif à la fois administratif : le médico-social et clinique : l'ambulatoire associé à l'hébergement thérapeutique.

Aujourd'hui, ce dispositif se réorganise autour des CSAPA.

A travers les textes que nous examinons, il apparaît que les CSAPA sont des structures à dimension humaine, proche des usagers, sans filière d'accès, investis dans l'accompagnement de longue, parfois très longue durée de personnes présentant des conduites addictives. Ce sont des établissements, agréés en CROSS sur la base d'un projet d'établissement ; ils disposent d'une autonomie fonctionnelle, quel que soit leur mode de gestion (par des hôpitaux, des associations, petites moyennes ou grandes, des collectivités locales ou quiconque). Ils travaillent en lien avec l'hôpital, les réseaux, les professionnels de santé, les services sociaux, la justice, les collectivités locales.

Cette autonomie dans l'établissement de leur projet, dans leur fonctionnement au quotidien, dans la gestion de leur partenariat, dans leur capacité à mobiliser des financements est le gage

- de leur efficacité dans l'accomplissement des missions qui leurs sont définies.
- de leur capacité à proposer des réponses innovantes en terme de prévention, de mobilisation d'acteurs, de santé publique. les consultations jeunes usagers, le travail auprès des publics sous main de justice pour ne prendre que deux exemples.

Pour ce qui est des modalités de leur gestion, nous tenons à dire ici avec force :

- Que l'hôpital fut-il CHU, n'a pas vocation ni légitimité à diriger l'ensemble du dispositif addictologique de son territoire (rôle éminent, pas prééminent) !
- Que l'hôpital, même s'il gère un CSAPA se doit de respecter sa dimension d'équipement médico-social ; un CSAPA n'est pas une consultation hospitalière.
- Les budgets des établissements médico-sociaux, maintenant qu'ils ont acquis une certaine pérennité ne doivent pas servir de béquille aux difficultés financières des hôpitaux.
- Si nul ne conteste la nécessité d'attribuer des moyens aux consultations hospitalières d'addictologie, celles-ci n'ont pas vocation à devenir des CSAPA intra hospitaliers.
- Que les services de l'Etat central et déconcentré se doivent d'assurer les concertations régulations et financements indispensables...

Nous en appelons, au sein de cette commission, à un débat –et à une vigilance- sur la place de l'addictologie médico-sociale, sa distinction et sa conjonction avec les autres secteurs.

Dernière remarque : de notre point de vue, pas plus que l'hôpital à l'échelle des territoires, le hospitalier (les médecins, « le sanitaire ») n'ont, de légitimité à piloter le dispositif addictologique à l'échelon national ; même s'ils en sont une composante importante, mais au même titre que d'autres, comme les pouvoirs publics, les professionnels, les usagers.

Cette question sous-tend le travail du groupe « circulaire addictions », il paraît néanmoins important que notre commission s'en saisisse.

Patrick Fouillard