
Etat des lieux Départemental de l'offre de soins en Addictologie



Estelle Barou - Pilote Projets Parcours Territoire

Réunion “Regards croisés entre acteurs de l’addictologie”

1. Rappels sur l'organisation de la filière de soins et d'accompagnement en addictologie
2. Entretiens auprès des acteurs spécialisés en addictologie des Hautes-Alpes
3. Analyse des questionnaires auprès des acteurs non spécialisés
4. Axes d'amélioration et propositions à faire au PTSM (19 novembre)

Les étapes de l'état des lieux

Juin 2019

Rencontre CHEB - PTA =>
Décision d'une méthodologie

Février 2020

Envoi des questionnaires auprès **des médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, SSIAD et SAAD**

Novembre 2020

Synthèse des résultats et réunion de présentation "**regards croisés entre les acteurs interrogés**"

2019

2020

Janvier 2020

Construction du guide pour les entretiens semi directifs et des questionnaires

**Mars à
Septembre 2020**

Conduite des **Entretiens semi-directifs avec les acteurs de l'addictologie** (ELSA, CSAPA, Arzeliers, SSR addicto Fondation Seltzer...)

**19 Novembre
2020**

Sélection et présentation de 3 ou 4 **propositions d'amélioration pour le PTSM**



1. Rappels sur l'organisation de la filière de soins et d'accompagnement en addictologie

- **Prise en charge globale et graduée au sein d'une filière de soins en addictologie**
- **Une organisation hospitalière en 3 niveaux**
- **Une complémentarité assurée par le dispositif médico-social et les professionnels du 1er recours**

Vers une prise en charge globale et graduée au sein d'une filière de soins en addictologie...

La prise en charge des personnes présentant une conduite addictive par la filière de soins en addictologie est organisée **selon différents niveaux de complexité** des troubles induits par des consommations.

Une filière doit comporter plusieurs maillons qui sont:

- Les consultations,
- Les hôpitaux de jour,
- L'hospitalisation complète de court séjour programmée ou non programmée, y compris en services de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- L'Équipe de Liaison et Soins en Addictologie (ELSA)

De plus une filière doit permettre l'accompagnement et l'orientation du patient à la **sortie de l'hospitalisation.**



Plans/lois de référence

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011

La circulaire DGS/DHOS N° 203 du 16 mai 2007

La circulaire DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008

Organisation hospitalière en 3 niveaux...

Niveau 1, structures de proximité, dont les missions comportent:

- Des **consultations spécialisées**
- Une équipe de liaison et soins en addictologie (**ELSA**)
- La réalisation de **sevrages résidentiels simples**

Niveau 2, structures de recours d'un territoire:

- **Les structures de court séjour** (en plus du niveau 1, réalisation de soins résidentiels complexes en hospitalisation complète ou de jour)
- **Les SSR** (poursuite des soins résidentiels au delà des soins aigus)

Niveau 3, structures de recours régional, implantées dans les **CHU**:

Missions de coordination régionale, d'enseignement, de formation et de recherche

+ *Une complémentarité assurée par le dispositif médico-social (CSAPA, CAARUD) et les professionnels de santé du premier recours (cf diapo suivante)*

Une complémentarité assurée par le médico-social et le 1er recours...

Les partenaires de la filière hospitalière sont multiples. Ils doivent être complémentaires et s'articuler de façon à orienter les patients vers la structure la plus adaptée à leurs besoins, quelle qu'en soit la porte d'entrée.

Le lieu optimal de traitement pour l'utilisateur sera le cadre le moins contraignant et qui assure en même temps les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité.

Le secteur médico-social (CSAPA et CAARUD) assure une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité d'intervention, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psychosocial, et l'aide à l'insertion.

Les professionnels de premier recours (médecins, infirmiers...), ont un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation et l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives.

Les pharmacies d'officine contribuent également au repérage, à l'accompagnement et à l'orientation des personnes en difficulté avec leur consommation.

Focus sur...

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Les CSAPA proposent l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'accompagnement et l'orientation de la personne ou de son entourage ainsi que la **réduction des risques** associés à la consommation de substances psychoactives. L'accueil est gratuit.

Ils peuvent avoir des missions facultatives:

- des consultations de proximité
- des consultations jeunes consommateurs (CJC)
- la formation et la recherche
- la prise en compte des addiction sans substance
- l'accompagnement de détenus et des sortants de prison....

Certains CSAPA peuvent proposer un hébergement

Equipes de Liaison et Soins en Addictologie (ELSA)

L'ELSA est une équipe pluridisciplinaire adossée à une structure addictologique de niveau 1, 2 ou 3.

Elle intervient dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans les structures de médecine d'urgence pour :

- aider au repérage précoce des problèmes addictifs,
- contribuer à l'évaluation de l'addiction, à l'élaboration du projet de soins et à la mise en place d'une prise en charge médico-psycho-sociale au cours de l'hospitalisation,
- aider les équipes soignantes lors de la réalisation des sevrages ou de la mise en place des traitements de substitution, les sensibiliser et les former,
- préparer la sortie de l'hospitalisation et orienter la personne vers le dispositif spécialisé hospitalier, le médico-social, la médecine de ville.

AMBULATOIRE

Consultation hospitalière
d'addictologie

CSAPA

Niveau 1 : SEVRAGE SIMPLE

Sevrage simple MCO
hôpital général

± 1 semaine

Précure : hôpital,
clinique psychiatrique

± 1 semaine

Niveau 2 : SEVRAGE COMPLEXE

Sevrage complexe MCO
hôpital général

± 2 semaines

Cure : hôpital, clinique
psychiatrique

± 5 semaines

SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION (SSRA)

Rééducation

± 5 semaines

Réadaptation

± 9 à 12 semaines

Pour résumer...

ORGANISME	DÉFINITION	CHAMP					
		PRÉVENTION	PRISE EN CHARGE			SUIVI 1	
			Ambulatoire	Hospitalière			
			Psychiatrique	MCO	SSR		
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques aux usagers de drogues	X	X				X
CHA	Consultation hospitalière d'addictologie	X	X		X		X
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	X	X				X
Niveau 1	Unité de sevrage simple			7 à 10 jours	7 à 10 jours		
Niveau 2	Unité de sevrage complexe			3 à 5 semaines	2 semaines	6 à 12 semaines	
CSSRA	Centre de soins de suite et de réadaptation addictologique						X
HDJA	Hôpital de jour addictologique		X	X			X
HDNA	Hôpital de nuit addictologique		X				X



Ressources absentes de notre territoire



2. Entretiens auprès des acteurs spécialisés en addictologie des Hautes-Alpes

- Les partenaires interrogés
- Activités des structures et focus prévention
- Descriptif des files actives
- Les collaborations
- Difficultés de prises en charges
- Attentes et propositions d'amélioration?



L'ensemble des partenaires spécialisés de la filière de soins addictologie 05 interrogés :

- L'ELSA du CHICAS à Gap
- Le CSAPA de Gap
- L'ELSA du CHEB à Briançon
- Le CSAPA Briançon
- Le SSR spécialisé Chant'Ours à Briançon
- Le Centre d'addictologie "Les Arzeliers" CHBD de Laragne

Deux partenaires indirects non- spécialisés interrogés :

- La Maison des Adolescents (siège de Gap)
- Logement D'abord et Santé - ISATIS (Gap et Briançon)

Les 2 CSAPA

non spécialisés

Un porté par L'Association ANPAA (Gap) : couvre tout le Sud jusqu'au pont de Savines

Un porté par La fondation Edith Seltzer (Briançon) : couvre tout le Nord jusqu'au pont de Savines
Spécificités: Sevrage Ambulatoire et Traitement de substitution



- Prise en charge médicale si nécessaire
- Consultations particulières saisonniers et entreprises (Gap)
- Consultations Jeunes Consommateurs CJC
- Psychothérapie de soutien
- Accompagnement éducatif et social si nécessaire
- Groupes de paroles pour le patient et/ou l'entourage
- Ateliers d'expression collective, cuisine, relaxation...
- Education Thérapeutique, programme de 12 jours (Gap)
- Actions de prévention

Les 2 ELSA

Une équipe adossée au service Addicto du CHICAS (Gap): 3 lieux de consultations externes (Gap, Sisteron et Barcelonnette - 1 Journée/mois)

Une équipe adossée au service Addicto du CHEB (Briançon): Consultations externes (Briançon et Embrun)



- Consultations polyvalentes sans sélection de profils particuliers
- Sevrage résidentiel
- Sevrage ambulatoire
- Traitement de substitution
- Prise en charge d'autres pathologies concomitantes (VIH, hépatites, etc...)
- Psychothérapie de soutien sur place, en libéral ou en CSAPA
- Accompagnement social si nécessaire
- Actions de prévention

SSR Addicto

Unité D'Addictologie et D'alcoologie Chant'Ours portée par La fondation Edith Seltzer (Briançon)

Hospitalisation complète 18 LITS

Objectif : Relai post-Hospit et réadaptation pour le domicile



- Sevrage résidentiel
- Traitement de substitution
- Prise en charge d'autres pathologies concomitantes (VIH, hépatites, etc...)
- Psychothérapie de soutien, entretien motivationnel
- Accompagnement social si nécessaire en liaison avec d'autres services
- Groupes de paroles pour le patient
- Ateliers d'expression collective, nutrition, relaxation....

Les Arzeliers

Centre d'Addictologie clinique porté par le CHBD de Laragne

Hospitalisation complète 20 LITS

Objectif : Séjours de cures de 5 semaines = "la Parenthèse sur le parcours de soins". Les problèmes sociaux et de logement doivent être réglés avant.



- Sevrage résidentiel
- Traitement de substitution
- Accompagnement psychiatrique, psychologique
- Accompagnement social si nécessaire en liaison avec d'autres services
- Groupes de paroles pour le patient
- Ateliers d'expression collective, nutrition, relaxation, sports, excursions....
- Actions de prévention

Focus sur les 2 partenaires indirects

Logement d'abord et Santé – 30 places

Dispositif expérimental, porté par l'association **ISATIS** sur le territoire Briançonnais et Gapençais, offrant un **logement aux personnes seules avec troubles psy (profils variés sans autres critères d'inclusion imposés) ayant besoin d'une coordination médicale et/ou sociale.**

L'association prend l'appartement en son nom et gère la partie administrative et instaure un **contrat de sous-location au bénéficiaire** qui règle sa part.

Les personnes arrivant sur le dispositif peuvent déjà avoir un parcours de soin ou non, pathologies stabilisées ou non.

Le dispositif s'occupe d'accompagner les personnes en **coordonnant les soins et en orientant vers les bonnes structures** (CSAPA, psy, recherche de médecin traitant, spécialistes...) et **réalise des actions de prévention uniquement pour ses bénéficiaires.**

Maison Des Adolescents (MDA)

La MDA (hébergée par l'association Les Pupilles de l'Enseignement Public des Alpes du Sud) est constituée d'une **équipe de coordination départementale** et **13 lieux d'accueil** sur le territoire pour **les jeunes de 12 à 25 ans** confrontés à des problèmes ou des questionnements (médicaux, sexuels, psychiques, scolaires...) ainsi que **leurs parents.**

Une équipe pluri professionnelle (équipes réseau) est présente pour les écouter, les aider, les orienter.

Elle assure également la mise en œuvre **d'actions de prévention** et organise régulièrement des **formations et des instances d'analyses de pratiques** pour soutenir les professionnels.

Seul le SSR ne réalise pas d'actions de prévention collectives

POSITION

RISQUES

PREVENTION

Volet prévention...

Les principaux cadres de ces actions:

1. Grand public (dont Mois sans tabac, les marchés...)
2. Etablissements scolaires
3. Entreprises / Milieu carcéral
4. Etablissements de soins

Les principaux thèmes abordés:

1. Prise de risques / réduction des risques
2. Poly consommations
3. Les représentations

Les principaux produits évoqués:

TABAC / ALCOOL / CANNABIS

La Maison des Adolescents...

La MDA accueille les **11-25 ans**.
6% de ses usagers consomment des stupéfiants.

Objectifs : Repérage, orientation et adhésion du jeune à la prise en charge

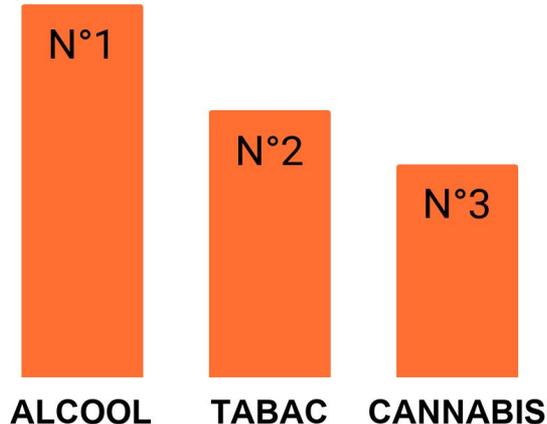
Pas de stats assez fines par types d'addictions, ni de précisions sur un type de public spécifique.

Les prises en charge sur le territoire...

D'après les 7 partenaires interrogés (en excluant la MDA, cf encart ci-contre), **les personnes prises en charge dans les services sont majoritairement** :

- Des **hommes** (86%)
- Âgés entre **20 et 60 ans** (93%)
- Présentant des **troubles du comportement** (62% principalement et 38% partiellement)
- et/ou des **troubles psychiatriques** (38% principalement et 62 % partiellement)
- et/ou des **problèmes de logement** (sans domicile, logement provisoire) associés à un isolement social (25% principalement et 62 % partiellement)

Les 3 principales prises en charges dans les Hautes-Alpes



Les adresseurs :

Les ELSA, SSR, Arzeliers :

1. Hôpitaux généraux
2. Secteur psy / Médecine de ville
3. Médico-social (dont CSAPA) / Patient lui même

Isatis :

1. Secteur psy
2. Justice
3. Médico-social

La MDA:

1. Entourage, famille / Patient lui-même
2. Professionnels en contact dans un autre cadre
3. Milieu scolaire et structures de loisirs

Les CSAPA :

1. Patient lui-même / Entourage, famille
2. Justice
3. Hôpitaux Généraux

— Les collaborations...

L'ensemble des partenaires évoquent un **beau travail partenarial de terrain, une réelle évolution et une bonne dynamique** :

- **Rencontres régulières** avec l'ensemble des partenaires (CSAPA, CMP, ELSA, psy, ACT, Permanence d'accès aux soins de santé, ISATIS...) pour discuter de situations communes, partager les connaissances ou les fragilités!
- Pour « Arzeliers » un peu différent car ce sont les partenaires de toute la Région qui s'adressent à eux. Les filières existent. Bon élan de communication avec les partenaires du 04 et 05.
- Certains membres d'équipe possèdent une **double casquette** favorisant les échanges et les collaborations (ex : IDE des Arzeliers qui font partie de l'équipe ELSA Sud, au sein de l'équipe ELSA, il y a une personne du CSAPA, des écoutantes MDA travaillent au CSAPA..)
- Un projet également en cours sur le territoire, rassemble certains partenaires : **Plan d'actions coordonnées de lutte contre les Addictions dans les Hautes-Alpes jusqu'en 2022** impliquant les 2 CSAPA, le CoDES, la MDA, l'ELSA Sud, la CPTS du Champsaur-Valgo
- **Bonne collaboration avec la psychiatrie**, malgré les difficultés de ce secteur (cf tableau), et des contacts réguliers par le biais de réunions de synthèse et de rencontres informelles. (ex : croisements aux urgences)



**Focus Maison
des Adolescents**

3 premières
addictions les plus
rencontrées:
**cannabis, écrans et
alcool**

Enfin, type d'addiction et de public posant le plus de difficultés...

- 1.** Alcool chez les 40-60 ans puis les séniors
- 2.** Cocaïne, crack chez les 20-40 ans puis les 40-60 ans
- 3.** Cannabis chez les jeunes et les 20-40 ans
- 4.** Les marginaux de rue, SDF, précaires, sans notion d'âge ou d'addictions



Résultats détaillés

Retrouvez les difficultés et les propositions d'amélioration dans le **tableau complet synthétique** joint à cette présentation

Les principales difficultés rencontrées dans leurs accompagnements...

1. **Hospitalisations itératives, suivi compliqué**, continuité de l'accompagnement et/ou coordination difficile (n=7)
2. **Déni de la dépendance, refus de soins** ou d'aides, problème du soin sans consentement (n=7)
3. **Double diagnostic Addicto/psy** compliqué (n=6)
4. Les problématiques de **logement** (n=4)

Les principaux freins soulevés pour les expliquer...

1. **Manque de ressources** notamment pour les **situations complexes doubles addicto/psy** et surtout manque d'**hébergements spécialisés, intermédiaires, d'urgences**, des **permanences sur les territoires isolés** (n=7)
2. **Stigmatisation du public addicto**, représentations erronées des soignants et partenaires (n=4)
3. **Manque de coordination**, de suivis, de passages de relais, **souvent dans un contexte d'urgence** (n=2)
4. **Manque de formation/d'information** de certains partenaires notamment les libéraux (repérage tardif) (n=2)



3. Analyse des questionnaires auprès des acteurs non spécialisés

- Qui sont les répondants?
- Quelles représentations ont-ils de leurs patients/usagers souffrant d'addictions?
- Quelles difficultés rencontrent-ils?
- Qui sollicitent-ils?
- Quelles sont leurs attentes?



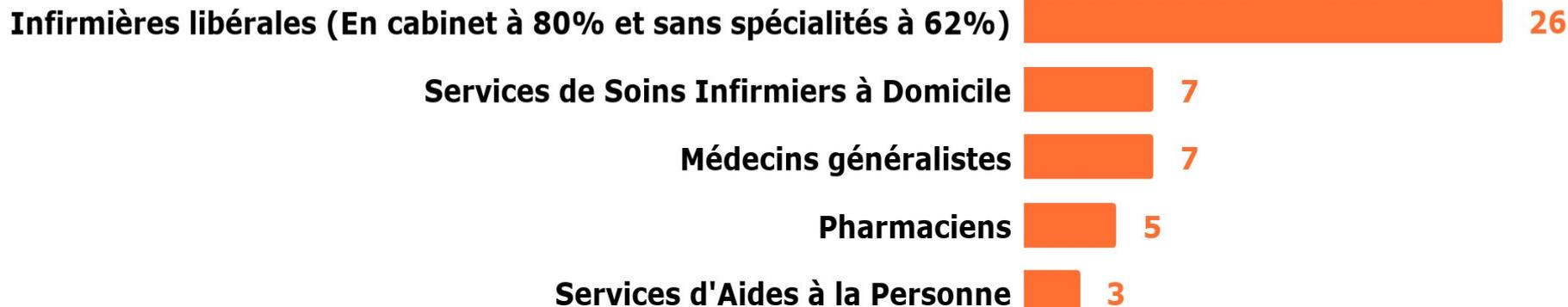
**Précisions sur les
questionnaires
réceptionnés**

**48 données
exploitables** sur 80
réponses reçues (saisies
abandonnées ou
partielles)

Les 48 répondants....

En très grande majorité, ils exercent sur le **Bassin Gapençais**. Très peu de répondants du Nord (n=6)

85 % de ces professionnels (n=41) déclarent avoir une file active ou clientèle de patients souffrant de conduites addictives

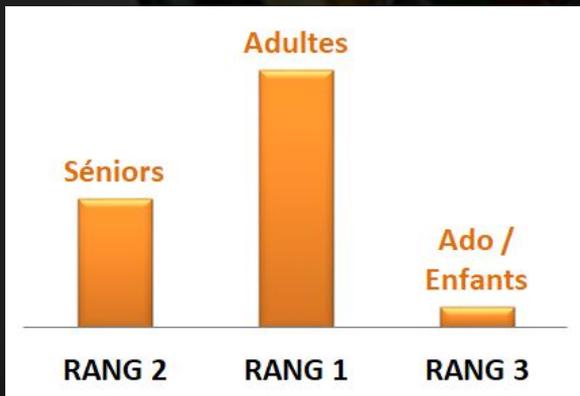
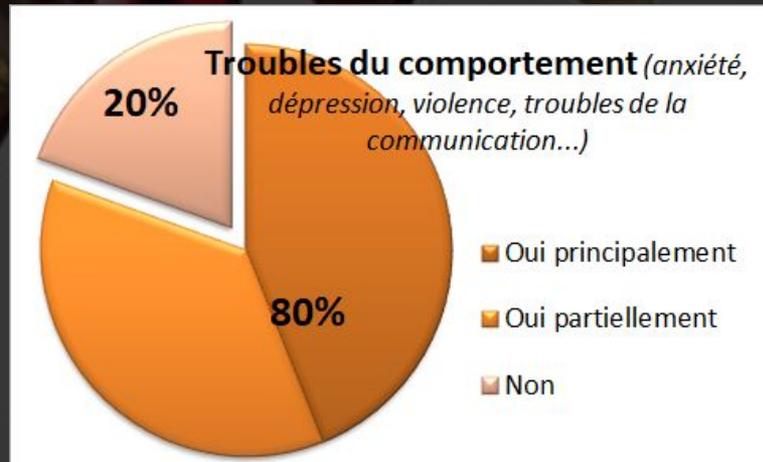


Leurs représentations...

Aucuns profils addictifs particuliers ne constituent une majorité de leur patientèle/clientèle.

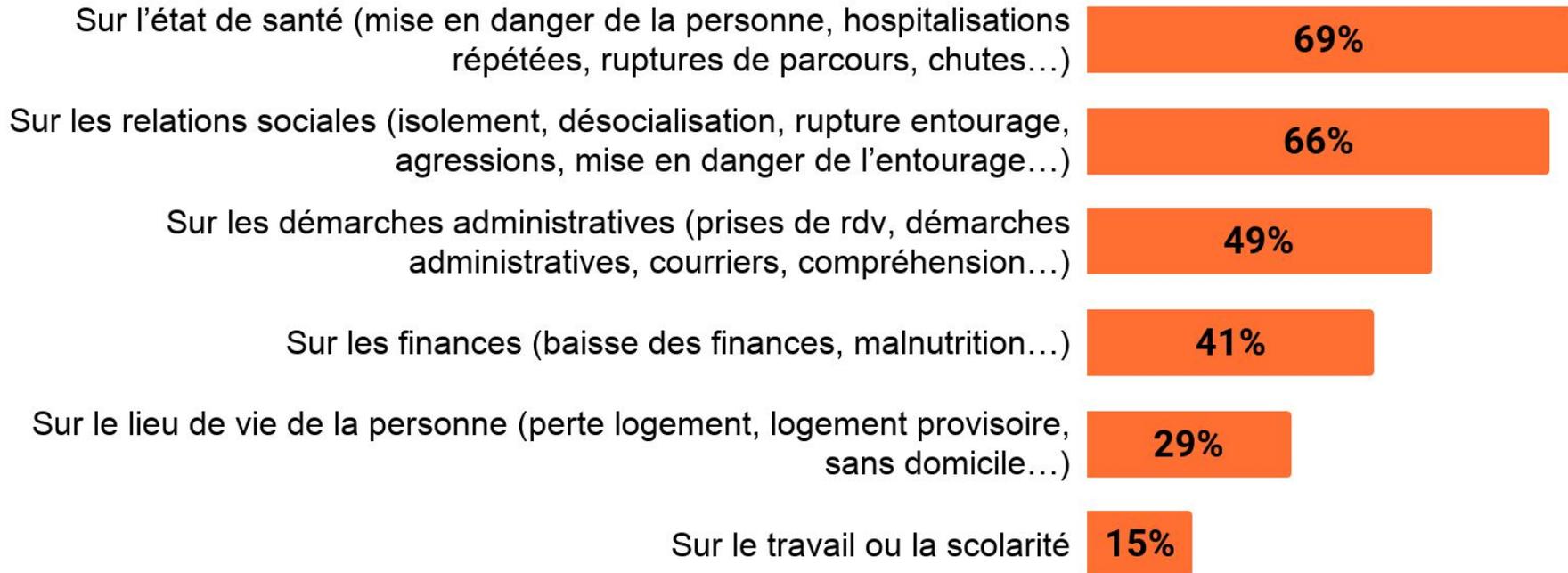
Toutes les addictions sont considérées comme **faibles à très faibles à plus de 85 %**, excepté **le tabac (65%)** pour lequel 24% le considèrent tout de même comme représentant **la moitié de leur file active**.

En majorité, Adultes inactifs avec troubles du comportement



Les troubles psy ne sont évoqués que par 18 répondants en "oui partiellement"

Principales conséquences des conduites addictives observées chez ces personnes:





TOP 5 des principales difficultés rencontrées dans la prise en charge de leurs patients...

1. Déni de la dépendance / refus de soins ou d'aides (n=33)
2. Suivi compliqué, continuité de l'accompagnement et coordinations difficiles (n=25)
3. Non observance du traitement ou interactions (n=17) / Comportement agressif ou modifié ou troubles du comportement (n=17)
4. Dialogue compliqué, négociations, problème de compréhension (n=16)
5. Absence de personne ressource (n=15)

“Médicaments non retirés à la pharmacie, RDV non pris auprès du médecin ou non respecté (donc c'est l'IDE qui rectifie cela)”

“il faut souvent négocier pour obtenir une petite alliance thérapeutique”

“amnésie et mauvaise foi du patient sont souvent observées”

“pas de mode de transmissions de nos données efficaces: concertation uniquement orale avec les autres professionnels de santé; c'est très compliqué car pas de temps "dédié”

“Le médecin qui assure le suivi de l'addiction est différent de celui qui prescrit le médicament détourné”

“suivi qui demande temps et énergie. Manque une personne ressource qui rappelle les RDV et veille à ce que la personne s'y rende bien.(dc c'est l'IDE qui s'en charge)”

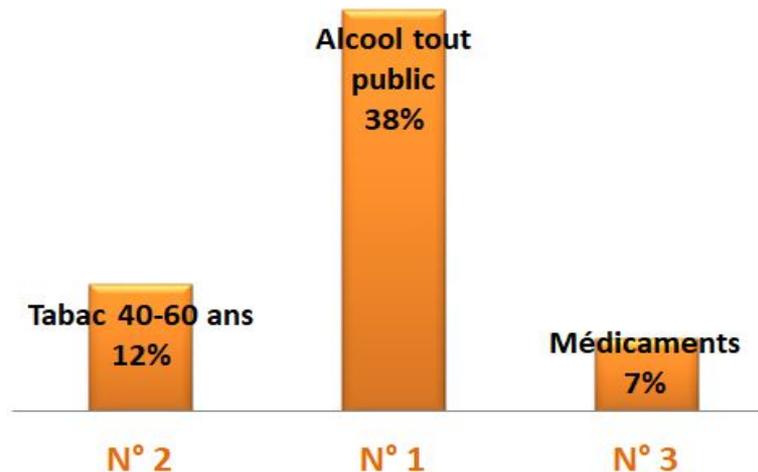
“la personne vit seule et n'a pas de soutien autre que les soignants”

“souvent seul, l'entourage a baissé les bras”

“souvent beaucoup de thérapeutiques donc beaucoup de comprimés ... parfois antécédent de TS médicamenteuse . Il faut être vigilant pour la prise des traitements”

“on constate souvent un nomadisme et un chevauchement des prescriptions car le patient augmente inutilement les doses quand il n'est pas bien”

Quel type d'addiction et de public posent le plus de difficultés?



Difficultés uniquement citées par les Pharmaciens

Traitements de substitution aux opiacés

Subutex et dérivés, dérivés codéinés, benzodiazépine et somnifères divers, alcool souvent associé.

Publics difficiles:

1. Personnes en rupture sociale, en errance médicale, les précaires
2. Troubles psy
3. Refus de soins, dénis

Qui sollicitent-ils?

59% ont déjà fait appel à des structures spécialisées et à contrario, seulement 38% disent avoir déjà été interpellés par ces mêmes structures spécialisées.

La grande majorité cite le **CSAPA**, suivi des CMP /CMPP, puis des consultations addicto de Gap et l'ELSA .

A la marge, sont cités Chant'ours, Isatis, l'association "les Alcooliques anonymes" et l'EMSP

Evaluation de la satisfaction de collaboration

58% de satisfaits

25% d'avis mitigés

17% nc

Les 3 points positifs les plus cités :

1 - Apportent des compétences et une expertise / Apportent davantage de légitimité à notre façon d'accompagner

2- Qualité de la prise en charge et de l'accompagnement

3- Organisation pluriprofessionnelle, qualité des échanges, collaboration intéressante

Points à améliorer

- 1- Communication, Information** : “pas de nouvelles des patients envoyés / Manque une communication de compte-rendus de consultations ou de suivi / Il manque une relation entre le médecin prescripteur (médecin traitant) et celui qui assure le suivi au CSAPA / Le seul problème que l'on peut rencontrer est le manque de disponibilité ou l'absence du médecin”
- 2- Formation** : “Mieux connaître les différents professionnels et les structures / Mieux connaître les dispositifs d'aide, d'accompagnement / pas de formation des MG aux pbs addictifs, peu d'information donnée”
- 3- Suivi du patient** : “le suivi des patients par les médecins généralistes restent à notre avis à revoir / manque de suivi régulier /amélioration ponctuel du problème mais rechute fréquente”
- 4- Création d'outils** : “tract à donner aux patients / arbre décisionnel pour adresser les patients selon addiction / outils pour les faire adhérer au projet de soins”
- 5- Adhésion du patient** : “le patient ne vient pas toujours aux rendez-vous qui permettraient de le soigner / perte d'adhérence du suivi par les patients eux-mêmes donc compliqué”

Les attentes ou propositions d'amélioration...

N°1

FORMATIONS / SENSIBILISATIONS

"Formation des médecins libéraux

Une formation spécifique pourrait être intéressante

Formations ou interventions pour sensibiliser les équipes

Savoir identifier les ressources

Connaître les partenaires spécialisés sur le département

Une information générale auprès des salariés afin de mieux comprendre pourquoi et comment "être" avec eux"

N°2

CRÉER DES OUTILS PRÉVENTIFS

"Favoriser les campagnes de prévention

Existe-t-il des interventions dans les collèges ou lycées ?

Tract à donner aux patients peu motivés ou en indécision

Tract d'information concernant les patients éthyliques chroniques et qui sont dans le déni : définition de l'éthylisme...

Faire un vrai contrat avec la personne dans sa prise en charge de son addiction et une prise en charge co construite pour avoir l'adhésion de la personne"

N°3

MULTIPLIER LES ANTENNES

"Présence d'un intervenant dans le champsaur (limite quand à aller sur gap, faire le pas...)"

consultations déportées du CSAPA sur les territoires"

N°4

FAVORISER LES ÉCHANGES

"Rencontres régulières

Pouvoir communiquer ensemble, avoir un lien.

Plus communiquer entre professionnels du même patient"



4. Axes d'amélioration et propositions à faire au PTSM

N°1

Renforcer la Formation/Sensibilisation & la Prévention (Sensibiliser = Dépister)

Mettre l'accent sur la **Prévention Alcool et Tabac** et le **dépistage précoce** (cannabis, cocaïne crack, chez les jeunes):

- **Formation des professionnels libéraux**, sans oublier les **pharmaciens** : formation médicale continue, interventions IFSI plus pertinentes...
- **Formation des Professionnels du domicile/ehpad**: surtout pour alcoolisation d'usage
- **Systématiser les interventions en collège/lycée et les inclure dans les programmes scolaires** avec soutien des Directions

Avoir le temps et les moyens pour améliorer la **réduction des risques en milieu hospitalier** (surtout en psychiatrie)

Prévenir l'épuisement des proches, mieux soutenir l'entourage

N°2

Développer "l'Aller-vers", l'ambulatoire, davantage de travail de terrain

Pour accéder aux territoires isolés: faire rayonner les compétences dans d'autres lieux (MSP par exemple), créer des antennes, des consultations extérieures...

Pour toucher les précaires, les publics les plus vulnérables: Créer un CAARUD

N°3

Création de nouveaux modes d'Hébergements et davantage de solutions intermédiaires et innovantes, de passerelles...

Création de places d'**hospitalisation de jour et de nuit** pour préparer plus en douceur le retour à domicile et la prise en autonomie

Travailler la transition suite à la sortie d'hospitalisation par le **logement accompagné, intermédiaire, type semi-collectif, moins spécialisé** mais couplé à du suivi ambulatoire

Rendre possible le **sevrage alcoolique en HAD**

N°4

Améliorer les échanges, les rencontres partenariales et soutien des équipes

Davantage de **réunions de concertations** et développer **les partenariats**

Nommer un **réfèrent pour le suivi des situations complexes** (revient à l'idée de "gestion de cas" pour les psy/addicto complexes) qui permettrait de **s'assurer que les engagements soient respectés**

Soulager les équipes, les préserver: espaces d'échanges, permettre de souffler, respirer, avoir un soutien moral, organisation d'analyses des pratiques...

Thématiques	Problèmes évoqués, attentes des partenaires	Les solutions et propositions d'amélioration
<p>LES RESSOURCES</p>	<p>➤ La problématique du logement est régulière avec le manque d'hébergements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est compliqué de soigner dans un contexte social lourd. C'est fondamental de revenir à la pyramide de Maslow et la base des besoins. On ne peut pas aller dans le soin quand la base n'est pas couverte, quand on ne sait pas où l'on va dormir. - Il manque de logements pour accueillir les gens qui ne rentrent pas dans les «cases» : adultes de moins de 60 ans mais avec troubles cognitifs et physiques mais sans handicap assez lourd pour correspondre aux critères d'entrées des structures (EHPAD, FV, FAM) - En institution, pas de consommation d'alcool (parce qu'il y a du monde autour du patient) mais dès la sortie, les personnes reprennent. C'est pour cette raison qu'il faudrait sécuriser par des structures/hébergements non spécialisées. <p>➤ Manque de ressources (autre que l'hébergement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas assez d'ambulatoire, pas assez de terrain. Déplacements impossibles pour certains usagers alcoolisés pour se rendre en consultations ou au CSAPA. Manque de moyens, pas assez d'antennes relais dans les territoires isolés. - Manque de solutions intermédiaires entre la cure hospitalière et la cure institutionnelle obligatoire. - Trouver des structures post-cure parce que certains ont besoin de temps, le domicile n'est pas suffisamment préparé ou les conditions sont trop précaires. Les cures ne durent que 5 semaines donc le projet, les problématiques sociales et de logement doivent être pensés bien avant. Sans AS dans ces structures c'est de toute façon impossible. - Le manque d'occupationnel 	<p>➤ Améliorer l'accès aux hébergements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Davantage de logements intermédiaires, « plus soft » (autre qu'ISATIS) pour favoriser le lien social. Créer des logements type semi-collectifs sans besoins de soins mais juste avec une gouvernante pour la surveillance (un peu comme Paramar). - Création de places spécialisées d'hébergement <p>➤ Nouvelles ressources à créer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouvrir des places en hospitalisation de jour et en hospitalisations de nuit pour préparer plus doucement la sortie (Nord) / Création d'un hôpital de jour à travailler avec le Centre de Santé Mental pour une solution plus mixte (Sud) / Davantage de solutions intermédiaires et innovantes : exemple du projet d'éducation thérapeutique sous forme d'hôpital de jour (programme de 12 jours de sevrage alcoolique) du CSAPA Sud qui donne de bons résultats. - Nord : créer des antennes sur le territoire plutôt qu'une équipe mobile et ne pas mettre en compétition les structures mais créer du lien et de la cohésion : Pas forcément besoin de VAD. Dans le Nord, historiquement et sur ce territoire rural, l'organisation de la population est centrée sur le sanitaire. Il y a une représentation sociale différente de l'hôpital (démarche spontanée de la population vers l'hôpital et qui procure davantage d'anonymat) => S'appuyer sur les structures hospitalières existantes pour faire rayonner et développer des compétences sur des sites de proximité pour apporter des réponses...une sorte de compromis, entre un rayonnement de Briançon très loin dans le Queyras et avoir des relais, des personnes qui se déplacent pour transmettre et entretenir des compétences. C'est la même idée que les antennes des CSAPA.

➤ Défaut des ressources existantes :

- Problématiques de délais d'attente CSAPA, de dérogations pour entrer dans une maison de retraite quand on n'a pas tout à fait l'âge, les foyers d'accueil spécialisés, les appartements de coordination thérapeutique... Toutes ces structures sont présentes et intéressantes mais elles sont saturées et insuffisantes / Les ACT sont une bonne alternative pour des patients entre la psy et l'addiction mais trop peu de places.
- Délais d'attente très longs en SSR suite à la suppression de lits à Digne
- Le manque de libéraux pour les toilettes au domicile sur des profils psy/addicto particuliers => comment maintenir un logement, SSIAD impossible pour les jeunes
- Travail du dispositif « Logement d'abord et santé » compliqué pour rayonner sur tout le Département avec une seule équipe et collaborer avec des partenaires différents. Le Dispositif est souvent appelé pour de l'urgence alors que ce n'est pas son rôle (2 ou 3 mois de délais pour la recherche de logement)
- Liste d'attente avec la pédopsy du CHBD de Laragne

- Maintenir des personnes, non disposées à arrêter leur addiction, dans des structures spécialisées est inutile. Il faudrait **davantage de personnes de terrain pour réaliser des allers-retours et de structures moins spécialisées mais réactives** et prenant davantage en compte le déficit neurologique induit par la consommation d'alcool (**apprentissage cognitif**)
- **Même idée dans le Sud : « L'aller-vers » dans les territoires isolés** : organiser des consultations extérieures en s'appuyant sur des structures existantes pour apporter un soutien et une expertise dans les zones enclavées sans shunter l'expertise et les politiques locales (médecins généralistes, mairies...)
- **Rendre possible le sevrage alcoolique en HAD** (testé pendant le COVID)
- **Création d'un Groupe d'entraide Mutuelle** sur le Briançonnais (réclamé par l'ensemble des partenaires psy et addicto)
- **Création de groupes d'accueil d'enfants de personnes dépendantes**
- **L'occupationnel** peut être qqch de thérapeutique mais il est largement sous-exploité / **Créer des fermes thérapeutiques, utiliser davantage la médiation animale**

➤ Ressources existantes à renforcer:

- Plus de places dans les **ACT**
- Renforcer les groupes de parole
- Réalisation de quelques sevrages ambulatoires par an par le CSAPA
- Utiliser des outils mixtes Visioconférence et présentiel (retour covid)
- Inclure des AS dans les structures de cures pour régler les problématiques sociales et/ou de logement (dossier SIAO) pour les publics les plus précaires

PRÉVENTION ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES

➤ Réduction des risques insuffisante:

- Il y a souvent des phénomènes de mode avec les autres addictions (écrans, cocaïne, cannabis...). Il faut revoir les représentations sociales.
- Accompagner le passage de l'hôpital vers le domicile surtout pour les PA avec problématique alcool. Il y a beaucoup de transferts de compétences autour de la prescription, de la distribution de médicaments mais **l'alcoolisation d'usage est souvent occultée**.
- Les cas complexes et hospitalisations itératives vont mobiliser du monde et de l'énergie au détriment des cas moins sévères et donc de la prévention (encore l'exemple du fumeur). La politique de prévention du tabagisme est pratiquement inexistante dans les services hospitaliers. Absence de suivis.
- Manque de temps et de moyens pour traiter de la réduction des risques en psychiatrie (ex du tabac) pour des patients qui sont pourtant demandeurs
- Les médecins généralistes ne font pas suffisamment de prévention Tabaco. Ils n'adressent pas suffisamment. Ne voient le CSAPA qu'à travers le prisme « Alcool » ou « Toxico » => Des journées portes ouvertes à destination des libéraux vont être organisées prochainement sur Embrun

➤ Stigmatisation du patient :

- Il faut un peu « vendre » son patient pour qu'il soit accepté, motiver le service qui sature parfois.
- L'accès à la problématique addictive est dépendant de la stigmatisation sociale

➤ Hospitalisations itératives :

- L'hôpital n'est pas la bonne réponse et c'est l'inverse qui se produit...les gens arrivent vers l'hôpital et les addictions se concentrent à l'hôpital, car naturellement toute crise finie à l'hôpital surtout sur notre territoire sans autres alternatives... Le but serait de les faire sortir mais avec un maillage pour qu'ils reviennent le moins souvent possible.

➤ Prévention et la réduction des risques :

- **Recentrer les priorités et les messages préventifs sur Alcool et tabac**
- Bon exemple pendant le 1^{er} confinement de la crise sanitaire : Les suivis téléphoniques ont été beaucoup plus rapprochés et les entretiens ont permis davantage de **travailler la réduction des risques**. Cela a demandé plus de temps, de disponibilité, d'attention (uniquement possible grâce à cette crise) et cela s'est avéré très positif avec une nette amélioration (gain sur le temps de sevrage notamment et les complications et entrée possible en SSR jusqu'à l'abstinence)
- Prendre en compte l'ennui des bénéficiaires en favorisant les activités occupationnelles

PRISES EN CHARGES COMPLEXES

➤ Difficultés de comorbidité Addicto/psy:

- **Le secteur de la psychiatrie est en difficulté.** Les **problèmes psy non addictologiques ne sont déjà pas réglés** sur le territoire, donc comment parler de comorbidité : **manque de professionnels**, délai d'attente interminable pour consulter un psy
- Problématique sur Embrun : Pas de psychiatre locale. La seule qui vient de loin pour assurer des consultations est débordée.
- Certains parcours addicto sont complètement déconnectés de la psychiatrie. Les patients ne s'inscrivent pas dans un suivi. Résistance des patients à être étiqueté « psy ». Effet de mode à dire qu'on est « Addict »
- Le suivi mixte est compliqué dans le champ de la psychose
- Les outils existent comme les réunions de concertation avec le patient mais c'est trop chronophage et ça mobilise trop d'agents
- Sentiment que c'est au cas par cas et psychiatre dépendant

➤ Les difficultés des publics précaires :

- Les publics précaires sans couvertures sociales sont très vite exclus des services hospitaliers et envoyés vers les CSAPA
- La marginalité de rue est une population difficile à prendre en charge (un peu prise en charge par médecin du monde pendant le confinement sur une action ponctuelle).

➤ Autres difficultés de prises en charge:

- Le déficit neurologique est également une conséquence de l'addiction qu'il faudrait prendre en compte davantage
- Le produit le plus compliqué à prendre en charge c'est la cocaïne surtout sous forme de crack. Il y a une forte dépendance. Il n'y a pas de substitution donc le travail est plus difficile.
- Il y a de plus en plus de public souffrant d'addictions dans les structures comme Paramar et cela devient plus complexe dans la gestion des groupes, pour la collectivité. Le CPM y intervient presque tous les jours.
- Problématiques des « jeunes » à la MDA: les amener vers la structure et surtout les faire adhérer

➤ Une supervision neutre pour les situations complexes:

- Sur des situations complexes, il faudrait qu'une tierce-personne neutre s'occupe de rassembler les partenaires autour de la situation et vérifie que les engagements soient tenus.

➤ Pour « Aller-vers » les publics précaires

Création d'un CAARUD, une solution plus disponible pour « aller vers » les publics marginaux de rue

**FORMATION
INFORMATION
COMMUNICATION**

➤ **Les difficultés de formation:**

- Il faut être très polyvalent et compétent dans tous les types d'addiction (ex questionnement des familles sur la problématique des écrans)
- Déficit de la formation alors que tous les secteurs bougent et il faudrait former continuellement. Car sensibiliser=dépister !

➤ **Les difficultés de communication, de collaboration:**

- Il manque de synthèse et de supervision dans les collaborations au moment des réunions de concertation
- Certains partenaires prennent les structures pour des services d'Urgence alors qu'il y a des délais d'attente (ex Arzeliers ou du dispositif « Logement d'Abord et Santé »).
- Communication avec les libéraux moins fréquente. Ils échangent beaucoup de médecin à médecin. Pas assez de reconnaissance par les professionnels libéraux. Certaines ressources peu connues des généralistes (ex des Arzeliers). Toujours un travail permanent de communication de fond à faire.
- Travail partenarial avec Embrun plus difficile => Lien avec le Petit Nice à développer. Rencontres partenariales programmées
- Le dispositif « Logement d'Abord et Santé » moins bien identifié dans le Sud du Département et Gap et surtout en services hospitaliers hors psychiatrie.
- Peu de reconnaissance politique de la part du Conseil Départemental mais liens très bons avec le niveau technique (les MDS)
- Des entretiens avec des enfants sans autorisation parentale sont réalisés dans les collèges/lycées et sont néanmoins très importants afin de pouvoir les identifier le plus tôt possible et différencier le jeune qui va fumer un joint de temps à autre de celui qui va en faire un usage quotidien.

➤ **Formation des partenaires non spécialisés :**

- Informer les libéraux au travers de la **formation médicale continue** pour proposer des informations sur les CSAPA et les addictions (au moins alcool et tabac)
- **Formation AVS, Aux, Aide-ménagère sur l'alcoolisation d'usage** au domicile et en EHPAD / **Lutter contre les représentations de la population**
- **Sensibilisation des infirmières au niveau collège et lycée** plus formelle en impliquant davantage les directions d'établissement (autorisations d'entretiens par exemple avec les enfants)
- Faire davantage de **communication, d'actions de sensibilisation en routine, de formation auprès des professionnels libéraux** (médecins et infirmiers) et **des accompagnants de public précaire ou de jeunes et ce constamment!** Essayer de modifier les représentations des soignants.
- Accès les formations à l'IFSI sur des problématiques précises comme celle de l'Adolescence pour mieux sensibiliser et dépister précocement et non un cours théorique sur des modes de prises en charge ou des thérapeutiques.
- Former les Généralistes mais ne pas leur demander d'être spécialiste en tout / Campagnes d'information en direction des généralistes à renouveler sans cesse.

**FONCTIONNEMENT
DE SERVICE
FINANCEMENTS**

- Quelques soient les équipes, addicto ou psy, elles sont trop petites pour répondre aux enjeux.
- Modes de financement non adaptés à un fonctionnement de service : Petits bouts de financement pour petits projets, trouver des financements quand le projet est déjà lancé, l'énergie que cela demande sans savoir si le projet va perdurer, etc...
- Correspondant ARS dans le champ de l'addicto change et il faut tout recommencer, tout répéter. Multiples réunions autour du projet territorial de santé et autre depuis des années et rien ne ressort jamais. Sentiment de lassitude.

➤ **Davantage de moyens financiers/humains pour les structures :**

- **Sur-doter les services** et non l'inverse pour aboutir à un fonctionnement normal et régulier (sortir de la vision mathématique $X \text{ habitants} = X \text{ postes}$) afin de pallier aux problématiques RH récurrentes et systématiques (turn-over, Arrêts maladies, congés mat, etc...) qui fragilisent l'organisation des services
- **Cesser de proposer des temps partiels ou trop faibles (10%)** pour qu'un professionnel puisse s'investir
- Avoir une psychologue et une AS et un vrai temps plein IDE pour renforcer l'équipe ELSA Nord, trop petite à ce jour pour réaliser l'ensemble des missions demandées.
- Doter le dispositif « Logement d'Abord et Santé » d'autres catégories de professionnels soignants pour exécuter certains soins comme les toilettes des personnes plus jeunes et difficiles / Equipes dédiées différentes pour le Nord et le Sud pour le dispositif « Logement d'abord et santé »
- Réduire les tensions d'équipe en termes de disponibilité et de surcharge psychique. Éviter de lancer des projets sans moyens pérennes ou essayer de collaborer davantage entre structures comme à l'image du projet de périnatalité entre les 2 CSAPA
- Financer des formations spécifiques aux personnels (hors médecins) des structures (à l'heure actuelle les budgets ne le permettent pas) ou leur donner la possibilité de se rendre à davantage de colloques, de congrès.
- Accorder plus de personnels (Infirmiers et psychologues) aux CSAPA, aux ELSA, pour qu'ils puissent aller sur le terrain, assurer des permanences sur certains lieux comme des maisons médicales. Dans le même temps cela aiderait les médecins traitants et les formerait.