

Étude pour l'évolution de la filière addictologie en Meuse



*Étude produite à la demande de l'ARS Grand Est
par le CREAI Champagne-Ardenne, délégations Lorraine & Alsace
et réalisée par Stéphane Bernard, conseiller technique,
sous la direction de Thibault Marmont*

Février 2017 • Rapport final

SOMMAIRE

I. Introduction.....	6
I.1. Le contexte de l'étude	6
I.2. La démarche : Un diagnostic territorial partagé.....	7
II. Etat des connaissances des phénomènes d'addiction en Meuse.....	11
Le diagnostic réalisé à l'initiative de la Préfecture et de la MILDT.....	11
L'étude réalisée par l'ORSAS et le CSAPA Les Wads.....	13
III. Analyse de l'offre de réponse en addictologie en Meuse	16
III.1. La couverture territoriale : cartographie de l'offre existante	16
III.2. Lisibilité de l'offre	21
III.3. Les acteurs de la filière spécialisée meusienne	22
III.4. Les projets d'évolution	26
III.5. Le point de vue des différents acteurs	27
IV. L'activité des structures et les publics accompagnés	28
IV.1. L'accompagnement médico-social : Activité des CSAPA.....	28
<i>Activités principales</i>	<i>28</i>
<i>Activité en milieu pénitentiaire</i>	<i>32</i>
<i>Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)</i>	<i>32</i>
<i>Prise en charge spécifique pour les femmes enceintes</i>	<i>33</i>
<i>Prestations proposées pour les addictions sans substances</i>	<i>33</i>
IV.2. Les publics accompagnés par les CSAPA	34
<i>Des files actives au profil très différents</i>	<i>38</i>
IV.3. L'activité des Unités d'addictologie dans le secteur sanitaire	41
<i>La liaison et la consultation.....</i>	<i>41</i>
<i>Prestations proposées pour les addictions sans substances</i>	<i>43</i>
<i>L'activité de sevrage simple</i>	<i>43</i>
IV.4. Les soins résidentiels complexes.....	44
IV.5. L'hébergement médico-social	44

IV.6. Le point de vue des différents acteurs	45
V. Etat des lieux qualitatif des accompagnements proposés.....	46
V.1. L'accueil et la prise en charge des usagers dans les CSAPA	46
V.2. Principales difficultés rencontrées par les différents acteurs.....	47
V.3. La complémentarité des accompagnements médico-sociaux.....	50
V.4. Le maillage territorial : les coopérations en Meuse.....	52
<i>Partenariats et objectifs poursuivis par les CSAPA.....</i>	<i>52</i>
<i>Modalités de travail avec les Unités sanitaires.....</i>	<i>53</i>
<i>Modalités de travail avec les équipes de psychiatrie.....</i>	<i>54</i>
<i>Modalités de travail avec le CHU de Nancy (structure de niveau 3).....</i>	<i>55</i>
V.5. Besoins et attentes des acteurs	56
<i>Les « points de rupture » dans la prise en charge et l'accompagnement.....</i>	<i>57</i>
V.6. Le point de vue des différents acteurs	58
VI. Diagnostic et propositions de la part des différents acteurs.....	59
<i>Résultats de la table ronde</i>	<i>59</i>
<i>Résultats de l'atelier « Repérage, prévention et orientation »</i>	<i>63</i>
<i>Résultats de l'atelier « Parcours de soins »</i>	<i>66</i>
VII. Scénarios quant à l'évolution de la filière addictologie	70
VIII. Jalons pour une évaluation de la filière en Meuse	73
IX. Bibliographie	74
X. Annexes.....	76
Annexe 1 : Comité de Pilotage	76
Annexe 2 : Questionnaires	77

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1. Moyens humains dans le secteur médico-social (en ETP).....	23
Tableau 2. Moyens humains des Unités d’addictologie (en ETP) en 2014	24
Tableau 3. Tension sur les catégories de professions	24
Tableau 4. Projets d’évolution des CSAPA	26
Tableau 5. Nombre de consultations avec les patients.....	29
Tableau 6. Nombre de sevrages.....	30
Tableau 7. Information et distribution de matériel* en matière de Réduction des Risques.....	30
Tableau 8. Activités de groupe thérapeutique.....	31
Tableau 9. Activité de prévention	31
Tableau 10. Nombre de personnes vues et de consultations en milieu pénitentiaire	32
Tableau 11. Nombre de personnes reçues et actes réalisés en CJC	33
Tableau 12. Effectifs des files actives, au 31 décembre 2015.....	35
Tableau 13. Quelques caractéristiques sociodémographiques des files actives	36
Tableau 14. Origine de la demande de consultation (en %)	37
Tableau 15. Produits les plus consommés et produit à l’origine de la prise en charge	39
Tableau 16. Dépistages, vaccinations, et traitements de substitution aux opiacés	40
Tableau 17. Activité des unités d’addictologie.....	42
Tableau 18. Activité de sevrage simple par les unités d’addictologie en 2015.....	43
Tableau 19. Principales difficultés rencontrées dans le secteur sanitaire en termes de moyens, de partenariats et d’accompagnement.....	48
Tableau 20. Principales difficultés rencontrées dans le secteur médico-social en termes de moyens, de partenariats et d’accompagnement.....	49
Tableau 21. Modalités de travail des différents acteurs avec les équipes de la psychiatrie	54
Tableau 22. Besoins et attentes des acteurs dans le secteur sanitaire.....	56
Tableau 23. Besoins et attentes des acteurs dans le secteur médico-social	57
Tableau 24. Principaux points forts et faibles issus de la table ronde	59
Tableau 25. Mesures proposées à l’issue de la table ronde	61
Tableau 26. Principaux points forts et faibles issus de l’atelier « Prévention et orientation »	63
Tableau 27. Mesures proposées à l’issue de l’atelier « Prévention et orientation ».....	64

Tableau 28. Principaux points forts et faibles issus de l'atelier « Parcours de soins »	66
Tableau 29. Mesures proposées à l'issue de l'atelier « Parcours de soins »	68
Tableau 30. Scénarios possibles quant à l'évolution de l'offre médico-sociale CSAPA	72
Carte 1. Offre sociale, médico-sociale et sanitaire en addictologie en Meuse au 31/12/2016	19
Carte 2. Taux de recours aux services du CSAPA Anpaa, par secteur géographique (pour 1 000 hab.)	20
Carte 3. Nature des prestations délivrées par les CSAPA et volumes horaires correspondant.....	51

I. INTRODUCTION

Cette étude sur la restructuration de la filière addictologie sur le territoire de la Meuse est une initiative qui se situe dans une politique en addictologie autour de trois priorités :

- la prévention des addictions,
- la structuration de l'offre de santé de 1^{er} recours en addictologie,
- la trajectoire de la prise en charge du patient.

Cette démarche s'inscrit ainsi pleinement dans les enjeux de la politique régionale à l'égard des « Publics à difficultés spécifiques » :

- réduire les inégalités territoriales en matière de prévention et d'accès aux soins en addictologie,
- assurer la qualité des interventions,
- éviter la survenue de ruptures dans la chaîne de soins.

En effet, la prise en charge en addictologie s'inscrit dans un continuum qui va de la prévention aux soins et à la réinsertion sociale et professionnelle. Cette filière concerne les personnes présentant des conduites addictives mais pas seulement puisqu'elle vise également à éviter l'entrée dans des pratiques à risques et usages nocifs.

La réorganisation du dispositif addictologique reste, pour l'Agence Régionale de Santé (ARS) une nécessité pour assurer une couverture territoriale équitable. Elle permettra aussi à la filière de retrouver de la lisibilité compte tenu de la multiplicité des acteurs intervenant dans ce champ et de la difficulté à identifier les missions de chacun ainsi que de participer à la réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins.

I.1. LE CONTEXTE DE L'ETUDE

L'ARS souhaite renforcer l'offre à destination des personnes présentant une (des) conduite(s) addictive(s) sur le périmètre territorial correspondant au département de la Meuse, par la restructuration de la filière en addictologie.

L'ARS a ainsi commandité cette étude afin de bénéficier d'un éclairage tant quantitatif que qualitatif sur la filière de prise en charge et d'accompagnement existante.

Les finalités de celle-ci sont :

- de disposer de données objectives sur l'offre médico-sociale et sanitaire en addictologie et son articulation sur le territoire concerné, intégrant les données relative à la population prise en charge,
- proposer des pistes d'évolution de l'offre.

Par conséquent, les objectifs poursuivis sont :

1. Garantir l'**accessibilité** des personnes présentant des conduites addictives ou en situation de risques de conduites addictives, **à la prévention, aux soins et à la prise en charge** médico-sociale, en établissements de santé ou en ambulatoire.
2. Assurer la **continuité des interventions des différents acteurs** impliqués dans la prévention, le soin et l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives.
3. Promouvoir la qualité, la pertinence et l'**efficience des interventions** auprès des personnes présentant des conduites addictives afin notamment d'éviter les dommages somatiques, psychiques et sociaux.
4. En outre, et de façon subsidiaire, intégrer le parcours de vie et de soins des personnes ayant des conduites addictives ou en situation de risques de conduites addictives.

I.2. LA DEMARCHE : UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE

Introduire et promouvoir le changement dans l'organisation territoriale de la filière addictologie ne peut être une démarche réaliste et pérenne qu'en s'appuyant sur une dynamique collective, où chaque acteur, tout en préservant ses propres prérogatives, stratégies et préoccupations, reconnaît l'utilité voire la nécessité d'engager certaines transformations. C'est la finalité d'un diagnostic territorial partagé.

Cette méthodologie consiste, dans un premier temps, à objectiver et à évaluer, sous différentes focales, la situation actuelle de l'organisation de la prise en charge en addictologie : détail de l'activité des différentes structures, origine des demandes, difficultés rencontrées par les équipes et stratégies mises en place pour les dépasser, coopérations et partenariats effectifs, etc. Les résultats obtenus au cours de cette première phase de recueil de données et d'informations sont ensuite exposés, pour être discutés collectivement (et ainsi illustrés, contextualisés, explicités...) avec les acteurs concernés (acteurs spécialisés de la filière, ARS), ainsi que les autres acteurs du territoire qui entrent en contact avec le public concerné.

In fine, le diagnostic territorial est produit dans une démarche collective de co-construction. Les acteurs sont non seulement informés de phénomènes objectivés, mais ils discutent également les leviers d'évolution mutuellement acceptables pour dépasser les obstacles identifiés. Cette méthodologie d'étude permet ainsi d'élaborer, selon un principe d'acceptabilité commune, les principales lignes du changement à conduire sur un territoire. C'est sur ces lignes que les dynamiques d'acteurs peuvent se poursuivre après le diagnostic, sa démarche constituant moins un aboutissement qu'un point de départ.

Sources de données

Les différents éléments recueillis dans la première phase ont comme source :

- Les fiches MIG (Mission d'Intérêt Général) sur l'activité des ELSA et des consultations hospitalières des deux Unités d'addictologie des deux Centres Hospitaliers (fournies par l'ARS) ;
- Les rapports d'activité 2013 et 2014 du CSAPA Centr'Aid (fournis par le CSAPA) ;
- Les rapports d'activités DGS des deux CSAPA (fournis par l'ARS) ;
- Le rapport d'évaluation interne du CSAPA Anpaa (fourni par l'ARS) ;
- Les rapports d'évaluation interne et externe du CSAPA Centr'Aid (fournis par l'ARS) ;
- Les réponses à des questionnaires *ad hoc* envoyé par le CREAI pour compléter les données obtenues *via* les autres documents. Un questionnaire a été adressé à chacune des structures concernées.

A l'issue de la première phase de l'étude, les différents acteurs concernés ont été invités à se rencontrer. Ces acteurs, étant concernés à des degrés différents en fonction de leur rôle institutionnel et/ou de leur capacité à agir et être force de proposition en matière d'addictologie, ont été conviés soit à des ateliers de travail (un ou deux), soit à une table ronde.

Les deux ateliers de travail

Un premier atelier de travail a été consacré à la thématique du **repérage, de la prévention et de l'orientation** et un deuxième a abordé les sujets en lien avec le **soin** (parcours, rupture...)¹. Les objectifs, complémentaires, ont été de :

- Identifier des problématiques communes, mais également des singularités ;
- Echanger entre eux sur leurs difficultés, leurs besoins et leurs possibilités ;
- Identifier des leviers d'évolution et déboucher sur des souhaits.

La table ronde

En présence de l'ARS, cette rencontre, davantage stratégique, concerne uniquement les acteurs spécialisés de la filière addictologie : les 2 CSAPA, des membres des deux Centres Hospitaliers (équipes de liaison, consultation hospitalière en addictologie, sevrage simple), le CHS Fains-Veel pour les soins résidentiels complexes et l'Association AMIE pour les ACT.

¹ Trois ateliers de travail avaient été envisagés au moment de la conception du protocole méthodologique (le thème de la prévention devant être traité séparément), mais la teneur des échanges au cours du premier atelier consacré au repérage et à l'orientation a rendu caduc l'intérêt de l'atelier sur la prévention dans la mesure où tous les acteurs concernés étaient déjà présents au premier et ont eu l'occasion de s'exprimer au sujet de la prévention. Le deuxième atelier a donc été annulé, d'un commun accord avec le commanditaire.

Les objectifs, complémentaires, étaient :

- Présenter les résultats des exploitations préalables des différents documents (données ARS, CSAPA, rapports d'activité, d'évaluation externes, etc.) et de l'enquête menée auprès des différentes structures concernées de la première phase d'étude ;
- Susciter leur analyse afin de contextualiser et approfondir les pistes exploitées ;
- Susciter des échanges entre les acteurs de la filière addictologie, identifier des problématiques communes, mais également des singularités (par exemple des CSAPA) ;
- Identifier les complémentarités des différentes structures avec leurs partenaires, échanger entre eux sur leurs difficultés, leurs besoins et leurs possibilités ;
- Identifier des leviers d'évolution et déboucher sur des préconisations (Mutualisation de certaines missions ? Réorientation de celles-ci ? Etc.).

Invitations et présence des acteurs

Acteurs	Invitation	Présence
ATELIERS DE TRAVAIL		
Conseil de l'Ordre des Médecins	Ateliers 1 et 2	oui
Ordre des Pharmaciens	Ateliers 1 et 2	non (entretien tél)
Réseau de santé ADOR (nord)	Ateliers 1 et 2	oui
Réseau de santé R2SM (sud)	Ateliers 1 et 2	oui
Réseau Resam	Ateliers 1	oui
Réseau Périnatalité en Meuse	Atelier 1	non
<i>CH de Verdun/St-Mihiel</i>		
Service des urgences	Ateliers 1 et 2	non
Service psychiatrie	Ateliers 1 et 2	oui
Service périnatalité	Ateliers 1 et 2	non
Unité sanitaire	Ateliers 1 et 2	oui
<i>CH de Bar-le-Duc</i>		
Service des urgences	Ateliers 1 et 2	oui
Service psychiatrie	Ateliers 1 et 2	non
Service périnatalité	Ateliers 1 et 2	oui
Unité sanitaire	Ateliers 1 et 2	non
PMI	Ateliers 1 et 2	oui
Maison de la solidarité	Ateliers 1 et 2	non
Education nationale	Ateliers 1 et 2	non
Maison des adolescents	Ateliers 1 et 2	non
PJJ	Ateliers 1 et 2	non
AMSEAA	Ateliers 1 et 2	oui
MILDECA	Ateliers 1 et 2	oui
AMP (structure de prévention)	Atelier 1	non
IREPS	Atelier 1	oui
Fédération des Centre sociaux	Atelier 1	non (contribution écrite)

Anpaa 55	Atelier 1	oui
Centr'Aid	Atelier 1	oui
TABLE RONDE		
CSAPA Centr'Aid		oui
CSAPA Anpaa		oui
Unité d'addictologie CH Verdun		oui
Unité d'addictologie CH Bar-le-Duc		oui
CHS Fains-Veel		oui
Association AMIE		oui

II. ETAT DES CONNAISSANCES DES PHENOMENES D'ADDICTION EN MEUSE

Deux diagnostics ont été menés en Meuse ces dernières années. Ils portaient sur les comportements addictifs et leur prévention, dont un consistait en un focus sur les usages de drogues en milieu rural. Cette partie reprend les principaux résultats obtenus par ces deux travaux.

LE DIAGNOSTIC REALISE A L'INITIATIVE DE LA PREFECTURE ET DE LA MILDT

En décembre 2011, la Préfecture de la Meuse et la Cellule d'appui régionale de la MILDT en Lorraine ont publié un **diagnostic partagé** réalisé à leurs initiatives et par un ensemble d'acteurs locaux. Ces travaux visaient à dégager à la fois un bilan des comportements addictifs observés en Meuse, mais également des actions de prévention mises en œuvre. *In fine*, ce diagnostic partagé avait pour objectif de formuler des propositions pour améliorer la situation départementale.

Les comportements addictifs en Meuse

Les principaux faits saillants mis en évidence par l'étude en matière de **consommation d'héroïne** sont que :

- La propagation de la prévalence de l'usage régulier de drogues illicites des milieux urbains vers les secteurs ruraux est aujourd'hui connue de tous les acteurs locaux concernés et proches des usagers ;
- En Meuse, le taux d'Infraction à la Législation sur les Stupéfiants (ILS) est le plus élevé de France, après la Meurthe-et-Moselle. D'après les membres du groupe de travail, les ILS enregistrées dans le département concernent principalement des résidents meusiens (usagers-revendeurs) ;
- Le département se situe, en 2008, au 1^{ème} rang national pour ce qui est de l'usage-revente d'héroïne;
- Les taux de prévalence de consommation d'héroïne sont comparables dans les secteurs urbains et ruraux du département ;
- Les acteurs ayant participé aux groupes de travail font des observations, ponctuelles toutefois, d'une baisse de l'âge à l'initiation de cette drogue (environ 14 ans actuellement) ;
- La plupart du temps, il s'agit d'un usage initiatique et/ou festif ;
- Il est important de relativiser l'importance numérique des cas les plus « difficiles », même s'ils sont emblématiques d'une préoccupation de santé publique.

Les principaux faits saillants mis en évidence par l'étude en matière de **consommation d'alcool** sont que :

- La surmortalité meusienne liée à la consommation d'alcool est constante dans le temps, surtout dans le nord du département ;
- Le taux d'hospitalisation pour éthylisme aigu ou pour intoxication aiguë par l'alcool des jeunes âgés de 15-24 ans est élevé ;

- L'ELSA du CH de Verdun constate que les patients qui viennent consulter pour alcoolisation excessive sont de plus en plus jeunes ;
- Dans le département, on enregistre un nombre important de jeunes de moins de 20 ans qui, ayant eu des démêlés avec la justice, ont une obligation de soins. D'ailleurs, en générale, la population des jeunes ne vient pas spontanément consulter un service de soin en cas de problèmes de consommation.

Par ailleurs, ce diagnostic a fait état d'un certain nombre de réalités et de phénomènes que les acteurs ont pu partager :

- Tous les milieux sociaux sont concernés lorsque les problèmes d'addictions se concentrent sur une espace donné ;
- Concernant la population relevant de la PJJ, des usages problématiques de drogues et d'alcool ont été mis en exergues ;
- Les acteurs locaux ont tenu à souligner qu'il y avait probablement une possibilité de recrudescence des consommations de drogues de synthèse ;
- Concernant la population relevant de l'ASE (la Meuse étant classée au 8^{ème} rang national), les acteurs concernés fournissent une estimation de deux tiers de consommateurs d'alcool, soit une proportion très élevée ;
- Face à ces problématiques, il est nécessaire de privilégier une approche globale, qui prenne en compte la situation de la personne dans sa globalité. En effet, avec le développement de la polyconsommation, il n'est pas pertinent de raisonner par produit ;
- Une certaine corrélation (qui reste néanmoins à établir objectivement) entre le décrochage scolaire et la consommation de substance est ressentie par plusieurs acteurs sur le terrain ;
- La pertinence des marqueurs de risque (échec scolaire, relation aux autres, sociabilité familial fragile, faible estime de soi, etc.) doit être nuancée en milieu rural dans la mesure où la visibilité de ces phénomènes peut être tronquée (pas d'associations intervenant auprès des jeunes et susceptibles de repérer les consommations problématiques, pas d'équipes de prévention spécialisée, pas de Conseil Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CISPD)).

Les actions de prévention en Meuse

Les principaux éléments à retenir en matière d'**action de prévention** sont que :

- L'offre de soin est jugée globalement satisfaisante, aussi bien quantitativement que dans sa diversité. Cela dit, malgré cette qualité, les acteurs participants à cette étude ont estimé que l'offre disponible n'est peut-être pas suffisamment exploitée. Par exemple, un centre de ressources a été expérimenté mais a été assez peu fréquenté, pour des raisons liées au fait que le lieu choisi pour accueillir ce centre n'était pas suffisamment neutre. Par conséquent, se pose la question de savoir s'il ne vaudrait pas mieux procéder à un changement de stratégie, qui

consisterait à aller au devant des publics concernés par un problème de consommation, là où ils vivent ;

- Les professionnels sont confrontés à un problème de mobilité des usagers, qui engendre un certain non recours aux soins. Pour cette raison, par exemple, que le CH de Fains-Veel à développer une équipe mobile ;
- En Meuse, les solutions de rupture (Service de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA), Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR), etc.) sont trop peu développées. Il existe bien des équipements dans d'autres départements de Lorraine mais le recrutement dans ce type de structure est national, ce qui pose un problème de places disponibles ;
- Il est nécessaire de préparer correctement les sorties de prison pour les toxicomanes, afin de prévenir au maximum les risques de rechute ;
- En matière de continuité des soins, le département ne possède pas de relais médico-sociaux et d'insertion suffisant, du type unité d'hébergement collectif de petite capacité ;
- Le département peut s'appuyer sur le Réseau d'addictologie meusien (RESAM), afin de renforcer la cohérence des interventions. Ce réseau s'inscrit dans une logique de pluridisciplinarité et cherche à favoriser le partage de connaissances, l'échange de pratiques et l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques à diffuser à l'ensemble des acteurs concernés.

L'ETUDE REALISEE PAR L'ORSAS ET LE CSAPA LES WADS

En 2013, l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (ORSAS) et le CSAPA Les Wads² ont publié une étude sur les usages de drogue en milieu rural, plus précisément dans le nord meusien. Elle constitue une investigation spécifique du dispositif TREND piloté par l'OFDT, et s'appuie sur une méthodologie qui privilégie l'entretien qualitatif avec des usagers, en grande majorité des usagers-revendeurs.

Les principaux faits saillants mis en évidence par l'étude quant au profil des usagers sont que :

Sur les usagers-revendeurs :

- La pratique consiste à revendre des produits acquis régulièrement aux Pays-Bas pour se payer ses propres consommations et ainsi disposer d'un minimum permettant une survie quotidienne ;
- Cette pratique est complétée par une économie de subsistance, le plus souvent des activités domestiques liées au jardin et à la culture vivrière ;
- La drogue en elle-même n'est pas tellement le support identitaire de ce type d'usagers, qui tourne davantage autour du trafic en général, qu'il s'agisse de drogues, de métaux (rapine), d'objets volés (aux personnes âgées), etc.

² Le centre « Les Wads » regroupe un CSAPA et un CAARUD et est rattaché au CMSEA (Metz).

Sur les usagers simples :

- Les usagers simples n'ont pas, par rapport aux usagers-revendeurs, la même trajectoire de vie disqualifiée « au départ ». Pour eux, c'est la proximité avec la drogue qui a induit un usage régulier ;
- Ce type d'usage de drogue est plus souvent corrélé à des comportements-problèmes de type troubles du comportement alimentaire ;
- Les CSAPA peuvent rencontrer des difficultés à accompagner ce type d'utilisateur, dans la mesure où le cadre proposé nécessite un travail de fond qui peut déplaire : « *Ils voulaient savoir trop de choses sur les parents et je n'ai pas apprécié* » (CSAPA).

Trajectoires des consommateurs :

- L'initiation à l'héroïne se fait généralement dans un cadre festif, un regroupement convivial entre amis ou à la maison en l'absence des parents ;
- L'étude note une spécificité dans le nord meusien, où les initiations sont souvent lieu au « bal du village » ou par transmission familiale. Beaucoup de personnes vivent en plus ou moins grande autarcie et dans une certaine promiscuité avec leurs parents et leur fratrie.

Situation locale en matière de Réduction des Risques (RdR) :

- Le département de la Meuse ne bénéficie pas des services d'un dispositif de RdR qui soit suffisamment organisé (pas de CAARUD notamment). Cette absence constitue une préoccupation des autorités locales ;
- Les usagers n'ont pas accès à des seringues gratuites et n'ont pas la possibilité d'échanger du matériel d'injection ;
- Les usagers meusiens hésitent à avoir recours aux pharmacies d'officines par crainte de se faire identifier par le voisinage ;
- La conséquence de cette situation est que la plupart des consommations se font par sniff et rarement par injection intraveineuse ;
- La faible mobilité observée possède une composante économique (pas de voiture, pas de permis...), sociale (évitement de toute forme de promiscuité avec d'autres toxicomanes) et psychologique. Partant de cette réalité socio-économique, les autorités locales et les professionnels de santé souhaiteraient mettre en place une équipe mobile, afin d'« aller vers » les usagers, là où ils vivent.

Situation locale en matière de parcours de soins :

- L'étude réalisée a fait ressortir une critique des usagers à l'égard des CSAPA, estimant que les règles d'accès sont trop exigeantes, qu'elles constituent un « *long parcours du combattant* » ;

- Par ailleurs, plusieurs usagers ont fait remarquer que la confidentialité (voulue par la réglementation) n'était pas toujours assurée par les pharmaciens pour des patients sous Subutex.

III. ANALYSE DE L'OFFRE DE REPONSE EN ADDICTOLOGIE EN MEUSE

Cette partie vise à décrire et analyser la structuration actuelle de l'offre de réponse en addictologie. La répartition géographique des interventions, tout comme la diversité des prestations sont abordées. Le point de vue que les différents acteurs locaux ont eu l'occasion d'exprimer au cours des rencontres organisées (table ronde et ateliers de travail) est rapporté à la fin de cette partie.

III.1. LA COUVERTURE TERRITORIALE : CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE EXISTANTE

L'objectivation par un support cartographique des différents lieux d'implantation des structures permet d'apprécier le niveau de couverture territoriale des établissements, en fonction des besoins locaux en matière de prise en charge et d'accompagnement en addictologie. Elle vise également à mettre en perspective d'éventuelles insuffisances locales. La question territoriale est délicate à traiter car d'une part le phénomène de rationalisation de l'offre est toujours susceptible de se heurter au phénomène de libre choix dont bénéficie les personnes, et d'autre part parce que les besoins ne sont pas à l'heure actuelle, en Meuse comme dans l'ensemble du territoire français, déterminés de manière précise.

Au niveau de l'**offre d'accompagnement médico-social**, la couverture territoriale est **globalement bonne** (cf. carte 1). Outre les interventions en établissements pénitentiaires, dont les lieux sont déterminés par l'implantation géographique desdits établissements, les sites principaux et les sites où sont proposés des consultations avancées des deux CSAPA couvrent l'ensemble des bassins de vie, à l'exception de quelques-uns parmi les moins peuplés (représentés par un fond de carte blanc), notamment ceux de Longuyon, Ligny-en-Barrois et Sainte-Menehould. Toutefois, le bassin de Ligny-en-Barrois est situé au carrefour d'une offre satisfaisante ce qui ne pénalise pas ses habitants, et les résidents du bassin de Sainte-Menehould peuvent se rendre aux consultations avancées proposées par le CSAPA de la Marne dans la commune de Sainte-Menehould.

Cela dit, malgré la qualité globale de l'offre, un **certain déséquilibre demeure entre le nord et le sud** du département. En effet, alors que trois villes (Bar-le-Duc, Commercy et Saint-Mihiel) accueillent des sites fixes et que 8 consultations avancées existe dans le sud de la Meuse, seule Verdun compte une antenne fixe dans le nord, où l'on recense 5 consultations avancées. Autrement dit, l'offre est **relativement inférieure dans le nord** meusien. Pourtant, eu égard la répartition des effectifs de population (87 200 habitants dans le nord, soit 45,4 % de la population départementale), l'offre devrait être au moins aussi fournie dans le nord du département, ce qui n'est pas tout à fait le cas actuellement. Le principe selon lequel les personnes ayant recours à l'offre privilégient les structures

de proximité³ et l'état actuelle des connaissances empiriques qui tendent à estimer que les besoins sont au moins aussi importants dans le nord du département, vont également dans ce sens.

Ce résultat est consolidé par une autre observation (cf. carte 2) réalisée sur les données de file active du CSAPA Anpaa. En effet, la possibilité d'établir des taux de recours⁴ aux services de cette structure a permis de constater qu'en moyenne les taux sont plus faibles dans le nord du département (5,4 ‰ vs 5,9 ‰ dans le sud). Dans un contexte où la littérature indique par exemple une problématique de consommation d'alcool plus marquée dans le nord, il y aurait donc *a priori* davantage de besoins non couverts dans la partie nord du département. Surtout, l'écart entre les taux s'accroît lorsque l'on ne considère pas les sites les plus importants (Bar-le-Duc, Verdun, Commercy et Saint-Mihiel) : le taux global au nord est alors de 3,5 ‰ tandis qu'il reste stable au sud (5,9 ‰), traduisant cette fois le **déséquilibre en termes de consultations avancées** proposées (pour rappel, 8 consultations avancées sont actives dans le sud, contre 5 dans le nord).

Le constat pour les seules **Consultations Jeunes Consommateurs** (CJC) est différent. L'offre est **relativement équilibrée** puisque 6 consultations sont mises en place dans le nord du département et 5 dans le sud. De fait, la zone sud-est du département est, eu égard la part de population qu'elle représente, peut-être légèrement sous-dotée, même si la CJC à Bar-le-Duc est rapidement accessible.

Notons qu'en plus des différents éléments rapportés sur la carte 1, le CSAPA Anpaa réalise des visites à domicile.

Pour ce qui est de l'**offre de réponse sanitaire**, la possibilité de consultations hospitalières à Verdun, Bar-le-Duc et Commercy et de sevrage simple dans les deux Centres Hospitaliers de Verdun et Bar-le-Duc traduisent une offre **globalement équilibrée**, qui respecte les répartitions démographiques et spatiales de la population départementale. La présence d'une équipe de liaison (ELSA) dans chacun des CH de Verdun et Bar-le-Duc, et le fait que le CH de Fains-Veel dispose de 20 lits pour le soin résidentiel complexe constitue également des points forts dans la capacité à pouvoir répondre à la demande.

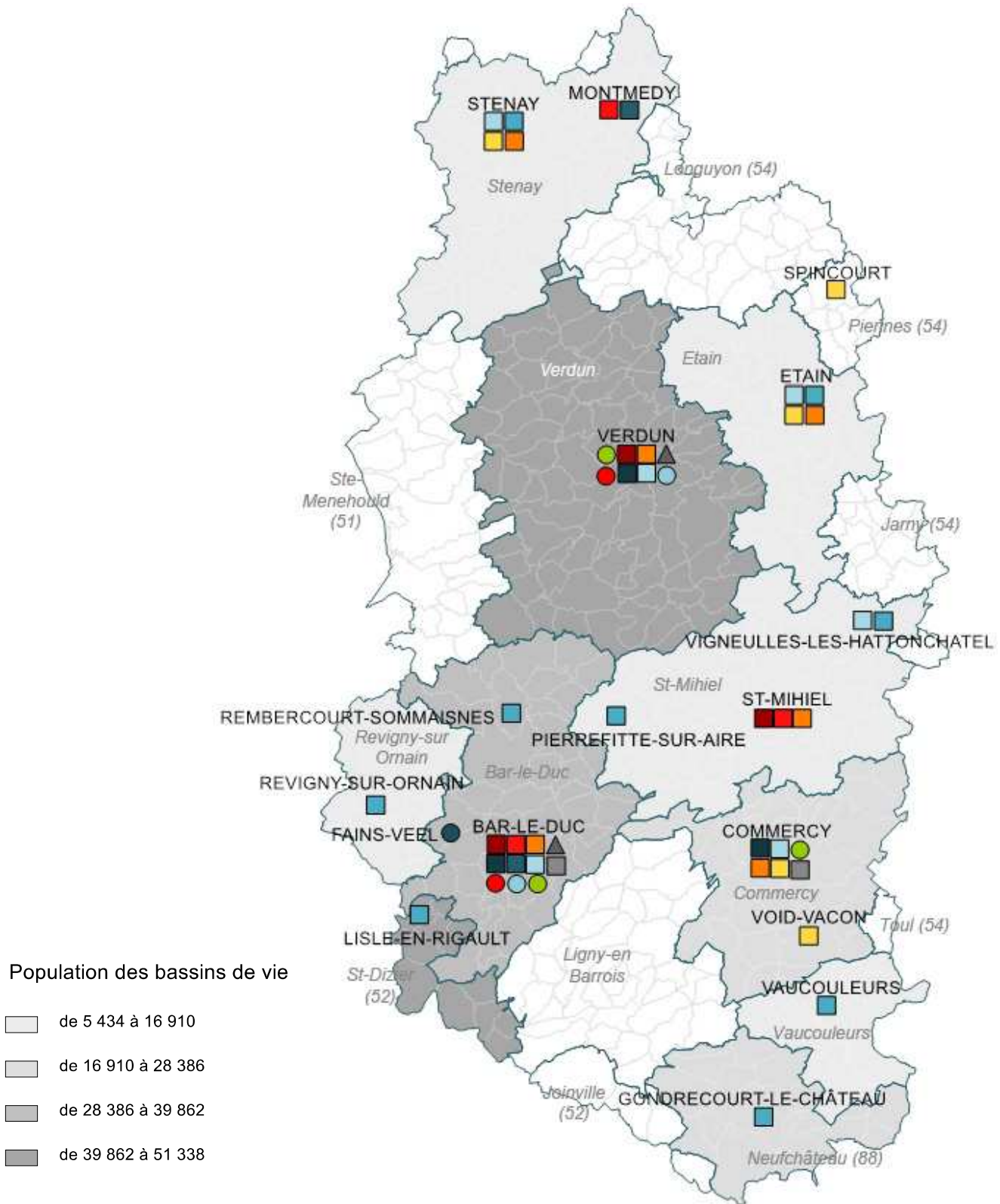
Enfin, l'**offre d'hébergement médico-sociale** comprend 2 Appartements Thérapeutique Relais (ATR), situés à Bar-le-Duc et Commercy et gérés par le CSAPA Centr'Aid, et 6 Appartements de Coordination Thérapeutiques (3 à Verdun et 3 à Bar-le-Duc), gérés par l'association AMIE. Si la répartition géographique des ACT est équitable, on notera que le nord du département ne bénéficie pas d'ATR.

³ Cette affirmation repose sur le fait, observé grâce aux données sur la file active du CSAPA Anpaa, qu'environ 60 % des personnes composant la file active de la structure habitent dans le sud et qu'environ 60 % de cette même population est effectivement prise en charge dans le sud.

⁴ Les taux de recours rapportent, par secteur géographique correspondant aux codes postaux (soit une échelle relativement fine), le nombre de personne qui, au sein de la file active, habitent dans un secteur géographique donné à l'effectif de population dudit secteur. Exemple : Dans la file active, 40 personnes résident dans le secteur d'Ancerville ; Sachant que ce secteur compte 7 143 habitants, le taux de recours pour 1 000 habitants est alors de : $40 / 7\ 143 * 1\ 000 = 5,6 ‰$.

Par ailleurs, les acteurs de l'hébergement de l'association AMIE ont eu, au cours de ce diagnostic, l'occasion de préciser que, au sein du CHRS, ils procèdent à des actions d'évaluation des consommations de produits addictifs des personnes accueillies qui peuvent, le cas échéant, aboutir à une orientation vers une structure spécialisée.

Carte 1. Offre sociale, médico-sociale et sanitaire en addictologie en Meuse au 31/12/2016



CSAPA

Anpa

Site principal

Consultations prison

Consultations avancées

Consultation jeunes consommateurs

Centr'Aid

Site principal

Consultations prison

Consultations avancées

Consultation jeunes consommateurs

ATR

ACT

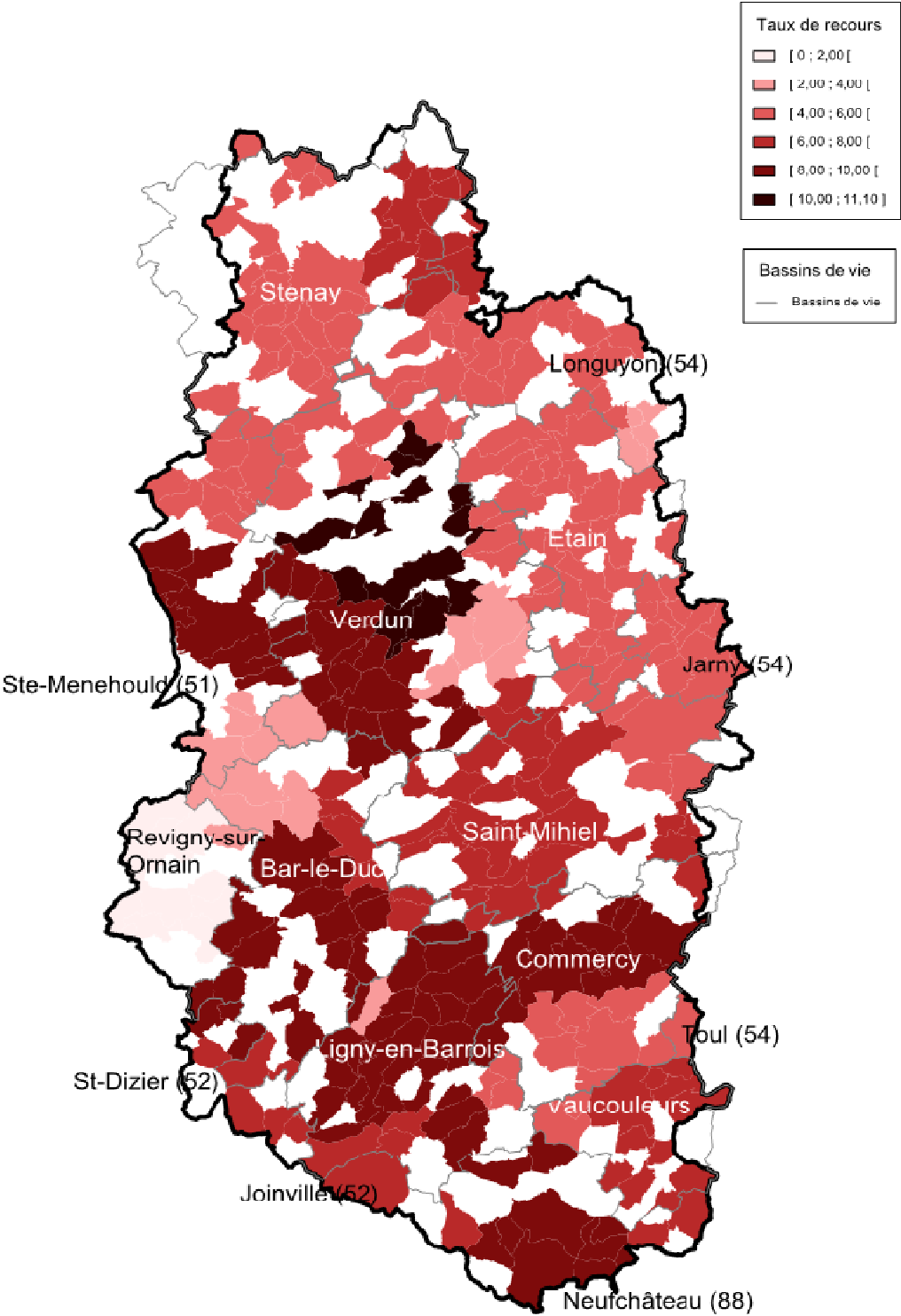
Consultations hospitalières Page 19 sur 88

ELSA

Sevrage simple

Soins résidentiels complexes

Carte 2. Taux de recours aux services du CSAPA Anpaa, par secteur géographique (pour 1 000 hab.)



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Source : données d'activité du CSAPA Anpaa

III.2. LISIBILITE DE L'OFFRE

Au-delà de la question de la couverture territoriale de l'offre présente sur le territoire meusien et quel que soit son niveau de qualité, se pose celle de son accès. Elle se pose notamment du point de vue de la capacité des acteurs de la ville (médecine de ville généraliste ou spécialisée, pharmacie d'officine, infirmières libérales...), des autres acteurs qui gravitent autour de la filière addictologie (autres acteurs du secteur sanitaire, PMI, Maison de la solidarité, Education nationale, PJJ, Centres sociaux...) mais aussi des parents à pouvoir orienter correctement et efficacement une personne qui présenterait des comportements addictifs et qui nécessiterait un accompagnement par une structure spécialisée.

A cet égard, l'atelier de travail consacré au thème du repérage et de l'orientation a permis de faire apparaître certaine critique quant au **manque de lisibilité** de l'offre. La PMI a notamment souligné ne plus savoir à qui s'adresser après que son interlocuteur privilégié ait changé de poste récemment et ne puisse plus répondre à leurs demandes. Cette remarque traduit des habitudes de travail partenarial davantage inscrites dans une logique de liens interpersonnels plutôt que dans une formalisation entre acteurs concernés. De son côté, le représentant départemental de l'Ordre des médecins estime que les professionnels ne sont pas suffisamment informés sur les possibilités offertes en matière de prise en charge en addictologie. Les participants à cet atelier ont fait remonter de leurs expériences de terrain le fait que les élus locaux, comme les parents, ont besoin d'être davantage accompagnés, notamment les parents qui n'ont pas accès à internet ou ne sont pas lecteurs. Enfin, la présence de deux CSAPA sur le territoire suscite de l'incompréhension chez certains acteurs et l'actuel partage des locaux entre les deux structures est considéré comme source de confusion à la fois pour certains professionnels et pour les usagers qui ne savent comment repérer et choisir l'une d'entre elles.

III.3. LES ACTEURS DE LA FILIERE SPECIALISEE MEUSIENNE

Les acteurs de la filière

Dans le cadre de cette étude, les acteurs meusiens concernés par la problématique des comportements addictifs ont été, en fonction de leurs rôles et missions respectives, impliqués selon un double niveau.

Les acteurs assurant l'offre ambulatoire spécialisée et hospitalière, à savoir les deux CSAPA et les deux Unités d'addictologie en milieu hospitalier, ont été placés au centre des attentions, étant les spécialistes des questions abordées.

Tous les autres acteurs étant amenés à être en contact avec la population concernée (médecins de ville, pharmaciens, PMI, autres services hospitaliers, Education nationale, association AMIE, Fédération de Centres sociaux, etc.) ont quant à eux été sollicités au moment de la deuxième phase de l'étude, c'est-à-dire pour participer aux ateliers de travail.

Du point de vue thérapeutique, globalement, bien que la taille des équipes soit comparable (en ETP) entre les deux structures, le CSAPA Centr'Aid est légèrement plus « médicalisé » avec 3 ETP d'infirmiers contre 1,48 ETP à l'Anpa. Un poste de médecin au CSAPA Centr'Aid (0,5 ETP) est actuellement à pourvoir. Initialement prévue à 0,3 ETP, les difficultés à pourvoir le poste à tiers temps ont abouti à un accord d'un financement par l'ARS d'un poste à mi-temps si un candidat se présentait.

A Centr'Aid, les 2 ETP d'Educateurs spécialisés sont consacrés aux activités en milieu carcéral et au milieu ouvert, ce qui interroge sur la capacité de la structure à pouvoir apporter une réponse éducative, notamment en termes de projet, aux personnes accompagnées en dehors de ces deux champs d'intervention.

Par ailleurs, pour ce qui concerne les activités administratives, le Centre Hospitalier de Verdun (qui gère le CSAPA Centr'Aid) précise qu'une partie de l'activité attribuée aux « autres personnels » (secrétariat, administration) est dans les faits réalisée par des agents n'exerçant pas au CSAPA mais dans les services généraux du CH. Cette remarque venant modérer le constat d'un écart de 2,23 ETP entre les deux structures dans la ligne dédiée au « Secrétaire et autre administratif ».

Tableau 1. Moyens humains dans le secteur médico-social (en ETP)

	Anpaa 55	Centr'aid
Personnel médical	0,86	1,0
Médecin	0,86	0,5
<i>dont prison</i>	<i>0,0</i>	<i>0,25</i>
Psychiatre	-	-
Addictologue	-	0,5
Personnel paramédical	3,18	5,45
Psychologue	1,7	2,0
<i>dont CJC</i>	<i>0,12</i>	<i>0,5</i>
<i>dont prison</i>	<i>0,04</i>	<i>0,1</i>
Infirmier	1,48	3,0
<i>dont prison</i>	<i>0,0</i>	<i>0,8</i>
Aide-soignant	-	-
Sage-femme	-	0,45
Autre personnel	6,93	3,75
Assistant de service social	-	-
Educateur spécialisé	2,70	2,0
<i>dont prison</i>	<i>0,02</i>	<i>1,0</i>
<i>dont équipe mobile de rue</i>	<i>-</i>	<i>1,0</i>
Animateur / Moniteur	-	-
Directeur, coordinateur	1,0	0,75
Secrétaire et autre administratif	3,23	1,0
Documentaliste	-	-
TOTAL	10,97	10,20

Source : Rapports d'activité des CSAPA

Tout d'abord, il est essentiel de préciser que, si les ETP sont répartis distinctement en fonction du type d'activité, dans les faits les membres des équipes de liaison et des consultations des deux CH sont (quasiment) les mêmes. Les sevrages simples sont également, le cas échéant, assurés par ces mêmes équipes.

Le principal élément à retenir ici est que les équipes de liaison sont globalement équivalentes en termes de moyens humains, tandis que le CH de Verdun St-Mihiel bénéficie, pour ce qui concerne les consultations externes, de plus de personnel (1,4 ETP vs 0,67 ETP).

En résumé, que ce soit dans les structures sanitaires ou médico-sociales, on observe à travers les propos des acteurs concernés, un clivage entre les deux Centres Hospitaliers et les deux CSAPA en matière de tension sur les professions, dans la mesure où si les CH ne rencontrent pas de problèmes particuliers, les CSAPA doivent parfois faire face à certaines difficultés en ce qui concerne le recrutement de médecins (cf. tableau 3).

Tableau 2. Moyens humains des Unités d'addictologie (en ETP) en 2014

	Bar-le-Duc	Verdun /St-Mihiel
Personnel ELSA		
Praticien hospitalier (PH)	0,50	0,50
Infirmière (IDE)	1,54	1,50
Psychologue	0,50	0,90
Relaxologue	0,14	-
Sage femme	0,20	-
Assistante sociale	-	0,07
Secrétaire	0,40	0,50
TOTAL	3,3	3,47
Personnel Consultations externes		
Consultations de groupe	0,0	0,0
Consultations individuelles, dont :		
Praticien hospitalier (PH)	-	0,4
Psychiatre	-	-
Attaché médical	0,2	-
Infirmière (IDE)	0,31	0,5
Psychologue	-	-
Relaxologue	0,06	-
Secrétaire	0,1	0,5
TOTAL	0,67	1,4
Qualification du médecin		
CESC Addictologie	Oui	Oui
DU tabacologie	Oui	Oui
DU alcoologie	<i>nc</i>	<i>nc</i>

Source : Fiches thématiques MIG et rapports d'activité des Unités d'Addictologie

Tableau 3. Tension sur les catégories de professions

	CH BLD	CH Verdun	CSAPA Anpaa	CSAPA Centr'Aid
Tensions sur certaines catégories de professions	Non. Les postes vacants sont rapidement remplacés. Le problème le plus important serait de trouver des agents motivés à travailler en addictologie	Tous les postes sont pourvus mais en cas d'absence prolongée les remplacements ne sont pas assurés	Les médecins sont parfois difficiles à recruter ; pas de poste à pourvoir actuellement	Délai parfois long pour les recrutements de médecins (jusqu'à un an) ; actuellement 0,5 ETP à pourvoir

Source : Enquête CREAI auprès des acteurs de la filière

Quant au service Les Mays du CHS de Fains-Veel, il dispose d'un plateau technique propre à la psychiatrie, à savoir un des médecins psychiatre, un praticien hospitalier addictologue, un psychologue, une assistante sociale, un ergothérapeute, un kinésithérapeute, une diététicienne, un neuro-psychologue et un tabacologue. L'ensemble du personnel paramédical a été formé en addictologie (formation initiale de 7 jours et diverses spécialités dont l'éducation thérapeutique, l'animation d'ateliers...).

Enfin, en matière d'hébergement médico-social, l'Association Meusienne d'Information et d'Entraide (AMIE) dispose de 6 Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) accessibles aux usagers de drogues, dont 3 pour les sortants de prison.

III.4. LES PROJETS D'ÉVOLUTION

Les deux structures médico-sociales ont des projets d'évolution (cf. tableau 4). Pour le CSAPA Anpaa :

- Un accueil Mère-Enfants pour les enfants de moins de 3 ans : ce projet correspond à une mesure souhaitée et rapportée au cours de la table ronde et du 2^{ème} atelier ;
- Couvrir encore mieux le département grâce aux consultations avancées : ce point renvoie aux remarques formulées *supra* concernant le déséquilibre en matière d'offre entre le nord et le sud du territoire ;
- Plus de temps infirmière sur les sites principaux ;

Pour le CSPA Centr'Aid :

- Développer des consultations avancées dans le nord meusien : même remarque que plus haut ;
- Développer de la téléconsultation : ce point renvoi à un enjeu important dans la mesure où la géographie du département peut être source de contrainte organisationnelle (temps de trajet long, engendrant d'ailleurs une activité de consultation plus faible à temps de travail équivalent).

Notons également que les deux CSAPA ont en commun de vouloir développer un projet autour de l'hébergement.

Tableau 4. Projets d'évolution des CSAPA

	CSAPA Anpaa	CSAPA Centr'Aid
Projets d'évolution	<p>Accueil Mère-Enfants au niveau interdépartemental, pour les moins de 3 ans (Projet déjà présenté mais non retenu) ;</p> <p>Consultations avancées : couvrir tout le département + l'ouest vosgien ;</p> <p>Avoir plus de temps d'infirmière sur les 3 sites principaux (Aujourd'hui plus concentré sur les consultations avancées).</p>	<p>Consultations dans le nord meusien, au sein des maisons médicales ;</p> <p>Téléconsultation dans les maisons médicales, voire en prison.</p>
dont pour le dvlp d'hébergement	<p>ACT (Projet déjà refusé également)</p>	<p>Peut-être un projet de 1 ou 2 ACT pour les sortants de prison sur Bar-le-Duc (avec l'AMIE), pour pratiquer de l'hébergement de rupture</p>

Source : Enquête CREAI auprès des acteurs de la filière

III.5. LE POINT DE VUE DES DIFFERENTS ACTEURS

Au cours des différentes rencontres (table ronde des acteurs spécialisés et ateliers avec les partenaires), après avoir dressé un état des lieux des points forts et points faibles de la filière, les acteurs eux-mêmes ont été invités à dégager les mesures concrètes pouvant être mises en œuvre afin d'améliorer la filière, que ce soit du point de vue de l'organisation, de l'accompagnement, du repérage, de la prévention ou encore de la qualité des parcours de soins. Les mesures ainsi suggérées en lien avec la question de l'offre de réponse développée dans cette sous-partie sont les suivantes⁵ :

En lien avec l'offre de réponse :

- Continuer de développer des réponses de proximité diversifiées ;
- Développer la télécommunication en Maison de santé et en prison.

En lien avec la lisibilité de la filière :

Certaines orientations sont d'ordre général :

- Avoir une organisation simplifiée ;
- Diffuser à tous les acteurs un document unique sur l'offre ;
- Mettre en place un annuaire des acteurs ;

D'autres, les plus nombreuses, concernent spécifiquement les CSAPA :

- Séparer les lieux de consultation des CSAPA (attente forte exprimée par les deux CSAPA) ;
- Rendre plus lisible l'offre des CSAPA, les différencier sur le territoire (mesure proposée au cours de la table ronde) ;
- Eviter la mutualisation de postes entre les deux CSAPA (attente des deux CSAPA) ;
- Fusionner les deux CSAPA (opinion exprimé par un partenaire extérieur à la filière lors d'un atelier de travail).

Le bilan dressé par les participants aux échanges met surtout l'accent sur le fait qu'ils éprouvent une certaine difficulté à identifier clairement et simplement les acteurs (spécialisés ou non) à solliciter. Les remarques tournent essentiellement autour de deux préoccupations : d'un côté, les acteurs souhaiteraient pouvoir disposer d'un outil (quelle que soit la terminologie employée (annuaire, répertoire, etc.) qui permette de savoir qui fait quoi et où ; d'un autre côté, plusieurs participants ont indiqué que la présence de deux CSAPA sur le territoire meusien est surtout source de confusion, pour les professionnels comme pour les usagers.

⁵ L'ensemble des points forts et des points faibles identifiés par les acteurs, ainsi que les mesures suggérées sont rassemblées dans la partie « **Diagnostic et propositions de la part des différents acteurs** ».

IV. L'ACTIVITE DES STRUCTURES ET LES PUBLICS ACCOMPAGNES

IV.1. L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL : ACTIVITE DES CSAPA

ACTIVITES PRINCIPALES

Les résultats présentés dans cette partie englobent l'activité réalisée par les CSAPA dans le cadre des consultations sur sites principaux, des consultations jeunes consommateurs, des consultations avancées et en milieu carcéral.

Du point de vue des consultations effectuées par les professionnels médicaux, le fait saillant qui émerge des données contenues dans les rapports ministériels (*cf.* tableau 5) est le différentiel observé dans le nombre de patients consultés, alors que le nombre d'ETP dédié est comparable (*cf. supra*) : 649 patients pour la structure de l'Anpaa contre 140 pour Centr'Aid. Cela dit, si le ratio entre ces deux valeurs est de $649/140=4,6$ fois plus de patients consultés, le ratio pour le nombre de consultations effectuées ne s'élève qu'à $2\ 679/1\ 752=1,5$ fois plus. Cela renvoie au nombre moyen de consultation par patient très différent d'une structure à l'autre : 4,1 dans le CSAPA Anpaa contre 12,5 consultations par patient dans le CSAPA Centr'Aid.

Le principal phénomène qui explique **ce différentiel est lié aux profils des patients composant les files actives**. Ces profils étant différents (*cf.* tableaux 13, 14 et 15), les personnes avec une problématique de consommation d'opiacés et/ou de traitement de substitution aux opiacés (TSO) doivent être rencontrées plus régulièrement dans le cadre de leur projet thérapeutique. Cette hypothèse se trouvant renforcée puisque le nombre moyen de consultations réalisées par des Educateurs spécialisés est également supérieur à Centr'Aid (12,6 vs 5,9).

La relative différence dans les nombres moyens d'actes de psychologue par usager (4,1 à l'Anpaa et 6,3 à Centr'Aid) peut hypothétiquement également s'expliquer par une meilleure insertion (emploi, logement) des usagers d'alcool, beaucoup plus représentés dans les structures de l'Anpaa, moins nécessiteuse de ce type de prestation.

Cela dit, il est également probable que cette **variabilité** dans les données d'activité soit **pour partie le reflet des différences dans les pratiques d'enregistrement des actes** entre structures. Ces pratiques d'enregistrement sont par exemple interrogées dans la mesure où le nombre d'actes infirmiers pour délivrance de TSO est nul dans les deux structures, ce qui ne peut correspondre à la réalité. Cela explique d'ailleurs certainement le fait que le nombre moyen d'actes infirmiers est identique dans les deux CSAPA, alors qu'il devrait être supérieur dans le CSAPA Centr'Aid du fait du public accompagné.

Tableau 5. Nombre de consultations avec les patients

	Anpaa 55			Centr'aid		
	Nb de consult.	Nb de patients	Nb moyen d'actes / patients	Nb de consult.	Nb de patients	Nb moyen d'actes / patients
Médecins	2 678	649	4,1	1 752	140	12,5
Psychiatres	0	0	-	0	0	-
Infirmiers	1 000	253	4,0	912	228	4,0
<i>dont actes pour délivrance de TSO</i>	0	0	-	0	0	-
Psychologues	910	220	4,1	784	125	6,3
Sage-femme	-	-	-	36	0	-
Assistants sociaux	0	0	-	0	0	-
Educateurs spécialisés	1 093	185	5,9	1 312	104	12,6
"Visiteur social"	486	324	1,5	-	-	-
	Nb d'actes /de visites	Nb de patients	Nb de patients	Nb d'actes /de visites	Nb de patients	Nb de patients
Nombre de visites à domicile	1 029	148	7,0	0	0	-
Nb d'actes d'accompagnements pour démarche extérieure	22	17	1,3	15	5	3,0

Source : Rapports d'activité des CSAPA

Pour ce qui est des **sevrages simples** initiés au cours de l'année 2015 (cf. tableau 6), l'écart du nombre de patients ayant fait l'objet d'un sevrage initié en ambulatoire par un CSAPA ou initié par l'hôpital et suivi par un centre est très important.

Au centre de l'Anpaa, le nombre de sevrage initié est relativement important au regard des statistiques nationales qui faisaient état pour l'année 2010 d'une moyenne de 188 sevrages pour l'alcool et 42 sevrages pour les drogues illicites, soit un total de 230 sevrages tous produits confondus, contre 420 sevrages initiés par l'Anpaa en 2015.

Quant au CSAPA Centr'Aid, l'information est vraisemblablement erronée puisque selon les données renseignées dans le rapport DGS de 2015, il n'aurait initié aucun sevrage. Cela dit, dans son rapport d'activité pour l'année 2014, le centre déclare un chiffre de 8 sevrages, ce qui reste très inférieur à la fois au CSAPA Anpaa, mais également à la moyenne nationale pour les centres exclusivement dédiés aux drogues illicites.

Tableau 6. Nombre de sevrages⁶

	Anpaa 55		Centr'aid	
	Nb de sevrages	Nb de patients	Nb de sevrages	Nb de patients
Sevrages initiés dans l'année	420	420	2	2
<i>dont initiés en ambulatoire par le centre</i>	<i>378</i>	<i>378</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>dont initiés par l'hôpital et suivi par le centre</i>	<i>42</i>	<i>42</i>	<i>2</i>	<i>2</i>

Source : Rapports d'activité des CSAPA

Au sein des deux CSAPA, l'information en **Réduction des Risques (RdR)** se fait *via* des brochures au format papier, portant sur l'alcool, le tabac et les drogues illicites (*cf.* tableau 7).

En revanche, aucun matériel de prévention des infections n'est délivré par ces structures. Pour cela, le département fait appel au CAARUD de Haute-Marne pour réaliser une activité de RdR « à distance ». Il s'agit d'envois postaux de kits d'injection. Les pharmacies du département délivrent également des kits pour les pratiques d'injection.

Des actions de prévention sont menées par l'Anpaa, mais au titre de la filière prévention de l'association et n'entrent donc pas dans le cadre des activités du CSAPA à proprement parler. Quant au CSAPA Centr'Aid, le recrutement récent d'un Educateur spécialisé en septembre 2016 dont l'activité est fléchée vers les interventions mobiles de rue (et peut donc à ce titre mener des activités de prévention en lien avec la RdR) ne pourra porter ses fruits qu'à moyen terme.

Notons enfin que les CSAPA meusiens n'interviennent pas en milieu festif.

Tableau 7. Information et distribution de matériel* en matière de Réduction des Risques

	Anpaa 55	Centr'aid
Nombre de trousses d'injection (Kit+, Kap...)	0	0
Nombre de seringues à l'unité de 1cc	0	0
Nombre de seringues à l'unité de 2cc	0	0
Nombre de seringues usagées récupérées	0	0
Nombre de jetons	0	0
Nombre de brochures : - Sur l'alcool	250	120
- Sur le tabac	100	250
- Sur les drogues illicites	100	800
Nombre de préservatifs	0	0
Outils d'auto-évaluation des consommations (test d'alcoolémie, de Fagerström...)	0	0

* Matériel délivré par les équipes et/ou les automates

Source : Rapports d'activité des CSAPA

⁶ On entend par sevrage toute tentative d'arrêt protocolisé de tout produit (substances psychoactives et traitements de substitution compris).

Les **activités de groupe thérapeutique** regroupent les activités associant plusieurs patients avec au minimum un soignant. Sont considérés comme tels les groupes de parole, les groupes d'informations (éducation pour la santé, éducation thérapeutique), les ateliers d'activité artistique et d'expression (théâtre, peinture, écriture...) et les ateliers d'activité corporelle (sport...).

En Meuse, le CSAPA Anpaa a proposé en 2015 au moins une activité de groupe thérapeutique à 72 patients. Le CSAPA Centr'Aid n'a pas proposé (ou pas renseigné) ce type d'accompagnement au cours de cette période (aucune information ne figure sur le rapport d'activité interne à la structure).

Tableau 8. Activités de groupe thérapeutique

	Anpaa 55	Centr'aid
Nb de personnes concernées	72	0

Source : Rapports d'activité des CSAPA

Les **activités de prévention** telles que renseignées dans les rapports DGS (cf. tableau 9) ne rendent pas compte du fait que les professionnels de la prévention de l'Anpaa 55 (2 ETP non rattachés au CSAPA) mènent des activités de prévention. Cette différence de fonctionnement entre les deux structures ne permet donc pas de comparer leurs activités en matière de prévention à partir de cette source d'information.

Pour Centr'Aid, ces actions recouvrent les activités suivantes :

- En milieu scolaire : des interventions dans les collèges et les lycées, en lien avec le personnel d'encadrement des établissements (infirmière scolaire...), auprès des internes en début de soirée avec la diffusion par exemple de la version courte du documentaire « La mort à tes trousseaux ».
- En milieu pénitentiaire : un atelier par mois en collaboration avec l'Unité sanitaire, les services de la psychiatrie et les SPIP.

Tableau 9. Activité de prévention

	Anpaa 55		Centr'aid	
	Nb d'heures	Nb de pers.	Nb d'heures	Nb de pers.
En milieu scolaire	0	0	11	255
En milieu pénitentiaire	0	0	50	25

Source : Rapports d'activité des CSAPA

Pour le CSAPA Anpaa, les informations ont été recueillies auprès de l'association :

- En milieu scolaire : 194 heures ; 2 300 personnes
- En milieu pénitentiaire : un groupe de parole au cours de l'année 2016

ACTIVITE EN MILIEU PENITENTIAIRE

Pour le département de la Meuse, la structure référente pour le milieu carcéral est le CSAPA Centr'Aid. Il est ainsi logique de constater des différences importantes en terme de niveau d'activité dans ce milieu, eu égard les moyens respectifs dont disposent les deux centres pour cette mission : 0,06 ETP pour l'Anpaa qui propose des interventions de psychologue et d'éducateur spécialisé à hauteur de 2,25 heures hebdomadaires en moyenne ; contre 2,15 ETP pour Centr'Aid (47,3 heures par semaine) qui couvre un spectre plus large avec des interventions de médecin et d'infirmière en plus des autres types de prestations. De fait, la capacité à répondre à la demande en milieu carcéral (avec des accompagnements à la sortie) est considérée comme un point fort de la filière.

Cela dit, la répartition des actes tels que renseignés par Centr'Aid interroge une fois encore la méthode d'enregistrement des actes. En effet, alors que 474 actes de médecin semblent avoir été réalisés par 0,25 ETP de médecin, « seulement » 128 actes infirmiers auraient été réalisés (0,8 ETP). Ce constat n'est pas logique, d'autant plus au regard des résultats nationaux qui indiquent que les actes infirmiers sont de loin, et logiquement, les plus dispensés en milieu carcéral (près de 70 % des actes en 2010, contre moins de 10 % à Centr'Aid).

Tableau 10. Nombre de personnes vues et de consultations en milieu pénitentiaire

	Anpaa 55	Centr'aid
Nb de personnes vues	44	453
Nb de consultations	92	1 675
<i>dont médecin</i>	0	474
<i>dont infirmier</i>	0	128
<i>dont psychologue</i>	59	184
<i>dont éducateurs spécialisés</i>	33	889

Source : Rapports d'activité des CSAPA

CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS (CJC)

Le CSAPA Centr'Aid effectue des consultations dans des lieux très diversifiés : dans les sites principaux et les antennes du CSAPA, dans des Maisons des adolescents, des Missions locales, en milieu scolaire, et dans des établissements accueillant un public relevant de la protection de l'enfance ou de la PJJ (MECS, CEF et CER). Le centre souhaite par ailleurs développer les téléconsultations en CJC, au sein de Maisons médicales (aujourd'hui à titre expérimental). En 2015, un temps de 0,5 ETP de psychologue a permis de recevoir 30 personnes et de réaliser 72 entretiens individuels (cf. tableau 11).

Quant au CSAPA Anpaa, ayant débuté ce type d'intervention en 2015, il concentre pour le moment les consultations au sein des trois sites principaux. Son activité CJC est comparable à celle de Centr'Aid (32 personnes reçues pour 55 entretiens, avec 0,12 ETP de psychologue).

Tableau 11. Nombre de personnes reçues et actes réalisés en CJC

	Anpaa 55	Centr'aid
Nb de personnes reçues : - consommateurs	32	30
- entourage	1	0
Nb d'entretiens individuels : - consommateurs	55	72
- entourage	1	0

Source : Rapports d'activité des CSAPA

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE POUR LES FEMMES ENCEINTES

Les deux CSAPA proposent cette prestation.

A l'Anpaa, elle est assurée à Verdun par une infirmière (sage-femme de formation) et un médecin, sans que l'on puisse identifier précisément les moyens consacrés à ce type de prise en charge. L'association a d'ailleurs établi des partenariats avec la PMI et un Centre maternel.

Le CSAPA Centr'Aid a de son côté mis en place une consultation périnatalité avec aide à la parentalité. La consultation a lieu du lundi au vendredi de 9h à 17h sur les trois sites principaux de la structure. Le nombre d'ETP dédié à ces consultations n'est également pas identifiable.

Les deux CSAPA ne sont pas en mesure de fournir de données sur les consultations réalisées.

Enfin, notons que des attentes ont été exprimées au cours des deux ateliers de travail quant à la nécessité de faire évoluer les modes de prises en charge des mères toxicomanes qui, actuellement, posent certaines difficultés (problèmes de repérage, informations non transmises par la médecine de ville...).

PRESTATIONS PROPOSEES POUR LES ADDICTIONS SANS SUBSTANCES

Au CSAPA Centr'Aid, une consultation spécialisée avec une psychologue (issue de la Pédopsychiatrie) est proposée à la Maison des adolescents ou directement dans des établissements accueillant un public relevant de la protection de l'enfance ou de la PJJ (MECS, CER et CEF). Le produit le plus traité est les jeux vidéo.

Le CSAPA Anpaa débute ce type d'accompagnement. Pour les assurer, deux psychologues et deux infirmières ont été formés aux addictions sans produits, plus particulièrement aux addictions aux jeux, quatre professionnels ont été formés aux thérapies comportementales et cognitives (TCC) (trois travailleurs sociaux et un psychologue), et deux travailleurs sociaux ont bénéficié d'une formation aux entretiens motivationnels. Les jeux vidéo constituent également la problématique principale pour ce centre.

IV.2. LES PUBLICS ACCOMPAGNES PAR LES CSAPA

Les CSAPA meusiens ont accueilli, selon les informations rapportées dans les rapports ministériels, 1 015 personnes pour l'association Anpaa et 1 095 personnes pour Centr'Aid, pour l'année 2015 (cf. tableau 12). Ces effectifs recouvrent cependant une file active diversifiée puisque la part de nouveaux patients vus au cours de cette année est respectivement de 42,2 % et 18,4 %, soit un niveau de renouvellement de la population accompagnée beaucoup plus important pour le centre géré par l'Anpaa.

Autre différence très importante, le nombre de personnes de l'entourage⁷ vues au moins une fois au cours de l'année est 8 fois plus élevé au CSAPA Centr'Aid (231 personnes) qu'au CSAPA Anpaa (29). Ce résultat est d'autant plus notable qu'il ne peut s'expliquer par les CJC où le nombre d'entretien réalisé avec l'entourage est quasiment nul dans les deux structures (cf. tableau 11). Par conséquent, ce résultat s'explique à la fois par des habitudes de travail différentes (toutes choses égales par ailleurs) et par des différences de profils des usagers (cf. *infra*) qui nécessitent des stratégies d'accompagnement différentes (sollicitations de l'entourage plus forte pour les usagers toxicomanes).

Mesure de la file active

L'importance d'une file active est notamment contingentée à la méthode utilisée pour faire entrer et sortir une personne de son fichier de suivi.

Ainsi, au CSAPA de l'Anpaa, une personne entre dans la file active à partir du moment où elle le consent et compte au moins un acte de présence lors d'un entretien en face à face dans l'année. Elle en sort lorsqu'elle n'a eu aucun acte de présence dans l'année, ce qui signifie que le fichier est apuré à chaque nouvel exercice. Les motifs possibles de cette sortie peuvent être un arrêt du suivi par l'utilisateur, un arrêt du suivi suite à un accord entre l'utilisateur et l'équipe, un déménagement ou un décès.

Au CSAPA Centr'Aid, toute demande en lien avec une problématique addictologique engendre une inclusion de la personne dans la file active, qui décide elle-même d'en sortir. Cette méthode de fonctionnement signifie que, très probablement, sont toujours inclus dans la file active des personnes ayant consultés avant 2015 et qui n'ont pas été vus cette année. Elle explique aussi, en partie, la différence en termes de renouvellement relevée plus haut.

Par ailleurs, dans la mesure où deux structures cohabitent au sein d'un même département et que les fichiers ne sont pas croisés, il importe de signaler que ces deux chiffres comprennent probablement une certaine proportion de doubles comptes, soit lorsqu'une même personne a

⁷ Est considérée comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives.

fréquenté les deux CSAPA au cours de l'année, soit (plus rarement) lorsqu'un même CSAPA réparti sur plusieurs lieux ne consolide pas les données de sa file active⁸.

Tableau 12. Effectifs des files actives, au 31 décembre 2015

	Anpaa 55	Centr'aid
Nombre de personnes vues au moins une fois	1 015	1 095
<i>dont nombre de patients vus une seule fois</i>	201	-
<i>dont nombre de nouveaux patients</i>	428	202
Nombre de personnes de l'entourage vues au moins une fois	29	231

Source : Rapports d'activité des CSAPA

En 2015, près de 4 personnes sur 5 accueillies dans les CSAPA meusiens sont des hommes (cf. tableau 13). La proportion de femmes est très légèrement supérieure dans le CSAPA Anpaa. La forte proportion d'hommes parmi les patients pris en charge s'explique principalement par le fait que les hommes sont beaucoup plus nombreux à consommer des drogues illicites⁹ et de l'alcool¹⁰ que les femmes.

Au CSAPA Centr'Aid, presque deux tiers des patients (63,4 %) ont moins de 30 ans, tandis que cette tranche d'âge ne représente que 18,4 % de la file active de l'Anpaa. Ce résultat, très significatif, est le premier indicateur d'une série qui prouve à quel point **la typologie des deux structures est actuellement sensiblement différente**. Le CSAPA Anpaa accueille donc un public nettement plus âgé, en moyenne, puisqu'un tiers des patients qui y sont pris en charge ont au moins 50 ans (33,7 %, contre 2,5 % dans l'autre établissement médico-social). Cette différence est liée au produit à l'origine de la demande (et donc le plus consommé) qui, pour le CSAPA Anpaa, est majoritairement l'alcool (cf. constat *infra*), produit dont les dommages sanitaires et sociaux se manifestent plus tardivement que pour les opiacés, qui provoque une désaffiliation très rapide et donc à des âges plus jeunes.

Les CSAPA en ambulatoire recrutent logiquement la grande majorité de leurs patients dans le département de la Meuse, le CSAPA Anpaa (97,2 %) beaucoup plus que le CSAPA Centr'Aid (76 %). Cette différence s'explique essentiellement par le fait que Centr'Aid est la structure de référence pour le milieu carcéral et qu'à ce titre, une part relativement importante des patients composant sa file active (41,3 %) est incarcérée, sachant qu'ils peuvent provenir d'autres départements que la Meuse.

⁸ Dans son rapport de 2010, l'OFDT estime que la proportion de doubles comptes n'excède probablement pas 5 % au niveau national. Ce qui, rapporté à l'échelle de la Meuse, représenterait environ 50 personnes.

⁹ En France, les hommes âgés de 18 à 64 ans sont deux fois plus nombreux que les femmes à consommer quotidiennement du cannabis (2 % vs 1 %). Les hommes sont également deux fois plus nombreux à avoir consommés de l'héroïne (0,2 % vs 0,1 %) et de la cocaïne (1,5 % vs 0,7 %) dans l'année écoulée (Source : Baromètre santé 2014, Inpes, exploitation OFDT).

¹⁰ En France, 12 % des hommes âgés de 18 à 64 ans consomment quotidiennement de l'alcool, contre 3 % des femmes du même âge (Source : Baromètre santé 2014, Inpes, exploitation OFDT).

Dans le CSAPA Centr'Aid, 6 patients sur 10 sont considérés comme disposant d'un logement durable. Cette notion de durabilité est relative puisque le critère est ici de pouvoir occuper le même logement pendant au moins les six prochains mois. Le pourcentage de personnes sans logement se situe à 6,1 %. La proportion de personnes vivant en logement « stable » est plus élevée dans le CSAPA Anpaa (88,7 %), probablement en raison de la différence d'âge des patientèles et des ressources dont ils disposent.

En effet, la moitié du public accompagné par le CSAPA Anpaa tire ses principales ressources de l'emploi (50,5 %), quand cette situation ne concerne que 21,6 % de la file active de Centr'Aid. Une fois encore, ce résultat reflète des profils différents entre les deux centres : la proportion de patients pris en charge pour un problème d'alcool ou de tabac dans la population de l'Anpaa est beaucoup plus importante (*cf. infra* tableau), sachant que cette catégorie de population est en général plus insérée sur le marché du travail. Inversement, 32 % public accompagné par Centr'Aid obtient ses ressources de la part d'un tiers ou d'une « Autre ressource » (21,7 % de la file active ayant moins de 25 ans, ces jeunes ne peuvent bénéficier du RSA).

Tableau 13. Quelques caractéristiques sociodémographiques des files actives

	Anpaa 55	Centr'aid
Répartition par sexe (en %)		
Hommes	74,8	79,9
Femmes	25,2	20,1
Répartition par âge (en %)		
Moins de 20 ans	2,0	3,1
<i>dont moins de 18 ans</i>	0,8	1,6
Entre 20 et 24 ans	6,0	18,6
Entre 25 et 29 ans	10,4	41,7
Entre 30 et 39 ans	25,0	20,4
Entre 40 et 49 ans	22,9	13,7
Entre 50 et 59 ans	21,0	2,3
60 ans et plus	12,7	0,2
Origine géographique (en %)		
Meuse	97,2	76,0
Autre dép. de Lorraine	1,4	10,0
Autres région	1,4	14,0
Qualité du logement* (en %)		
Durable	88,7	61,9
Provisoire (ou précaire)	10,9	32,0
SDF	0,4	6,1
Origine principale des ressources (en %)		
Revenus de l'emploi (y c. retraite...)	50,5	21,6
Assedic	13,7	12,0
RMI/RSA	20,5	25,9
AAH	3,7	2,4
Autres prestations sociales	1,5	6,2
Ressources provenant d'un tiers	1,8	13,0
Autres ressources (y c. sans revenus)	8,3	19,0

* *Dernier logement occupé pour les personnes incarcérées*

Source : Rapports d'activité des CSAPA

Pour le CSAPA Anpaa, un tiers des patients est adressé par la justice (34,2 %) et un quart par des partenaires sanitaires (médecine de ville et autres structures sanitaires). Les structures spécialisées sont à l'origine de 15 % des demandes, tandis que la part des initiatives personnelles représente 18 % des demandes.

L'origine des demandes est assez différente pour le CSAPA Centr'Aid. En effet, si la part des initiatives personnelles ou de proches est équivalente, les partenaires sanitaires adressent moins souvent des patients à ce centre (7,5 % vs 24,9 %). Ce constat est d'ailleurs assez contre-intuitif dans la mesure où cette structure est portée par un établissement sanitaire (CH de Verdun). Aussi, selon le CSAPA Centr'Aid, parmi les 40,9 % de patients orientés par une « institutions et services sociaux », une certaine partie correspond en fait à des personnes orientées par la justice. Cela signifie que la part réelle des personnes accompagnées par cette structure et pour lesquelles l'origine de la demande est judiciaire est comprise entre 25,5 % (estimation basse) et 66,4 % (estimation haute), sachant que l'estimation donnée par les acteurs locaux est de l'ordre de 40 %. Sans pouvoir vérifier cette information, il semblerait donc que la part des patients orientés par la justice soit supérieure à Centr'Aid (40 % vs 34 %).

Ces résultats, obtenus pour partie en procédant à des estimations, rappellent une fois de plus que des différences en matière d'enregistrement de l'activité d'une structure à l'autre ne facilitent pas la lisibilité et la traçabilité de celle-ci.

Tableau 14. Origine de la demande de consultation (en %)

	Anpaa 55	Centr'aid
Initiative du patient ou des proches	18,3	21,9
<i>Partenaires sanitaires</i>		
Médecin de ville	16,6	2,0
Autre hôpital / autre sanitaire	8,3	5,5
<i>Structures spécialisées</i>		
Médico-sociale (CSAPA / CAARUD)	8,3	0,9
Hospitalières (ELSA, consultation hospitalière, autre...)	6,4	0,5
<i>Justice</i>		
Justice, orientation présentencielle	10,1	1,6
Justice, orientation post-sentencielle	23,9	23,9
Justice, classement avec orientation	0,2	0,0
<i>Autres</i>		
Institutions et services sociaux	6,5	40,9
Milieu scolaire/étudiant	0,2	1,6
Autre	1,3	1,2

Source : Rapports d'activité des CSAPA

DES FILES ACTIVES AU PROFIL TRES DIFFERENTS

Le profil de la file active du CSAPA Centr'Aid présente un décalage entre ce que l'on pourrait nommer un profil « attendu », théorique, d'une file active de CSAPA généraliste et celui qui ait effectivement observé. En effet, l'exploitation des rapports d'activité des CSAPA de 2010 par l'OFDT¹¹ avait fait apparaître une moyenne nationale (obtenue en amalgamant les structures anciennement spécialisées pour l'alcool et celle spécialisées pour les drogues illicites) qui portait la part de personnes prises en charge avec comme produit en cause les opiacés ou les TSO détournés à 20,4 %, alors que cette proportion s'élève dans la file active du CSAPA Centr'Aid à 70 % (cf. tableau 15). Pour la structure, cette situation s'explique par le fait que depuis 18 ans elle est reconnue pour prendre en charge les substances illicites, avec un certain savoir-faire. Mais elle estime également qu'il s'agit d'une question de formation qui peut, pour le traitement des addictions à l'alcool et surtout au tabac, constituer un frein à la prise en charge aujourd'hui. Le personnel de Centr'Aid étant d'ailleurs demandeur de formation complémentaire.

Pour le centre de l'Anpaa, la situation est différente. En effet, le profil de la file active toutes antennes confondues (Verdun, Bar-le-Duc et Commercy) correspond dans les grandes lignes à celui établi par le rapport de l'OFDT, dans la mesure où 18,4 % des personnes prises en charge par le CSAPA Anpaa sont consommatrices d'opiacés ou de TSO détournés, contre 20,4 % au niveau nationale (en 2010). Cela dit, des différences existent entre les files actives de l'antenne de Verdun (nord), où cette même proportion s'élève à 36,1 %, et celles de Bar-le-Duc et Commercy (sud) où cette proportion se situe entre 6 % et 7 % pour les deux autres antennes. Dans le nord du département, ce profil de file active fait écho aux problématiques importante de consommation d'opiacés, ce qui explique l'écart à la moyenne nationale observé. En revanche, dans le sud du département, un décalage existe entre le profil des files actives à Bar-le-Duc et Commercy et la moyenne nationale.

Pour la structure, la principale raison pour laquelle les chiffres rapportés pour le sud du département traduisent davantage des réalités qui font penser à des structures spécialisées plutôt que généralistes, est que l'arrêté officiel d'entrée des CSAPA dans une action de type généraliste n'est arrivé en Lorraine qu'en décembre 2015. Par conséquent, les changements en cours ne peuvent raisonnablement produire leurs effets qu'à moyen terme.

¹¹ Palle C. et Rattanatrav M., « Rapports d'activité 2010 des CSAPA », Saint-Denis, OFDT, 2013, 89 p.

Tableau 15. Produits les plus consommés et produit à l'origine de la prise en charge

	Anpaa 55	Centr'aid
1er produit le plus consommé (en %)		
Alcool	64,0	13,0
Tabac	12,0	0,2
Cannabis	4,9	32,5
Opiacés (hors substitution détournée)	16,2	41,6
Cocaïne et crack	0,1	0,5
Amphétamines, ecstasy, ...	0,0	0,1
Médicaments psychotropes détournés	0,4	1,9
Traitement de substitution détourné	1,9	10,0
Addictions sans substances (jeu d'argent, de hasard...)	0,2	0,2
Addictions sans substances (cyberaddictions)	0,1	0,2
Autres addictions sans substance	0,3	0,0
Autres (dont autres produits)	0,0	0,0
2ème produit le plus consommé (en %)		
Alcool	7,2	17,2
Tabac	69,5	0,1
Cannabis	9,4	43,1
Opiacés (hors substitution détournée)	4,8	15,0
Cocaïne et crack	1,0	1,8
Amphétamines, ecstasy, ...	0,1	0,1
Médicaments psychotropes détournés	2,0	3,7
Traitement de substitution détourné	5,3	19,0
Addictions sans substances (jeu d'argent, de hasard...)	0,4	0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)	0,0	0,0
Autres addictions sans substance	0,0	0,0
Autres (dont autres produits)	0,1	0,0
Produit à l'origine de la prise en charge (en %)		
Alcool	64,0	8,4
Tabac	10,2	0,0
Cannabis	5,2	20,1
Opiacés (hors substitution détournée)	11,2	60,4
Cocaïne et crack	0,2	1,2
Amphétamines, ecstasy, ...	0,0	0,0
Médicaments psychotropes détournés	0,4	0,2
Traitement de substitution détourné	7,2	9,6
Addictions sans substances (jeu d'argent, de hasard...)	0,2	0,2
Addictions sans substances (cyberaddictions)	0,1	0,0
Autres addictions sans substance	0,3	0,0
Autres (dont autres produits)	0,0	0,0

Source : Rapports d'activité des CSAPA

Dépistages et vaccinations

En Meuse, en 2015, 13 personnes accompagnées par le CSAPA Anpaa ont bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite B. Mais, pour aucune d'entre elle, une vaccination n'a été débutée, et aucun patient n'a complété le schéma vaccinal. Dans ce centre, 13 usagers ont bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C et 11 d'un dépistage du VIH.

L'absence d'information pour le CSAPA Centr'Aid s'explique par le fait que les habitudes de travail consistent à envoyer les usagers vers d'autres structures pour les vaccinations et les dépistages.

Traitements de substitution aux opiacés

En 2015, les CSAPA meusiens ont vus 372 patients suivant un traitement de substitution aux opiacés (TSO), 218 étant sous traitement à la méthadone et 154 sous traitement à la buprénorphine haut dosage (BHD). Mais la très grande majorité de ces patients ont été vus par le CSAPA Centr'Aid : 349 contre 23 usagers pour la structure de l'Anpaa.

Ce constat est évidemment très corrélé à la série d'observations faites jusque-là, qui démontre à quel point les usagers des deux files actives des CSAPA sont différents. La structure gérée par le CH de Verdun a toujours été et reste encore très largement celle qui initie et prescrit les TSO aux opiacés.

Tableau 16. Dépistages, vaccinations, et traitements de substitution aux opiacés

	Anpaa 55	Centr'aid
Dépistages et vaccinations		
Hépatite B - nb de dépistage	13	0
Hépatite B - nb de vaccination	0	0
Hépatite B - nb de schéma vaccinal complété	0	0
Hépatite C - nb de dépistage	13	0
VIH - nb de dépistage	11	0
Traitements de substitution aux opiacés		
Méthadone - nb de patients sous traitement	15	203
<i>dont prescrits au moins 1 fois par le centre</i>	4	118
<i>dont initié par le centre</i>	0	69
BHD - nb de patients sous traitement	8	146
<i>dont prescrits au moins 1 fois par le centre</i>	7	18
<i>dont initié par le centre</i>	0	

Source : Rapports d'activité des CSAPA

LA LIAISON ET LA CONSULTATION

En matière de traçabilité de l'activité, alors que les CSAPA renseignent un rapport d'activité harmonisé à destination du ministère de tutelle, les unités d'addictologie des deux Centres Hospitaliers ont, en matière d'obligations, à remplir une fiche MIG (Mission d'Intérêt Général). Ce sont les informations contenues dans ces fiches qui, couplées aux éléments recueillis dans les différents rapports d'activité internes des structures, ont permis de restituer différents aspects de l'activité respective des deux unités. Cela dit, bien que les informations contenues dans les fiches MIG aient vocation à être standardisées, des incohérences sont apparues entre les deux sources de données (fiches MIG et RA) pour l'Unité d'addictologie du CH de Verdun, qui ont nécessité des démarches d'investigation spécifiques auprès de la structure afin de pouvoir consolider des indicateurs fidèles à la réalité.

Globalement, **l'activité des deux unités d'addictologie semble comparable** (cf. tableau 17) : le CH de Bar-le-Duc a pris en charge, en 2014, 759 patients pour 2 779 consultations (internes et externes confondues) ; le CH de Verdun/Saint-Mihiel a pris en charge, en 2015, 678 patients pour 3 272 consultations. Cela dit, une différence importante est observée dans la répartition entre les consultations internes et externes : alors que les actes en internes (*i.e.* ceux réalisés par l'ELSA) représentent 62 % de l'activité de consultation de l'unité de Bar-le-Duc, celle-ci est seulement de 20 % pour l'unité de Verdun.

Par ailleurs, à Verdun, le nombre de patients pris en charge par l'ELSA (678) est égal au nombre de patients pris en charge en consultations externes et quasiment égal au nombre de consultations internes (673). Ce constat pointe la **forte hétérogénéité des pratiques en matière de suivi de l'activité** (les données du CH de Bar-le-Duc étant plus précises et cohérentes), mais aussi et surtout le fait que la frontière entre les différents types d'activité (ELSA, consultations hospitalière et même activité CSAPA pour ce qui est de Centr'Aid, exerçant dans les locaux du CH de Verdun/St-Mihiel) n'est pas lisible en matière de suivi et de décompte d'activité, sachant que les échanges verbaux établis avec la structure ont également fait ressortir que la distinction n'est pas tout à fait claire dans l'esprit des acteurs concernés eux-mêmes.

Du point de vue des produits, il apparaît que le CH de Verdun prend davantage en charge des personnes pour des problématiques de consommations d'alcool et surtout de toxicomanie (28 % des patients, contre 4 % au CH de Bar-le-Duc, ce qui fait référence à la localisation du CSAPA Centr'Aid au sein de cette structure), tandis que le CH de Bar-le-Duc a pris en charge, en 2014, plus de deux fois plus de patients pour une consommation de tabac. Ces différences participent très probablement aux écarts globaux d'activité observés entre les deux unités (3,7 actes par patient en moyenne au CH de Bar-le-Duc, contre 4,8 actes par patients à Verdun).

Tableau 17. Activité des unités d'addictologie

	Bar-le-Duc (2014)	Verdun / St-Mihiel (2015)
Nb de patients total pris en charge	759	678
Nb de consultations totales (internes + externes)	2779	3272
ELSA - Nb de patients pris en charge	433	678
<i>dont alcool</i>	183	342
<i>dont tabac</i>	178	145
<i>dont alcool + tabac (polyconsommateurs)</i>	85	0
<i>dont toxicomanie</i>	31	191
<i>dont sans produit</i>	2	0
ELSA - Nb de consultations internes (1)	1719	-
<i>dont médical</i>	416	-
<i>dont infirmier</i>	882	-
<i>dont psychologue</i>	302	-
<i>dont relaxation</i>	108	-
<i>dont appel téléphonique</i>	8	-
<i>dont famille</i>	3	-
ELSA - Nb de consultations internes (2)	-	673
<i>dont alcool</i>	-	362
<i>dont tabac</i>	-	110
<i>dont toxicomanie</i>	-	201
ELSA - En Maisons d'arrêt		
Nb de patients pris en charge	108	-
Nb d'actes réalisés	334	-
Consultations externes		
TOTAL		
Nb de patients pris en charge	188	678
Nb d'actes	726	2 599
Dont tabac		
Nb de patients pris en charge	137	145
Nb d'actes	506	190
Dont alcool		
Nb de patients pris en charge	33	342
Nb d'actes	152	928
Nb de sevrages ambulatoires	0	17
Dont toxicomanie		
Nb de patients pris en charge	4	191
Nb d'actes	5	1 481
Nb de sevrages ambulatoires subutex	0	2
Nb de sevrages ambulatoires autres	0	2
Dont médicaments		
Nb de patients pris en charge	4	-
Nb d'actes	21	-
Nb de sevrages ambulatoires	0	-
Dont femmes enceintes		
Nb de patients pris en charge	8	-
Nb d'actes	31	-
Dont autres		
Nb de patients pris en charge	2	-
Nb de consultations jeux	11	-

Autres types d'activités		
Nb d'actions de formation	11	7
Nb de participants aux actions de formation	-	60
Nb de procédures établies	-	5
Nb de protocoles de soins	3	5
Nb d'actions de prévention	7	2

Source : Fiches thématiques MIG et rapports d'activité des Unités d'Addictologie

En maternité, le CH de Bar-le-Duc propose des **consultations de périnatalité**, avec une infirmière possédant un DU Périnatalité et Addictions. Si besoin, l'équipe peut assister à la consultation du 4^{ème} mois de grossesse. Au CH de Verdun, l'équipe participe une fois par semaine à la réunion de coordination pour les familles en périnatalité (RCFP), assure un suivi conjoint des patientes enceintes notamment pour les questions de toxicomanie. L'équipe suit également les traitements de substitution pendant les hospitalisations et propose un soutien et un accompagnement aux patientes. Des liens sont assurés avec la sage-femme tabacologue.

PRESTATIONS PROPOSEES POUR LES ADDICTIONS SANS SUBSTANCES

Le CH de Bar-le-Duc propose de la psychothérapie cognitive comportementale et oriente si besoin vers une CJC du CSAPA. A Verdun, le personnel est en cours de formation sur ces questions.

L'ACTIVITE DE SEVRAGE SIMPLE

Les deux Centres Hospitaliers du département sont équipés, pour réaliser des sevrages simples, d'un lit dédié chacun, sachant qu'à Verdun ce lit est spécifiquement dédié à une prise en charge pour toxicomanie. Le personnel des deux unités est sensibilisé à l'alcoologie. En 2015, le nombre de sevrage réalisés dans l'ensemble de la Meuse a été de 56.

Tableau 18. Activité de sevrage simple par les unités d'addictologie en 2015

	CH Bar-le-Duc	CH Verdun/St-Mihiel
Nombre de lits dédiés	1 (+ des lits dispersés dans les autres services en fonction de la pathologie)	0 pour l'alcoologie ; 1 pour la toxicomanie
Equipe sensibilisée à l'alcoologie	Oui	Oui, par la participation au groupe infirmier relais et aux journées de formation. Participation des membres de l'ELSA aux visites du service
Nombre de sevrages réalisés	33 sevrages	23 sevrages (17 alcool et 6 toxicomanie)

Source : Enquête CREAI auprès des acteurs de la filière

IV.4. LES SOINS RESIDENTIELS COMPLEXES

Le service Les Mays du CHS de Fains-Veel est équipé de 15 lits dédiés au sevrage complexe et de 3 places en hospitalisation de jour, soit une capacité d'accueil jugée satisfaisante par les acteurs concernés.

Une convention de partenariat existe avec le CH de Bar-le-Duc. Chaque patient hospitalisé bénéficie d'un bilan somatique complet et est orienté vers l'hôpital général si son état physique le nécessite.

Les pathologies identifiées par l'équipe sont celles liées à la dépendance (alcool, toxicomanie et médicaments principalement) et celles se situant en amont et en aval de la problématique de dépendance, comme les pathologies psychiatriques (névroses, psychoses, états limites en majorité, troubles du comportement, troubles cognitifs...), les pathologies de l'appareil digestif (cirrhose, stéatose...), les problématiques psychologiques et / ou sociales invalidantes au quotidien.

IV.5. L'HEBERGEMENT MEDICO-SOCIAL

En Meuse, l'hébergement médico-social est assuré par l'association AMIE. Malheureusement, malgré de multiples relances téléphoniques et électroniques, aucune donnée (autre que le nombre d'appartements dédiés) n'a pu être collectées (éventuelles difficultés rencontrées, besoins et attentes non satisfaites, critères de recrutement, publics concernés).

Cela dit, les avis échangés au cours des ateliers de travail avec les acteurs locaux ont fait ressortir que le département manquait de place en ACT.

IV.6. LE POINT DE VUE DES DIFFERENTS ACTEURS

Les mesures suggérées en lien avec la question de l'activité des structures développée dans cette sous-partie sont les suivantes :

- Créer un CAARUD (proposition faite en table ronde) ;
- Améliorer l'orientation des femmes enceintes (table ronde) ;
- Développer une structure adaptée à la prise en charge et l'accompagnement des mères toxicomanes (atelier).

Malgré les efforts engagés par le CSAPA Centr'Aid pour développer une activité de rue ayant, en partie, vocation à contribuer à la **Réduction Des Risques**, plusieurs remarques sur l'absence d'un CAARUD en Meuse ont émergé durant les rencontres entre acteurs. En effet, les CAARUD sont les seules structures pouvant proposer une offre en RdR qui soit à la hauteur des enjeux, surtout dans un département touché si durement par des problématiques de consommation d'héroïne.

Par ailleurs, les difficultés rencontrées sur le terrain quant à la prise en charge et l'accompagnement des **femmes enceintes alcooliques ou toxicomanes** se traduisent par des attentes en matière de coordination. En effet, le manque de lien entre la médecine de ville et l'Hôpital, y compris avec le service de psychiatrie, peuvent générer des difficultés de repérage des syndromes de sevrage. Ce problème peut par exemple être lié au fait que le médecin généraliste peut voir une patiente pour une déclaration initiale de grossesse, mais pour laquelle le suivi serait réalisé par ailleurs.

Outre ces efforts de coordination attendus, les acteurs ont fait remarquer qu'il n'y a pas de structure adaptée pour la prise en charge et l'accompagnement des **mères toxicomanes** en Meuse. Ce phénomène étant d'autant plus préoccupant que les centres maternelles, très souvent, n'acceptent pas les mères usagers d'opiacés en raison des difficultés que ce public leur pose.

V. ETAT DES LIEUX QUALITATIF DES ACCOMPAGNEMENT PROPOSES

Outre les considérations liées au dimensionnement de l'offre, l'analyse du fonctionnement d'une filière de prise en charge et d'accompagnement doit également porter sur des éléments qualitatifs tels que l'organisation de l'accueil, les difficultés vécues par les équipes professionnelles ou la dynamique partenariale. C'est à cette thématique que cette partie est consacrée.

V.1. L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DANS LES CSAPA

Au CSAPA Centr'Aid, un accueil téléphonique (numéro vert) est assuré 5 jours sur 7. Sur site principal ou en consultation avancée, un accueil individuel est proposé par une infirmière. Puis, si la personne le demande, une évaluation est réalisée, un projet de soin est élaboré et une orientation est prononcée si nécessaire.

Au CSAPA Anpaa, un accueil physique est garanti tous les jours de la semaine, par trois secrétaires respectivement basées sur les trois sites principaux différents. A noter toutefois, la structure n'est pas ouverte le mercredi après-midi. Le premier accueil est assuré par une secrétaire, qui l'articule autour de deux axes : une évaluation de la demande au travers une série de questions ouvertes ; et une présentation sommaire de l'établissement. Si le CSAPA peut répondre à la demande de la personne, un rendez-vous est proposé avec un membre de l'équipe pour un premier entretien. Si le CSAPA estime que cela est nécessaire, il oriente la personne en lui expliquant les raisons de cette démarche (rapprochement d'une structure plus proche du domicile ou service plus adapté). A noter que l'association Anpaa a édité un guide à l'attention des professionnels de ses établissements pour le premier accueil et le premier entretien. Et, lorsque qu'une personne souhaite s'inscrire dans un parcours de soin, le CSAPA lui délivre un livret d'accueil et un règlement de fonctionnement.

La quantité d'outils disponibles ne présage pas de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, mais les différences relevées sur ce point témoignent malgré tout de la diversité des pratiques en matière d'accueil et de prise en charge.

V.2. PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES DIFFERENTS ACTEURS

Dans le secteur sanitaire, qui inclut les activités de liaison, de consultation externe et de sevrage simple ou complexe, les acteurs sont globalement satisfaits des moyens dont ils disposent pour mettre en œuvre leurs missions (cf. tableau 19). Seule l'unité d'addictologie de Verdun a fait part de certaines difficultés en termes de moyens. Ces difficultés ont trait à un manque de moyen en psychiatrie pour ce qui est de l'équipe de liaison, et des problèmes occasionnels pour hospitaliser une personne pour un sevrage simple.

L'ELSA du CH de Verdun a également déclaré, sans être plus précis toutefois, avoir des difficultés à travailler avec « certains services ». Cette situation pouvant avoir, *a priori*, des conséquences sur certains accompagnements, dans la mesure où la superposition des prises en charge (en cas de sevrage simple) peut engendrer des difficultés à pouvoir rencontrer les patients concernés.

En matière d'accompagnement, le CHS de Fains-Veel rencontre lui aussi des difficultés. En effet, l'augmentation du nombre de situations complexes, dont la prise en charge est en moyenne plus chronophage, contraint par manque de temps l'équipe à se consacrer uniquement aux soins pour ces patients, au détriment de certains ateliers à visées thérapeutiques.

Le CH de Bar-le-Duc n'a déclaré aucune difficulté en particulier, quelle qu'en soit la nature.

A noter, l'association AMIE a été invitée à faire part des principales difficultés auxquelles elle serait éventuellement confrontée mais, malgré plusieurs relances, elle n'a pas répondu aux sollicitations.

Tableau 19. Principales difficultés rencontrées dans le secteur sanitaire en termes de moyens, de partenariats et d'accompagnement

	Equipe de liaison (ELSA)		Consultations externes		Sevrage simple		Soins complexes CH Fains-Veel
	CH Bar-le-Duc	CH Verdun	CH Bar-le-Duc	CH Verdun	CH Bar-le-Duc	CH Verdun	
En termes de moyens	Pas de difficultés	Manque de psychiatre ; Manque de réactualisation des supports d'information	Pas de difficultés	Pas de difficultés	Pas de difficultés	Pas de lit individualisé, d'où des manques occasionnels de place pour hospitaliser	Pas de difficultés
En termes de relations partenariales	Pas de difficultés	Difficultés pour travailler avec certains services	Pas de difficultés	Pas de difficultés	Pas de difficultés	Pas de difficultés	Pas de difficultés
En termes d'accompagnement	Pas de difficultés	Pas de difficultés	Pas de difficultés	Pas de difficultés	Pas de difficultés	Parfois des difficultés pour rencontrer les patients car la prise en charge de l'ELSA se superpose	Les situations complexes étant de plus en plus fréquentes, les problématiques étant de plus en plus « lourdes », certains ateliers à visées thérapeutiques sont reportés voire annulés, au profil des soins qui sont prioritaires

Source : Enquête CREAL auprès des acteurs de la filière

En termes de moyens, les deux acteurs médico-sociaux ont tenu à indiquer les difficultés que soulèvent les modalités actuelles de partage des locaux, aussi bien à Bar-le-Duc qu'à Verdun. La convention signée en 2010 ne donne plus satisfaction aux acteurs concernés du point de vue du partage de locaux, qui ont d'ailleurs clairement exprimé leur point de vue respectif à l'occasion de la table ronde.

En ce qui concerne les accompagnements, le CSAPA Anpaa observe plusieurs types de difficultés. Deux ont trait à des questions de moyens ou d'organisation, et une, d'ailleurs partagée avec le CSAPA Centr'Aid, est en relation avec les usagers eux-mêmes. En effet, tous les acteurs spécialisés rencontrent quelques difficultés face au manque d'adhésion, voire au non-respect, de certains usagers pour s'inscrire dans un projet d'accompagnement.

Tableau 20. Principales difficultés rencontrées dans le secteur médico-social en termes de moyens, de partenariats et d'accompagnement

	CSAPA Anpaa	CSAPA Centr'Aid
En termes de moyens	Pas de problème majeur. Mais la convention portant sur la gestion des locaux est plus bloquante que facilitante	Problème de cohabitation avec l'Anpaa pour les locaux. L'occupation des sols n'est pas jugée équitable. Le CSAPA craint que cette situation vienne altérer des relations jusqu'ici satisfaisantes.
En termes de relations partenariales	Pas de difficultés	Aucune difficulté, le réseau tissé depuis 18 ans est d'excellente qualité, avec les acteurs du judiciaire, du social et du médical
En termes d'accompagnement	La synchronisation et la coordination des différentes prises en charge, à cause de personnels à temps partiel (en particulier les médecins). Cela entraîne une difficulté à tenir des réunions de suivi usagers hebdomadaires ; Le manque de concertation pluridisciplinaire pouvant, parfois, entraîner un problème de cohérence dans certaines prises en charge ; Faire adhérer les personnes qui sont en obligation de soins (OS) (pas de demande, absentéisme....), car l'obligation d'accompagnement peut être vécue comme une sanction supplémentaire.	Non-respect des rendez-vous programmés par les patients.

Source : Enquête CREAL auprès des acteurs de la filière

V.3. LA COMPLEMENTARITE DES ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX

La complémentarité des accompagnements médico-sociaux est ici analysée sous un angle croisant la dimension territoriale, la nature de la prestation (médicale, paramédicale, psychologique ou sociale) et les volumes horaires correspondant à celles-ci (cf. carte 3)¹².

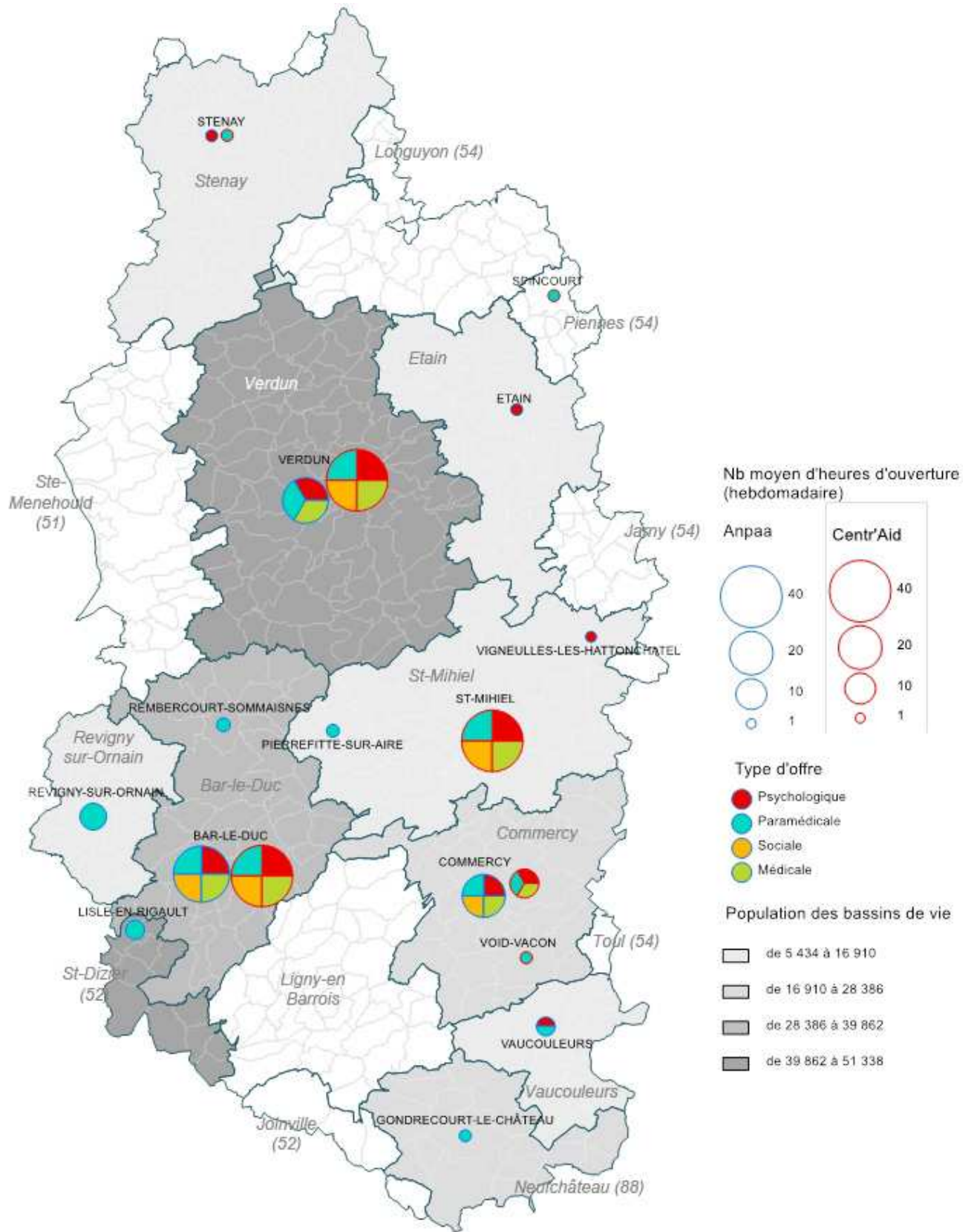
Ainsi, sur les deux communes principales du département (Bar-le-Duc et Verdun) on observe, à l'exception des prestations sociales à Verdun, une offre similaire entre les deux structures, avec des volumes horaires hebdomadaires quasi équivalents. Cette redondance est, dans une moindre mesure, également valable à Commercy, même si le temps de présence du CSAPA Centr'Aid y est plus faible et son offre moins étoffée (pas d'éducateur spécialisé). Au final, la commune de Saint-Mihiel est la seule, parmi les villes meusiennes les plus importantes, à bénéficier d'une offre de réponse médico-sociale qui soit délivrée par une seule et même structure (Centr'Aid).

Au niveau des consultations avancées, plusieurs informations sont à retenir :

- Aucun des deux CSAPA ne propose d'entretien avec un travailleur social ;
- A Stenay, deux type d'offres différentes sont proposées par deux structures différentes, soit une configuration relativement peu efficiente ;
- Les consultations dans le sud du département reposent essentiellement sur des prestations paramédicales (IDE). Autrement dit, en plus d'un déséquilibre quantitatif déjà pointé (cf. *supra*), on observe un déséquilibre qualitatif ;
- Les consultations dans le nord sont plutôt équilibrées entre offre de type psychologique et paramédicale ;
- En moyenne, le nombre d'heures d'ouverture est plus élevé dans le sud meusien.

¹² Les Consultations Jeunes Consommateurs sont exclues du champ de l'analyse, puisqu'elles consistent systématiquement en une consultation avec un psychologue. Les interventions en prison sont également exclues du champ.

Carte 3. Nature des prestations délivrées par les CSAPA et volumes horaires correspondant



Source : rapports d'activité des structures et enquête CREAI

V.4. LE MAILLAGE TERRITORIAL : LES COOPERATIONS EN MEUSE

Au cours des différentes rencontres, la complémentarité des actions menées par les acteurs concernées a été un sujet d'échange important, tout comme les relations partenariales. S'appuyant sur une forte interconnaissance, les acteurs ont ainsi développé une bonne connaissance du tissu social, par la densité du partenariat (les membres du réseau RESAM se sont réunis à 17 reprises en 2016). La présence de personnes « motrices », comme le docteur Bouchy dans le sud du département, est considérée comme un facteur de réussite déterminant. C'est la raison pour laquelle le travail partenarial a également été jugé fragile au cours des discussions, car étant dépendant de la qualité de relations interpersonnelles qui, comme dans le nord meusien, peut davantage faire défaut. Des difficultés de travail avec la médecine de ville ont ainsi été pointées.

Au niveau de l'articulation des actions, plusieurs acteurs ont tenu à rapporter leurs expériences positives. D'abord au CH de Verdun, où la continuité du soin est assurée entre les unités de sevrage et les CSAPA en renvoyant systématiquement les patients vers le CSAPA prescripteur du sevrage. Le CHS de Fains-Veel a quant à lui mis en exergue la qualité des passages entre leurs services et celui des urgences, et entre les activités de sevrage simple et complexe.

PARTENARIATS ET OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LES CSAPA

Les partenaires extérieurs cités par le CSAPA Centr'Aid sont :

- La **justice**, qui est son partenaire principal ;
- Le **CHRS** de l'association AMIE, dans le cadre d'une convention qui porte sur la gestion de deux Appartements Thérapeutiques Relais (ATR). Le CSAPA intervient aussi au sein des Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT). Le principe étant que le CSAPA s'occupe de la prise en charge sanitaire, alors que le CHRS gère les aspects sociaux et éducatif ;
- Le **CHRS** du centre social de Clermont-en-Argennes ;
- 3 Services de Suites et de Réadaptation en Addictologie (**SSRA**) (Foville en Moselle, Gerbepal dans les Vosges et La Santoline en Côte d'Or).

Les objectifs poursuivis avec tous ces partenaires sont d'éviter une incarcération ou une réincarcération et de faciliter l'insertion et la sociabilisation.

Les partenaires extérieurs cités par le CSAPA Anpaa sont :

- Le **réseau périnatal** de Lorraine, avec comme objectifs d'organiser des rencontres et des groupes de travail ;
- Le réseau **LORRADICT**, avec des objectifs similaires ;
- La **Mutualité Française**, en tant que partenaire financier sur des projets (plutôt orientés vers la prévention) ;

- Le **Conseil Régional**, en tant que partenaire financier sur des projets (plutôt orientés vers la prévention).

Les deux structures ont ainsi cité des partenaires très différents. Ce constat renvoie au fait que, bien qu'ayant des missions similaires, ces structures ont un positionnement singulier, en lien avec des activités plus ou moins développées : accent sur la prévention pour l'Anpaa ou sur la justice pour Centr'Aid.

MODALITES DE TRAVAIL AVEC LES UNITES SANITAIRES

Au CSAPA Centr'Aid (structure référente en Meuse pour les accompagnements en milieu carcéral), les infirmières font le lien avec les membres des équipes de l'unité sanitaire sur les aspects somatiques et psychiatriques des personnes suivies. Quant à l'éducateur spécialisé dédié à ce type d'intervention, il élabore la sortie de prison et les aménagements de peine avec les juges d'application des peines des SPIP. Le centre souhaiterait voir s'améliorer le travail en réseau, en termes de fluidité avec les acteurs du secteur pénitentiaire et du secteur judiciaire. Il voudrait également développer des actions de prévention au sein des établissements pénitentiaires.

Le CSAPA Anpaa, qui intervient à hauteur de 10 heures par mois en milieu carcéral, n'envisage pas de développer cette activité pour le moment.

D'après les acteurs spécialisés eux-mêmes, le manque de coopération entre CSAPA pour les interventions en milieu carcéral aboutit par exemple à une relative absence d'action de prévention à destination de ce public. Le CSAPA Centr'Aid estimant que la structure de l'Anpaa ne s'investit pas suffisamment, alors que cette dernière déplore un manque de communication sur ce sujet.

Du côté des acteurs sanitaires, le CH de Bar-le-Duc réalise des consultations médicales et des consultations infirmières une fois par semaine en prison. Une réunion se tient également tous les mois entre les infirmières des Unités sanitaires, les infirmières de la psychiatrie et les membres de l'Unité d'addictologie du Centre Hospitalier.

MODALITES DE TRAVAIL AVEC LES EQUIPES DE PSYCHIATRIE

Le CSAPA Centr'Aid, installé au sein du CH de Verdun, entretient des relations privilégiées avec l'équipe de psychiatrie. Ainsi, toutes les comorbidités (dépressions, schizophrénie) sont prises en charge conjointement avec les équipes psychiatriques où le soin est prédominant.

Le CSAPA Anpaa déclare entretenir de bons liens avec le CMP, l'Hôpital de jour et le CHS de Fains-Veel pour ce qui est de la partie sud du département. Mais dans le nord meusien, les liens semblent plus distants : un manque de transmission d'informations est notamment regretté par le CSAPA.

En résumé, la coopération est globalement bonne, malgré une qualité de liens plus hétérogène concernant le CSAPA Anpaa.

Tableau 21. Modalités de travail des différents acteurs avec les équipes de la psychiatrie

Modalités de travail avec les équipes de psychiatrie	ELSA	
	CH Bar-le-Duc	CH Verdun/St-Mihiel
	Relais avec le CMP enfants et la psychiatrie de liaison.	Compte rendu de consultation ; Accueil des patients hospitalisés en psychiatrie en réunion d'information, en relaxation et en groupe de parole ; Réunion Unité Hospitalisation pour Adolescents (1 fois / mois) ; Réunion d'information avec l'HDJ de psychiatrie adulte
	Consultations externes	
	CH Bar-le-Duc	CH Verdun/St-Mihiel
	Pris en charge des comorbidités psychiatriques.	Contacts réguliers avec les infirmiers psychiatriques des urgences ; Contacts réguliers avec psychologue de psychiatrie de liaison ; Suivi des patients hospitalisés en psychiatrie avec transmission d'un CR écrit
CSAPA Anpaa		
Anpaa	Centr'Aid	
Bons liens avec le CMP, l'Hôpital de jour et le CH Fains-Veel pour ce qui est de la partie sud du département. Mais dans le nord meusien, les liens ne sont pas étroits ; par exemple, les comptes-rendus d'hospitalisation ne leur sont pas envoyés par le CH de Verdun.	Prise en charge conjointe de toutes les comorbidités psychiatriques (dépressions, schizophrénie).	

Source : Enquête CREA auprès des acteurs de la filière

De son côté, le CHS de Fains-Veel travaille avec les deux équipes de liaison du département. L'ELSA de CH de Bar-le-Duc oriente régulièrement des personnes vers les Mays. Tandis que l'ELSA du CH de Verdun oriente davantage vers les Mays des patients atteints d'addiction relevant du secteur géographique de Saint-Mihiel, dans le cadre de la sectorisation en psychiatrie.

MODALITES DE TRAVAIL AVEC LE CHU DE NANCY (STRUCTURE DE NIVEAU 3)

Toutes les structures de la filière addictologie déclarent des liens partenariaux avec le CHU de Nancy. Ceux-ci peuvent être de différente nature :

- CSAPA Anpaa : la structure envoie parfois des patients pour un sevrage complexe ;
- CSAPA Centr'Aid : le personnel y est envoyé pour des formations et, pour un médecin et de manière ponctuelle, pour des participations à des soutenances de thèse ;
- Unité d'addictologie du CH de Bar-le-Duc : le personnel y est envoyé pour des formations proposées par le réseau LORRADICT, et pour des échanges dans le cadre du réseau périnatal lorrain ;
- Unité d'addictologie du CH de Verdun : l'unité participe à des groupes de travail et à des formations organisées par LORRADICT et AALT.

V.5. BESOINS ET ATTENTES DES ACTEURS

L'ensemble des acteurs de la filière addictologie a été invité à faire part de ses éventuels besoins et attentes non satisfaits ou insuffisamment satisfaits.

Ainsi, la plupart des acteurs sanitaires n'ont pas exprimé de besoins ou attentes en particuliers. Ce constat vient renforcer un précédent (*cf. supra*) pointant l'absence globale de difficultés rencontrées.

Le seul point sensible a été rapporté par les membres de l'équipe du CHS de Fains-Veel qui, comme indiqué préalablement, rappellent que des ateliers à visée thérapeutiques se trouvent parfois compromis par manque de temps de travail social.

Tableau 22. Besoins et attentes des acteurs dans le secteur sanitaire

	ELSA		Consultations externes	
	CH Bar-le-Duc	CH Verdun/St-Mihiel	CH Bar-le-Duc	CH Verdun/St-Mihiel
	Besoins et attentes insatisfaits ou pas suffisamment	Pas de besoins ni d'attentes déclarés	Pas de besoins ni d'attentes déclarés	Pas de besoins ni d'attentes déclarés
CH BLD - Sevrage simple		CH Verdun - Sevrage simple	CH Fains-Veel - Soins complexes	
Pas de besoins ni d'attentes déclarés		Pas de besoins ni d'attentes déclarés	Besoin d'augmenter le temps de travail social et un peu celui d'infirmier, afin de pouvoir pleinement mettre en œuvre les ateliers à visées thérapeutiques	

Source : Enquête CREAI auprès des acteurs de la filière

Quant aux acteurs des structures médico-sociales, ils rapportent davantage de besoins non couverts actuellement. Globalement, le point d'achoppement pour le CSAPA Anpaa porte sur un manque de temps médical, qui aboutit par exemple à des temps de synthèse insuffisants. A Centr'Aid, les besoins ont essentiellement trait à des questions de moyens (véhicule, matériel, outillage de suivi).

Tableau 23. Besoins et attentes des acteurs dans le secteur médico-social

	CSAPA Anpaa	CSAPA Centr'Aid
Besoins et attentes insatisfaits ou pas suffisamment	Temps médical insuffisant (plannings des consultations saturés), compte tenu de l'augmentation du nombre des demandes, autant dans le nord que dans le sud meusien ;	Besoin d'un outil pour suivre en temps réel l'activité des différents pros, permettre un accès internet par un matériel informatique adapté (ex. tablettes) ;
	Dans le sud meusien, déficit de temps de travail pour les visites à domicile et l'accueil (secrétariat) et un temps de synthèse insuffisant en équipe (autour de l'utilisateur et en particulier avec les médecins) ;	Un véhicule en lien avec le poste à mi-temps financé ;
	Locaux inadaptés, en particulier à Verdun.	Formations des professionnels (logiciel par ex.) ;
		Matériel pédagogiques (jeux ludiques) pour les éducateurs spécialisés.

Source : Enquête CREAI auprès des acteurs de la filière

L'association AMIE a également été sollicitée sur ce sujet (non réponse au questionnaire).

LES « POINTS DE RUPTURE » DANS LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT

Les différents points de rupture dans le parcours de soins rapportés par les différents acteurs sont les éléments classiques qui figurent dans la littérature sur le sujet, à savoir à la sortie de prison, à la sortie d'une hospitalisation (que ce soit pour un sevrage en court séjour ou en SSRA) et à la suite d'un accouchement pour les femmes.

En ce qui concerne la **sortie de prison**, les deux acteurs médico-sociaux partagent l'avis selon lequel la rechute est quasi-inévitable et fait même partie du parcours de soin. Bien que les relais soient systématiquement proposés à la sortie de prison, ce phénomène reste très prégnant car il est principalement dû au fait que le patient lui-même ne recourt pas à ce droit.

Pour les ruptures de soins **après une hospitalisation ou un accouchement**, la structure de l'Anpaa estime que les possibilités de relais sont insuffisantes pour pouvoir travailler vraiment sur l'environnement social des personnes concernées. Pour les femmes, il n'existe pas d'offre du type « mère-enfant » par exemple. Pour leur part, les acteurs de la consultation hospitalière du CH de Bar-le-Duc estiment que les hospitalisations bien préparées (où le travail de l'après-hospitalisation est anticipé) préviennent davantage ces situations.

Enfin, l'équipe de la consultation hospitalière du CH de Verdun indique qu'en tabacologie, l'interruption trop rapide du suivi (liée à la ruralité du département et aux difficultés de déplacement des patients) limite l'intérêt des substituts nicotiques sur ordonnance individualisé.

V.6. LE POINT DE VUE DES DIFFERENTS ACTEURS

Les mesures suggérées par les différents acteurs en lien avec la question des accompagnements proposés développée dans cette sous-partie sont les suivantes :

En lien avec la coordination des acteurs :

- Créer une instance de coordination, afin d'éviter les ruptures de parcours (mesure proposée par les acteurs de la filière) ;
- Améliorer les collaborations entre les structures spécialisées et la ville ;
- Organiser des rencontres régulières entre les partenaires (une fois / an) (souhait des partenaires eux-mêmes) ;
- Renforcer le lien avec la Justice et les autres partenaires (synthèses, partage d'informations...) (mesure faisant partie des plus prioritaires pour les partenaires ayant participé au deuxième atelier de travail).

En lien avec la formation :

- Prendre appui sur les réseaux de santé pour développer la formation ;
- Former la médecine de ville, notamment au repérage ;
- Former les médecins et d'autres acteurs, aux spécificités des publics accompagnés ;
- Organiser des ateliers qui réunissent les acteurs de la Justice, du Sanitaire et du Social (pour des formations communes par exemple).

En lien avec l'organisation :

- Avoir une plateforme téléphonique avec numéro unique ;
- Utiliser un dossier unique du patient (médecine de ville).

Les sujets de la coordination et de la formation ont été spontanément abordés à plusieurs reprises au cours des échanges entre acteurs, qu'ils soient de la filière spécialisée ou non. En effet, bien qu'ils soient directement au contact des publics concernés, les participants ont estimé que les acteurs de la ville et de la Justice devraient d'une part être davantage formés aux différentes problématiques liées aux addictions (repérage, prévention, accompagnement...), et d'autre part devraient être plus étroitement associés aux réflexions et échanges menés par l'ensemble des acteurs concernés (rencontres régulières, partage d'expériences...). L'idée d'une création d'une instance de coordination a même été suggérée.

D'un point de vue plus organisationnel, certains participants ont proposé qu'un numéro unique soit mis en place pour des questions de facilité et de réactivité. De même, l'utilisation d'un dossier unique du patient est une mesure formulée par la médecine de ville, dans le but de pouvoir disposer de toutes les informations connues pour la personne dans un seul et même support. En sus de ces perspectives, il semblerait également utile de renforcer la continuité de service en proposant un accueil le mercredi après-midi au CSAPA Anpaa.

VI. DIAGNOSTIC ET PROPOSITIONS DE LA PART DES DIFFERENTS ACTEURS

Dans le cadre de cette étude, les acteurs les plus directement concernés (acteurs de la filière, ARS), ainsi que les autres acteurs du territoire qui entrent en contact avec le public concerné ont été amenés à discuter collectivement des observations et constats réalisés sur le terrain. Ils ont également été sollicités pour dégager les leviers d'évolution mutuellement acceptables pour dépasser les obstacles identifiés et ainsi tracer les principales lignes du changement à conduire sur le territoire meusien, pour ce qui concerne la prise en charge et l'accompagnement des personnes avec comportements addictifs.

Cette partie a pour objectif de restituer le contenu de la table ronde et des deux ateliers de travail qui se déroulés, le premier sur le thème du repérage, de la prévention et de l'orientation, le deuxième sur celui du parcours de soins.

RESULTATS DE LA TABLE RONDE

Dans un premier temps, les participants ont été amenés à s'exprimer sur leur vision respective de l'état actuel de la filière addictologie en Meuse, en identifiant les principaux points forts et points faibles en matière d'organisation et d'accompagnement/prise en charge de la filière.

Tableau 24. Principaux points forts et faibles issus de la table ronde

Principaux points forts	Principaux points faibles
Couverture territoriale	Offre de réponse
<i>une réponse est trouvable à proximité</i>	<i>absence de CAARUD</i>
<i>intervention à domicile (équipe mobile CSAPA)</i>	<i>nécessité d'une RdR mobile suffisante</i>
Qualité de l'offre	<i>nombre de place en ACT limité (3)</i>
<i>intervention en milieu carcéral, avec accomp. à la sortie</i>	Manque de lisibilité de l'offre
<i>téléconsultations (2 fois/mois à Revigny)</i>	<i>difficile pour l'utilisateur de repérer et choisir son CSAPA</i>
<i>capacité d'accueil en soins complexes (20 lits)</i>	<i>confusion, y compris pour les pros, du fait du partage des locaux</i>
<i>dispositif ambulatoire sans distribution de méthadone</i>	Partenariat
<i>efficacité du repérage</i>	<i>peu de disponibilité pour échanger entre partenaires</i>
<i>rapidité de la réponse en CSAPA (délai court)</i>	<i>fragile, car dépend trop des personnes</i>
Complémentarité des actions	<i>difficultés avec la médecine de ville dans le nord (Réseau ADOR)</i>
<i>bonne articulation entre sevrage simple et complexe</i>	Contraintes extérieures
<i>passage entre CHS et urgence</i>	<i>décalage entre les attentes des usagers et la réalité de l'entrée dans un</i>

	<i>protocole de soins</i>
Réduction des risques	<i>difficulté de mobilité des usagers</i>
<i>actions des équipes de prévention</i>	<i>désertification médicale (problèmes en amont et aval)</i>
<i>intervention ponctuelles des CAARUD voisins</i>	<i>fuite vers la Belgique</i>
Partenariat	<i>de moins en moins de médecins intéressés par l'addictologie (besoin de formation)</i>
<i>forte interconnaissance</i>	
<i>densité du partenariat (17ème réunions du RESAM)</i>	
<i>ancrage historique, bonne connaissance du tissu social</i>	
<i>présence du docteur Bouchy dans le sud, moteur important</i>	
Reconnaissance et prise en compte par l'ARS	

L'ensemble des acteurs spécialisés ayant participé à cette rencontre a eu l'occasion de rappeler avec force l'**avis positif que chacun porte sur la filière** de prise en charge en addictologie en Meuse. S'appuyant sur un **réseau partenarial dense et riche**, les différents acteurs ont pu au fil du temps mettre en place un certain nombre de **réponses adaptées** au plus près des besoins des publics concernés.

Pour autant, malgré les qualités relevées, différents éléments considérés comme des points faibles actuellement ont pu être identifiés, à savoir :

- **Le manque de lisibilité de l'offre pour les usagers comme pour certains professionnels**
 - L'actuel partage des locaux entre les deux CSAPA est considéré comme source de confusion à la fois pour certains professionnels et pour les usagers qui ne savent comment repérer et choisir une des deux structures ;
- **L'absence d'une certaine offre de réponse**
 - En matière de Réduction des Risques, l'absence de CAARUD dans le département génère un trou dans l'offre globale, surtout par rapport aux besoins de réponse de proximité (RdR mobile) ;
 - Le nombre actuellement restreint de place en ACT (3) augmente le risque de rupture dans l'accompagnement par manque de relais ;
- **Un partenariat perfectible**
 - Le peu de disponibilité des différents acteurs rend les échanges partenariaux trop peu fréquents ;
 - Le réseau est considéré comme fragile, car ne reposant parfois que sur les relations interpersonnelles ;

- Des difficultés à s'entendre avec le réseau ADOR¹³, dans le nord du département.

Après cet état des lieux, les acteurs de la filière ont été invités à dégager les mesures concrètes pouvant être mises en œuvre afin d'améliorer l'organisation et l'accompagnement au sein de la filière, puis à les prioriser. Les résultats de cette consultation sont les suivants :

Tableau 25. Mesures proposées à l'issue de la table ronde

Mesures à mettre en œuvre	Niveau de priorité
Evolution de l'offre	2
<i>développer un CAARUD</i>	+ (1)
<i>continuer de développer une réponse de proximité diversifiée</i>	
<i>faciliter la prise en charge mère-enfant</i>	
<i>développer la téléconsultation en MSD et en prison</i>	+ (1)
Partenariat	2
<i>redynamiser le réseau médical</i>	
<i>création d'une instance de coordination</i>	+ (2)
Evolution des missions	7
<i>séparer les lieux de consultation des CSAPA</i>	
<i>rendre plus lisible l'offre des CSAPA, les différencier sur le territoire</i>	+++ (5)
<i>regrouper les missions par structure</i>	+ (2)
GHT	5
<i>valoriser l'expertise du CHS au sein du GHT</i>	+++ (5)
<i>s'appuyer sur le sanitaire au sein du GHT</i>	
<i>créer un pôle addictologie au sein du GHT</i>	

¹³ A.D.O.R.55 propose des prestations de prévention et d'éducation thérapeutique, notamment en lien avec les maladies chroniques. Le réseau est membre de la Fédération lorraine des réseaux et structures spécialisées dans la coordination des soins, l'éducation thérapeutique du patient et la formation pour le diabète, l'obésité, les maladies métaboliques et la nutrition (LORDIAMN).

Ainsi, les mesures que les participants ont déterminées sont priorisées comme suit :

- **Priorité +++**
 - Les deux CSAPA souhaitent que les lieux de consultation soient séparés afin de rendre plus lisible leur offre respective ;
 - Valoriser l'expertise du CHS au sein du GHT n°5 ;
- **Priorité ++**
 - Création d'une instance de coordination ;
 - Regrouper les missions par structure, afin d'éviter par exemple le découpage en deux d'un poste dans une seule enveloppe financière ;
 - Créer un CAARUD ;
 - Développer la téléconsultation en Maison de Santé et en milieu carcéral ;
- **Priorité + (sans pastille)**
 - Faciliter la prise en charge mère-enfant, en développant une offre de service en maternité. Cela permettrait d'éviter d'envoyer sur la maternité régionale, notamment en cas de soins sous contrainte. A noter que peu de sages-femmes exercent dans les équipes des CSAPA, bien que la Meuse soit déjà privilégiée du fait d'un ETP dans une équipe médico-sociale ;
 - Redynamiser le réseau médical. L'idée étant de faire émerger des personnes ressources en différents points du territoire.

Le procédé méthodologique est le même que pour la table ronde.

Tableau 26. Principaux points forts et faibles issus de l'atelier « Prévention et orientation »

Principaux points forts	Principaux points faibles
La prévention <i>campagnes de prévention sur site (EN, ESMS, ML...) éducation du patient en CH des Forum prévention à Verdun et Bar-le-Duc une complémentarité des approches en prévention une approche globale de la prévention (besoins sociaux) une offre de prévention +++ (promotion de la santé)</i>	Un manque de lisibilité de l'offre <i>manque d'infos pour la "ville" des élus qui se sentent démunis PMI ne s'y retrouve pas une offre de prévention peu lisible</i>
Offre en prison <i>forte capacité à répondre à la demande</i>	Circulation de l'infos perfectible <i>surtout de l'extérieur (de la filière) vers l'intérieur difficulté à repérer les syndromes de sevrage (mère-enfant)</i>
Réactivité au sein des CH <i>l'interconnaissance, la proximité apporte cette réactivité</i>	Problèmes de formation <i>manque de réflexes de la part des médecins de ville des difficultés à repérer pour les médecins</i>
Proximité de l'offre <i>des téléconsultations et des visites à domicile informations auprès des parents activité mobile des CSAPA</i>	Orientation <i>pendant la grossesse</i>
	Manque de moyens <i>budget en baisse enveloppe prévention en baisse</i>

Il ressort de ces échanges un constat, partagé par l'ensemble des acteurs présents, selon lequel l'offre de réponse en Meuse est **globalement satisfaisante tant du point de vue de la prévention que de l'accompagnement** en lui-même. La forte interconnaissance entre les acteurs spécialisés de la filière (CSAPA, Unités d'addictologie des deux CH et le CHS), favorisant la **connaissance fine des besoins et des publics** concernés, étant le moteur de cette bonne dynamique.

Pour autant, malgré les qualités relevées, différents éléments considérés comme des points faibles actuellement ont pu être identifiés, à savoir :

- **Le manque de lisibilité de l'offre pour certains partenaires**
 - La PMI a notamment souligné ne plus savoir à qui s'adresser après que son interlocuteur privilégié ait changé de poste récemment et ne puisse plus répondre à leurs demandes. Cette remarque traduit des habitudes de travail partenarial davantage inscrites dans une logique de liens interpersonnels plutôt que dans une formalisation entre acteurs concernés ;
 - Les médecins généralistes ne sont pas suffisamment informés sur les possibilités offertes en matière de prise en charge en addictologie ;
 - Les élus locaux ont besoin d'être davantage accompagnés ;

- Au CH de Verdun, bien que deux agents aient été formés à cet effet, la diffusion de l'information auprès des patients sur les possibilités d'accompagnement à la sortie reste perfectible ;
- **Lisibilité de l'offre pour les parents** : plus difficile pour les parents qui n'ont pas accès à internet, ou ne sont pas lecteurs ;
- **Une circulation de l'information perfectible**
 - Le Pôle Femme Mère Enfant de Bar-le-Duc reproche le manque de lien entre la médecine de ville et l'Hôpital, y compris avec le service de psychiatrie. Ce manque de lien entre les divers acteurs provoquant potentiellement, par voie de conséquence, un manque de repérage des patients ;
 - La difficulté à repérer les syndromes de sevrage. Ce problème est lié au fait que le médecin généraliste voit la patiente pour la déclaration initiale de grossesse, mais que le suivi est réalisé par ailleurs, le médecin généraliste ne possédant alors pas suffisamment d'information sur un éventuel traitement sous Subutex ;
- **Des besoins de formation à destination de la médecine de ville**
 - Besoins de formation (Qui appeler ? Qui fait quoi ? Etc.).

Comme au cours de la table ronde, les acteurs partenaires ont eu l'occasion de proposer et prioriser des mesures concrètes pouvant être mises en œuvre avec les thématiques abordées. Les résultats de cette consultation sont les suivants :

Tableau 27. Mesures proposées à l'issue de l'atelier « Prévention et orientation »

Mesures à mettre en œuvre	Niveau de priorité
Les besoins	5
<i>cibler plus précisément les besoins des populations</i>	+++ (5)
Lisibilité de l'offre & orientation	9
<i>avoir une organisation simplifiée</i>	++ (3)
<i>avoir une plateforme téléphonique avec un n° unique</i>	+ (1)
<i>diffuser à tous les acteurs un document unique sur l'offre</i>	+++ (4)
Formation	2
<i>former la médecine de ville, notamment sur le repérage</i>	+ (2)
Développer le partenariat	6
<i>améliorer les collaborations entre les structures spécialisées et la ville</i>	+++ (5)
<i>organiser des rencontres régulières (1 fois / an par ex.)</i>	+ (1)

Ainsi, les mesures que les participants ont déterminées sont priorisées comme suit :

- **Priorité +++**
 - Cibler plus précisément les besoins des populations (afin de pouvoir identifier le plus finement possible les réponses à proposer)
 - Améliorer les collaborations entre les structures spécialisées et la ville
 - Diffuser à tous les acteurs un document unique sur l'offre
- **Priorité ++**
 - Avoir une organisation simplifiée
- **Priorité +**
 - Former la médecine de ville, notamment sur le repérage
 - Organiser des rencontres régulières (1 fois / an par ex.)
 - Avoir une plateforme téléphonique avec un n° unique

RESULTATS DE L'ATELIER « PARCOURS DE SOINS »

Le procédé méthodologique est le même que pour le premier atelier de travail.

Tableau 28. Principaux points forts et faibles issus de l'atelier « Parcours de soins »

Principaux points forts	Principaux points faibles
Apport de travail en réseau de santé	Organisation/lisibilité
<i>dans un rôle de relai dans l'articulation entre ville et structures spécialisées dans la capacité à recruter un public plus large qu'en structures spécialisées</i>	<i>la présence de 2 CSAPA n'est pas comprise par les partenaires un manque de lisibilité des acteurs en général</i>
Formation	En prison
<i>prise en charge tabac par l'Unité sanitaire de Verdun</i>	<i>incohérence entre des prescriptions faites hors Meuse et en Meuse</i>
	Formation
	<i>en prison : manque de formation des médecins (non spécialistes) intervenants en prison : manque de connaissance des addictions par le personnel pénitentiaire en général en ville : manque de formation des médicaux et paramédicaux</i>
	Coordination
	<i>travail avec la justice insuffisant</i>
	Participation des usagers
	<i>pas assez développée</i>
	Offre de réponse
	<i>en prison : temps médicaux et paramédicaux trop limités en prison : temps d'intervention différents entre nord et sud liste d'attente très importante en psychiatrie pas de structure adaptée pour la prise en charge et l'accompagnement des mères toxicomanes</i>

Au cours de ce 2^{ème} atelier de travail consacré aux parcours de soins, la pertinence pour les réseaux de santé de travailler au sein des maisons de santé a été soulignée. Cette configuration permettant :

- de resserrer les liens entre les différents intervenants ;
- d'accéder au dossier du patient dans son ensemble ;
- de rompre avec une certaine représentation péjorative de la structure spécialisée ;
- de recruter un public plus « large », notamment de toucher davantage de consommateurs de tabac, de jeux, de médicaments.

Le constat global de cet atelier est davantage déséquilibré que dans le premier : le nombre de « points faibles » est plus important, qui semble traduire des attentes fortes de la part des participants :

- Une organisation du secteur médico-social qui génère une lisibilité réduite des différents acteurs et interroge d'efficacité du dispositif (notons encore que cette thématique a été récurrente)

- La présence de 2 CSAPA est notamment incomprise par l'équipe de l'Unité sanitaire du CH de Verdun qui intervient en prison. Pour ses membres, le fait que le caractère généraliste des CSAPA ne soit pas un processus abouti, le CSAPA Centr'Aid n'est pas en mesure de proposer un accompagnement satisfaisant pour les consommateurs d'alcool en prison ;
- La présence de 2 structures n'entraîne-t-elle pas une aggravation du manque de moyens ? (question soulevée par le représentant du réseau R2SM) ;
- **En matière de formation**
 - Dans le milieu carcéral, les médecins de ville (généralistes ou spécialisés) assurant des interventions par vacations par manque de temps CSAPA ne sont pas formés aux spécificités de l'addictologie. Le personnel pénitentiaire n'est pas suffisamment formé à l'addictologie également ;
 - En ville, les professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux) manquent de formations spécifiques ;
- **En matière de coordination**
 - Le travail partenarial avec la Justice n'est pas satisfaisant ;
- **Participation des usagers**
 - La majorité des acteurs participants à l'atelier constate que les usagers ne sont pas suffisamment associés dans le cadre global de leur accompagnement ;
- **Offre de réponse**
 - Dans le milieu carcéral, les temps médicaux et paramédicaux sont trop limités. Les patients ne sont consultés qu'une fois tout les trois mois, au lieu d'une fois par mois, ce qui ne permet pas de réaliser un suivi en TSO satisfaisant ;
 - Egalement en prison, l'étendue géographique départementale génère des temps de déplacement parfois longs. Par conséquent, le CSAPA Centr'Aid intervient plus à Saint-Mihiel qu'à Montmédy, alors que les besoins sont sensiblement les mêmes. Au final, l'activité à Montmédy est d'environ 30 % inférieure ;
 - En psychiatrie, les listes d'attente sont très importantes (jusqu'à 6 mois d'attente), en raison de problèmes récurrents de recrutement ;
 - Il n'y a pas de structure adaptée pour la prise en charge et l'accompagnement des mères toxicomanes. Phénomène d'autant plus préoccupant que les centres maternelles, très souvent, n'acceptent pas les mères usagers d'opiacés en raison des difficultés que ce public leur pose.

De la même manière que pour les deux premières rencontres (table ronde et atelier « repérage et orientation »), les partenaires ont pu formuler des mesures concrètes et priorisées qu'ils estiment devoir être mises en œuvre. Les résultats de cette consultation sont les suivants :

Tableau 29. Mesures proposées à l'issue de l'atelier « Parcours de soins »

Mesures à mettre en œuvre	Niveau de priorité
Partenariat	4
<i>organiser des ateliers qui réunissent Justice-Sanitaire-Social (formations communes)</i>	+ (1)
<i>renforcer le lien avec la Justice et les autres partenaires (synthèses, partage d'infos...)</i>	+++ (3)
Formation	1
<i>formation des médecins et des autres acteurs, aux spécificités des publics accompagnés</i>	
<i>prendre appui sur les réseaux de santé pour développer la formation</i>	+ (1)
Participation des usagers	0
<i>rencontres avec témoignages d'usagers</i>	
<i>formation par les usagers (expériences usagers partagées)</i>	
<i>travailler avec les familles</i>	
<i>association plus étroite dans les parcours de soins</i>	
Offre	2
<i>augmenter les temps médicaux et paramédicaux en consultations avancées</i>	+ (1)
<i>fusionner les 2 CSAPA, simplifier l'offre de soins et la faire connaître</i>	
<i>développer une unité de soins mère-enfant</i>	+ (1)
<i>développer une unité mobile</i>	
<i>apporter une réponse rapide pour les situations complexes</i>	
<i>procéder à l'évaluation systématique des consultations avancées</i>	
Lisibilité et coordination des acteurs	5
<i>mettre en place un annuaire des acteurs</i>	+ (1)
<i>utilisation d'un dossier unique du patient</i>	++ (2)
<i>disposer d'une information claire sur les déclarations d'IP</i>	

Ainsi, les mesures que les participants ont déterminées sont priorisées comme suit :

- **Priorité +++**
 - Renforcer le lien avec la Justice et les autres partenaires (synthèses, partage d'infos...)
- **Priorité ++**
 - Favoriser l'utilisation d'un dossier unique pour le patient, pour plus de fluidité et un gain de temps
 - Organiser des ateliers qui réunissent les acteurs de la Justice, du sanitaire et du social. Proposer des formations communes en addictologie à ces acteurs
 - Prendre appui sur les réseaux de santé existants pour développer les actions de formation à destination de tous les acteurs concernés
 - Augmenter les temps médicaux et paramédicaux en consultations avancées des CSAPA

- Développer une structure adaptée à la prise en charge et l'accompagnement des mères toxicomanes
- Mettre en place un annuaire des acteurs (ou répertoire des ressources) pour rendre lisible l'offre de réponse
- **Priorité + (sans pastille)**
 - Formation des médecins et des autres acteurs, aux spécificités des publics accompagnés
 - Rencontres avec témoignages d'usagers
 - Formation par les usagers (expériences usagers partagées). Des supports tels que des DVD peuvent constituer de très bons outils
 - Travailler avec les familles à la fois autour du signalement (éviter de le faire vivre comme une sanction, pour favoriser l'acceptation de soins) et de la thérapie familiale (discussion sur la toxicomanie, etc.)
 - Association plus étroite dans les parcours de soins
 - Fusionner les 2 CSAPA, simplifier l'offre de soins et la faire connaître
 - Développer une unité mobile
 - Pour les situations complexes, mettre en place un protocole d'action rapide pour réduire les temps de réponse actuellement trop élevés
 - Procéder à l'évaluation systématique des consultations avancées, afin de s'assurer en continu de leur pertinence dans telle ou telle localité
 - Disposer d'une information claire sur les modalités et possibilités de signalement d'IP. Lever les ambiguïtés autour de ce que les acteurs peuvent ou ne peuvent pas signaler
- **Mesures proposées par l'Ordre des pharmaciens (entretien téléphonique)**
 - Mettre en place un partage des objectifs thérapeutiques du prescripteur, afin de pouvoir tenir le même discours que lui face au patient (ex : un objectif visé de 4 cigarette pour le médecin prescripteur n'est pas un arrêt total). Le pharmacien pouvant ainsi partager ces objectifs avec le patient
 - Formation de plus de pharmaciens à l'entretien pharmaceutique
 - Mettre en place un annuaire des acteurs (ou répertoire des ressources) pour rendre lisible l'offre de réponse (soit une mesure partagée avec les acteurs présents à l'atelier)

VII. SCENARIOS QUANT A L'EVOLUTION DE LA FILIERE ADDICTOLOGIE

A l'issu de ce diagnostic, les résultats obtenus (*via* l'analyse de toutes les données traitées, qu'elles émanent des échanges avec les acteurs locaux ou non) permettent de dégager quelques pistes d'amélioration de la filière addictologie en Meuse. Ainsi, dans le cadre défini par la politique régionale, il ressort, par thématique, que :

Organisation de la filière

- Le déséquilibre observé entre le nord et le sud au niveau de l'offre (quantitativement parlant) devrait être comblé par le développement d'une offre de proximité plus étoffée dans le nord meusien (renforcement des consultations avancées) ;
- La continuité de service devrait être renforcée au CSAPA Anpaa en proposant un accueil le mercredi après-midi ;
- Les acteurs concernés sont très demandeurs d'une création d'une structure adaptée pour la prise en charge et l'accompagnement des mères toxicomanes (structure à créer au sein d'un hôpital) ;
- L'activité actuelle de Réduction Des Risques ne couvre pas les besoins d'un département comme la Meuse, d'où la demande de création d'un CAARUD ;
- Au CSAPA Centr'Aid, les moyens éducatifs ne sont pas répartis dans chacune des activités : ils restent exclusivement centrés sur les interventions en prison et de rue ;
- Le nombre de places d'hébergement est très probablement inférieur aux besoins locaux ;
- La téléconsultation est assez peu développée. Les acteurs concernés souhaiteraient que l'activité se développe prioritairement au sein des Maisons de santé et en prison ;
- Face à des interrogations multiples sur l'organisation des CSAPA (manque de lisibilité...), celle-ci doit évoluer (*cf.* focus *infra* – tableau 30) ;

Lisibilité de la filière

- Les acteurs souhaitent pouvoir disposer d'un répertoire des acteurs de la filière unique et complet (qui fait quoi et où ?) ;
- Les rapports d'activité des deux unités d'addictologie dans les CH gagneraient à être harmonisés, l'analyse croisée étant actuellement complexe à mener et imparfaite en l'état des données disponibles ;
- De même, pour les CSAPA, la comparabilité de l'activité demande à être optimisée. Il s'agit par exemple de pouvoir obtenir des effectifs de file active qui soient comparables par l'adoption d'une méthode de décompte similaire, ce qui n'est pas le cas actuellement ;

Coordination des acteurs et partenariat

- La collaboration entre d'un côté les acteurs des soins de ville et de prévention en santé, et d'un autre côté les structures spécialisées doit être renforcée pour faciliter l'orientation et les prises de relai dans les parcours de soins. Cela peut se traduire par des rencontres

régulières entre les acteurs concernés (réunions de synthèse, journées d'études, réunions institutionnelles...);

- Une commission de coordination des acteurs en addictologie doit être créée, ayant pour missions essentielles de mieux faire circuler l'information au sein de la filière et de mieux articuler les différents niveaux d'intervention ;
- Les liens avec les acteurs de la Justice doivent être renforcés, afin d'assurer la continuité des prises en charge. Cela passe notamment par un meilleur partage d'information ;
- L'utilisation d'un dossier unique informatisé pour le patient fluidifierait l'accompagnement et dégagerait un gain de temps. A cette fin, une commission de travail pourrait être constituée avec les médecins des différentes structures et l'Ordre départemental des médecins pour envisager si le DMP peut être mobilisé dans ce cadre. Il importera également de s'inspirer des travaux en cours à la CNSA sur le dossier personnel de l'utilisateur (dans le secteur médico-social) pour réfléchir aux informations essentielles devant être partagées entre intervenants autour de la personne (dans le respect des articles L1110-12 et D1110-3-1 à 3 du CSP) ;
- Mettre en place, pour les pharmaciens, un partage des objectifs thérapeutiques du prescripteur, afin de rendre plus cohérentes les approches respectives. Plus globalement, associer plus étroitement les pharmaciens aux partage d'informations ;

Formation des acteurs

- Les acteurs de la ville et du milieu carcéral doivent pouvoir être formés à l'addictologie. A ce propos, les réseaux de santé constituent une ressource intéressante pour développer les actions de formation, y compris avec des (ex-)usagers ;
- Des rencontres avec des témoignages d'usagers seraient intéressantes pour faire progresser les acteurs concernés dans leurs connaissances des comportements addictifs.

Focus sur la réorganisation des CSAPA

Le focus opéré sur la configuration spécifique du département de la Meuse, qui compte deux CSAPA, amène à proposer une série de quatre scénarios possibles quant à l'évolution de cette offre sur le territoire meusien. Les avantages et inconvénients de chacun d'entre eux sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 30. Scénarios possibles quant à l'évolution de l'offre médico-sociale CSAPA

	Avantages	Inconvénients
Scénario 1 - Retour à une spécialisation par produit : drogues illicites pour Centr'Aid & Alcool pour Anpaa	<p>Besoins de formation en interne plus faibles (connaissances déjà acquises) ;</p> <p>Perpétuation d'une action historique des CSAPA.</p>	<p>En décalage avec une approche globale des consommations, aujourd'hui dominante ;</p> <p>Maintien de 2 acteurs sur l'ensemble du territoire = maintien d'un manque de lisibilité ;</p> <p>Incertitude pour savoir laquelle des 2 structures prend en charge la tabacologie ;</p> <p>Séparation des lieux de consultation (souhaitée) moins pertinente.</p>
Scénario 2 - Partage géographique du territoire : Centr'Aid au nord & Anpaa au sud	<p>Séparation de fait des lieux de consultation (souhaits des acteurs) ;</p> <p>Meilleure couverture territoriale (permet le développement d'une offre de proximité) ;</p> <p>Garantit le maintien, voire le renforcement des consultations avancées en MSP ;</p> <p>Suit une logique de filière bénéfique à la continuité des soins (notamment vis-à-vis du choix du praticien pour les sortants de prison) ;</p> <p>Clarification pour les partenaires.</p>	<p>Suppose une importante négociation en amont sur le redéploiement de l'offre ;</p> <p>Gestion des RH (distance entre lieu de travail et de vie) à prendre en compte ;</p> <p>Incertitude en termes de lisibilité de celle-ci pour les usagers.</p>
Scénario 3 - Partage selon le champ d'intervention : Centr'Aid en milieu carcéral & Anpaa pour le reste	<p>Séparation de fait des lieux de consultation (souhaits des acteurs) ;</p> <p>Meilleure lisibilité des missions pour les partenaires ;</p> <p>Prolongation d'une expertise en milieu carcéral déjà présente à Centr'Aid.</p>	<p>Problème de continuité des soins pour les personnes sortants de prison ;</p> <p>Important travail de relais concernant les dossiers d'usagers déjà accompagnés ;</p> <p>Faible acceptabilité probable par les CSAPA (ce scénario n'ayant pas été évoqué lors des ateliers de travail).</p>
Scénario 4 – Fusion des deux CSAPA	<p>Lisibilité de l'offre ;</p> <p>Meilleure évaluation des besoins territoriaux ;</p> <p>Plus grande souplesse dans la gestion des moyens humains disponibles (renforcements ponctuels des RH sur une partie du territoire).</p>	<p>Rejeté par les CSAPA ;</p> <p>Difficulté du processus juridique (fusion d'une structure publique et d'une privée) ;</p> <p>Possibles difficultés en gestion des RH et management.</p>

VIII. JALONS POUR UNE EVALUATION DE LA FILIERE EN MEUSE

Envisager une **démarche d'évaluation de la filière** nécessite de prévoir et d'organiser une méthodologie adaptée à la situation locale. Cela implique entre autres que les acteurs des différents dispositifs doivent pouvoir être associés à la définition des modalités d'évaluation, afin de garantir sa pertinence au regard de leurs préoccupations concrètes.

L'objectif serait alors de produire une méthodologie d'évaluation réutilisable en routine, qui consiste à **définir une batterie d'indicateurs sur l'activité des différentes structures** (du sanitaire, du médico-social et de l'hébergement social), destinés à mettre à jour les complémentarités entre ces mêmes dispositifs et éventuellement des difficultés rencontrées (en matière de recrutement de personnel, sur l'absence d'offre de réponses dans une zone du territoire, etc.). En somme, il s'agira d'établir une feuille de route pour exploiter les données disponibles et les compléter en cas de manques.

L'identification de ces indicateurs consiste à sélectionner avec les acteurs concernés ceux qui apparaissent comme étant indispensables à l'évaluation d'une filière en addictologie, puis à les définir collectivement afin de favoriser la cohérence des données collectées.

Les (groupes) d'indicateurs qui semblent intéressants, à l'issue de cette étude, sont :

- Les plateaux techniques des différentes structures : Postes fléchés et occupés en ETP ;
- *Indicateurs concernant les files actives* : Une mesure harmonisée des effectifs de files actives dans les CSAPA ; Une caractérisation plus fine des besoins multidimensionnels des usagers (logement, santé somatique, parentalité...) ; Une exploitation par site d'intervention (site principaux, consultations avancées) ;
- Des indicateurs d'activité harmonisés et par site d'intervention (nombre de consultations, d'actes, de sevrages réalisés, d'actions de prévention...) ;
- Des indicateurs sur les partenariats (objectifs, acteurs concernés, outils partagés, nombre de rencontre, de quelle nature...) ;
- Des indicateurs sur la personnalisation de l'accompagnement médico-social (participation du bénéficiaire, prise en compte de son entourage, modalités d'évaluation des besoins...) ;
- + les indicateurs que les acteurs eux-mêmes décideraient de retenir.

IX. BIBLIOGRAPHIE

Textes juridiques et documents officiels

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social.

Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

Décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 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.

Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 no 2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

Circulaire interministérielle N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

Le Projet régional de santé (PRS) Champagne-Ardenne 2012-2016 et ses volets : SROMS, SROS, PSRS, et le SRP.

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) Champagne-Ardenne 2012-2016.

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Rapports et études

Fédération Addiction, Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD, Rapport d'enquête, décembre 2015.

Diagnostic partagé sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse, Préfecture de la Meuse, MILDECA, Décembre 2011.

IGAS, Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives, Rapport N°2013-119R.

Palle C. et Rattanatrasy M., "Rapports d'activité 2010 des CSAPA", Saint-Denis, OFDT, juin 2013.

Gandilhon M, Cadet-Taïrou A., , *Les usages de drogues en espace rural : populations, marchés, réponse publique* », Tendances n° 104, OFDT, 4 p. Novembre 2015.

Schléret Y., Bailly F., de Marne A., Diény L. (CMSA), *Tendances récentes et nouvelles drogues : synthèse des résultats 2014*, Metz, 2014, 4 p.

Schléret Y., Monzel M. et Scherrmann M., *Les usages de drogues en milieu rural : une investigation spécifique du dispositif TREND de Lorraine dans le Nord Meusien*, Metz, CMSEA, 2013, 44 p.

Sites internet

Drogue Info service - <http://www.drogues-info-service.fr/>

Fédération française des addictions - <http://www.addictologie.org/>

MILDECA - <http://www.drogues.gouv.fr/>

OFDT - <http://www.ofdt.fr/>

X. ANNEXES

ANNEXE 1 : COMITE DE PILOTAGE

Le Comité de pilotage de l'étude est composé de :

- Ouiza HADDOU, Chef de file Addictologie, Direction des soins de proximité, ARS Grand Est ;
- Docteur Jean-Pierre GARA, Conseiller médical, Délégation territoriale Meuse ;
- Claudine RAULIN, Chef du Service de Proximité, Délégation territoriale Meuse ;
- Murielle BETEMPS, Référente administrative Addictologie, Délégation territoriale Meuse ;
- Stéphane BERNARD, Conseiller technique, CREA Champagne-Ardenne délégations Lorraine et Alsace ;
- Thibault MARMONT, Directeur, CREA Champagne-Ardenne délégations Lorraine et Alsace.

QUESTIONNAIRE CSAPA ANPAA 55

Question 1. Quelle répartition de la **file active** (de 1 015) sur les 3 sites principaux :

- Bar-le-Duc = %
- Verdun = %
- Commercy = %

Question 2. Proposez-vous des prises en charge spécifiques pour les **femmes enceintes** ?

.....

Question 3. Quelle est votre **procédure** d'accueil, de prise en charge ?

.....

Question 4. Quelles sont les **principales difficultés** que vous rencontrez (en termes de moyens, de relations partenariales, etc.) ?

.....

Question 5. Le cas échéant, quelle analyse faites-vous des raisons de cette situation (notamment quant aux relations partenariales) ?

.....

Question 6. Rencontrez-vous des tensions sur certaines catégories de professions (vacance de postes budgétés par exemple) ?

.....

Question 7. Comment expliquez-vous le **décalage observé** entre le profil des personnes que vous accompagnez et la visée désormais « généraliste » du CSAPA Anpaa ? (*reconnaissance historique du CSAPA Anpaa en tant que spécialiste de l'alcoologie, autres raisons...*)

.....

Question 8. Quels sont les objectifs poursuivis avec vos **partenaires** extérieurs :

- Réseau périnatal :
.....
- LORRADICT :
.....
- Mutualité Française :
.....
- Conseil Régional :

Question 9. Identifiez-vous des **points de rupture** récurrents ? OUI

- Si oui, lesquels (rechute à la sortie de prison...) ?
.....
- Et pourquoi selon vous (manque de relais par un dispositif social ou médico-social, après une hospitalisation, etc.) ?
.....

Question 10. Quelles sont les modalités de travail avec les unités sanitaire (au sein des établissements pénitentiaires) ?

.....

Question 11. Envisagez-vous de développer ce type d'intervention (actuellement 10 heures/mois) ?

.....

Question 12. Entretenez-vous des liens avec les équipes psychiatriques ?

.....

Question 13. Entretenez-vous des liens avec le CHU de Nancy (structure de niveau 3) ?

.....

Question 14. Avez-vous des **projets d'évolution** (en cours ou souhaités) ? Si oui, lesquels (ex. équipe mobile, accueil d'urgence) ?

.....

Question 15. Est-il envisager de développer de **l'hébergement pour populations spécifiques** (mère-enfant, sortie de prison, pop vulnérable...), et sous quelles formes (Centres Thérapeutiques Résidentiels, Familles d'Accueil, Appartements thérapeutiques relais) ?

.....

Question 16. Quelles prestations proposez-vous pour les **addictions sans substances** ?

.....

Question 17. Quelles sont vos activités en matière de **Réduction des risques** :

- Modalités d'intervention (au CSAPA, en extérieur (dont en milieu festif), PES en pharmacie) ?
.....
Mesures d'accueil proposées (mise à dispo de boissons et nourriture, espace laverie, sanitaire, etc.) ?
.....
Actes réalisés et modalités de réalisation des actes ?
.....
Mise à disposition de matériel de prévention ?
.....

Activité de médiation sociale ?

.....

Période de fonctionnement ?

.....

Taille de la file active ?

.....

Question 18. Avez-vous déjà réalisé une [enquête de satisfaction](#) auprès des usagers ?

.....

Pour les Consultations Jeunes Consommateurs

Question 19. Quel est le niveau de diffusion d'information ? Et quel est le [contenu de l'information](#) ?

.....

Question 20. Quels sont les [lieux des consultations](#) (au CSAPA, dans les antennes et en consultations avancées (en milieu scolaire, Maison de l'adolescent, PAEJ, foyers PJJ, autres) ?

.....

Question 21. Quelles sont les [origines](#) des demandes ?

.....

Question 22. Quels sont les [outils utilisés](#) pour le repérage (en plus de l'entretien clinique à l'entrée) ?

.....

Question 23. Quelles sont les [stratégies de suivi](#) mis en œuvre ? (écoute, soutien, approche motivationnelle, suivi médical, thérapie psychodynamique, thérapie cognitivo-comportementale (TCC), soutien à la parentalité, etc.)

.....

Question 24. Avez-vous des [projets d'évolution](#) (en cours ou souhaités) ?

.....

QUESTIONNAIRE CSAPA ANPAA 55 – INFOS COMPLEMENTAIRES

Question 1. Avez-vous des [besoins](#) et/ou des [attentes](#) non satisfaits ou insuffisamment satisfaits ?

.....

Question 2. Rencontrez-vous des [difficultés en termes d'accompagnement / de prise en charge](#) (outre des questions de moyens et de partenariats internes et externes) ?

.....

Question 2bis. Le cas échéant, quelle analyse faites-vous des raisons de ces différentes situations ?

.....
Question 3. Concernant la **file active**, pouvez-vous indiquer :

- La ou les condition-s à réunir pour y être incluse :

.....

- La ou les condition-s pour en sortir :

.....

QUESTIONNAIRE CSAPA CENTR'AID

Question 1. Quelle répartition de la **file active** (de 1 095) sur les différents sites d'intervention ? (*est-ce que les données renseignées dans le REE ont été actualisées ?*)

.....

Question 2. L'**origine de la demande** de consultation est dans 41 % des cas une « institutions et service sociaux », pouvez-vous préciser ?

.....

Question 3. En moyenne, combien de temps les personnes que vous accompagnez restent-ils dans la file active ?

.....

Question 4. Proposez-vous des prises en charge spécifiques pour les **femmes enceintes** ?

.....

Question 5. En quoi consistent vos activités de **prévention** :

- En milieu scolaire ?

.....

- En milieu pénitentiaire ?

.....

Question 6. Quelle est votre **procédure** d'accueil, de prise en charge ?

.....

Question 7. Quelles sont les **principales difficultés** que vous rencontrez (en termes de moyens, de relations partenariales, etc.) ?

.....
Question 8. Le cas échéant, quelle analyse faites-vous des raisons de cette situation (notamment quant aux relations partenariales) ?

.....
Question 9. Rencontrez-vous des tensions sur certaines catégories de professions (vacance de postes budgétés par exemple) ?

.....
Question 10. Comment expliquez-vous le **décalage observé** entre le profil des personnes que vous accompagnez et la visée désormais « généraliste » du CSAPA Centr'Aid ? (*reconnaissance historique du CSAPA Centr'Aid en tant que spécialiste de la toxicomanie, autres raisons...*)

.....
Question 11. Quels sont vos **partenaires extérieurs** (autres que les équipes addicto et psy du sanitaire) ? Quels sont les objectifs poursuivis avec eux :

.....
Question 12. Quels sont les objectifs poursuivis par votre partenariat (conventionné) avec un CHRS (lequel) ?

.....
Question 13. Identifiez-vous des **points de rupture** récurrents ?

- Si oui, lesquels (rechute à la sortie de prison...) ?
.....
- Et pourquoi selon vous (manque de relais par un dispositif social ou médico-social, après une hospitalisation, etc.) ?
.....

.....
Question 14. Quelles sont les modalités de travail avec les **unités sanitaire** (au sein des établissements pénitentiaires) ?

.....
Question 15. Envisagez-vous de développer ce type d'intervention (actuellement 132 heures/mois) ?

.....
Question 16. Entretenez-vous des liens avec les **équipes psychiatriques** ?

.....
Question 17. Entretenez-vous des liens avec le **CHU** de Nancy (structure de niveau 3) ?

Question 18. Avez-vous des **projets d'évolution** (en cours ou souhaités) ? Si oui, lesquels (ex. équipe mobile, accueil d'urgence) ?

.....

Question 19. Est-il envisager de développer (déjà 2 ATR) de l'**hébergement pour populations spécifiques** (mère-enfant, sortie de prison, pop vulnérable...), et sous quelles formes (Centres Thérapeutiques Résidentiels, Familles d'Accueil, Appartements thérapeutiques relais) ?

.....

Question 20. Quelles prestations proposez-vous pour les **addictions sans substances** ?

.....

Question 21. Quelles sont vos activités en matière de **Réduction des risques** :

- Modalités d'intervention (au CSAPA, en extérieur (dont en milieu festif), PES en pharmacie) ?
.....
- Mesures d'accueil proposées (mise à dispo de boissons et nourriture, espace laverie, sanitaire, etc.) ?
.....
- Actes réalisés et modalités de réalisation des actes ?
.....
- Mise à disposition de matériel de prévention ?
.....
- Activité de médiation sociale ?
.....
- Période de fonctionnement ?
.....
- Taille de la file active ?
.....

Question 22. Avez-vous déjà réalisé une **enquête de satisfaction** auprès des usagers ?

.....

Pour les Consultations Jeunes Consommateurs

Question 23. Quel est le niveau de diffusion d'information ? Et quel est le **contenu de l'information** ?

.....

Question 24. Quels sont les **lieux des consultations** (au CSAPA, dans les antennes et en consultations avancées (en milieu scolaire, Maison de l'adolescent, PAEJ, foyers PJJ, établissements pénitentiaires, autres) ?

.....

Question 25. Quelles sont les **origines** des demandes ?

.....

Question 26. Quels sont les **outils utilisés** pour le repérage (en plus de l'entretien clinique à l'entrée) ?

.....

Question 27. Quelles sont les **stratégies de suivi** mis en œuvre ? (écoute, soutien, approche motivationnelle, suivi médical, thérapie psychodynamique, thérapie cognitivo-comportementale (TCC), soutien à la parentalité, etc.)

.....

Question 28. Avez-vous des **projets d'évolution** (en cours ou souhaités) ?

.....

QUESTIONNAIRE CSAPA CENTR'AID – INFOS COMPLEMENTAIRES

Question 1. Avez-vous des **besoins** et/ou des **attentes** non satisfaits ou insuffisamment satisfaits ?

.....

Question 2. Rencontrez-vous des **difficultés en termes d'accompagnement / de prise en charge** (outre des questions de moyens et de partenariats internes et externes) ?

.....

Question 2bis. Le cas échéant, quelle analyse faites-vous des raisons de ces différentes situations ?

.....

Question 3. Concernant la **file active**, pouvez-vous indiquer :

- La ou les condition-s à réunir pour y être incluse :

.....

- La ou les condition-s pour en sortir :

.....

QUESTIONNAIRE ELSA (IDEM POUR LES DEUX CENTRES HOSPITALIERS)

Question 1. Pouvez-vous détailler vos activités en matière de :

- Aide au repérage :

.....

- Evaluation :

.....

- Elaboration du projet de soin :

.....

- Préparation à la sortie :

.....

- Formation des équipes des autres dispositifs hospitaliers (psychiatrie, oncologie, périnatalité) :

.....

Question 2. Dans quelle mesure intervenez-vous dans les **maternités** ?

.....

Question 3. Quelles sont les modalités de travail avec les **équipes psychiatriques** ?

.....

Question 4. Quelles sont les modalités de travail avec les **unités sanitaires** (en milieu pénitentiaire) ?

.....

Question 5. Quelles sont les **principales difficultés** que vous rencontrez :

- En termes de **moyens** ?

.....

- En termes de **relations** partenariales ?

.....

- En termes d'**accompagnement/de prise en charge** ?

.....

Question 5bis. Le cas échéant, quelle analyse faites-vous des raisons de ces différentes situations ?

.....

Question 6. Avez-vous des **besoins** et/ou des **attentes** non satisfaits ou insuffisamment satisfaits ?

.....

QUESTIONNAIRE CONSULTATION HOSPITALIERE (IDEM POUR LES DEUX CENTRES HOSPITALIERS)

Question 1. Quelle est votre **procédure** d'accueil, de prise en charge ?

.....

Question 2. Quelles sont les **principales difficultés** que vous rencontrez :

- En termes de **moyens** ?

.....

- En termes de **relations** partenariales ?

.....

- En termes d'**accompagnement/de prise en charge** ?

.....

Question 2bis. Le cas échéant, quelle analyse faites-vous des raisons de ces différentes situations ?

.....

Question 3. Avez-vous des **besoins** et/ou des **attentes** non satisfaits ou insuffisamment satisfaits ?

.....

Question 4. Rencontrez-vous des tensions sur certaines catégories de professions (vacance de postes budgétés par exemple) ?

.....

Question 5. Identifiez-vous des **points de rupture** récurrents ?

- Si oui, lesquels (rechute à la sortie de prison...) ?

.....

- Et pourquoi selon vous (manque de relais par un dispositif social ou médico-social, après une hospitalisation, etc.) ?

.....

Question 6. Quelles sont vos modalités de travail avec les **équipes psychiatriques** ?

.....

Question 7. Entretenez-vous des liens avec le **CHU de Nancy** (structure de niveau 3) ?

.....

Question 8. Quelles prestations proposez-vous pour les **addictions sans substances** ?

.....

QUESTIONNAIRE COURT SEJOUR SEVRAGE SIMPLE (*IDEM* POUR LES DEUX CENTRES HOSPITALIERS)

Question 1. Combien de lits sont-ils spécifiquement dédiés au sevrage simple ?

.....

Question 2. L'équipe soignante est-elle sensibilisée à l'alcoologie ?

.....

Question 3. Quelles sont les **principales difficultés** que vous rencontrez :

- En termes de moyens ?

.....

- En termes de relations partenariales ?

.....

- En termes d'accompagnement/de prise en charge ?

.....

Question 3bis. Le cas échéant, quelle analyse faites-vous des raisons de ces différentes situations ?

.....

Question 4. Avez-vous des **besoins** et/ou des **attentes** non satisfaits ou insuffisamment satisfaits ?

.....

Activités détaillées

Question 5. Combien de sevrage simple sont réalisés par an ?

.....

Question 6. Un accueil est-il prévu en cas de situation de crise

.....

Question 7. Est-il envisager de développer des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle (hospitalisation de jour, séjour de rupture, séjour séquentiel...) ?

.....

QUESTIONNAIRE COURT SEJOUR SOINS COMPLEXES (FAINS-VEEL)

Question 1. Combien de lits sont-ils spécifiquement dédiés à cette activité ?

.....

Question 2. Quelles sont les modalités de travail avec les équipes de liaison ELSA (du CH de Bar-le-Duc mais aussi du CH Verdun/St-Mihiel) ?

.....

Question 3. De quel plateau technique disposez-vous ? Et pour quelle pathologie ?

.....

Question 4. Quelles sont les **principales difficultés** que vous rencontrez :

- En termes de moyens ?

.....

- En termes de relations partenariales ?

.....

- En termes d'accompagnement/de prise en charge ?

.....

Question 4bis. Le cas échéant, quelle analyse faites-vous des raisons de ces différentes situations ?

.....

Question 5. Avez-vous des **besoins** et/ou des **attentes** non satisfaits ou insuffisamment satisfaits ?

.....

QUESTIONNAIRE ACT (ASSOCIATION AMIE)

Question 1. De combien de **places** disposez-vous ?

.....

Question 2. Quel-s sont les **public-s concernés** (précaire, sortants de prison, avec troubles psy, femmes avec ou sans enfants...) ?

.....

Question 3. Quels sont vos critères de « **recrutement** » (éloignement géographique...) ?

.....

Question 4. Quelles sont les **principales difficultés** que vous rencontrez :

- En termes de moyens ?

.....

- En termes de relations partenariales ?

.....

- En termes d'accompagnement/de prise en charge ?

.....

Question 4bis. Le cas échéant, quelle analyse faites-vous des raisons de ces différentes situations ?

.....

Question 5. Avez-vous des **besoins** et/ou des **attentes** non satisfaits ou insuffisamment satisfaits ?

.....