



Devenir CSAPA... **...avant fin 2009**

En incitant à mieux coordonner le dispositif longtemps dédié à la seule question de l'alcool et celui consacré aux drogues illicites, la réforme CSAPA confirme l'avancée du concept d'addictologie. Elle renforce également la spécificité médico-sociale de nos dispositifs, à l'interface et en complément des réponses sociales d'une part et des réponses sanitaires et médicales d'autre part. Ce changement, tous (chacun d'entre nous, nos équipes, les usagers qui font appel à nous) l'attendons et le redoutons à la fois. Dans un délai de deux ans, nous devrions tous, CCAA et CSST, être devenus CSAPA. Il y a là un champ extraordinaire d'opportunités pour améliorer, diversifier, complexifier le système de réponse aux usagers, dans les territoires où nous sommes appelés à intervenir, et vis-à-vis de nouveaux usagers. Mais il y a aussi des inquiétudes, celles des fusions « imposées », celle de la loi du nombre qui fait craindre que tabac-cannabis-alcool ne résument la polyvalence des CSAPA généralistes, excluant encore plus les exclus tandis que se perdraient des pratiques cliniques spécifiques.

Nos deux associations, ANIT et F3A fédèrent sur tout le territoire plus de 350 structures du secteur de l'addictologie. Pour répondre à ces inquiétudes et assurer une mise en œuvre dynamique de cette réforme, nos associations qui ont participé à l'élaboration des textes organisant le dispositif addictologique, hospitalier ou médico-social :

- Ont décidé d'unir leurs forces pour aider les intervenants, les acteurs à opérer ce changement
- Organisent pour cela des rencontres d'acteurs, des échanges d'expériences, élaborent des documents de référence.

Par cette démarche, elles affirment leur volonté de soutenir la mise en place de ce dispositif médico-social addictologique, premier échelon indispensable pour un déploiement des réponses addictologiques au plus près des publics qu'elles concernent.

Ce document en est une étape, la première, d'autres viendront!

Jean-Pierre Couteron
Président de l'ANIT

Patrick Fouilland
Président de la F3A

Plan du document technique

- I. La mise en place des CSAPA, dans quel contexte ?**
- II. Quelques repères sur les CSAPA ?**
- III. Au vu des enjeux pour les acteurs de terrain, quelle(s) dynamique(s) à développer ?**
- IV. Quelles pistes de coopération / mutualisation ?**
- V. Quelles suites avec vous ?**

I. La mise en place des CSAPA, dans quel contexte ?

Trois textes réglementaires de nature différente encadrent la mise en place de ce nouveau dispositif : Un texte de santé publique (plan addictologie) et deux textes de gestion et d'encadrement d'activité (loi 2002.2 et la LOLF).

Dès 1999, le plan MILDT, sous la présidence de Nicole Maestracci étudie « *la possibilité de créer un cadre juridique et financier unique pour l'accueil de toutes personnes ayant des comportements addictifs* ». Dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, sont institués les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dont la création venait pourtant d'être suspendue par le ministre de la santé de l'époque (JF Mattei). En 2004, le plan MILDT souhaite « optimiser l'offre de soins par une articulation plus efficace entre la médecine de ville, les hôpitaux et les CSAPA », tandis que la DGS relance alors la réflexion sur les missions des CSAPA. La publication du « plan addictologie (2007-2011) » quelques mois plus tard précise le dispositif global de prise en charge et les rôles des trois volets et les financements.

Il faut attendre 2007 pour que le décret fixant les missions des CSAPA soit publié (décret du 14 mai 2007). Une circulaire DGS et DHOD du 16 mai 2007 indique les modalités d'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. Un second décret portant sur la codification, la tarification et les questions d'anonymat des CSAPA devrait sortir d'ici le début de l'année 2008. Ce second décret va être inséré à la circulaire d'application, cette dernière devrait paraître au mois de février 2008. Les demandes d'autorisation des CSAPA devront se faire dans un délai maximum de 3 ans. C'est à dire au plus tard en décembre 2009.

Le dispositif addictologique est dès lors structuré en trois pôles :

Le médico-social : offre un accès simple pour le patient, répond à la diversité des besoins de la population. Il doit se déployer au plus près de la vie familiale et sociale des personnes accueillies. Les CSAPA et les CAARUD sont les éléments clés du dispositif médico-social respectivement centrés sur les soins et la réduction des risques des comportements.

L'hospitalier : se déploie sur trois niveaux d'intervention selon la gravité des troubles. Au niveau 1, l'hôpital propose les sevrages simples et par le biais des équipes de liaisons, un travail de repérage, et de consultation pour les patients hospitalisés. Le niveau 2 propose des prises en charge spécialisées à des patients rencontrant des problèmes particuliers (complications somatiques, psychiatriques, comorbidités). Le niveau 3 regroupe des centres d'addictologie universitaires régionaux qui disposent de moyens identiques au niveau 2 mais avec en plus la coordination de l'enseignement, la formation et la recherche.

La médecine de ville : a été un des acteurs principaux de la mise en place des traitements de substitution. Leur mobilisation sur les problématiques alcool et tabac est aussi essentielle. L'arrivée des réseaux de santé a permis d'organiser une mission de coordination professionnelle du soin, d'aide à l'amélioration des pratiques professionnelles. Ils

doivent permettre l'articulation entre les autres dispositifs médicaux (psychiatrie, cancérologie, périnatalité, pharmaciens etc..) et sociaux (ville).

Les CSAPA se situent pleinement dans les 2 missions du plan addictologie :

- ◆ Favoriser l'accès aux soins pour tous, y compris les populations spécifiques.
- ◆ S'inscrire dans la proximité pour proposer un accompagnement thérapeutique.

En parallèle, l'Etat met en place une rationalisation de la dépense publique avec la LOLF (Loi organique de la loi de finances). Chaque euros dépensé doit être justifié et les crédits alloués ne sont plus fongibles d'un programme d'actions à un autre. Les économies d'échelle sont recherchées pour la mise en place de nouveaux dispositifs. La DGAS qui co-pilote les établissements médico-sociaux loi 2002.2 avec la DGS promeut par exemple les groupements de coopération sociale et médico-sociale – GCSMS. La mise en place des CSAPA doit aussi s'appréhender avec cet objectif de l'Etat. Enfin, ce dernier développe une volonté de déconcentration importante de sa politique publique. Les préfets de région auront l'obligation de créer des commissions régionales d'addictologie. Ce nouveau lieu de pilotage va être fondamental dans la définition des schémas régionaux d'addictologie.

II. Quelques repères sur les CSAPA ?

Tout changement doit permettre de s'interroger sur le sens de l'action qui est conduite. La mise en place des CSAPA implique une évolution des projets des établissements et donc des pratiques professionnelles. Cela doit être un levier pour échanger sur 3 points : Pour qui ? Avec quelles missions ? Comment ?

Quelles sont les repères que nous donne actuellement le projet de circulaire ?

1) Pour qui ?

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficultés avec leur consommation de substances psycho actives (licites/illicites) ou aux personnes présentant des addictions sans substance ainsi qu'à leur entourage. Ces personnes doivent dès le premier accueil pouvoir être entendues quel que soit leur type d'addictions. Cet accès facilité, cette volonté d'aller vers de nouveaux publics, nécessaire pour prendre en compte ce que deviennent les addictions dans nos sociétés, ne devra cependant pas se faire aux dépens des usagers les plus exclus, les plus en ruptures, et donc souvent les plus complexes à accueillir. Comment faire coïncider élargissement et spécialisation sera un des enjeux majeurs de cette réforme ?

2) Quelles missions ?

3 missions principales ressortent

- ◆ Les soins (à la fois soigner et prendre soin) ;
- ◆ L'accompagnement qui valorise les ressources et les compétences des personnes accueillies et de leur entourage ;
- ◆ La prévention dont les interventions précoces et les consultations de proximité qui vont remplacer à terme les consultations jeunes consommateurs.

Ces missions s'appuient sur 3 valeurs cardinales : la proximité, la transdisciplinarité et la notion de durée.

Le décret du 14 mai 2007 et le projet de circulaire d'application même s'ils restent assez flous interrogent la notion de CSAPA généralistes ou spécialisés avec la notion de missions obligatoires et facultatives.

➤ **4 missions obligatoires** que doivent proposer tous les CSAPA à tous les publics qui se présentent et

indépendamment de leur éventuelle spécialisation : l'accueil – l'information – l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation. La prise en compte de ces 4 missions peut paraître évidente et susciter des réactions telles que « on le fait déjà ». S'interroger sur ces missions pour en assumer pleinement les conséquences peut être l'occasion d'aller au-delà de cette première évidence pour enclencher un réel changement et s'appropriier la diversité des pratiques sur un territoire, se coordonner et mutualiser les compétences.

➤ **Les deux grandes missions obligatoires** pouvant éventuellement faire l'objet d'une spécialisation sont la prise en charge du patient (médicale, psychologique, sociale et éducative) et la réduction des risques.

➤ Un CSAPA peut décider de prendre en charge toutes les addictions, il est alors généraliste, il peut se spécialiser « alcool » ou se spécialiser « drogues illicites ». Quel que soit son choix, il doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, y compris tabac et addictions sans produit, de préférence directement ou en lien avec d'autres et avec des conventions de partenariat.

➤ Le choix d'une prise en charge généraliste ou spécialisée ne doit pas nous amener à de plus en plus aller vers un cœur de public en laissant de côté ceux qui sont le plus en marge. Il est de notre responsabilité d'être vigilant pour que sur les territoires l'ensemble des réponses soit apporté. On ne peut pas faire tout, tout seul mais mieux avec d'autres, tel est l'objectif à atteindre dans la mise en place de ce nouveau dispositif.

➤ Sur la mission réduction des risques, les CSAPA doivent l'assurer pour les patients qu'ils prennent en charge, sans se substituer aux missions des CAARUD et donc à la nécessité d'en créer là où ils n'existent pas.

➤ **4 missions facultatives** les consultations de proximité et le repérage précoce des usages nocifs ; les activités de prévention, de formation et de recherche, la prise en charge des addictions sans substances et les interventions en prison. Ces missions illustrent les extensions possibles des CSAPA, elles posent aussi la question des moyens et des compétences qui leur seront attribuées.

Ce découpage entre missions obligatoires, missions obligatoires avec spécialisation ou non et missions facultatives montrent bien la nécessité d'engager une réflexion par étape et en suivant cette chronologie. Nous vous proposerons donc dans un second temps des notes plus détaillées sur les interventions précoces et les consultations de proximité.

3) Comment ?

Des modalités de partenariat, de conventionnements, de rapprochements, de développement de programmes particuliers pour des populations spécifiques, de fusion seront autant d'outils que les structures pourront mobiliser une fois que leur projet d'établissement et donc la complémentarité de l'offre sur les territoires auront pu être discutés. Nous vous proposons dans la suite de ce supplément technique un point sur les différentes formes de coopération/mutualisation.

III. Au vu des enjeux pour les acteurs de terrain, quelle(s) dynamique(s) à développer ?

1) Se rencontrer, échanger pour être une force de proposition

La mise en place de ce nouveau dispositif est un véritable challenge « Comment à tous on peut mieux faire ». Ce changement peut nous aider à modifier nos pratiques dans l'objectif de rendre plus lisible cette offre de soins et d'accompagnement dans un territoire donné pour les usagers mais aussi pour nos autres partenaires.

Le débat devenir un CSAPA généraliste, versus rester spécialisé se pose dans une réflexion globale sur la prise en compte des besoins des publics sur un territoire, leur trajectoire et la qualité de l'offre de service en réponse à ces besoins. Cette qualité rejoint bien évidemment la prise en compte des compétences des équipes et la capitalisation des pratiques développées par les uns et les autres. Il faudra sortir d'une spécialisation autour des produits, en réaffirmant le projet d'établissement de la structure en lien avec les besoins du public accueilli.

Pour ce faire, les rencontres territoriales entre acteurs du champ des addictions (alcool, toxicomanie, tabac...) sont indispensables. Les acteurs du médico-social doivent être en capacité de partager les choix stratégiques et la construction de réponses adaptées. En agissant comme force de propositions sur les réponses à apporter sur un territoire, en lien les acteurs du volet hospitalier et du volet médecine de ville, nous échapperons au statut de simples opérateurs des services publics. Ceci permettra d'être dans une posture de partenaires des autorités de contrôle et de tarification.

2) Solliciter les tutelles

La mise en place de ce nouveau dispositif doit s'appuyer sur un véritable partenariat avec les DRASS, les DDASS et les chefs de projet MILDT. Ils sont là pour promouvoir et soutenir les dynamiques autour du plan addiction et du passage en CSAPA. Certaines régions ont d'ailleurs déjà accepté de soutenir financièrement des séminaires de travail. Il est important d'être associé, consulté pour l'élaboration et la mise en place des SROSS et des schémas médico-sociaux dans lesquels les CSAPA vont s'inscrire. Les débats et discussions sur l'accessibilité, l'organisation et /ou réorganisation des dispositifs sur les territoires doivent être co-construits et faire l'objet de réelles concertations.

3) Inscrire cette dynamique dans une cohérence de pilotage régional

Notre demande que chaque région ait l'obligation de mettre en place une commission régionale addiction a été entendue au niveau national. Notre capacité de mobilisation et de coordination doit encore une fois nous permettre d'être présent dans ces lieux d'élaboration et de planification, c'est un véritable challenge dans le cadre d'une politique de santé publique de plus en plus déconcertée et décentralisée. Le projet de création des Agences Régionales de Santé confirme cette nécessité pour le secteur médico-social d'être force de proposition et d'être équitablement reconnu au regard des deux autres secteurs comme un acteur majeur de la politique de santé dans le secteur des addictions.

« Commissions régionales addictologie » :

Ces commissions seront nommées par le Préfet et seront composées à titre indicatif de représentant de l'Etat et de l'assurance maladie, des GRSP, des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, des collectivités locales, des établissements de santé, des structures médico-sociales, des associations, des usagers... Les membres seront désignés pour 5 ans. Ces commissions auront pour rôle de permettre une meilleure articulation entre les secteurs sanitaires, médico-social, associatif et médecine de ville afin de mettre en œuvre une politique régionale en addictologie coordonnée et planifiée. Elles seront un lieu incontournable pour l'élaboration des schémas régionaux en addictologie

IV. Quelles pistes de coopération / mutualisation ?

La mise en place des CSAPA nécessite de s'interroger sur les coopérations à mettre en place :

- ◆ Coopération entre compétences complémentaires notamment entre le secteur de l'alcool
- ◆ Coopération sur l'aspect économique. Il ne s'agit pas, au travers d'économies d'échelle de faire pareil pour moins cher, mais de faire mieux à moyens constants et de solliciter des moyens supplémentaires là où apparaissent des « manques » dans le dispositif.

Dans ce contexte, quels sont les moyens à votre disposition ?

Tout d'abord et comme vu plus haut, tout choix de telle ou telle méthode doit s'appuyer sur un **diagnostic partagé** par les acteurs concernés. Les réponses de proximité qui contribuent au développement social, territorial et renforcent les dynamiques locales, doivent être privilégiées. Plus les éléments de chaque projet d'établissement auront pu être partagés et discutés en amont et plus vous pourrez adopter une attitude ferme face aux demandes des partenaires institutionnels et financiers parfois plus orientées sur les réductions budgétaires. Les rôles de chacun doivent être respectés dans la prise de décision, toujours dans l'objectif d'adapter les moyens aux besoins des publics.

La coopération ne se limite pas au regroupement de moyens. Elle peut prendre des formes multiples en fonction des choix retenus, tels que par exemple des coopérations entre acteurs sur un territoire formalisées par la **signature de conventions de partenariat** précisant les accords et les échanges, **par le montage en partenariat de nouveaux dispositifs** (par exemple sur-le-champ de l'intervention précoce et/ou des consultations jeunes), **par une coopération des conseils d'administration afin d'élaborer des chartres de partenariat**.

Ainsi, la nouvelle exigence d'une polyvalence d'accueil dans les CSAPA, par exemple, entraîne la nécessité que le personnel de toutes les structures soit capable dans le cadre d'un premier accueil d'évaluer et de repérer les difficultés de la personne rencontrée quel que soit son type d'addiction.

Face à ce nouveau cadre, deux possibilités :

- ◆ Former vos personnels à toutes les addictions (alcool, toxicomanie, addictions sans produit, etc.). Ces formations peuvent se monter en partenariat sur les territoires et dans les dispositifs de formation de nos deux réseaux.

- ◆ Elaborer des conventions de partenariat pour échanger et mutualiser du personnel, à savoir un professionnel du CSST va travailler dans le CAA et vice et versa.

La mise en place d'un nouveau dispositif permet sur un champ d'activité identifiée de développer des conventions, comme :

- ◆ assurer une coordination tournante du dispositif,
 - ◆ mettre dans le pot commun un part de financement pour assurer la viabilité du nouveau projet,
 - ◆ permettre au personnel de chaque structure de contribuer à l'accueil et au suivi des usagers.
- Ceci permet avant d'entrer dans un processus de fusion administrative, de développer des actions innovantes, d'apprendre à mieux se connaître.

Ces coopérations peuvent être un véritable levier pour améliorer les réponses aux besoins des publics et préserver les compétences de chacun, tout en partageant la « culture » de l'autre.

Deux autres formes de regroupement sont également envisageables :

La mutualisation de moyens avec une palette d'outils tels que les GIE (Groupements d'intérêt économique), les GIP (groupement d'intérêt public), les GCSMS (Groupements de coopération sociale et médico-sociale). Ces différentes formes de mutualisation ont pour objectif de gérer des moyens communs (ressources humaines, matériel, logistique, gestion administrative et financière...) ou pour étudier et gérer de nouveaux services ou établissements. Il est aussi possible de créer des groupements d'employeurs pour la gestion commune de personnel. Ces formes juridiques de coopération permettent à la fois d'intervenir sur-le-champ de la compétence partagée des personnels mais aussi sur le volet des économies d'échelle. Cependant ces différents outils n'ont de sens que s'ils restent au service d'un projet social.

Le regroupement par fusion (scission ou absorption) est une autre modalité de regroupement dont l'objectif est de créer une nouvelle association qui reprenne les activités existantes de plusieurs associations.

Chacun de ces modèles organisationnels présentent des avantages et des inconvénients (statuts, représentativité, responsabilité financière etc.). Afin de ne pas s'engager à la légère, leurs effets doivent être anticipés et maîtrisés.

V. Quelles suites avec vous ?

L'accompagnement de ce changement doit se faire dans un aller et retour permanent entre vous acteurs de terrain et vos représentants que nous sommes au niveau national. Nous vous invitons à nous faire partager vos expériences, n'hésitez pas à contacter les sièges nationaux.

Afin de vous accompagner au mieux face à ces différents choix, nous vous proposons en 2008 tous les mois une fiche technique, qui sera disponible via nos sites intranet, afin d'élaborer une base de ressources sur les coopérations, les montages juridiques possibles, sur les demandes d'autorisation CROSMS etc. Un guide méthodologique rassemblant ces fiches ainsi que d'autres notamment sur le passage en CROSMS devrait paraître en septembre 2008.

Nous sommes à votre disposition en lien avec vos relais régionaux quand ils existent pour venir échanger avec vous lors de vos rencontres locales et/ou vous appuyer méthodologiquement dans le montage de ces journées de réflexion.

Sources législatives et réglementaires :

Plan Addiction 2007-2011
Décret du 14 mai 2007 fixant les missions des CSAPA
Circulaire DGS et DHOD du 16 mai 2007 sur les modalités d'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
Décret du 6 avril 2006 relatifs aux groupements de coopération assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale.

Vous pouvez trouver ces documents sur nos deux sites Internet
www.anit.asso.fr et www.alcoologie.org

Comité de rédaction : groupe contact ANIT/ F3A
(Jean-Pierre Couteron – Véronique Garguil - Marie Villez - Nathalie Latour pour l'ANIT – Patrick Fouilland – Benoît Nowominski – Catherine Gross -Marie Musquet pour la F3A -).