

T.S.O.

Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA

Pratique(s)

Les pratiques professionnelles
concernant les traitements de substitution
aux opiacés (T.S.O.) dans les CSAPA
De l'analyse des pratiques d'un réseau
à l'élaboration de recommandations partagées

Remerciements 04

Avant propos
Jean-Pierre Couteron 05

Substitution : « La clinique est aisée
mais l'art est difficile »
Dr Jean-Pierre Lhomme 06

Substitution et pratiques :
le point de vue des usagers
Pierre Chappard 08

Introduction 11

Conclusion 55

Annexes 56



une méthodologie participative au service de l'évolution d'un réseau

Du portage politique
au pilotage opérationnel 14

Une méthodologie en cinq étapes 14

étape 1 – Le questionnaire de lancement de l'étude

étape 2 – L'exploration du champ

étape 3 – L'élaboration de l'échantillon : critères de choix

étape 4 – Les entretiens individuels et collectifs sur sites

étape 5 – Les cinq journées régionales

2

la fabrication des pratiques professionnelles

Les trois invariants 19

Les variables 20

Trois étapes pour
un accompagnement
personnalisé des usagers 21

3

des constats aux recommandations : fiches thématiques

éthique professionnelle et TSO 24

TSO et RDR 26

l'accueil des usagers et de leur demande 28

les entretiens d'évaluation 30

la construction de l'accompagnement de la personne 32

l'initialisation du traitement de substitution 34

les analyses urinaires 36

l'accompagnement médical, psychologique, social et éducatif 38

la continuité des traitements de substitution 42

pluridisciplinarité et transdisciplinarité 44

secret professionnel et secret partagé 46

l'arrêt du traitement de substitution 48

relais des usagers en ville (médecins et pharmaciens) 50

remerciements

L'ensemble de ce travail a été élaboré avec et pour les adhérents du réseau de l'anitea/F3A intervenant en CSAPA. Sans leurs différentes contributions, nous n'aurions pas pu avancer dans cette réflexion collective, porteuse d'améliorations pour les usagers et les structures.

C'est ainsi que nous adressons nos sincères remerciements :

- aux quatre vingt dix structures ayant répondu au questionnaire de lancement de l'étude,
- aux dix sept structures ayant été interviewées : pour leur accueil, leur disponibilité et leurs riches témoignages,
- à tous les participants aux cinq journées régionales venus nourrir cette démarche en entrant dans le débat national,
- aux membres du comité de pilotage du projet pour leur constante implication et leur capacité à potentialiser les questionnements d'un réseau,
- aux Unions Régionales : Aquitaine, Centre, Ile de France, Languedoc Roussillon, Midi Pyrénées et Poitou Charente pour leur mobilisation et leur investissement,
- à la Direction Générale de la Santé pour son intérêt et son soutien pour le projet,
- et enfin, une mention spéciale aux membres du conseil d'administration dans leur ensemble et leur diversité, à Jean-Pierre Couteron, président et à Nathalie Latour, déléguée générale de l'anitea/F3A pour avoir permis à notre réseau de mettre aujourd'hui en débat ses pratiques de substitution.

avant-propos

Quinze ans après leur grand début en France, les traitements de substitution aux opiacés sont, pour 97% d'entre eux selon l'enquête TREND/OFDT 2009, prescrits en médecine de ville et délivrés par des pharmaciens d'officine.

À en croire ces chiffres, les pratiques de prescription, initialisation et délivrance en CSAPA, n'influencent donc que sur la plus petite des marges l'accès aux traitements, les réponses données aux attentes des usagers et les problèmes de mésusage. Alors pourquoi lancer une démarche participative, et pas simplement une nouvelle étude quantitative et descriptive ?

Les raisons sont multiples. L'hétérogénéité de nos pratiques, qu'illustre de façon caricaturale la question du délai, cet écart entre telle ou telle procédure d'initialisation, devenait un obstacle à la réflexion commune nécessaire aux bonnes pratiques. Elle conduisait à une fermeture sur soi du réseau, alors qu'en beaucoup de lieu, loin de s'opposer aux prescripteurs de l'addictologie de ville, il en partage les questions.

L'accompagnement transdisciplinaire peut-il être proposé sans en placer l'accès « sous condition » ? Comment améliorer l'initialisation, la délivrance, l'arrêt, comment limiter le mésusage sans multiplier les procédures inutiles ?

Sans nous substituer aux interpellations que peuvent et doivent continuer de formuler les usagers, sans nous arroger des compétences d'une Société Savante et d'autres instances habilitées à établir les recommandations de bonne pratique, nous avons, avec le soutien de la DGS, procédé à une mise à plat du contexte dans lequel ces pratiques se sont initiées,

pour en partager les questionnements et en relancer l'évolution. En cela nous restons fidèle à ce qui nous réunit, moins la défense de telle ou telle posture ou intérêt donné, qu'une commune volonté de construire des réponses adaptées, donc évolutives, aux problèmes d'addiction.

Quinze ans après les débuts de ces traitements, c'est vers l'avenir que nous avons choisi de nous tourner avec ce travail sur le changement. Ce document en est une étape importante, mais pas finale. D'autres viendront, inscrites plus globalement dans l'animation du réseau anitea/F3A comme des journées de travail en régions.

D'autres sujets seront ainsi abordés, c'est déjà le cas du soin résidentiel et des CSAPA « résidentiels », l'étape suivante pouvant être consacrée aux pratiques des CAARUD.

Par cette capacité à questionner une formalisation historique qui a pu figer les pratiques, le réseau anitea/F3A participe à cette construction des trajets de soins. Au-delà des chiffres sur la place respective des uns ou des autres, il y affirme toute sa légitimité en coordination avec les autres acteurs.

Merci donc à toutes celles et ceux qui ont donné de leur temps pour y contribuer.

Jean-Pierre Couteron

Président de l'anitea

Substitution : « La clinique est aisée mais l'art est difficile »

La substitution est une des composantes de la politique de réduction des risques. Elle fait référence à une proposition d'entrée dans la prévention, dans le soin, basée sur une prise en charge médico-psycho-sociale structurée, avec des objectifs thérapeutiques précis, acceptant la dépendance d'un produit qui peut être fourni sur prescription médicale conformément à un cadre défini.

Il est vrai que les représentations sur la place de la substitution, ses fonctions spécifiques, sont parfois divergentes et transparaissent directement dans nos pratiques professionnelles. Il nous faut savoir partager nos points de vue, les affiner pour ensuite mieux les étayer pour les mettre en cohérence. Il en va de la qualité du service rendu aux personnes vivant dans cette dépendance aux opiacés pour qu'elles puissent se construire un « outillage » pour « passer » leur trajectoire dans l'addiction sans trop de dommages tant sur le plan somatique, psychologique que social.

Nous sommes au contact d'une population dont l'intentionnalité de soins est parfois bien frileuse, voir annihilée, neutralisée par l'empilage de plusieurs problématiques essentiellement caractérisées par la précarité, la désocialisation, les comorbidités somatiques et/ou psychiatriques. Cette précarité ne doit pas être entendue uniquement sur le plan économique mais comprise comme une situation d'insécurité individuelle résultant de plusieurs types de précarités qui se conjuguent.

Précarité économique, précarité sociale et citoyenne, précarité sanitaire avec méconnaissance des filières de soins, mais aussi précarité psychologique allant de la simple mésestime de soi jusqu'à la désaffiliation, une abolition de la demande, une rupture du lien social, un isolement avec par conséquent une absence d'accès aux droits sociaux et aux soins.

À cela viennent s'ajouter les problématiques spécifiques à la démarche de soins vis-à-vis de la dépendance aux opiacés :

- Le fonctionnement dans l'immédiateté avec une gestion du temps dysharmonique au regard d'une proposition de soin scandée de façon organisée,
- Le refus de contraintes trop fortes dans le passage d'une gestion personnelle de l'usage d'un produit opiacé à une gestion cadrée, médicalement d'un médicament de substitution,
- Une intentionnalité de soin fragile et équivoque de par la forte ambivalence entre désir de sortir de cette dépendance qui dévore et plaisir dans l'usage de l'opiacé qui dévore tout autant.

Ces problématiques sont en partie à l'origine du discrédit que les usagers portent aux institutions. Souvent ils devraient, s'ils veulent accéder au système de droits communs, avoir déjà pris du recul vis-à-vis de styles de vie liés aux drogues ou à l'alcool, ce qui revient pour eux à devoir se projeter dans les temporalités institutionnelles avant même d'y entrer. Ils se vivent alors, à tort ou à raison parfois, comme « victimes » du système et développent des relations de rejet qui les tiennent éloignés des dispositifs de soins. Nos propositions, nos offres de prévention et de soin doivent prendre en compte cet état de fait si l'on veut bien les rendre accessibles à ces précaires de l'intentionnalité de soin.

Proposition face à la dépendance aux opiacés, la substitution, de par l'éloignement du produit qu'elle confère, permet de poser le pied, de mettre tout d'abord un peu de calme dans la tempête de la dépendance pour ensuite mieux voir où l'on est, où l'on va, où l'on veut aller. Elle se décline alors tout naturellement dans une pédagogie du soin adaptée à ce contexte. Son accessibilité étant facilitée par une nécessaire déclinaison/adaptation des modes d'entrées. Son accessibilité est inhérente à la congruence entre ces modalités d'entrée dans le soin offertes et les demandes de soins parfois bien frileuses mais en fait bien réelles si l'on veut bien les entendre.

C'est à cette congruence qu'il nous faut se consacrer. Cette accessibilité « rendue possible » en dépend. Favoriser cette accessibilité c'est aller vers, au devant, stimuler la demande, aider à entreprendre cette démarche de soin sans cesse remise à plus tard, négocier cette demande.

Face à ce constat il nous faut alléger les règles d'accès aux soins, que l'institution comme le professionnel s'adaptent à la situation de l'utilisateur plutôt que le contraire. Il est nécessaire d'apporter des adaptations dans plusieurs domaines :

- une gestion du temps des réponses apportées, adaptée à la mesure du temps du bénéficiaire,
- des exigences adaptées aux contraintes acceptables par la personne,
- une pédagogie du soin qui prend en compte le moment où en est le sujet dans sa trajectoire dans l'addiction.

Ces adaptations se situent à tous les moments de la proposition de substitution : modalités d'accès au traitement de substitution (notamment pour la méthadone), initialisation, période de stabilisation, suivi avec ses événements intercurrents, moment de la régression du traitement et de sa sortie si elle se présente.

C'est en ce sens que des propositions de fonctionnement adaptées peuvent rendre bien des services à tous ces précaires de l'intentionnalité de soins qui viennent certainement frapper à la porte de nos structures. Certes ces demandes parfois peu élaborées, voire équivoques méritent que leur soit faite une offre de soins à leurs mesures, à la mesure de leur intentionnalité de soins. Il suffit d'entendre. Point n'est besoin d'une intentionnalité de soin de haut grade.

Hiérarchiser les risques, hiérarchiser les objectifs, hiérarchiser les propositions sans pour cela les opposer, les poser comme contradictoires mais les voir comme complémentaires, articulés, c'est tout l'apport de cette stratégie de soins qu'est la politique de réductions des risques.

Objectifs à court terme : répondre à la souffrance physique et morale y compris parfois dans l'urgence par l'initialisation de traitements dans un cadre ouvert largement, par une pratique de seuils adaptés à l'intentionnalité de soins du moment de la personne. C'est cela assurer une congruence entre les propositions de soins faites et les demandes des usagers dépendants aux opiacés.

Objectif à moyen terme : diminuer et si possible arrêter la consommation de produits illicites en acceptant la « pharmacodépendance » pour construire dans ce moyen terme un véritable projet thérapeutique qui permettra peut-être une sortie totale de la dépendance mais à coup sûr une meilleure qualité de vie.

Je ne vois point dans tout cela d'opposition entre des supposés bas seuils et hauts seuils d'exigences. Il ne s'agit que d'un continuum d'une pratique de seuils adaptés.

Les modalités d'entrée et de suivi dans une démarche qui tend vers la sortie de l'addiction sont à l'évidence multiples et sont le gage d'une réponse adaptée et cohérente de tout système de soins.

Face à la diversité des besoins et des objectifs des personnes dépendantes des opiacés, la diversification de ces possibilités est, à cet égard, une obligation tant en terme de santé publique qu'en terme de santé individuelle. En réalité, elles ne sont qu'une forme de la proposition de soins dont tout un chacun est en droit d'attendre, une démarche de soin dans laquelle les usagers de drogues, d'objets du regard, deviennent sujets du regard.

Les utilisateurs de drogues doivent être traités autant que possible comme des citoyens normaux auxquels nous posons des exigences normales et offrons des chances normales.

Dr Jean-Pierre Lhomme

Centre Marmottan

Substitution et pratiques : le point de vue des usagers

« Ça fait un bail que je ne vais plus au centre pour ma métha... Mais franchement pour moi ça a été l'horreur (heureusement que je suis passée à la délivrance de ville et ce parce que je leur ai dit qu'il était hors de question que j'emmène mon nouveau né là-bas).

Tu avais 5 minutes de retard, alors qu'ils étaient encore là, ils ne te donnaient pas ta métha.

Ben oui je suis arrivée en retard et ils m'ont dit tant pis, fallait venir à l'heure. Je me souviens d'un week-end d'enfer où j'étais tellement mal que j'ai pris du sub (24h entre la prise de métha) et j'en ai chié : il y avait 5 grammes de coke à coté, j'en ai pratiquement pas tapé tellement j'avais mal, froid, chaud, la gerbe, la chiasse. Bon une fois rétablie et vas-y que j'analyse ton urine : vous avez pris de la cocaïne, et vas-y que je te fais la morale.

Je me souviens d'un petit infirmier qui me parlait mal, l'impression qu'il me considérait comme une fiente de la société... brrr je me contenais, je me contenais... bon des fois j'ai un peu pété les plombs mais bon ce n'était que des mots, blessants, oui sûrement très blessants, mais sans mots vulgaires.

Je me sentais oppressée quand j'allais là-bas : à part me délivrer des traitements et des seringues il n'y avait aucun autre suivi : même pas capable de me dire où faire une post-cure, me conseiller des centres de soin.

Un jour je leur ai dit que j'espérais arrêter la métha et ils m'ont répondu... c'est impossible on ne s'arrête pas (avec un petit sourire)... !!! »

Ortesse le 10 mai 2009, sur le forum d'ASUD

À ASUD, nous recevons toutes les semaines, par courrier, sur le forum, par téléphone des témoignages qui éclairent le fossé qu'il peut exister entre soignants et usagers. L'objectif n'est pas de les recenser, mais en partant de ce point de vue, de montrer comment dispositifs et pratiques de soins pourraient mieux intégrer les besoins des usagers.

Pour les usagers, la substitution est un traitement permettant de réduire les risques d'une consommation d'opiacés illicites, ce qui veut dire arrêter ou baisser la consommation de produits illicites, l'injection et gérer l'usage de drogues. Cette définition induit un changement de paradigme : la substitution n'est pas faite que pour conduire à l'abstinence mais pour mieux gérer l'usage et améliorer la qualité de vie des usagers. Et c'est cette amélioration qui permettra ensuite de poser la question de l'abstinence. Cela demande au soignant de ne plus décider seul, car si l'abstinence est une donnée qui peut se mesurer (en particulier par les tests urinaires), la qualité de vie s'appréhende dans l'échange avec la personne.

Il existe deux substitutions : la substitution « sevrage » vise à plus ou moins long terme l'abstinence et parfois l'arrêt du traitement de substitution ; la substitution « maintenance » permet de gérer la consommation de produits illicites. Si dans les pays anglo-saxons les deux sont utilisées, en France, les professionnels ignorent majoritairement la seconde pourtant très pratiquée par des usagers qui alternent les deux... ce qui peut être source de tensions et de malentendus.

Enfin il y a, en France, 4 « produits » de substitution, 2 officiels, buprénorphine haut dosage (120 000 personnes dont 30% de générique) et méthadone (20 000 personnes), 2 officieux, morphine (skénan et moscontin, 3000) et codéine (Néo-Codion, codoliprane, 5 à 10 000). Les substitutions officielles perdurent par manque d'adéquation entre l'offre officielle et les besoins des usagers. La codéine en vente libre convient aux usagers qui ne sont pas prêts (ne peuvent pas ou ne veulent pas) à rentrer dans le système de soin, y compris avec un médecin généraliste. Comme dans les années 80, elle est utilisée au coup par coup pour combler le manque entre deux arrivages d'héroïne mais aussi régulièrement par des usagers ayant créé leur substitution dans ces mêmes années sans la modifier depuis. Son principal inconvénient est que les cachets (mis à part le Néo-Codion) contiennent du paracétamol, ce qui peut provoquer des hépatites fulgurantes à hautes doses (4g). La morphine, qui peut être prescrite par les médecins généralistes, principalement sous forme de skénan, concerne des usagers qui ne trouvent leur compte ni dans la buprénorphine, pas assez « forte », ni dans la méthadone au cadre trop stricte et à la galénique pas forcément adaptée.

Le cas de la buprénorphine haut dosage

Le subutex, très décrié ces dernières années, a été à la base du succès de la substitution en France. Son cadre libéral a permis à de nombreux usagers d'accéder au système de soin ainsi qu'une baisse de l'incidence du VIH et des overdoses à l'héroïne, mais il a eu des effets secondaires.

Premièrement, son trafic sur le marché noir, que l'on peut déplorer mais dont il faut analyser les différents motifs. Il rappelle, s'il en était besoin, que c'est aussi « une drogue » avec des effets psycho-actifs recherchés. Ensuite, il est la « solution » pour les usagers que leur mode de vie éloigne du système de soin, pour lesquels aller voir un médecin et un pharmacien est vécu comme une épreuve. Enfin des usagers sous dosés par le médecin, par méconnaissance ou par punition, peuvent ainsi compléter leur traitement. Deuxièmement, un « mésusage » de la buprénorphine (injection, sniff ou fumée) pour lequel nous parlons d'un « usage alternatif de la substitution ». Cette expression proposée par le CAARUD Émergences 77 Nord illustre d'une part sa capacité à répondre aux besoins qui ne sont pas en phase avec l'offre de substitution, posant la question d'une substitution injectable. Et d'autre part, la capacité à remplir quand même des fonctions de substitution : prise en charge du manque, sortie du milieu illégal et accès au système de soin. La destigmatisation qu'elle induit permet une reprise de parole sur l'usage et sa réappropriation dans le cadre du système de soin.

Troisièmement, la primo dépendance à la buprénorphine d'usagers qui n'ont jamais goûté l'héroïne. S'il faut bien évidemment la regretter, il faut interroger les risques d'une initiation par la buprénorphine au regard d'une initiation par l'héroïne. Sera-t-il plus facile d'entrer dans le soin parce que le produit de dépendance est le même que le médicament proposé ?

La question du sevrage

ASUD n'oppose pas substitution et sevrage qui sont deux outils nécessaires aux usagers. La question est de savoir qui, quand et comment décide le sevrage.

Nous voyons souvent des usagers ayant arrêté leur traitement de substitution reprendre de l'héroïne, prenant ainsi le risque de l'overdose puisqu'ils ne sont plus aussi tolérants ou devenir dépendants à l'alcool. Le commentaire d'Andrew Byrn sur l'étude *Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study* prouve que les héroïnomanes sevrés de tout opiacé, y compris des traitements de substitution, ont une durée de vie inférieure à celle de personnes sous substitution. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas se sevrer des traitements de substitution mais que ce traitement ne doit pas être arrêté à la légère : c'est aux usagers et à personne d'autre de prendre la décision de baisser et d'arrêter. D'autant qu'il y a en France un problème avec le sevrage des traitements de substitution, car si le dispositif est adapté pour les sevrages à l'héroïne, il n'y a pas de clinique spécifique pour ces sevrages plus progressifs et plus longs. Les usagers qui sortent du sevrage de BHD ou de méthadone au bout de 10 jours n'en ont pas encore terminé et la reprise des consommations n'est pas loin. C'est aussi ce qui explique que beaucoup d'entre eux vont tenter leur chance dans des dispositifs « particuliers », comme la clinique du Dr Waissman en Israël avec son sevrage NRO ultra rapide à 8000 euros...

Les relations soignants / usagers, la négociation

Il ne s'agit pas d'affirmer que les relations usagers / soignants vont mal, mais il faut constater que l'écart entre besoin de l'usager et offre de soin, des soignants parfois mal ou pas formés à ces questions, conduisent parfois au dialogue de sourd. Dans une étude de France Lert, quatre représentations du médecin traitant

sont décrites par les usagers : dealer en blouse blanche, paternaliste et autoritaire, focalisé sur les dosages, focalisé sur la personne. Et quand il y a reprise des consommations ou « usage alternatif », il reste très difficile d'en parler à son médecin comme à d'autres soignants, ce qui laisse l'usager seul face à ces problèmes de traitement. Ce dialogue de sourd permet de repérer deux types de problèmes. Il y a des médecins qui veulent à tout prix baisser le traitement dès que l'usager a commencé. Cela conduit à la reprise des consommations, ou à aller compléter le traitement au marché noir. Inversement, certains médecins ne veulent pas baisser le traitement, même si l'usager le demande, considérant que de toute façon celui-ci va échouer. Cette posture conduit l'usager à tenter de décrocher seul, sans aide médicale. Ces deux exemples montrent, sur des pratiques divergentes, un refus de négocier le traitement avec l'usager. Or la négociation du traitement doit être au cœur de la prescription du médecin, pour responsabiliser l'usager par rapport à son traitement autant que pour répondre à ses besoins. Responsabiliser les usagers permet en particulier de déjouer un scénario malsain, celui de sur jouer la volonté de « s'en sortir », pour montrer patte blanche, avoir la paix ou avoir le traitement et la dose appropriés.

La réduction des risques dans les CSAPA ou la prise en charge globale

Les CSAPA ont une mission de réduction des risques. Au-delà de la mise à disposition de seringues, elle repose sur une posture des intervenants, une capacité d'accueillir la parole sur les consommations sans jugement moral.

Or la substitution « sevrage », unique pratique de certains centres, n'est pas compatible avec cette posture. L'écart entre le besoin des usagers et la position de ces centres est problématique, elle peut conduire à cacher les consommations, à mentir, à tricher sur les tests urinaires, à surjouer la volonté de s'en sortir. Elle éloigne d'un système de soin pris pour simple distributeur de substitution. Les usagers n'osent pas demander des seringues (si il y en a), parce qu'ils croient (à tort ou à raison), qu'il y aura des répercussions sur leur traitement. L'introduction de la réduction des risques nécessite de se centrer sur la qualité de vie et la responsabilisation des usagers dans une démarche globale n'excluant pas la parole sur les consommations. Une fois ce changement fait, la mise à disposition des seringues conjointement à la délivrance du traitement pose moins de problèmes.

Hauts seuils ou bas seuils d'exigence ?

Qu'est-ce qu'un centre à « haut seuil d'exigence » ? Faut-il avoir des urines claires pour ne pas se voir supprimer ou baisser son traitement ? Faut-il rencontrer la panoplie des métiers (éducateurs, psychologue, assistante sociale, médecin) et attendre plus de trois mois avant d'obtenir son traitement ? Les horaires s'adaptent-ils aux usagers qui travaillent ? Les trois premiers mois, les usagers doivent-ils venir tous les jours prendre leur traitement, même quand ils travaillent et habitent à 80 km ? Le centre sélectionne-t-il les usagers qui ne lui posent pas problème ? Quand on parle d'exigence, est-ce pour les usagers ou pour les centres ?...

Cette notion de seuil est piègeuse, elle englobe de multiples aspects qu'il faut discuter : la substitution en urgence, dès le premier rendez-vous, quitte à remettre à plus tard les entretiens ; les tests urinaires qui ne devraient servir ni de punition ni de coercition, ni même de remontrance, mais pourraient servir d'invitation au dialogue. Enfin, les horaires qui devraient être adaptés pour les usagers qui travaillent.

Conclusion

Après celle de l'arrivée de la substitution en 1995, les centres font leur deuxième révolution : doucement, ils intègrent la qualité de vie des usagers dans leurs paramètres et la réduction des risques dans leurs pratiques. Ce manuel, élaboré collectivement, doit favoriser cette évolution d'un dispositif encore très hétérogène. Il faut le considérer comme le début de la démarche dans laquelle les usagers doivent être intégrés.

Car un système qui tourne en vase clos, même avec toute la bienveillance possible, risque de passer complètement à côté de ce pourquoi il a été conçu : répondre aux besoins des usagers de drogues.

Pierre Chappard
ASUD

introduction

En 1995 et 1996, la méthadone et le subutex ont été officiellement mis sur le marché comme médicaments indiqués pour le traitement des pharmacodépendances aux opiacés. Instituée par la loi du 31 décembre 1970, la prise en charge des personnes toxicomanes a pris ainsi un nouveau virage et les pratiques professionnelles du secteur médico-social ont été bousculées. Les pouvoirs publics, conscients de la situation préoccupante des victimes du sida et de la toxicomanie, ont de cette façon, souhaité ouvrir l'offre de soin et encourager la réduction des risques. Tout en suscitant de nombreux débats et controverses, les traitements de substitution sont peu à peu entrés dans les centres de soin. Et par là même, les professionnels élargissaient leur champ d'intervention et les usagers trouvaient de nouvelles réponses, qualifiées par certains de « magiques ».

Les débats sur la substitution se sont aujourd'hui apaisés, la quasi-totalité des équipes utilisent des TSO dans l'accompagnement des usagers de drogues ; beaucoup ont même plusieurs fois adapté leurs pratiques. Le contexte institutionnel et sociétal d'aujourd'hui est bien différent de celui de 1995. On parle maintenant d'addictologie, l'idée de « s'en sortir » laisse la place à la réalisation de soi, aux trajectoires de vie, à la prise d'autonomie... De plus, la persistance de prises de produits par les patients sous substitution n'est plus considérée comme une rechute, mais amène la mise en place de nouvelles modalités d'accompagnement des usagers, dont l'objectif final n'est plus uniquement le sevrage.

L'anitea/F3A fait aussi le constat que les recommandations internationales, formulées ces dernières années, concernant le plus souvent la prise en charge médicale, ne sont pas toujours appropriées et utilisées par les intervenants : chaque centre ayant adapté son accompagnement médical en fonction de son histoire et/ou d'une particularité locale et/ou de moyens budgétaires alloués et/ou de conventions avec un hôpital, etc. Les CSAPA d'aujourd'hui participent à la mission de service public pour garantir un accès égal aux TSO à tous les usagers de drogues qui en présentent l'indication. Trop de disparité entre les CSAPA dans la prescription et l'accompagnement des TSO pénalise l'usager en compliquant l'accès.

Même si cette question de la disparité ne se limite pas aux CSAPA, la réponse d'une pharmacie à l'autre, d'un praticien à l'autre étant aussi potentiellement diverse, l'anitea/F3A veut faire de la création des CSAPA précisée par le décret n°2007-877 du 14 mai 2007, une opportunité (une nécessité ?) de se pencher sur ces questions. Où en est-on de la « fameuse prise en charge globale », de ce modèle de compréhension des addictions fondé sur une approche multifactorielle ? Comment s'adapter à de nouveaux usages de drogues et de nouvelles relations avec le soin ? Les TSO soulèvent au fond un large spectre de questionnements, qui vont bien au-delà de l'acte de prescription d'un médicament.

Par la présente publication, l'anitea/F3A souhaite :

- D'une part : examiner l'hétérogénéité des pratiques professionnelles d'aujourd'hui concernant les TSO. C'est-à-dire, distinguer la part légitime de cette hétérogénéité, explicable

par l'évolution des structures sur les territoires de santé, mais également appréhender ce qui, dans les pratiques professionnelles, repose sur des conceptions ou des réglementations devenues caduques voire empreint de pesanteurs idéologiques. Cette mise à l'épreuve s'appuyant sur une démarche participative avec et pour les professionnels de son réseau.

- Et d'autre part : accompagner, sur les traitements de substitution aux opiacés, l'évolution des pratiques médico-psycho-sociales des professionnels des CSAPA, en proposant des principes ou recommandations pratiques pour qu'elles viennent compléter et s'ajuster à la filière ville et à celle des hôpitaux.

Ce guide est structuré en trois parties :

La première partie présente la méthodologie d'étude déployée pour collecter la matière issue du terrain. Au-delà de la déclinaison opérationnelle, il s'agit de préciser surtout d'où l'on parle et comment la dynamique du réseau de l'anitea s'est enclenchée.

La seconde partie présente un modèle explicatif de la fabrication des pratiques professionnelles, un processus multi factoriel.

Enfin, la troisième et dernière partie, propose des fiches thématiques, abordant l'ensemble des étapes de prise en charge des usagers ainsi que les problématiques attenantes. Basée sur les pratiques professionnelles du réseau, ces fiches problématisent les analyses du terrain, rappellent les textes qui font référence, ceux qui concernent les TSO autant que ceux qui cadrent les CSAPA, et enfin, proposent des principes ou recommandations professionnels. Sont également restituées des pistes d'amélioration et de travail proposées par les professionnels du réseau, lors des cinq journées régionales anitea organisées entre novembre 2009 et janvier 2010.

Ce document reflète la réflexion d'un réseau d'intervenants, à un instant T.

Nous verrons combien la question des pratiques professionnelles de substitution, amène plus largement à penser les postures professionnelles du champ médico-social, à en comprendre les spécificités et la valeur ajoutée.

1

une méthodologie
participative au service
de l'évolution d'un réseau

L'anitea s'est lancée dans cette étude, avec l'ambition de travailler à partir de l'expérience de ses adhérents et de leur pratique. Même si au sein d'un réseau tel que celui de l'anitea, les acteurs se rencontrent régulièrement, la question de l'hétérogénéité de leurs pratiques nécessitait d'être abordée au plus près de façon qualitative et d'être objectivée.

« Donner la parole aux professionnels » signifiait donc ici donner la parole à l'ensemble des intervenants du médico-social concernés par l'accompagnement des personnes toxicomanes en CSAPA. À savoir :

- le personnel médical et paramédical (médecins généralistes, addictologues, psychiatres, infirmières...),
- le personnel socio-éducatif (éducateurs spécialisés, assistantes sociales, moniteurs éducateurs...),
- le personnel psychologue,
- le personnel encadrant (direction, chef de service, responsable de pôle...) et d'accueil (secrétaires d'accueil...).

L'objectif était d'interroger les fonctions propres de l'accompagnement médico-psycho-social pour légitimer l'ensemble du propos.

Du portage politique au pilotage opérationnel

C'est en fin d'année 2008 que le conseil d'administration de l'anitea s'est saisi de la question des pratiques professionnelles en matière de traitements de substitution aux opiacés. Validé en janvier 2009 par le bureau, le projet a pu être lancé en partenariat et avec le soutien de la Direction Générale de la Santé. La commission Santé de l'anitea mandatée pour piloter ce travail s'est transformée en « Comité de Pilotage TSO » (COPIL TSO).

Pour répondre au double objectif participatif et représentatif, elle s'est ouverte à des professionnels de terrain non encore représentés dans la commission Santé (infirmier et travailleur social notamment).

La composition du COPIL TSO était la suivante :

Dr Alain Morel (référént du groupe – directeur, Oppélia) – Marie Villez (directrice, Cèdre Bleu) – Dr Catherine Pecquart (directrice, Charonne) – Dr Sylvie Mahier (APS Contact) – Corinne Drack (infirmière, Centre Logos) – Dr Aram Kavcyian (psychiatre, Marmottan) – Dr Laurent Michel (psychiatre, Centre hospitalier Emile Roux) – Dr Brigitte Reiller (médecin, CEID) – Martine Bidaud (cadre de santé, le Tourniquet) – Nicolas Heulin (éducateur spécialisé, AAATF) – Serge Laye (psychologue, Clémence Isaure).

Le COPIL TSO a eu un rôle d'appui auprès de la chargée de mission, Dominique Meunier, coordinatrice du projet. Ce groupe s'est réuni 4 fois en 2009 (2 février, 31 mars, 7 juillet et 20 octobre) et 3 fois en 2010 (11 février, 6 avril et 22 juin). Les orientations et les décisions ont donc été élaborées en son sein, avant d'être régulièrement validées par le conseil d'administration de l'anitea.

Une méthodologie en cinq étapes

L'ensemble du processus de travail s'est attaché à rendre compte de la réalité concrète du terrain. C'est pourquoi l'approche qualitative a été centrale. Les différents outils ont permis à leur façon, d'impulser la démarche, de qualifier et d'objectiver les constats. Cette conscientisation a amené le réseau à produire des principes ou recommandations, unifiant postures et pratiques professionnelles.

étape 1 - Le questionnaire de lancement de l'étude

La mobilisation du réseau de l'anitea sur ce projet a débuté par l'envoi d'un questionnaire voué à recueillir quelques données de type quantitatif, sur l'activité et la structuration des CSST / CSAPA. Ce questionnaire, construit par le COPIL TSO, a permis véritablement de lancer le projet (février 2009).

L'outil « questionnaire » peut être envoyé facilement par email, il permet de travailler sur un nombre important de contacts / destinataires des éléments quantifiables, indépendamment (a priori) de la personne qui le remplit. Mais à moins d'un accompagnement téléphonique, il reste limité, puisqu'il ne permet pas toujours de garantir qui précisément a rempli le questionnaire ni d'approfondir les éléments apportés. Enfin, il faut avoir en tête que le taux de réponse est souvent peu élevé.

Le questionnaire contenait six rubriques :

1. L'identification de la structure (type de CSST-CSAPA, ambulatoire ou résidentiel, gestion associative ou hospitalière, convention entre l'association et l'hôpital, objet de cette convention)
2. Le recueil d'informations si la structure assure systématiquement la délivrance : file active, posologie initiale et journalière maximales de méthadone, rythme des analyses urinaires, relais en ville, équipe (ETP) spécifiquement dédiée aux TSO, délivrance en pharmacie...
3. Le recueil d'informations si la structure n'assure pas systématiquement la délivrance : primo prescription, délivrance au sein du centre / en pharmacie, file active des personnes sous TSO, posologie initiale et journalière maximales de méthadone, rythme des analyses urinaires, relais en ville, équipe de l'unité en ETP,...

4. Le suivi psycho-social : utilisation d'un contrat de soin, d'un projet individualisé de prise en charge, mise en place d'une organisation particulière pour ce suivi, évaluation des moyens...

5. Les mesures de Réduction Des Risques

6. L'engagement potentiel de la structure dans la suite du projet, notamment pour les entretiens sur sites.

Le questionnaire a été adressé une première fois par email en février 2009, à 324 destinataires, dont 165 adhérents de l'anitea et 159 « autres » contacts ; puis envoyé de nouveau pour relance mi-mars 2009. La consultation s'est achevée fin mai 2009, collectant un total de 90 réponses, correspondant à un taux de retour de 28%, plutôt satisfaisant.

Ce questionnaire a permis d'obtenir de grandes tendances utiles à la compréhension du contexte dans lequel ce projet s'inscrit. Il a toutefois soulevé un certain nombre de difficultés, dont celle du nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) dédié à la délivrance des TSO, l'ajout de commentaires visant à nuancer et globaliser la réponse ayant rendu incohérents les résultats et leur communication impossible.

étape 2 - L'exploration du champ

Un travail bibliographique préalable et exploratoire a été mené pour re-contextualiser le périmètre du champ analytique, à l'aide :

- de la lecture des textes règlementaires encadrant les ex CSST / CSAPA, CAARUD, la toxicomanie, les traitements de substitution, la prise en charge des toxicomanes...
- de la lecture des textes de référence : écrits des « figures incontournables », recommandations de la conférence de consensus de 2004...
- de la consultation de sites Internet généraux et spécialisés,

mais aussi :

- de visites dans des structures du réseau et d'entretiens « libres » avec des intervenants,
- d'échanges réguliers avec les membres du COPIL TSO et le président.

étape 3 - L'élaboration de l'échantillon : critères de choix

La consultation par questionnaire, au-delà des repères quantitatifs, a révélé l'intérêt des structures du réseau de l'anitea pour ce projet : pré requis indispensable à l'évolution des pratiques professionnelles. En effet, 81% des répondants se sont déclarés « volontaires pour les entretiens individuels et collectifs » au sein de leur structure ! L'objectif du questionnaire était atteint et la dynamique lancée.

Une fois terminée cette consultation, l'étude pouvait entrer dans sa phase la plus importante : le recueil de la parole des professionnels, l'objectif étant de privilégier et de se centrer sur le qualitatif. Pour des raisons de moyens, les 73 structures volontaires ne pouvaient pas toutes être interviewées. Le COPIL TSO a travaillé une liste de critères pertinents afin de sélectionner un échantillon représentatif, constitué au final de 17 structures.

Les critères de choix des structures ont été les suivants :

Hospitalier / Associatif
Avec unité de délivrance / Sans unité de délivrance
Dispositifs multiples
Répartition territoriale homogène
Milieu rural / Milieu urbain
Petite structure / Grosse structure (en termes de file active et de personnel)
Structure ancienne / Structure récente
Avec hébergement / Sans hébergement
Encourageant l'abstinence, ne prescrivant pas ou peu de TSO.

Les 17 structures suivantes ont été ainsi sélectionnées :

ACTES, Nice
ADAJE, Paris
APRETO, Annemasse
APS CONTACT, Provins
ARPADE, Toulouse
ATRE, Lille
CENTRE LOGOS, Nîmes
CHARONNE, Paris
EPISODE, Béziers
ESPACE INDEPENDANCE, Strasbourg
LA BOUSSOLE, Sotteville Les Rouen
LA ROSE DES VENTS, St Nazaire
LA SOURCE, Dax, Mont de Marsan
L'ESCALE, Vesoul
LE MAIL, Amiens
LE TRAIT D'UNION, Villeneuve la Garenne
PORT BRETAGNE, Tours

étape 4 - Les entretiens individuels et collectifs sur sites

L'étape des entretiens s'est déroulée entre mai 2009 à février 2010. La parole des professionnels prévoyait d'être recueillie selon deux modalités :

- par entretiens individuels
- par entretiens collectifs.

Les entretiens individuels ont été menés auprès d'un ou deux représentants (par structure) du personnel : médical, socio éducatif, psychologue et encadrant. Soit au total : 87 entretiens. Des entretiens collectifs ont été menés, dès que cela était possible et compatible avec les plannings des professionnels. Souvent, la chargée de mission était invitée à participer aux réunions d'équipe afin de profiter de la présence simultanée des personnels pour animer un temps commun d'une durée d'une heure à une heure et demie. Au total : 9 entretiens collectifs ont été réalisés.

	médecin	infirmier-e	encadrant-e	éducateur-trice ¹	assistant-e social-e	psychologue	accueillant-e	collectif	Total
ACTES, Nice	1	1	1	1	1			1	6
ADAJE, Paris	1		1	2		1			5
APRETO, Annemasse	1	1	1		1	1		1	6
APS CONTACT, Provins	1	1	1	1		1			5
ARPADE, Toulouse	1	1	1	2		1		1	7
ATRE, Lille		1	1	1					3
CENTRE LOGOS, Nîmes	1			2		2		1	6
CHARONNE, Paris	1				1	1		1	4
EPISODE, Béziers	1	1		1		1		1	5
ESPACE INDEPENDANCE, Strasbourg	1	1	2	1		1			6
LA BOUSSOLE, Sotteville Les Rouen	2	1	1	1		1			6
LA ROSE DES VENTS, St Nazaire	1	1	1	1		1	1	1	7
LA SOURCE, Dax, Mont de Marsan	2		2	1		1		1	7
L'ESCALE, Vesoul	1			1		1		1	4
LE MAIL, Amiens	1		1	1		1			4
LE TRAIT D'UNION, Villeneuve la Garenne			1	1		1			3
PORT BRETAGNE, Tours	1	1			1				3
Total	17	10	14	17	4	15	1	9	87

Les coordonnées des 17 structures sont consultables dans la partie Annexes.



Les entretiens ont été conduits à l'aide de trois supports :

- une note de cadrage sur les entretiens sur site, adressée en amont par email à chacun des 17 interlocuteurs référents au sein des structures de l'échantillon,
- une grille d'entretien individuel semi directif , construite au sein du COPIL TSO, reprenant 6 questionnements exploratoires,
- deux études de cas pour l'animation des temps collectifs, construites elles aussi par le COPIL TSO.

La typologie des entretiens réalisés apparaît sur le tableau ci-contre.

Quelques indicateurs :

- 23 jours de visites sur sites,
- une centaine d'heures d'entretiens individuels,
- environ 13 heures d'entretiens collectifs.

Les entretiens individuels se sont déroulés dans de bonnes conditions (lieu, disponibilité des professionnels, planification préalable), certains ont été enregistrés sur cassette et d'autres pris en notes.

Le choix d'une technique semi directive a permis de recueillir la perception et l'expérience des professionnels autour des 6 thèmes choisis, tout en offrant une grande liberté d'expression. La grille d'entretien était présentée synthétiquement en début d'entretien puis la chargée de mission animait les échanges en abordant l'ensemble des sujets prédéfinis ou, si nécessaire ou en fonction du temps alloué, centrait l'entretien sur un point précis. La parole des personnes interviewées était laissée libre tout en étant guidée au fur et à mesure de l'entretien. Cette méthodologie, permet généralement des échanges et des réactions spontanés d'une importante richesse.

Les entretiens collectifs n'ont pas été systématiquement menés dans les 17 structures : il n'a pas toujours été aisé de rassembler les équipes pour cette occasion spécifique. Pour animer ces sessions, la chargée de mission a utilisé deux études de cas élaborées par le COPIL TSO. L'idée était de soumettre à un collectif de professionnels, différentes problématiques jalonnant l'histoire d'une patiente fictive, pour susciter les échanges et points de débat. Ces sessions groupales ont été complémentaires des entretiens individuels en ce qu'elles permettaient d'assister à l'élaboration de réponses collectives, à la mobilisation de compétences transdisciplinaires, au service des usagers.

étape 5 – Les cinq journées régionales

Pour conforter la dimension participative, cinq journées régionales ont été organisées. Les objectifs étaient de :

- donner la parole aux professionnels non interviewés et cependant intéressés par le débat,
- promouvoir des échanges sur des points précis et en recueillir la matière.

- soumettre au plus grand nombre les propositions de recommandations ou principes sur les TSO, que le COPIL commençait à proposer à partir des étapes passées.

Cinq Unions Régionales anitea ont ainsi proposé d'organiser des journées de travail.

Aquitaine : 26 janvier 2010

Centre : 17 décembre 2009

Ile de France : 14 janvier 2010

Languedoc Roussillon : 19 novembre 2009

Midi Pyrénées : 9 décembre 2009

Chacune de ces rencontres a rassemblé entre 40 et 100 participants (encadrants, médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux) dont ponctuellement quelques représentants institutionnels ou de laboratoires. Ces journées, d'un grand apport dans la dynamique participative recherchée, ont été globalement structurées en deux temps :

- une matinée consacrée à la présentation politique et stratégique du projet avec ses différentes étapes méthodologiques,
- un après-midi sous la forme d'ateliers ou tables rondes sur des thématiques précises telles que par exemple : « la transdisciplinarité » ou « l'accessibilité et les contraintes des TSO »,
- parfois, des intervenants extérieurs ont apporté leur éclairage, tel ASUD à propos des usagers accueillis en CSAPA.

Questionnaires, bibliographie, entretiens individuels, études de cas, journées en région... ont ainsi constitué l'ensemble des éléments sur lesquels se baser pour étudier les pratiques professionnelles concernant les TSO, en CSAPA. Certaines structures ont également mis à la disposition de l'étude, leur rapport d'activité, leurs procédures de travail ou leurs écrits « métier ».

2

la fabrication
des pratiques
professionnelles

L'hypothèse de départ de l'étude s'est vérifiée dès les premiers entretiens : 15 ans après l'apparition officielle des TSO, les pratiques de terrain sont diverses, voire hétérogènes d'un centre à l'autre. Il fallait maintenant distinguer la part de pratiques professionnelles légitimes, issue de l'histoire des structures et de leur adaptation aux spécificités des territoires, de celle résultant d'éléments conceptuels inadaptés. Par exemple : un écart qui se dessine entre des besoins d'usagers qui évoluent et des réponses qui n'évoluent pas ou peu.

Les écarts interrogeaient la capacité des CSAPA à assurer la mission de garantir une offre équitable sur le territoire de santé. Ils amenaient inévitablement les questions suivantes : les usagers résidant en milieu semi rural ou rural ont-ils les mêmes « chances » d'accès à un TSO que les usagers d'une grande ville ? Comment les centres répondent-ils aux contraintes des usagers ? Les centres existants avant l'AMM des TSO ont-ils les mêmes caractéristiques que ceux qui ont ouvert pour délivrer précisément de la substitution ? Comment le médical s'articule-t-il avec le psychosocial dans l'accompagnement des usagers ? De quelle nature sont les partenariats avec les autres centres d'un territoire ? Les médecins et les pharmacies en ville ? Quel rôle jouent les réseaux ? Etc.

Au sein de notre secteur, si cette diversité de pratiques se vérifie, est-elle une richesse ou un vecteur d'écarts préjudiciables aux usagers ? Comment rendre cohérentes nos pratiques professionnelles sans les normaliser ? C'est tout l'enjeu de cette démarche...

Les entretiens ont largement contribué à obtenir des éléments analytiques de ces différentes situations. Ils ont permis, au final, d'établir **un modèle explicatif de la fabrication des pratiques de substitution**, dans leurs convergences et dans leurs divergences.

Parmi les questions soumises aux différents professionnels, il y avait les suivantes : « Comment est née l'activité TSO au sein de votre structure ? Quelles ont été les grandes étapes de son développement ? Comment les TSO, ont-ils été reçus à leur début ? » ...

L'histoire de chaque structure, son évolution et contexte modèlent, colorent et influencent les pratiques qui s'y développent.

Ce constat, évident et basique, est fondamental. Il permet de préciser que différents facteurs ont ainsi participé à la « fabrication des cliniques » :

- trois éléments systématiquement activés, « les trois invariants »,
- trois autres, apportant des spécificités, « les trois variables »,
- trois étapes clés de la prise en charge des personnes sur lesquelles repose le projet personnalisé.

L'ensemble de ces éléments, constitue une possible modélisation de la fabrique des pratiques professionnelles.

Les trois invariants

Évoqués systématiquement dans les entretiens comme les trois éléments fondateurs des structures, **ces trois invariants, sont :**

- une problématique, un fait, vécu par des usagers, qui devient à un moment, un fait public,
- l'expérience et l'expertise des acteurs de terrain qui la repèrent,
- le recours décisionnel aux pouvoirs publics, dans une négociation ou une injonction pour y répondre.

L'arrivée des TSO au milieu des années 90 permet de dégager **deux grands cas de figure possibles :**

Cas 1 / La structure a été créée pour proposer des TSO qu'elle intègre d'emblée parmi les services offerts aux usagers.

Cas 2 / Les TSO sont entrés dans la structure après sa création, quelques temps ou longtemps après. Des services étaient proposés, mais la substitution n'en faisait pas partie.

Si les structures ouvertes après 95/96 le sont dans un contexte plus ouvert, pour toutes les autres, les TSO sont arrivés dans des dispositifs déjà en place dans la mouvance de la réduction des risques et/ou de l'abstinence et du sevrage.

Quelque soit le moment où ils ont été introduits, les TSO ont mis en jeu des éléments internes et externes, déterminés par le contexte dans lesquels ils ont agi. Tout changement ou action entreprise intervient suite à **l'observation d'un fait**. Par exemple : comment accueillir les usagers qui travaillent et qui ne peuvent pas venir aux horaires d'ouverture du centre ? Ce constat s'inscrit dans un contexte d'offre (les conceptions du soin à un temps T) et de demande : sur le territoire où vivent et transitent des usagers, il existe des dispositifs de soin. Mais telle ou telle situation ou tel ou tel profil ou besoin, n'est pas toujours pris en charge et ne trouve pas systématiquement de réponse. Les professionnels se confrontent ainsi, à un moment donné, à la diversité des besoins des usagers. Quand ils ne peuvent pas répondre, ils peuvent préconiser une orientation ou construire une réponse.

Les réseaux professionnels formels ou informels (médecins, travailleurs sociaux, hôpital, ...) sont parmi les **porte-parole de ces besoins sans réponse**. Parce qu'ils ont l'expérience du terrain et la connaissance des publics (conduites, usages, parcours...), ils peuvent apporter aux décisionnaires publics des éléments qui font diagnostic.

La **décision** de construire la réponse manquante est formalisée par l'engagement des pouvoirs publics, en charge par ailleurs de répartir de l'offre de soin sur les territoires.

C'est ainsi que se créent les nouveaux dispositifs qu'une évolution réglementaire a permis, ou alors que des structures modifient leur offre en re-calibrant leurs services.

Besoins émergents des usagers, sans réponse appropriée → Fait visible → Écoute et observation des acteurs de terrain → Diagnostic de 1^{er} niveau → Diagnostic partagé au sein des réseaux → Action de visibilité / et de communication → Remontée institutionnelle (*Il y a / Il n'y a pas – Il faudrait, il manque*) → Négociation / Discussion → Décision → Mise en œuvre d'actions → Partage des responsabilités entre professionnels de terrain et instances décisionnelles → Réponse totale ou partielle aux besoins des usagers.

Ce résumé illustre schématiquement la création et le développement des structures. Il illustre les 3 invariants. Toutefois, le « processus » peut s'interrompre à tout moment, ou connaître un cheminement plus ou moins régulier et homogène.

Exemple : la phase de négociation dure de longs mois et de nouvelles dispositions gouvernementales modifient les opportunités sur le territoire.

Exemple : les usagers ont des besoins multiples, maladroitement cloisonnés par les dispositifs.

La prise en charge manque de liant. La phase de diagnostic partagé nécessitera de réunir l'ensemble des intervenants concernés. Ce pré requis peut être rendu difficile pour des raisons idéologiques, historiques...

La complexité vient du fait qu'une multitude de besoins peuvent apparaître au fil du temps et être repérés. Se pose ainsi la question de l'articulation entre les dispositifs et de leur charge respective...

De même, les acteurs en présence, ou les acteurs absents / manquants ou représentés de façon moindre, influencent sur le processus.

Les trois variables

L'histoire des TSO au sein des structures ne se résume pas au seul contexte de mise en place, des éléments de complexité viennent comme variables finir de façonner les pratiques.

La première variable est l'équipe. Que les TSO soient prescrits dès le début ou plus tard, la constitution de l'équipe est un facteur important. L'équipe est pluridisciplinairement constituée d'emblée ou progressivement et dans ce cas, dans quel ordre ? Cette constitution interroge l'évolution, les choix faits à des moments donnés, la représentativité de sa composition, son homogénéité, son harmonie, son équilibre, etc. Si le décret encadrant les missions des CSAPA, impose une « prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative », sa mise en œuvre est porteuse d'enjeux importants. Cet idéal pluridisciplinaire voire transdisciplinaire soulève des questions fondamentales qu'il est nécessaire de poser et de discuter au sein des équipes.

Si la phase d'observation et de remontée des faits de terrain a été portée par des travailleurs sociaux, militants d'un accompagnement psycho-socio-éducatif qui donne aux TSO un « second rôle »...

Si c'est un réseau de médecins de ville et de psychiatres qui a porté la création, la structure valorisant la délivrance de TSO...

Si une forte concertation des acteurs s'est organisée pour monter un projet d'accompagnement équilibré et pluridisciplinaire...

La « suite », c'est à dire la vie des structures, les services proposés aux personnes, les orientations et pratiques professionnelles, les partenariats avec l'extérieur, les « légitimités métiers », les outils de travail (approche individuelle, collective, ...), les façons de travailler, etc. ne seront, de toute évidence, pas les mêmes.

Les étapes de constitution des équipes imprègnent donc fortement les façons de travailler et les services rendus aux usagers. L'étude amène à observer essentiellement deux cultures ou « courants » forts, parfois équilibrés dans leur représentation, parfois cohabitant bon an mal an, parfois « se disputant la vedette » : l'intervention médicale et l'intervention psycho-socio-éducative. Dans certains cas, la vie de la structure est marquée tour à tour par l'un ou l'autre des deux courants, au gré des embauches notamment, avant de trouver un équilibre satisfaisant. Cette première variable est cependant très fortement corrélée à une seconde variable.

La seconde variable concerne la place des TSO dans l'accompagnement proposé. Faisons une analogie avec le monde du spectacle : les TSO peuvent avoir différents rôles.

- le rôle principal
- un second rôle
- un rôle de figurant

Cette variable montre combien l'intégration des TSO au sein des pratiques ne s'est pas faite pour tous de la même façon.

Si pour certains professionnels les TSO amènent aux patients un confort de vie jamais constaté avant, la possibilité de « passer à autre chose », une « issue à leur engrenage », d'autres y voient un recours qui peut « faire écran » au cœur du problème de l'addiction, « une prescription trop systématique », un risque d'avoir des patients « trop sédatisés », une « carotte qui ne règle pas les choses » et « qui empêche la parole », etc. Ces rôles ne sont pas figés une fois pour toutes, dans l'éthique des structures ou dans l'accompagnement des personnes.

Les TSO changent de rôle tout au long du parcours des personnes. Au départ, le traitement a souvent le « premier rôle », puisqu'il justifie une démarche entreprise par le patient. Puis, une fois entré dans la vie de la personne, il devient secondaire, permettant d'aborder d'autres champs, d'autres zones... pour peut-être, devenir un « figurant », discrètement présent, non remarqué même parfois. Une nuance importante est également apportée si la délivrance des TSO s'effectue au sein du centre ou non.

Les structures, elles, peuvent « préférer » tel rôle et inviter le patient à faire l'expérience de celui-ci. Cela s'illustre dans les différentes façons d'admettre les patients au sein des structures par exemple. Est-il facile d'accéder à un TSO ? Que la réponse soit oui ou non : il est important de se demander « pourquoi » ? Les 3 invariants et la première variable peuvent apporter des éléments de réponse.

Une troisième variable réside dans le recours ou la recherche de compétences externes lorsque nécessaire. La création et l'évolution d'une structure au fil du temps, contient l'histoire de ses relations avec l'environnement institutionnel extérieur. D'une façon systématique, plus la somme des contraintes ou des manques est importante pour une structure, plus elle est en lien avec son environnement. Ces contraintes ou manques peuvent être de différents ordres.

Exemple : une structure n'a pas de psychologue durant un temps donné, elle développe ainsi des liens avec le CMP local, le service psychiatrique d'un hôpital ou encore, des psychologues libéraux pour proposer un accompagnement psychologique aux patients.

Ainsi, des alliances stratégiques se créent pour palier des manques et assurer le meilleur

accompagnement des personnes. Idéalement, ces partenariats sont bénéfiques aux deux parties, mais il arrive que l'une des deux n'y trouve pas son compte (parce que le rapprochement est « contraint », parce que les positionnements professionnels ne convergent pas, parce que des représentations « parasitent » les initiatives, etc.). On pourrait ainsi évaluer les liens de chaque structure avec son environnement, en élaborant sa cartographie partenariale telle que ci-dessous :

• *Exemple 1 :*

contraintes / limites constatées : un CSAPA est implanté en milieu rural, il est difficile d'accès.

objectif recherché : faciliter l'accès aux TSO aux patients.

compétences externes potentielles : relayer aux CSAPA avec délivrance, situés dans des départements voisins.

conditions du partenariat + outils : contacts téléphoniques, réunions mensuelles.

résultat par rapport à l'objectif : l'objectif est-il atteint ? Dans quelle mesure ? X patients sont à présent suivis dans de meilleures conditions.

pistes de travail : échanges de pratiques. Débats communs. Partage des diagnostics situationnels.

nature du partenariat : co-gestion – équilibre – réciprocité.

• *Exemple 2 :*

contraintes / limites constatées : le CSAPA ne délivre pas les TSO sur place.

objectif recherché : s'assurer que les patients poursuivront leur TSO dans de bonnes conditions, une fois passée la période d'initialisation.

compétences externes potentielles : s'appuyer sur les pharmacies d'officine.

conditions du partenariat + outils : signer des conventions de partenariats.

résultat par rapport à l'objectif : l'objectif est-il atteint ? Dans quelle mesure ? Il est atteint auprès de x pharmacies. Il est en cours auprès de

x autres. X pharmacies ne le souhaitent pas.

pistes de travail : consolider ce réseau en formalisant les modalités de relais.

nature du partenariat : formalisé et opérant bien que l'initiateur soit unique.

• *Exemple 3 :*

contraintes / limites constatées : le temps médical au sein d'une structure donné s'avère insuffisant. La file active est en progression. Une régulation devient nécessaire.

objectif recherché : relayer des patients auprès de médecins en ville.

compétences externes potentielles : contacts téléphoniques et rencontres avec des médecins de ville.

conditions du partenariat + outils : contacts téléphoniques dès que nécessaire, disponibilité du centre en tant que lieu ressource.

résultat par rapport à l'objectif : x patients relayés avec succès. X patients revenus au sein du centre, nécessitant une reprise de l'accompagnement au CSAPA.

pistes de travail : travailler sur les représentations de la personne toxicomane, des traitements de substitution. Se rencontrer, communiquer, donner des conseils, former.

nature du partenariat : fragile, transfert de compétences en cours.

La question des relais en ville fait l'objet d'une fiche thématique dans ce guide, mais la variabilité du recours à des « compétences externes » s'explique aisément si on capitalise ce qui a doré et déjà été développé. Parmi les facteurs, on trouve :

• ce qui touche au **public** (nouveaux besoins, nouvelles caractéristiques, nouveaux usages...). Les professionnels citent par exemple : les migrants de l'est de l'Europe ou encore les nouveaux modes de consommation des jeunes,

- ce qui dépend des **orientations d'une structure** (développement, nouveaux dispositifs, ouverture, recentrage d'activités, moyens, ...), par exemple : le renforcement du temps médical ou socio éducatif,
- ce qui concerne les **compétences internes** (absence de tel ou tel professionnel, temps de travail insuffisant de tel autre, pas de compétence spécifique sur telle ou telle nouvelle problématique, ou au contraire acquisition d'une compétence spécifique...). Par exemple : un éducateur décide de se former à la thérapie familiale systémique afin de développer un travail avec les familles,
- ce qui dépend de **l'environnement institutionnel de la structure** (liens forts et anciens avec l'hôpital, service psychiatrique présent sur le territoire, complémentarité avec d'autres CSAPA, ou au contraire divergence d'opinion, implantation territoriale...). Par exemple : choisir de ne pas prescrire de subutex car un centre voisin le fait,
- ce qui relève des **pouvoirs publics** (injonction de rapprochement, nouveaux conventionnements, réforme des CSAPA, budgets...). Par exemple : mise en application du décret visant à démultiplier l'offre et les lieux de soin, poussant ainsi certains centres à prescrire des TSO.

Les trois étapes pour un accompagnement personnalisé des usagers

Les trois invariants et les trois variables explicitent pour quelles raisons et de quelles façons se sont définies les pratiques professionnelles au sein des structures. Si les invariants décrivent des points communs, les variables apportent les spécificités de chacune. L'observation précise de l'accueil et de l'accompagnement des personnes dans les CSAPA y ajoute un éclairage supplémentaire.

Trois étapes clés sont identifiées de manière récurrente :

- l'accueil des usagers et de leur demande
- les entretiens d'évaluation
- et la construction partagée de l'accompagnement des personnes.

Elles déclinent les missions obligatoires des CSAPA telles que décrites dans le décret de mai 2007. Elles illustrent la spécificité de leur offre de soin, à la fois différente et complémentaire de l'offre de soin des cabinets médicaux de ville.

Là encore, on trouve des éléments de différenciation entre structures, dans les modalités d'organisation et de fonctionnement : accueil assuré par une personne ou par tous les professionnels, entretiens obligatoires ou en fonction des besoins, décision collective ou consultation transdisciplinaire... Les fiches proposées en partie 3 détaillent ces convergences et divergences.

En résumé

Les caractéristiques d'une structure, sa nature, ses missions peuvent s'expliquer en examinant comment elle est née. Il se dégage systématiquement **trois invariants** :

- des problématiques rencontrées par des personnes toxicomanes qui deviennent, à un moment, un fait public,
- l'expérience et l'expertise des acteurs de terrain qui repèrent la situation,
- le recours décisionnel aux pouvoirs publics, dans une négociation ou une injonction.

La spécificité d'une structure se dessine autour de **trois variables** :

- la constitution de son équipe au fil du temps,
- la place donnée aux TSO dans l'accompagnement global des personnes,
- les liens avec ses partenaires extérieurs.

Enfin, sur un plan plus opérationnel, les structures partagent **trois étapes spécifiques qui font procédure** : l'accueil, les entretiens d'évaluation et la construction partagée de l'accompagnement, dont les modalités de mise en œuvre peuvent cependant varier.

3

des constats aux
recommandations :
fiches thématiques

Les fiches thématiques à l'appui du processus d'évolution des pratiques

Le modèle proposé concernant la fabrication des pratiques professionnelles a permis de dégager des éléments de compréhension de l'hétérogénéité de celles-ci (invariants, variables, procédure).

Les fiches pédagogiques sont des compléments utiles pour la remise en mouvement de la pensée et des pratiques de prise en charge.

Elles ont été conçues de façon pédagogique et ont pour objectif de rassembler les constats issus de l'étude de terrain, les questionnements que ceux-ci soulèvent, le cadre réglementaire ou de référence définissant la thématique et, enfin, les principes / recommandations que l'anitea a construit avec ses adhérents tout au long de cette démarche.

De cette manière, les fiches peuvent être appréhendées individuellement.

L'ensemble doit permettre aux équipes de s'approprier les questionnements que cette démarche a permis et d'accompagner ceux qui le souhaitent à repenser certaines de leurs pratiques professionnelles.

constats

L'analogie utilisée pour définir **la place des traitements de substitution** au sein du parcours de soin et des structures peut être ici reprise : rôle principal, secondaire ou figuration (cf. *seconde partie*).

Le **rôle principal** place les TSO au cœur du soin dont ils représentent l'objectif premier. En conséquence, l'ensemble de la prise en charge médico-psycho-sociale est articulé sur cette base. Les structures organisées de cette façon ont mis en place des outils d'évaluation souvent cadrés et exigeants en particulier concernant l'accès et le suivi du traitement.

Lorsque le TSO a un **second rôle**, il est vécu comme répondant au besoin de substitution du patient, offrant l'opportunité de « passer à autre chose » et de s'ouvrir à l'exploration des problématiques liées à l'addiction (qui, elles, auront le premier rôle).

Les outils utilisés répondront donc de façon souple à ce cheminement progressif, accompagné. Ils n'auront pas vocation à contrôler mais plutôt à réinterroger, au fil du temps, les besoins du patient et les réponses proposées par le centre.

Enfin, si le TSO joue un **rôle de figurant**, la démarche de soin est centrée sur les problématiques psycho-sociales de la personne.

Dans ce cas, la substitution est une réponse strictement médicale, sans condition préalable. Elle peut ou non venir soutenir les autres objectifs de l'accompagnement des personnes. Les *usages alternatifs*¹ de produits ne font pas obstacle à la prescription.

L'**éthique professionnelle**² est ainsi soumise et influencée par deux éléments qui s'intègrent à la pratique et aux postures de soin :

- la place et le rôle donnés aux TSO,
- l'image du « toxicomane » et la façon dont on l'aborde.

Nous parlons ici des **représentations** que tout un chacun peut avoir sur les TSO et les usagers. Nous parlons également du **partage institutionnel nécessaire** pour articuler les pratiques et mettre en place des garde-fous. En mettant **les usagers au centre des dispositifs et des parcours de soin** (au sens de la loi 2002-2), les pratiques se déploient de façon adaptée, dans le respect des patients (choix de vie, temps nécessaire...).

Les représentations sur les traitements de substitution sont également matérialisées par la **terminologie** employée pour les désigner : « médicament », « drogue », « produit », « traitement », « programmes méthadone »... Ces termes font écho à l'évolution de ceux-ci dans l'opinion publique à travers les usages et la réglementation. Si en France, les débuts expérimentaux de la substitution dans les années 1972-1973 l'identifient comme « drogue », l'épidémie de VIH tendra à en faire un moyen de réduction des risques et à l'officialisation de « traitements des pharmacodépendances majeures aux opiacés » plus de 20 ans après.

¹ Expression (empruntée par ASUD au CAARUD Émergences 77 Nord pour parler des consommations parallèles de produits) présentée lors des journées régionales en Ile de France et en Aquitaine.

² Par « éthique professionnelle », on entendra : un ensemble de conceptions morales partagées (qui font sens), sur lesquelles reposent les postures et les pratiques professionnelles mises en œuvre institutionnellement.

problématisation

Les questionnements liés à l'éthique professionnelle et les TSO, peuvent être :

- un traitement de substitution est-il un traitement comme un autre ?
- un patient sous substitution est-il un patient comme un autre ?
- quelle terminologie les professionnels utilisent-ils de façon courante, pour désigner ces traitements ?
- faut-il exiger du patient qu'il se plie aux contraintes ou faire en sorte d'aménager les contraintes du traitement à la vie du patient ?

Si l'étude et les échanges régionaux ont validé le fait qu'un TSO est un traitement comme un autre et que le patient sous substitution est un patient comme un autre, jusqu'où ces deux postulats sont-ils réellement appliqués ?

Il y a là des paradoxes et des difficultés, certaines dues aux représentations, d'autres à la loi...

Si le patient sous substitution est un patient comme un autre, pourquoi a-t-il besoin d'un centre spécialisé, proposant une prise en charge pluri disciplinaire, d'un médecin qualifié en addictologie, d'un dispositif spécifique de TSO ?

Si le patient sous substitution est un patient comme un autre, pourquoi craignons-nous la médicalisation ?

Si un traitement de substitution est un traitement comme un autre, pourquoi sa prescription est-elle étroitement accompagnée et règlementée ?

Si un traitement de substitution est un traitement comme un autre, pourquoi certains patients doivent-ils « montrer patte blanche » ou « présenter une bonne demande » pour l'obtenir ?

Les pratiques professionnelles de TSO sont donc confrontées à **un double mouvement**, qui prônerait à la fois un accès facilité aux TSO (une **banalisation**, pourrait-on dire) et **des savoir-faire spécifiques**, tant médicaux que médico-sociaux, propres à apporter ce que d'autres dispositifs n'offrent pas.

principes adoptés

- Les traitements de substitution doivent être utilisés, prescrits et suivis avec la même éthique (libre adhésion, non jugement) et le même professionnalisme (bonne distance, respect des règles légales...) que tous les autres traitements médicaux et psychosociaux.
- L'équipe doit s'attacher à construire une éthique de l'accompagnement médico-psycho-social avec les TSO, en s'appuyant sur le projet de la structure.
- L'un des obstacles majeurs aux traitements des addictions, et en particulier aux traitements de substitution, est la stigmatisation dont ils font l'objet en même temps que la stigmatisation des usagers. Les professionnels doivent saisir toutes les opportunités pour informer le public et les acteurs concernés (familles, proches, lieux de soins, de travail, partenaires, riverains... etc.) pour lutter contre cette stigmatisation.
- Les choix de vie personnels du patient sont à respecter et l'offre de soin doit s'adapter à sa situation.

constats

Selon le décret de mai 2007, « la réduction des risques associés à la consommation de substances psycho-actives » est une des **missions obligatoires** des CSAPA.

Le questionnaire de lancement de l'étude a permis de recueillir de quelles façons les CSAPA déclinaient cette mission. 90% des structures ayant répondu proposent des mesures de RDR aux personnes sous TSO : mise à disposition ou distribution de matériel stérile, informations ou conseils, préservatifs, dépistage, vaccination et rencontre avec un professionnel (espace de parole).

Si la RDR est naturelle dans la majorité des structures, les entretiens sur sites ont montré qu'**elle fait encore l'objet de questionnements**, voire de réticences pour quelques unes.

Sa place est conditionnée par celle des tso :

si le traitement a un rôle de « figurant », alors il peut prendre la place d'un outil de RDR, à l'inverse si le traitement est au centre du soin (« premier rôle »), la RDR est souvent mise à une certaine distance, venant en quelque sorte en contradiction avec l'idée d'arrêt des produits et « encombrant » un peu les professionnels.

Pour pouvoir, dans la transdisciplinarité, définir la place de la RDR et l'intégrer aux pratiques de soin, les équipes ont eu à poser leurs questionnements, à les mettre en débat et à les partager. La réduction des risques est ensuite positionnée transversalement, évitant par là même la dichotomie RDR / soin, et le « tri » des usagers dits « usagers CSAPA » ou « usagers CAARUD ou bus ». Cette transversalité de la RDR soutient les pratiques de seuil adapté à chaque patient et s'inscrit ainsi dans les objectifs évolutifs d'une mise sous substitution.

Les outils de RDR (matériel, informations...) sont généralement présentés lors de l'accueil de la personne et mis à sa disposition tout au long de son parcours, au même titre que les autres services. Les professionnels s'appuient sur l'écoute et le dialogue, une approche éducative et thérapeutique d'appropriation de la démarche de soin et de gestion responsabilisée de leur TSO.

Réduire les risques en s'appuyant sur la substitution peut ainsi être un des premiers objectifs poursuivis par le patient. Le temps du patient dans ce premier stade de soin est alors une donnée à respecter et à accompagner.

problématisation

De nombreuses études ont prouvé que les TSO avaient largement contribué à réduire le nombre de contaminations par le VIH, à faciliter l'insertion des usagers de drogues et à leur inscription dans le soin, à la diminution des actes délictueux... Cependant beaucoup d'usagers « intermittents » alternent aujourd'hui substitution et produits. Certains font un mésusage du traitement qui comporte de gros risques.

- Comment faciliter l'accès à la substitution afin que le patient puisse réellement diminuer les risques qu'il prend ?
- Comment promouvoir les pratiques visant à l'éducation à la santé, à l'éducation thérapeutique ?
- Pourquoi positionner les TSO comme des outils de RDR ?
- Comment rendre compatible la notion de traitement et celle, dans un premier temps, d'aide à la gestion de la dépendance et à la réduction des risques ?
- Comment faire en sorte que la RDR ne soit pas seulement appliquée au sein des CAARUD ?

principes adoptés

- Les traitements de substitution ont pour objectif général la diminution des dommages liés à la dépendance d'opiacés ; ils facilitent l'accès aux soins psychiques et somatiques.
- Les traitements de substitution peuvent avoir des objectifs spécifiques : aide à une meilleure gestion des consommations, diminution des consommations d'opiacés, opportunité d'une rencontre avec un lieu de soin, stabilisation sociale et accès aux droits, aide au sevrage total, accompagnement thérapeutique au long cours, etc.
- Les objectifs du traitement de substitution sont définis avec chaque patient et font l'objet d'un projet de soin individualisé. Ce projet est évolutif et peut selon les besoins du patient, se centrer sur la réduction des risques, l'observance du TSO, la diminution des consommations parallèles, etc.
- Les professionnels des CSAPA veillent à informer les patients sur les intérêts, les contraintes et les risques potentiels de ces traitements.
- Les professionnels des CSAPA informent les patients sur les mesures de réduction des risques, facilitent l'accès au matériel utile à cet effet et proposent des programmes d'éducation thérapeutique.

constats

Au regard des réponses à la question : « Pouvez-vous décrire comment sont accueillis les usagers qui arrivent ? », l'accueil est une étape fondamentale :

- pour les usagers qui vont ainsi concrétiser une démarche qui a pu être longue et douloureuse, souvent porteuse de beaucoup d'attentes et d'espoir
- pour les professionnels qui ont à créer les conditions permettant de recevoir cette démarche et d'y réagir.

Les entretiens sur sites révèlent **deux « styles » d'accueil : avec une personne spécifiquement chargée de l'accueil ou sans**. Si les structures ne convergent pas toujours sur la façon dont ont été mises en œuvre ces pratiques d'accueil, en revanche, elles **partagent aisément les grands objectifs et fonctions de l'accueil** tels qu'ils seront développés. Les deux styles d'accueil présentent des intérêts et des inconvénients.

L'organisation de l'accueil n'est pas généralisable : si certaines équipes ont fait un choix pensé, partagé, construit, par exemple celui de recruter un accueillant, d'autres ont configuré leur accueil au gré des évolutions de la structure et des contraintes budgétaires. Les accueils sont multiples et variés, parfois contraints.

L'entrée dans une structure et l'observation des lieux préfigurent la façon dont l'accueil est organisé : bureau d'accueil, comptoir, salle d'attente, café et thé en libre service, plantes vertes, presse quotidienne, brochures d'information, décoration faite par les usagers, atmosphère chaleureuse, . . . Il doit permettre de faciliter la démarche des personnes en offrant les conditions pour qu'elles se sentent bien, accueillies « avec un grand A ».

- Une structure dont l'accueil est confié à un accueillant, « l'affiche ». Que cela soit à l'arrivée dans la structure ou au téléphone, l'accueillant est la première personne vue ou répondant. Son emplacement physique est explicitement marqué : signalétique, comptoir, bureau en verre, affiches. . . L'accueil est ainsi « incontournable ». C'est une fonction largement féminine. Le profil des accueillantes semble toutefois très variable.

L'étude de terrain met en évidence que cette fonction requiert des savoir-faire mais repose en partie sur des **savoir-être**.

Qu'elle soit « secrétaire d'accueil », « secrétaire médicale », « agent d'accueil », « accueillante », « chargée d'accueil » ou encore « assistante d'accueil », la fonction nécessite de façon unanime des qualités relationnelles, d'écoute, de l'organisation, de la discrétion permettant d'avoir un bon contact avec les personnes. Car, comme dit l'adage, « on n'a toujours qu'une seule première impression ». Il s'agit donc d'être à l'écoute des personnes, d'entendre leurs demandes pour ensuite les guider dans les étapes suivantes.

Le périmètre d'intervention varie : une fois la demande des personnes exprimée, certaines fixent des entretiens, conformément à la procédure d'accueil, en veillant à l'équilibre des plannings de l'équipe. D'autres sont amenées à faire s'asseoir la personne et à compléter lors d'un échange plus ou moins bref, une fiche de renseignements de premier niveau. Enfin, certaines vont présenter les services proposés aux usagers alors que d'autres laisseront cette étape à l'éducateur par exemple. Mais toutes seront « responsables » du **premier contact avec l'utilisateur** et de sa **qualité**.

- Ces mêmes éléments se retrouvent au sein des structures sans accueillant qui ont privilégié un accueil du patient par le professionnel présent au moment de son arrivée (éducateur, assistante sociale, infirmière, psychologue, médecin). Chacun peut ainsi accueillir et, partant de ce que livre la personne, retenir et noter quelques éléments de compréhension de sa demande et de sa situation. On constate que lorsque l'accueil est assuré par un travailleur social ou une infirmière, son questionnement va souvent d'emblée plus loin et si le même type d'informations est collecté, le lien est déjà souvent fait avec les entretiens d'évaluation prévus dans les protocoles.

Il arrive que l'accueillant ou le professionnel accueillant une personne se retrouve face à une situation d'urgence. Dans ce cas, la procédure d'accueil est assouplie pour que la personne rencontre rapidement les professionnels adaptés à sa problématique. Les situations sont, par exemple : état de manque, femme enceinte, état de santé limite, situation très critique d'injection. . . Dans tous les cas, l'accueil est la première étape de la procédure d'**évaluation**. Ainsi, il est un moment d'écoute de la demande de la personne, sur la base d'un contact chaleureux et professionnel.

L'accueil tel que décrit ici concerne les usagers qui font le choix ou ont la possibilité de se rendre spontanément dans un centre. La demande des personnes qui habitent en milieu rural ou loin des lieux de soin et dont la mobilité est difficile, est à prendre en compte. La qualité de l'accueil se prolonge ainsi jusqu'à dans les dispositifs spécifiquement développés pour répondre à l'éloignement, à l'isolement, aux problèmes d'accès : par exemple les **équipes mobiles**.

problématisation

Les entretiens ont permis de dégager une **fonction symbolique forte de l'accueil des usagers**, de leur « entrée » physique dans la structure, dans le soin. C'est un pas de la personne vers une issue, une alternative : l'accueillir dans sa démarche, c'est déjà l'aider à la consolider.

Ainsi,

- Comment l'organisation interne répond-t-elle à ce premier contact, physique et visuel ou téléphonique ?
- Dans quel délai et selon quelles modalités un usager demandant un TSO est-il reçu ?
- Quels outils la structure utilise-t-elle pour accueillir les patients ?
- Quelles fiches de poste précisent les missions de chacun selon les métiers ?
- Dans quelles mesures les professionnels travaillent avec la situation actuelle de la personne (là où elle en est) ?
- Comment garantir et promouvoir un accueil adapté à chaque patient, déconstruisant les notions de « haut et bas seuils » ?
- Comment entendre la demande des personnes éloignées des centres spécialisés et expérimenter, organiser des réponses spécifiques, en particulier avec les médecins généralistes ?

principes adoptés

- Toute demande de traitement de substitution de la part d'un patient, est l'expression d'une démarche personnelle qu'il faut entendre, reconnaître et conforter. La qualité de l'accueil est donc une composante essentielle de l'accès au traitement qui requiert une attention particulière.
- Le traitement, quel qu'il soit (méthadone, buprénorphine), doit être accessible et être mis en place sans délai inutile.
- Les demandes de substitution peuvent être accueillies au sein des centres spécialisés mais aussi à l'extérieur de ceux-ci. Par exemple : des consultations avancées, des consultations conjointes en cabinets médicaux, des équipes mobiles dédiées à des populations spécifiques...

constats

L'accueil et la prise en charge décrits dans les entretiens sur site sont la plupart du temps formalisés selon des protocoles, écrits et donnés aux usagers, ou expliqués à l'oral par la personne qui accueille.

De façon quasi générale (nous verrons plus loin les exceptions), on observe que :

→ La réponse à une demande de traitement de substitution n'est pas immédiate mais différée.

→ Les protocoles de prise en charge reposent généralement sur 3 temps :

- les entretiens préalables d'évaluation de la situation de la personne et de sa demande,
- le diagnostic partagé et la validation de l'accompagnement lors d'une réunion d'équipe hebdomadaire,
- la réponse au patient (initialisation et accompagnement ou réorientation).

1^{er} temps : les entretiens d'évaluation

Pour répondre aux missions du décret CSAPA, les protocoles d'accès au TSO vont se construire autour :

- d'un entretien avec un éducateur, une assistante sociale et/ou un psychologue qui va permettre d'établir une évaluation psycho sociale de la personne,
- d'un entretien avec un médecin ou un-e infirmier-e afin d'effectuer une évaluation médicale globale de la santé de la personne.

Évaluer la situation sociale d'une personne, c'est faire le point sur :

- ses droits sociaux lui permettant d'accéder à des services (dont sa couverture sociale),
- le lieu où elle vit, ses éventuels problèmes d'hébergement,
- sa situation professionnelle et ses ressources,

- l'antériorité de son parcours, les autres structures avec qui elle a été en contact,
- sa situation familiale, conjugale et parentale
- sa situation juridique,
- sa demande de soin / d'accompagnement (origine, raisons, motivations...).

En présence d'un psychologue, il peut également être évalué :

- l'état psychologique de la personne,
- sa demande de soin / d'accompagnement (origine, raisons, motivations...),
- ainsi que ses liens avec son entourage en général.

Évaluer l'état de santé d'un patient signifie :

- effectuer un examen clinique complet de la personne,
- rechercher ses antécédents somatiques et psychiatriques (symptômes, maladies récentes ou passées, interventions chirurgicales, caractéristiques familiales, vaccinations, hospitalisations...),
- rechercher les éventuels traitements à poursuivre ou à mettre en place,
- évaluer ses addictions (nature, consommation, ancienneté, degré de dépendance...),
- échanger sur sa demande de TSO et expliquer ce qu'est un TSO,
- évaluer si l'indication d'un TSO est présente,
- savoir s'il est suivi par un médecin traitant,
- proposer un certain nombre de tests sérologiques.

Dans la pratique, différentes façons de mener cette double évaluation est possible. Les origines historiques, les disponibilités et contraintes du planning rentrent en ligne de compte pour privilégier tour à tour le volet médical ou le volet psycho social et organiser le ou les entretiens d'évaluation. Certaines structures reçoivent tous les nouveaux patients en binôme (médecin et éducateur ou psychologue), d'autres ont décidé qu'ils seraient vus en premier lieu par l'éducateur,

d'autres enfin confient indifféremment cette tâche au professionnel disponible. Un temps de coordination permettra au minimum la mise à niveau de l'ensemble de l'équipe et, au maximum, son recours pour acter l'accompagnement et la mise sous TSO.

Dans d'autres cas, l'évaluation médicale détermine la mise sous TSO et la réunion d'équipe n'a pas pour mission de valider cette décision. Cet acte est sous l'unique responsabilité du médecin.

La mise en commun hebdomadaire s'effectuera une fois enclenchée la prescription médicale.

L'accompagnement pourra dans certains cas, n'être que médical. Pour garantir ou promouvoir la globalité de la prise en charge, le médecin pourra en revanche :

- suggérer au patient, de rencontrer tel(le) collègue,
- échanger lors de la réunion hebdomadaire ou de façon informelle avec tel(le)(s) collègue(s) apparaissant comme utile dans l'accompagnement du patient.

Au-delà des différents recueils de données utiles aux évaluations, les premiers entretiens ont également comme objectif d'**instaurer quelque chose que les professionnels nomment « l'accroche » ou le « lien » ou le « bon feeling » ou encore « le contact »**. C'est un enjeu d'autant plus important que les patients vont venir régulièrement dans le centre durant l'initialisation de leur TSO.

Les centres sans délivrance vont devoir trouver la façon « d'accrocher » les patients pour les aider à bénéficier d'un accompagnement pluridisciplinaire et ne pas se limiter au volet médical. Les centres avec délivrance, vont aussi devoir « décentrer » le patient de son TSO et le faire rencontrer d'autres professionnels que médicaux.

problématisation

- Pour une demande de substitution, les protocoles de la majorité des centres interviewés proposent, voire imposent, des entretiens d'évaluation avec des professionnels non médicaux (psychologue, assistante sociale, éducateur) avant la prise en charge médicale. Est-ce pour pallier le « risque » ou le « fait » que le patient ne se saisisse que de l'intervention médicale ?
- Est-ce pour poser les bases d'un accompagnement global ?
- On en revient ainsi à la place variable des TSO au sein des structures. Les délais d'obtention d'un premier rendez-vous (avec un travailleur social la plupart du temps) peuvent se situer entre 2 jours et 3 mois et le rendez-vous médical concernant spécifiquement la demande de TSO pourra de la même façon prendre quelques jours ou semaines de plus. Par qui et quand sera décidée la mise sous TSO ?
- Pourquoi conditionner la demande de substitution à une rencontre psycho-sociale ?
- Est-ce la meilleure façon de favoriser l'engagement dans le soin ?
- L'évaluation ne peut-elle pas être globale et consolidable dans le temps ?
- Pourquoi imposer plusieurs entretiens avant une mise sous TSO ?
- Différer une demande d'un patient, s'il a de la substitution hors prescription (de rue), n'interroge-t-il pas sur les conséquences de renvoyer l'utilisateur sur le trafic extérieur ?
- Où se situe « l'admission » finalement ?
- À quel moment un usager est-il considéré comme « admis » au sein d'une structure ? Le premier entretien d'évaluation est-il l'acte symbolisant l'admission ?
- Comment comprendre ces disparités ? Ces inégalités ? Ces délais ?

principes adoptés

- L'accueil de la demande et l'évaluation de la situation médicale, psychologique et sociale d'un patient doivent pouvoir être faits par tout professionnel médico-psycho-social.
- L'indication d'un traitement de substitution est posée par le médecin sur la base de critères médicaux.
- Tous les services médicaux, sociaux et psychologiques sont mis à la disposition et utilisés de façon personnalisée selon le choix du patient. Leur utilisation ou non ne doit en aucune façon conditionner l'accès au traitement de substitution.

constats

L'accès à l'accompagnement transdisciplinaire repose sur des critères larges et peu restrictifs, en lien avec la consommation de substances psycho actives. La « spécificité » du centre s'ajoute ensuite. Elle peut concerner l'existence d'autres services (hébergement par exemple), sa situation géographique, la place variable des TSO (développée précédemment). La compétence professionnelle de chacun apportera vigilance et/ou sensibilité sur tel ou tel aspect.

Dans les structures visitées, **les modalités d'un accompagnement adapté se définissent lors d'une réunion d'équipe hebdomadaire**. Cette réunion, où sont mises en commun les informations et les données relationnelles sur les nouvelles personnes reçues, apparaît comme « un moment privilégié » « où s'exprime la **transdisciplinarité**¹ ». Elle rassemble dans un même lieu pour un temps donné et régulier, des professionnels aux fonctions plurielles et aux emplois du temps différents (temps partiel).

Durant ces réunions, **les professionnels qui ont mené les premiers entretiens présentent la situation des usagers accueillis**. La quantité d'informations transmise varie d'une structure à l'autre, d'une équipe à l'autre : « secret médical² », « secret partagé », « minimum nécessaire »... ces postures sont propres à chaque équipe, voire à chaque fonction professionnelle. Une fois la situation exposée, questions et remarques aident à élaborer les **hypothèses et pistes de travail** qui organiseront l'accompagnement.

Dans le cadre du recueil de données nécessaire à cette étude, des entretiens collectifs ont été organisés sous la forme d'études de cas. Ils ont souvent eu lieu durant les réunions hebdomadaires afin de garantir la présence du plus grand nombre de professionnels. Cet « exercice » commun a permis d'observer comment les professionnels élaborent des propositions d'accompagnement. Les points de vue médical, socio-éducatif, psychologique s'ajoutent les uns aux autres ou « prennent le pas » l'un sur l'autre. La décision de mettre un patient sous TSO est généralement prise par le médecin. Certaines équipes ressentent cette responsabilité comme naturelle et légitime, d'autres comme devant être davantage partagée avec l'ensemble des professionnels. Quoiqu'il en soit, la plupart du temps, **une mise en commun des informations utiles** est effectuée.

La réunion hebdomadaire permet également de trouver des réponses aux demandes qui ne peuvent être traitées par le centre (comorbidités psychiatriques, territorialisation...) et aux situations problématiques (violences, deal...). Ainsi, pendant ce temps collectif, des pistes de **réorientation** sont proposées et discutées. De façon systématique, un patient que l'on n'admet pas, ne repart pas « sans rien ». La pluralité des réponses sera conditionnée par la connaissance et la dynamique des partenariats et des relais développés. Globalement, plus ce réseau est large et identifié, plus l'orientation est facilitée. Certains professionnels socio-éducatifs ont ainsi précisé qu'ils pouvaient être amenés à faire des recherches si l'orientation n'était « pas évidente » via des contacts téléphoniques, mais aussi des recherches sur Internet.

Les processus de demandes d'accès à un TSO ne sont pas traités de la même façon **selon qu'il s'agit de méthadone ou de buprénorphine haut dosage (BHD)**. Cette distinction provient du cadre réglementaire qui régit leur prescription et les modalités d'examen des demandes au sein des CSAPA.

L'accès à la méthadone est plus encadré juridiquement, plus « lourd » disent certains. Les échanges et l'élaboration pluridisciplinaire sont donc considérés comme le passage obligé pour déterminer l'intérêt ou non du traitement, exception faite des urgences et des situations critiques.

L'accès à la BHD, pour sa part, s'enclenche avec « plus de souplesse ». La prise en charge des personnes peut, dans certains cas, se limiter à un suivi médical.

Pourtant, la BHD reste encore largement accusée de faciliter des trafics de marché noir et de faire l'objet de mésusages par les patients. C'est pourquoi les professionnels penchent souvent en faveur d'un **passage de la BHD à la méthadone**.

Les professionnels ont témoigné de l'impatience / du désir / de l'attente des patients à recevoir une réponse à leur demande de TSO. Cette question du **délai de réponse** se pose de manière fréquente : des patients « disparaissent » suite à une première démarche, puis réapparaissent quelques temps après. Pour les structures dont l'acte médical de mise sous TSO est autonome, le début de l'accompagnement n'est pas conditionné par un délai de validation. La seule attente sera celle du 1^{er} rendez-vous avec un médecin.

¹ pluridisciplinarité / transdisciplinarité font l'objet d'une fiche spécifique.

² La question du « secret » fait l'objet d'une fiche spécifique.

Les cas urgents mettent en lumière la possibilité d'une réponse immédiate qui ne passe pas par le protocole institué. Les personnes seront reçues sur le champ (un médecin pour une femme enceinte ou une personne dont l'état de santé est critique, un travailleur social pour la recherche d'un hébergement, etc.). Par rapport au processus « classique », cette réponse à l'urgence n'offre pas les trois volets de l'accompagnement au patient, la réponse médicale (et/ou psychiatrique) sera la plus sollicitée, puisque liée à la santé des personnes et à leur bien-être. L'urgence peut être de différentes natures : urgence pour le patient (état de santé préoccupant par exemple) ou urgence pour la structure (capacité d'accueil atteinte par exemple nécessitant une régulation des patients). Les entretiens dévoilent qu'une « sensibilité métiers », presque caricaturale, persiste dans la réponse à l'urgence : le personnel médical par la prescription, le thérapeute par la recherche de sens, le travailleur social en activant le réseau...

Quel que soit le type d'accompagnement élaboré collectivement, les **modalités d'information aux patients** peuvent prendre différentes formes : contact téléphonique « post réunion d'équipe », venue des patients au centre... Les professionnels ayant expliqué lors de l'accueil et/ou les entretiens préalables quel était le processus de prise en charge, les patients savent à quel moment ils vont obtenir une réponse.

problématisation

Les entretiens ont permis d'identifier les différents arguments en faveur d'une réponse différée : prendre le temps de la rencontre, construire un diagnostic, échanger sur l'accompagnement à proposer, mesurer les risques, etc.

- Mais initier rapidement un traitement rend-il obligatoirement impossible la rencontre, l'accompagnement ?
- Quel serait un délai « raisonnable », « acceptable » ?
- Comment penser une organisation permettant un délai adéquat ?
- Le temps d'ajournement est-il trop long ? La décision d'entrer dans la démarche de soin trop fragile ?
- Que penser de ces délais ?
- La notion d'urgence a-t-elle été définie et partagée institutionnellement ? Des outils spécifiques ont-ils été développés pour y répondre ?

principes adoptés

- Le traitement, quel qu'il soit (méthadone, buprénorphine), doit être accessible et mis en place sans délai inutile et, lorsque nécessaire, de façon immédiate.
- La prescription du médicament est de la responsabilité du médecin prescripteur et s'appuie sur une indication médicale. L'équipe a pour responsabilité la mise en place en commun d'un accompagnement médico-psycho-social adapté sur la base d'une évaluation.
- Prescription et accompagnement thérapeutique peuvent se décider dans des temps différents. Ils ne doivent pas être conditionnés l'un à l'autre et doivent se faire en concertation et articulation.
- Tous les services médicaux, sociaux et psychologiques sont mis à la disposition de façon personnalisée selon le choix du patient. Leur utilisation ou non doit en aucune façon conditionner l'accès au traitement de substitution.

constats

La prescription d'un traitement de substitution marque le début d'une phase dite « d'initialisation » ou « d'induction ». Une fois effectuées les analyses pré requises, le patient sera reçu régulièrement par le médecin pour ajuster le plus finement possible la posologie jusqu'à l'atteinte de **l'objectif : l'absence de signes cliniques et subjectifs de manque** pour garantir au patient un confort de vie, un équilibre physique, un état stable. C'est aussi la période qui installe l'accompagnement proposé.

Les recommandations sur les posologies d'initialisation des TSO préconisent une prescription journalière initiale de **20 à 30 mg pour la méthadone** et de **4 à 8 mg pour la BHD**.

En 2004, la conférence de consensus sur les TSO* préconisait quant à elle une prescription initiale identique pour la BHD mais de **10 à 40 mg** pour la méthadone.

Les entretiens révèlent une posologie initiale autour de **40 mg / jour** pour la méthadone et **entre 4 et 8 mg / jour** pour la BHD. Il arrive cependant qu'elle soit d'emblée plus élevée en fonction du patient... et du médecin. Certains préféreront démarrer à 40 mg et augmenter très rapidement, d'autres prescriront d'emblée plus que 40 mg, au regard du diagnostic médical de la personne (exemple : patient prenant de la méthadone hors prescription et à dose déjà élevée).

La posologie de départ est adaptée jour après jour. Le médecin ajuste la posologie progressivement, en recevant le patient fréquemment, sur une durée allant de quelques jours à 15 jours, ou plus et/ou en travaillant

étroitement avec le personnel infirmier. Cette régularité permet une observation clinique et une proximité patient et médecin (et / ou infirmier), qui sont à la base de la stabilité du TSO. Le médecin crée une relation privilégiée, basée sur l'écoute. Dans certaines structures, l'augmentation des files actives et le temps médical restreint, ne permettent pas aux médecins d'être autant disponibles qu'ils le souhaiteraient.

Il est parfois demandé aux patients qui ont une activité professionnelle de se faire prescrire un arrêt de travail afin d'être disponible pour cette phase d'initialisation. Cette préconisation garantit en théorie leur capacité à venir chaque jour pour rencontrer le médecin ou l'infirmier.

Les initialisations commencent généralement en début de semaine. Cela permet au patient de faire l'expérience du dosage de son TSO et au médecin et au personnel infirmier de procéder à la réévaluation si nécessaire.

Le principe reste **l'adaptation de cette phase au patient**, en prenant compte l'ensemble des facteurs pouvant avoir un impact sur le suivi du TSO (travail, mobilité, proximité, ...).

Selon la combinaison des invariants et des variables, la délivrance du traitement peut être assurée par :

- le CSAPA,
- des pharmacies de ville.

Le cadre de prescription de la méthadone explique qu'elle soit moins souvent délivrée en pharmacie que la BHD.

Si le TSO est délivré au sein d'un CSAPA, un lieu est organisé pour recevoir les patients, stocker les traitements et médicaments dans un coffre-fort et gérer le suivi et la traçabilité des actes. C'est l'infirmière qui délivre en mains propres au patient son traitement journalier. Ce temps est également utilisé pour évaluer l'état clinique du patient. Il est donc important que médecin et infirmière restent régulièrement en contact - oral ou écrit - afin de s'informer mutuellement des évolutions ou observations concernant les patients.

Si le TSO est délivré en pharmacie, le médecin rédige une ordonnance conforme à la réglementation (sécurisée, en toutes lettres, mentionnant le nom de la pharmacie). Le patient indiquera une pharmacie qui lui convient ou l'équipe du centre la recherchera avec lui (à proximité de son domicile ou dans un quartier différent par discrétion).

Ces deux options, additionnelles ou exclusives, s'expliquent, là encore, par l'histoire des structures. Au-delà des étapes institutionnelles et réglementaires qui ont jalonné cette évolution, la **délivrance au sein du centre** permet à l'usager de sortir d'un environnement parfois difficile pour venir échanger avec les professionnels, consolider sa démarche et bénéficier d'un accompagnement global encadré. La **délivrance en pharmacie** encourage à être autonome, à se procurer son traitement « comme tout le monde ». Elle concerne des personnes pour lesquelles un accompagnement complet n'est pas nécessaire ou adapté.

* Conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », 2004.

Ces pratiques peuvent se combiner ou s'alterner ce qui est le cas de certains centres qui choisissent d'assurer la délivrance des TSO durant la phase d'initialisation, puis de la relayer en pharmacie de ville, lorsque le patient est stabilisé et prêt pour cela. Dans la mesure du possible, les équipes fonctionnent par relais (autre CSAPA ou pharmacie) et travaillent ces choix avec le patient.

Après l'accueil, les entretiens d'évaluation et la définition de l'accompagnement, **l'initialisation apparaît comme le 4^{ème} temps spécifique**, mobilisant de la vigilance, de l'attention et de l'écoute : tant sur le plan médical / technique qu'au niveau relationnel. La venue quotidienne du patient pour sa rencontre avec le personnel médical si elle est possible, peut être **une opportunité de consolider ou de créer « l'accroche »** utile dans le processus de soin.

problématisation

Les questionnements issus des entretiens touchent fortement aux notions de souplesse, d'adaptation, de cas par cas, bref la personnalisation des protocoles ou périodes d'initialisation des traitements.

- Y a-t-il un protocole d'initialisation ? Est-il adapté et adaptable aux différents patients ?
- Quels éléments sont négociables ? Comment la structure facilite-t-elle cette phase d'initialisation aux patients ? Cette période, qui requiert de l'attention, doit-elle pour autant contraindre certains patients en les obligeant à venir chaque jour au centre ? De quelle souplesse les professionnels peuvent-ils user ?
- Comment construire un lien de confiance et de partenariat avec les pharmaciens d'officine ?

principes adoptés

- L'institution adapte ses réponses aux besoins et demandes du patient ; notamment pour la mise en œuvre et le suivi de son traitement de substitution.
- Lors de la mise en place du traitement, en tenant compte de l'état du patient, l'un des premiers objectifs est de rechercher la posologie qui permet d'obtenir le bien-être du patient, dans la limite des 16 mg par jour pour la buprénorphine, et de 40 mg pour le dosage initial de méthadone (mais sans limite par la suite pour ce médicament). Toute augmentation ou diminution de la posologie doit être progressive et guidée par la clinique.
- Le dosage optimal est individualisé et déterminé par le confort psychique et physique du patient. La question du dosage « haut » ou « bas » ne doit pas être un enjeu moral ni être l'objet de pressions extérieures (entourage, médecin, famille, conjoint...).

constats

Les entretiens sur site ont permis de faire les constats suivants :

- au-delà de la première analyse urinaire préalable à la prescription d'un TSO, les textes réglementaires ou les documents de référence sont mal connus ou mal utilisés,
- le rôle alloué aux analyses urinaires varie, à l'image de la place des TSO dans la prise en charge des patients proposée par les structures,
- les professionnels cherchent essentiellement à promouvoir la parole autour des résultats de ces analyses, et ce quelle que soit la variabilité des deux premiers constats.

Rappel : Depuis une quinzaine d'années, on constate que les textes de référence se sont « empilés ». Le dernier paru est la circulaire DGS/DHOS N° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à « la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés », qui précise entre autre que :

- « Les patients sont volontaires et doivent accepter les contraintes de la prise en charge : venir régulièrement au centre de traitement ou dans l'établissement de santé ; se soumettre à des analyses urinaires périodiques de contrôle.
- Une première analyse urinaire permettra de vérifier la réalité d'une consommation récente d'opiacés. Un soin particulier doit être porté à cette première analyse puisqu'elle permet de s'assurer qu'un même patient ne bénéficie pas de deux suivis avec prescriptions de méthadone.
- Pendant les trois premiers mois de prescription, les analyses urinaires de contrôle sont pratiquées une à deux fois par semaine. Ensuite, elles sont pratiquées deux fois par mois. »

Ces préconisations sur les rythmes d'utilisation des examens urinaires sont très diversement appliquées.

Les analyses urinaires ne sont pas obligatoires pour la prescription de subutex. **La conférence de consensus de juin 2004** a conclu que « Le cadre réglementaire gagnerait à être homogénéisé pour les 2 médicaments de substitution aux opiacés : analyse d'urines recommandée, voire indispensable, à l'initialisation du traitement, pour vérifier la présence d'opiacés, et contrôles ultérieurs, si besoin, en accord avec le patient ».

Les deux éléments présents dans l'ensemble des structures interviewées sont donc **l'analyse urinaire préalable à l'indication d'un TSO et l'importance du dialogue et de la parole autour des tests urinaires.**

Les pratiques professionnelles sont en revanche moins homogènes d'une structure à l'autre, au regard de : la fréquence et la périodicité, l'individualisation des protocoles vs le systématisme, l'utilisation faite des résultats, les contrôles aléatoires, les objectifs pour lesquels ces tests urinaires sont effectués.

Cette **variabilité** est à rapprocher de celle de **la place faite aux TSO** au sein des structures : plus la substitution est centrale dans l'accompagnement (« premier rôle »), plus les procédures de tests urinaires seront cadrées et utilisées dans le suivi. De même, si la substitution est envisagée comme un des outils possibles de l'accompagnement global (et non un but – « rôle de figurant »), la structure aura moins recours à l'outil analyses urinaires, privilégiant une relation de confiance avec les usagers via laquelle le patient s'exprimera librement et spontanément, sans être jugé.

De nombreuses structures témoignent du fait qu'elles ont longuement cherché les pratiques les plus satisfaisantes concernant les tests urinaires. Historiquement, certaines sont passées d'un cadre rigide (exclusion de l'usager en cas de consommation parallèle) à la remise en question de l'utilité même des analyses urinaires, considérant qu'elles pouvaient donner « toute puissance » aux intervenants, et ne rien apporter à la relation thérapeutique.

Aujourd'hui, dans la majorité des structures visitées, les analyses urinaires sont principalement utilisées comme outil thérapeutique, notamment en début d'accompagnement afin de veiller à la bonne indication et à la mise en place du traitement. Puis elles sont effectuées selon les besoins de l'accompagnement, au cas par cas, ou, parfois, à la demande du patient. En cas de recon consommations de produits, les professionnels favoriseront le dialogue et la discussion avec l'usager pour comprendre ensemble dans quel cadre celui-ci a recon consommé, s'il s'expose à des risques et/ou si de nouvelles modalités de prise en charge peuvent lui être proposées. Des structures ont recours à des analyses par bandelettes, essentiellement pour des raisons économiques et/ou de temps.

problématisation

- Comment faire des analyses urinaires un outil thérapeutique bienveillant et non un outil de contrôle et de punition ?
- Comment optimiser le recours à des analyses biologiques dans le suivi des TSO ?
- Comment adapter leur utilisation au cas par cas dans l'accompagnement individuel ?

principes adoptés

- Les examens urinaires sont **obligatoires** lors de l'initialisation de la méthadone, **justifiés** lors du premier mois de traitement, effectués **au cas par cas** par la suite.
- Les examens biologiques, dont les analyses urinaires, sont des indicateurs médicaux inscrits dans un traitement, au service de la relation thérapeutique avec le patient.
- Les examens urinaires ne doivent pas constituer des moyens de contrôle du comportement du patient ni se substituer à la parole échangée avec lui.
- Aucune mesure punitive, en particulier l'exclusion, ne peut être justifiée par des analyses urinaires positives. Cela doit être clairement établi dans le protocole de soin.
- Dans le cadre de la prise en compte du rapport coût / bénéfice et de la rapidité de la réponse, l'utilisation de bandelettes est à privilégier.

constats

L'accompagnement dit « global » comprend schématiquement trois volets d'intervention : médical, psychologique et socio-éducatif. Ce cadre, règlementairement posé, apparaît intégré dans les pratiques et défendu par les professionnels. Tout au long du parcours de l'usager, différents entretiens peuvent être organisés à son initiative ou sur suggestion du personnel soignant. Ces choix peuvent répondre à des besoins précis (tel que l'accès aux droits sociaux) ou permettre de faire connaissance avec un autre professionnel (un psychologue par exemple). En lui proposant la rencontre de différents professionnels, l'usager peut diversifier ses liens de confiance et les soutiens à sa démarche.

Quelle que soit la place faite aux TSO au sein des structures, de nombreuses interviews mettent en lumière la notion de « choix » pour le patient. L'élaboration d'un projet de soin s'envisage à partir de ses attentes et de ses besoins immédiats et s'appuie donc sur les diverses ressources et services accessibles en interne ou avec d'autres partenaires.

Deux éléments distinctifs se détachent cependant :

- les fonctions immédiatement utiles et les fonctions secondaires,
- l'accompagnement « à la carte » ou « forfaitaire ».

Fonctions immédiatement utiles, fonctions secondaires

Le patient se rend dans une structure de soin pour accéder à un traitement, recevoir des soins et/ou obtenir de l'aide dans ses démarches administratives ou sociales. Ces problématiques médicales et sociales, concrètes sont plus « faciles » à aborder.

- Le personnel médical / infirmier et les travailleurs sociaux sont donc les professionnels avec lesquels les usagers sont le plus directement et le plus souvent en contact.
- Les psychologues et psychothérapeutes sont rencontrés après la réponse médicale et / ou sociale.
- Le personnel encadrant (chefs de services, responsables, directions...) occupe des fonctions de première ou seconde ligne. Lorsqu'il est au contact de la personne dès le début, son intervention fait partie de l'accueil et des premières propositions d'accompagnement. En revanche, l'intervention du personnel encadrant,

dans un second temps, est plutôt pratiquée en cas de problème et/ou lorsqu'il faut rappeler à l'usager le cadre et les règles de fonctionnement de l'institution ou du service.

- D'autres professionnels peuvent être amenés à accompagner les personnes. Ils sont présentés soit quasiment dès l'arrivée, afin de faire connaissance et de rendre d'emblée visible cette possibilité, soit après consolidation des premiers éléments constituant la demande de départ, pour permettre ainsi de « passer à autre chose ».

- La notion de « **réfèrent** » est un outil important pour les équipes. D'après les entretiens, elle peut être formalisée et instituée (un professionnel – ou un groupe de – est désigné comme « réfèrent » d'un usager) ou informelle et spontanée. Ce réfèrent pourra être l'interlocuteur privilégié « des maux, des joies et des peines », « facilitateur » pour des dossiers administratifs, disponible dans des situations d'urgence ou de crise. Ce lien peut évoluer « de la rencontre à la relation », sur plusieurs semaines, mois et années et n'est pas à l'abri de conflits, de ruptures, de confrontations et de négociations. Le réfèrent peut aussi être médiateur entre le patient et le reste de l'équipe. Une coordination régulière et transdisciplinaire sera nécessaire pour assurer, un accompagnement global.

Le psychologue :

Les psychologues interviewés rencontrent les patients selon quatre modalités :

- lors d'un entretien prévu par le protocole d'accueil (au même titre qu'avec un travailleur social ou un médecin par exemple),
- lors de l'orientation du patient par un collègue et ce, souvent dans un second temps,
- en étant présent et disponible dans les lieux de convivialité ou d'accueil de la structure dans l'idée « d'aller vers » et de « se rendre visible »,
- à la demande du patient.

Ils témoignent du fait que leur fonction « n'a parfois pas bonne presse », associée à la « folie » ou à la « prise de tête ». Un travail de déstigmatisation est à faire, se présenter, dire au patient qu'il peut solliciter le psychologue s'il le souhaite, rappeler sa fonction régulièrement, bavarder pour créer du lien et de la

confiance, échanger sur les a priori et les préjugés concernant « le psy »... La demande du patient de consulter peut se construire en plusieurs étapes, un premier entretien permet de faire connaissance, de présenter le processus de travail. Puis il arrive que le patient disparaisse pour revenir par la suite consulter régulièrement.

L'accompagnement psychologique s'adapte aux patients : soutien, psychothérapie, « intervention humaine plus que thérapeutique », restauration du lien social... Les entretiens peuvent être ponctuels ou réguliers, un travail à long terme est possible même dans le cadre ambulatoire. D'une certaine façon, les TSO ont apporté de la continuité et rendu moins « haché » cet accompagnement. Pour les patients présentant des troubles psychiatriques, les psychologues proposent de travailler en lien avec des services psychiatriques locaux.

Quelques-uns des professionnels rencontrés ont développé des ateliers collectifs (écriture, arts plastiques, cuisine, bois, médiation corporelle, théâtre, sophrologie, cinéma...), animés par des artistes ou des thérapeutes spécialisés externes ou élaborés en lien avec les travailleurs sociaux ou le personnel infirmier du centre. Cette pratique permet de faire le lien entre les entretiens en individuel et les interactions possibles dans un groupe, en tant que matériau thérapeutique. Les psychologues travaillent aussi avec l'entourage du patient (famille, conjoint, familles d'accueil...). Ces derniers peuvent demander à s'entretenir au téléphone ou à être reçus, pour faire part de leur ressenti ou obtenir des conseils. Dans ce cas il s'agit essentiellement d'un travail « de sécurisation ». D'autres professionnels (psychologues mais aussi éducateurs) se sont ainsi formés à la thérapie familiale systémique pour répondre à des indications spécifiques.

Le psychologue tient un rôle de « traducteur du fonctionnement psychologique des usagers » auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Cet éclairage peut avoir lieu lors d'échanges informels spontanés ou lors des réunions d'équipe hebdomadaires. En symétrie, les échanges avec l'équipe pluridisciplinaire aident leur travail et apportent sens et cohérence à l'accompagnement des personnes.

Les CSAPA n'ayant pas de psychologue au moment des entretiens sur site (pour des raisons budgétaires ou autres), travaillent en partenariat avec des centres médico-psychologiques (CMP) ou des psychologues en ville. Les médecins psychiatres des centres (lorsqu'il y en a) sont amenés à offrir un soutien psychologique aux patients. Certains estiment que le « seul volet médical » ne suffit pas dans le tissage d'une relation thérapeutique de confiance entre médecin psychiatre et patient. Quoiqu'il en soit, l'accompagnement psychologique d'un patient est toujours proposé, quelle que soit sa forme et qu'il soit mis en œuvre en interne ou en externe.

Les travailleurs sociaux

Trois profils professionnels de travailleurs sociaux sont distingués :

- les moniteurs/trices - éducateurs/trices,
- les éducateurs/trices spécialisé(e)s,
- les assistant(e)s social(e)s.

Dans certaines structures, il n'est pas fait de distinction entre ces professionnels. Dans d'autres, l'assistante sociale accompagne les usagers dans leurs démarches administratives d'accès à des droits, alors que l'éducateur/trice spécialisé(e) est l'interlocuteur/trice privilégié(e) – « référent(e) », qui suit le parcours au fil du temps. Tel un facilitateur, l'éducateur ou éducatrice spécialisé(e) fait le lien entre les intervenants de la structure et l'utilisateur, en fonction des besoins et demandes de celui-ci.

Les travailleurs sociaux s'appuient sur différentes modalités pour accompagner les usagers :

- des entretiens en face à face (avec et/ou sans rendez vous),
- des accompagnements à l'extérieur (administrations, hôpital, médecin de ville, pharmacie, domicile...),
- des groupes ou ateliers collectifs thématiques,
- des moments informels passés avec les usagers (café, salle d'accueil ou de convivialité,...) favorisant la création de liens de confiance et d'interconnaissance.

Le champ d'accompagnement aborde l'ensemble de la situation d'un patient, dont :

- le centre, ses différents services, son équipe, son fonctionnement... et les outils écrits tel que le livret d'accueil par exemple,
- les produits, consommations, la réduction des risques, les TSO, le sevrage, le soin (conditions d'observance...), la santé,
- les droits et devoirs sociaux, l'accès aux droits, la citoyenneté, l'insertion dans la vie citoyenne.

Au-delà des besoins « techniques » jalonnant le parcours des usagers, les intervenants sociaux travaillent avec et sur le lien social, adjuvant du soin : celui qu'ils tissent avec les personnes, celui que les personnes tissent avec les autres intervenants et usagers du centre, celui qu'ils entretiennent avec leur entourage, etc. Personnes ressources, les travailleurs sociaux pourront solliciter ou être sollicités régulièrement ou ponctuellement pour une demande précise. Entre veille et suivi éducatif, ils sont des interfaces et s'inscrivent dans un « ensemble thérapeutique transdisciplinaire » qui fait sens.

Focus : le rôle de l'éducateur spécialisé dans la délivrance de la méthadone en CSAPA

Au sein de la structure, le travailleur social est une interface pour l'orientation. L'éducateur est souvent celui qui au quotidien, « démêle, éclaire » les situations lors du premier accueil. Il fait le lien entre l'utilisateur et les autres professionnels de la structure. Il a à faire avec le quotidien, la proximité, le lien immédiat. Il travaille dans « l'ici et maintenant » en essayant d'apporter une écoute bienveillante et contenante afin de sécuriser l'utilisateur dans son parcours de soin. Dans le cadre des TSO, ce professionnel soutient le projet souhaité par la personne à travers la prescription de son traitement. Il accompagne la dynamique d'intégration dans le droit commun (CMU, PÔLE EMPLOI, accompagnement vers l'extérieur, travail de partenariat avec les autres structures d'insertion...), dans des rythmes adaptés à la vie sociale que permet le TSO.

Son travail se situe aussi au niveau identitaire.

Les concepts d'autonomie, de responsabilisation, de socialisation, relatifs au domaine éducatif sont à articuler dans celui des conduites addictives où ils sont souvent mis à mal. L'utilisateur peut avoir une faible estime de lui-même, une incapacité à observer ce qui fait problème avec pour seule solution « la fuite » dans le produit, dans le jeu, dans le travail...

L'éducateur cherchera à replacer la personne comme acteur de son projet en l'aidant à identifier ce dernier, à réapprendre à faire des choix, à travailler sa dépendance à l'autre, au produit. L'accompagnement pourra confronter la personne à son quotidien, à la loi, à des limites, à un cadre sociétal pour parvenir à s'y insérer. Cela passe par le fait d'assumer ses actes, se confronter, se sortir de la fuite dans l'ailleurs. Au fil du temps, avec le support de la relation, il s'agit d'aider la personne à se renarcissiser, à se prouver qu'elle est capable de faire les choses, à travailler sa relation aux autres en duel et/ou au sein d'un groupe. L'éducateur va chercher à lui permettre de changer le regard qu'elle porte sur elle-même et sur le monde. Il s'agit d'une prise de conscience de ses difficultés dans la réalité.

Savoir distinguer ce qui fait symptôme de ce qui fait réellement souffrance, difficulté.

Le **lien de confiance** tissé au fur et à mesure est le meilleur levier pour amener l'utilisateur à se mettre au travail et à se confronter à la réalité.

Le TSO permet de se décaler de la question des produits pour se recentrer sur la question de la relation, de l'image de soi, de l'ouverture sur le monde, de la réalité.

Ce travail d'accompagnement éducatif s'articule avec chacun des professionnels de l'équipe pour appuyer cette démarche tant sur le plan administratif que somatique ou encore thérapeutique.

... / ...

constats (suite)

Les médecins

Les médecins des CSAPA sont généralistes ou psychiatres (ou les deux). Certains sont également titulaires d'une capacité en addictologie. Les patients présentant des troubles psychiatriques seront souvent suivis directement par les psychiatres du centre plutôt qu'en partenariat avec des services extérieurs.

De façon générale, le temps de travail médical est souvent restreint voire insuffisant. Les consultations médicales rythment les semaines et l'organisation de l'accompagnement des usagers avec les autres professionnels. La plupart des médecins rencontrés déplorent le peu de temps qu'ils peuvent consacrer : aux consultations, au renouvellement des ordonnances sans temps d'échange suffisant avec les patients, à la difficulté pour prendre en compte les urgences, les retards, les absences ou les reports de rendez-vous, à la difficulté pour trouver le temps nécessaire à consacrer aux partenariats avec les médecins généralistes, pharmaciens... et au développement de soins psychiatriques ou somatiques.

Pour faire face à ce manque de temps et d'occasion de communiquer entre professionnels, en complément de la réunion hebdomadaire transdisciplinaire, des outils sont mis en place ou développés pour garantir la communication au sein des équipes : cahier « de liaison » ou « de réunion », disponibilité téléphonique permanente, agendas électroniques partagés, « staff médical » rapide, feuilles de transmission, messagerie électronique interne, etc.

Le premier entretien avec un usager permet d'ouvrir un dossier médical pour établir un diagnostic clinique approfondi qui sera peu à peu complété. En fonction des équipements présents, le médecin effectue des examens cliniques, des ECG et propose des tests sérologiques. Il explique la substitution, son cadre réglementaire, ses contraintes, etc. et recherche l'alliance thérapeutique avec le patient. Bien que cela fasse l'objet d'une discussion d'équipe, c'est au médecin que revient la décision et la responsabilité de la prescription d'un TSO. Durant la phase d'initialisation, il reçoit le patient très régulièrement et reste en lien étroit avec le personnel infirmier.

Le médecin peut proposer au patient de rencontrer ses collègues (travailleur social ou psychologue par exemple).

En effet, certains patients, en traitement de substitution, ne sont en contact qu'avec le médecin de la structure et n'utilisent pas les autres services proposés, s'ils n'y sont pas incités, motivés.

Lors des réunions d'équipe, les lieux privilégiés de coordination et d'échanges transdisciplinaires, qui pallient le rythme soutenu du quotidien, le médecin, soumis au secret médical, transmet les informations qu'il juge utiles à la construction de l'accompagnement des patients.

Du point de vue des outils, les dossiers médicaux (papier) des patients sont stockés sous clé et leur accès est parfois réservé au médecin et au personnel infirmier. Dans d'autres cas, le dossier médical est inclus dans le dossier unique. Pour les dossiers informatiques, les pratiques montrent que la sécurisation des espaces soumis au secret médical n'est pas systématique à ce jour. Les structures semblent être dans une phase de transition concernant ces outils informatiques : dans quelques-unes d'entre elles les données sont enregistrées par la personne chargée de l'accueil à partir des dossiers papier, dans d'autres, chaque professionnel complète sa partie directement ou de façon différée par rapport aux entretiens.

Les médecins travaillent en lien avec des partenaires ou services extérieurs : hôpitaux, laboratoires, médecins de villes, pharmaciens, autres associations,...

Ils sont amenés à formaliser des outils pour assurer la continuité des prises en charge (courriers, contacts téléphoniques, visites, nom du médecin de ville référent enregistré dans le dossier patient...).

Le personnel infirmier

Les professionnels infirmiers rencontrés ont souvent situé leur poste comme étant « à proximité » des usagers, c'est-à-dire à l'interface entre l'usager, l'extérieur et les autres membres de l'équipe. En les recevant régulièrement voire chaque jour en phase d'initialisation de leur traitement, ils ont un rôle clé auprès des patients et auprès du reste de l'équipe.

L'infirmier(e) reçoit les patients, distribue les traitements, gère les commandes et les stocks de médicaments, assure la transmission des informations utiles auprès de l'équipe, assure les petits soins (la « bobologie »), travaille avec les patients à la réduction des risques auxquels ils s'exposent, etc.

Le personnel infirmier s'appuie sur la fréquence des rencontres avec l'usager pour une observation clinique, une évaluation de son état de santé, de son état psychologique et ses besoins. En se coordonnant avec le ou les médecins, les évolutions éventuelles des posologies s'effectuent au fur et à mesure. Quelques professionnels interviewés ont soulevé le risque de « s'isoler » avec des patients qu'ils seraient seuls à rencontrer, s'installant mutuellement dans une forme de routine ou exposant les professionnels au risque d'être l'unique récepteur de confidences « trop lourdes ». Le personnel infirmier est vigilant afin d'ouvrir l'accompagnement autant que de besoin, en orientant le patient vers d'autres membres de l'équipe.

Les professionnels interviewés réfléchissent régulièrement à leur fonction au sein de l'infirmierie. Les temps de distribution des traitements de substitution sont souvent intenses du fait de l'augmentation des files actives. Le risque de « ne faire que distribuer » est présent. Le personnel infirmier exprime ses craintes d'être réduits à ce rôle et se montre vigilant, soucieux de la relation thérapeutique et du lien avec le patient. Pour cela, les aménagements ou organisations sont multiples : distribuer les traitements dans un bureau dont la porte est fermée, prendre quelques minutes pour échanger avec le patient et « prendre de ses nouvelles », boire un café avec lui, lui reparler du psychologue ou du travailleur social...

problématisation

- Dans les institutions, quelle créativité est possible pour proposer des « montages individualisés » aux patients ?
- Quels sont les usages et pratiques dérogatoires, par exemple pour les TSO (voyages..) ?
- Le terme « continuité des soins » a-t-il le même sens et les mêmes conséquences si l'on est médecin, infirmière, travailleur social, psychologue ?
- Comment inviter les équipes à définir et distinguer l'approche globale de la personne (qui est plus une conception éthique des causes de l'addiction), de la prise en charge globale (qui, à partir de la complexité des causes, ne prétend pas répondre à tout mais cherche à diversifier la palette d'offres et de solutions proposées) ?
- Comment trouver des solutions qualitatives et quantitatives satisfaisantes, au regard des files actives qui ne cessent d'augmenter ?
- La responsabilité médecin / infirmière est-elle suffisamment formalisée (délégation de compétences) ?

principes adoptés

- Les CSAPA ont une approche pluridisciplinaire et apportent aux patients, un ensemble de compétences médico-psycho-socio-éducatives qui sont complémentaires et inter agissantes.
- Les traitements de substitution, lorsqu'ils sont correctement dosés et suivis, permettent d'améliorer le confort et la qualité de vie des patients. Pour autant, ils ne règlent pas les problématiques sociales, psychopathologiques ou somatiques vécues par les patients. Des interventions et aides psychologique, éducative et sociale combinées sont éventuellement nécessaires.
- La démarche de soin étant évolutive, ces possibilités sont à proposer régulièrement aux patients.
- Les professionnels doivent informer et conseiller les patients afin que leur démarche de soin soit accompagnée dans tout ou partie de ces dimensions autant que de besoin. Le choix de s'en saisir reste au patient.

constats

Les traitements de substitution s'envisagent à long terme, le traitement devant être pris de façon régulière et continue. Leurs règles de prescription et de délivrance sont précises. Toutefois dans certaines situations, garantir la continuité des traitements est plus difficile et nécessite des modalités d'organisation spécifiques, par exemple :

- l'activité professionnelle
- les hospitalisations
- les voyages
- la détention
- la rupture avec le centre

L'activité professionnelle

Durant la phase d'initialisation du traitement de substitution, les patients qui ne travaillent pas sont disponibles pour se rendre au centre aux horaires aménagés pour la délivrance. Les patients actifs demandent un arrêt de travail à leur médecin référent. Les horaires des centres ne sont pas toujours adaptés au rythme professionnel (amplitude horaire, travail de nuit...) des patients qui reprennent leur activité, même si de nombreuses structures ont modifié les temps de délivrance des traitements, par exemple en ouvrant plus tard un soir de la semaine ou le samedi matin. Pour ces patients, ou ceux dont le lieu de travail et le domicile sont éloignés du centre (ou en cas de mutation), un relais en médecine de ville, une fois le traitement stabilisé, peut être organisé. La continuité du traitement sera ainsi facilitée et les contraintes pour les patients diminuées.

Les hospitalisations

Des patients sous TSO peuvent avoir besoin d'être hospitalisés, de façon programmée ou imprévue. La continuité du traitement de substitution doit être assurée à l'aide d'une bonne coordination entre le centre de soin spécialisé et les services hospitaliers : les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ou les services psychiatriques. Des outils sont mis en œuvre pour faciliter la collaboration : contacts téléphoniques, courriers, fiches de liaison, convention de partenariats, etc.

Les voyages

Les patients peuvent être amenés à voyager. Le transport de médicaments de substitution aux opiacés est réglementé. Les règles de transport sont distinctes selon que le pays de destination se situe dans l'espace Schengen¹ ou non. Les équipes des centres ont expliqué qu'elles accompagnent les patients dans la préparation de leur départ dès lors qu'elles en sont informées. Pour veiller à la continuité des traitements, ces situations nécessitent d'être anticipées. La vérification réglementaire ainsi que l'organisation de relais permettent d'aborder avec le patient, les notions de responsabilité et de gestion des risques. Les professionnels sont amenés à effectuer des recherches via Internet, photocopier l'ordonnance ou rédiger des fiches relais si nécessaire.

La détention

Qu'il ait été initié avant ou pendant la détention, les centres accompagnent la continuité du traitement. Cela nécessite une bonne coordination entre les différents intervenants concernés : équipes du centre de soin, UCSA, médecins et pharmaciens de ville... Des zones de fragilité peuvent rendre plus difficile cette prise régulière et continue des traitements : c'est le cas par exemple des sorties rapides (notamment les peines courtes) qui nécessitent de la réactivité. De la même façon, les problématiques liées aux couvertures sociales ou à l'hébergement peuvent retarder ou faire dysfonctionner la bonne prise d'un TSO.

La rupture avec le centre

Les professionnels des centres de soin interviewés expliquent qu'ils peuvent être amenés à exclure un patient lorsque celui-ci a fait preuve de violence verbale ou physique ou en cas de deal dans les locaux. Ces règles sont inscrites dans les règlements intérieurs. Pour autant, les structures font en sorte que le patient exclu puisse poursuivre son traitement en médecine et pharmacie de ville notamment.

¹ « Transport personnel de médicaments stupéfiants détenus dans le cadre d'un traitement médical » (AFSSAPS) : http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/Comprendre_l_addiction/Pdf/Transport_medicaments_psychotropes.pdf <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/1998/98-05/a0050221.htm>

problématisation

- Comment aider les patients à préserver la continuité de leur traitement ? Quels outils développer ?
- Comment faire mieux admettre les TSO dans certaines institutions ou certaines situations pour que la continuité du traitement ne soit pas mise en cause (garde à vue, prisons, certains services de psychiatrie..) ?

principes adoptés

- Il est important que le suivi du traitement de substitution soit aussi continu que possible et que tous les arrangements nécessaires soient trouvés pour permettre la poursuite du traitement quel que soit le lieu (prison, psychiatrie, mutation, travail, voyages, hospitalisation...) dans des conditions optimales.
- Les dépannages de traitement et le chevauchement d'ordonnance font partie des aménagements utiles pour maintenir le lien avec le patient. Ils sont réévalués à chaque fois et réduits autant que possible en durée et en fréquence.
- Les professionnels veillent à la continuité du traitement, même en cas d'exclusion du patient (règlement intérieur).

constats

Le décret CSAPA de mai 2007 précise par l'article D.3411-4 : « Les centres s'assurent les services d'une équipe pluridisciplinaire dont la composition et le fonctionnement sont conformes aux objectifs du projet d'établissement et permettent sa mise en œuvre ».

Les notions de pluridisciplinarité et de transdisciplinarité ont été abordées lors des entretiens semi directifs à travers la question suivante :

« Pour assurer l'accompagnement médico-psycho-social, comment les différents professionnels intervenant collaborent-ils ? Des façons spécifiques de travailler ensemble ont-elles été nécessaires ? ».

La caractéristique multidisciplinaire de la prise en charge médico-psycho-socio-éducative se retrouve dans la formalisation qu'en propose les CSAPA. Les interactions qu'elle génère peuvent prendre des formes différentes en fonction des besoins des usagers et/ou des intervenants, en fonction de la réactivité qu'il faut mobiliser ou en fonction des champs sur lesquels l'équipe souhaite échanger et agir. Cette façon de faire ensemble peut être déployée à l'intérieur de la structure et / ou avec les partenaires extérieurs.

Les professionnels interviewés définissent **la pluridisciplinarité ou la transdisciplinarité** comme la mise en cohérence des pratiques des différents professionnels afin de construire des stratégies d'élaboration commune et consensuelle. Ces professionnels travaillent avec, « en tête », l'idée d'un **cadre partagé**, pluridisciplinaire / transdisciplinaire. Les deux termes sont indifféremment utilisés et renvoient à l'idée d'élaborations communes pour accompagner les usagers. La collaboration interactive des compétences mise à la disposition des usagers est un élément fort de la valeur ajoutée des CSAPA.

Quelles différences entre pluridisciplinarité et transdisciplinarité ? Comment les définir ?

La **pluridisciplinarité** peut être définie comme le fait d'aborder une problématique dans un cadre-référence spécifique (intervention médicale ou autre) en associant les regards et méthodologies de plusieurs compétences (juxtaposition de compétences professionnelles). La **transdisciplinarité** peut être définie comme l'association de compétences différentes (médicales, sociales, psychothérapeutique,

éducatives...) sur un axe de travail commun visant la « reconstruction de l'autonomie ». Dans ce concept, il y a donc l'idée de « entre, à travers, au-delà » des compétences, de co-construction intégrant ces différents savoir-faire et savoir-être et d'une élaboration commune nouvelle. Une équipe peut passer d'interventions pluridisciplinaires à des interventions transdisciplinaires et vice versa sans changer la palette de métiers, de profils professionnels, mise à la disposition des usagers et de l'équipe. Ce sont des leviers à interroger, à faire collaborer ou à mettre en avant. Lorsqu'un usager « n'utilise » qu'un de ces professionnels (un représentant du personnel médical par exemple), l'équipe s'interroge sur la pertinence et la façon de réintroduire d'autres professionnels. Le postulat de base étant que **c'est l'alliance thérapeutique multidimensionnelle qui peut aider les personnes et répondre à la complexité de leur situation**. C'est un outil de sécurisation et d'équilibre des pratiques professionnelles.

Sur la forme, on observe que la pluridisciplinarité ou la transdisciplinarité est mise en œuvre via **5 types de rencontres des professionnels**.

1/ Des réunions hebdomadaires (de 2 à 4 heures), rassemblant les personnels concernés par l'accueil et l'accompagnement des usagers. La présence de l'accueillante ou de la secrétaire est parfois observée mais n'est pas systématique d'une structure à l'autre. Leur avantage principal est de rassembler dans un même espace temps du personnel qui parfois travaille à temps partiel et qui ne rencontre pas souvent le reste de l'équipe. Ces réunions formalisées et programmées permettent d'aborder **différents types de sujets** :

- la présentation des nouveaux usagers accueillis récemment, par le référent par exemple ou par le ou les professionnels qui les ont rencontrés,
- les difficultés liées aux usagers qui « posent problème » (accompagnement difficile, conduites à risques, absences/disparitions, comportement violent, état de santé dégradé, mal être inquiétant, etc.),
- les informations et actualités du secteur médico-social, l'évolution de la réglementation, des politiques publiques...
- les relais et les partenariats sollicités ou à solliciter,
- le fonctionnement institutionnel de la structure (mise à jour du projet d'établissement, outils de la loi 2002-2,...) et l'organisation du service,

- la recherche d'objectifs de soin ou d'accompagnement individualisé pour les patients sous traitements de substitution.

Ces réunions peuvent être un temps spécifique au sein de la réunion hebdomadaire par exemple ou constituer un temps différent dans l'organisation du service.

2/ Des « staffs » de courte durée (30 minutes chaque matin par exemple) réunissant le personnel médical ou le personnel psycho-éducatif (par service) ou plus rarement toute l'équipe permettent :

- d'échanger des informations (qui ne peuvent pas attendre la prochaine réunion d'équipe) concernant les usagers ou l'organisation au sein d'un service par exemple,
- de préparer la semaine qui commence,
- de débriefing sur la semaine passée,
- de relayer des informations à l'équipe qui prend la suite.

Ces staffs, souvent à l'initiative de professionnels ayant travaillé ou travaillant en milieu hospitalier, ne sont pas systématiquement mis en place au sein des structures. Ils apportent de la réactivité et sécurisent les processus de travail des intervenants.

3/ Des échanges informels entre collègues, au fil des journées de travail, à la pause déjeuner ou entre deux entretiens avec des usagers. Ces temps apportent de la fluidité, de la réactivité, et de la simplicité également. Ils « mettent de l'huile dans les rouages », mais ne sont pas formalisés. Ils pallient sans doute un besoin de communication et d'interactivité entre collègues au sujet des usagers.

4/ Des séances de supervision / analyse des pratiques, dont la fréquence est mensuelle dans la majorité des cas, ou tous les deux mois. La supervision est souvent effectuée par un psychanalyste extérieur ; elle permet la régulation des équipes via un éclairage clinique distancié sur :

- des patients,
- des questionnements ou des difficultés auxquels est confronté un professionnel face à la situation ou au comportement d'un usager.

La supervision n'est pas systématiquement instituée au sein des CSAPA, son recours est lié à l'importance donnée au volet psychologique (la dimension psychique de la personne) : soit parce qu'il est historiquement central (exemple : une équipe de thérapeutes à la base de la création du centre),

soit parce que la structure a connu des différends idéologiques internes sur lesquels il a fallu travailler pour construire une posture partagée, soit encore, parce que la direction y voit un outil de régulation managérial. Dans certains centres, la supervision a été demandée par les équipes, pour permettre d'avancer sur des sujets précis et faire bouger la transdisciplinarité (exemples : la réduction des risques et les TSO, la place du médical, le rôle des travailleurs sociaux).

5/ Des rencontres inter-institutionnelles voire même inter « équipes métiers » sur un département par exemple, afin de mettre en commun les expériences et les difficultés de chacun. Cette pratique dépend des dynamiques locales entre intervenants-partenaires. Ces rencontres, plus ou moins formalisées et régulières, s'organisent le plus souvent à partir de la situation de patients mais aussi lors de rencontres à caractère institutionnel (conférence, séminaire, groupe de travail, formations...).

6/ Sixième type de rencontre, défini par les professionnels eux-mêmes comme un des outils de la transdisciplinarité : des entretiens en binôme avec un usager ou des consultations conjointes. Par exemple : une personne est reçue par le médecin et un éducateur ou bien par la psychologue et un éducateur ou encore par un travailleur social et la direction. Ces entretiens conjoints répondent à un besoin spécifique et ponctuel : un recadrage institutionnel, un double regard sur la situation d'une personne, la mise en place d'objectifs concertés et coordonnés nécessitant l'engagement de plusieurs acteurs...

Ces différentes formes de pluridisciplinarité ou de transdisciplinarité sont appuyées par des écrits : compte-rendu, relevé de décision, cahier de suivi, etc. Ils permettent de retrouver à tout moment, ce qui a été échangé ou décidé et inscrivent les pratiques dans une continuité.

Enfin, on observe que les modalités de mise en œuvre de la pluridisciplinarité ou de la transdisciplinarité, ne sont jamais figées une fois pour toutes. Les structures « tâtonnent » et « testent » les formes qui répondent le mieux aux besoins évolutifs des usagers et à ceux des professionnels eux-mêmes. En écoutant les intervenants témoigner de l'histoire de leurs structures, on constate combien la « fameuse prise en charge globale » s'adapte et s'affûte en restant en mouvement.

problématisation

- Les membres d'un réseau sont-ils à « égalité » dans leurs fonctions, leur délégation, leur responsabilité, leur autonomie ?
 - Comment installer une culture commune en addictologie ?
 - Quelle est la place et la parole de l'utilisateur lorsqu'il est « sujet » du réseau ? Quelle place pour les partenaires « hors institutions » : médecins de ville, pharmaciens, etc. ?
 - Quels outils de communication interne et externe (écrits, projets, comptes-rendus, ...) facilitent l'identification des missions des acteurs ?
- Un réseau ou un partenariat peut-il se développer sans projets ou objectifs communs ?

principes adoptés

- Les CSAPA promeuvent une approche pluridisciplinaire et apportent aux patients un ensemble de compétences médico-psycho-sociales qui interagissent et sont complémentaires.
- L'ensemble des professionnels de l'équipe, tout en ayant des compétences spécifiques, s'appuie sur un socle commun de connaissances, une culture commune et des outils.

constats

Tous les professionnels de santé sont tenus au secret, principe éthique sur lequel reposent leurs pratiques : que ce secret soit imposé par le Droit des patients via l'**article L.1110-4 du code de santé publique** (confidentialité) ou par l'**article R. 4127.4 du code de déontologie médicale** définissant le secret professionnel (serment d'Hippocrate). Le non respect de ces textes est sanctionnable.

Au travers des entretiens sur site, on observe que les questionnements concernant la notion de « secret » se structurent essentiellement autour :

- du secret médical
- du secret partagé

Si ces deux notions sont claires pour les professionnels, leur niveau de recours est plus problématique. Outil support de la confiance avec l'utilisateur, le secret professionnel est une base de l'alliance thérapeutique tandis que le travail transdisciplinaire nécessite un niveau de partage des informations pour la co-construction de l'accompagnement des personnes. Chaque professionnel mesure de façon autonome ce qui peut être pertinent de révéler à ses collègues. Ce « secret partagé » a un fondement juridique faible et il se définit au sein de chaque structure entre professionnels, en accord avec les usagers et dans leur intérêt. La nature des informations communiquées varie donc d'une structure à l'autre ; elle devrait être définie via des règles communes.

Quelques professionnels (non médicaux) observent par exemple, que le secret médical peut parfois « bloquer la circulation d'informations » ou « empêcher la réflexion », regrettant qu'une scission apparaisse entre la pratique des intervenants médicaux et celle du reste de l'équipe. L'obligation de discrétion touche par là même à la notion de confiance entre professionnels. Certains parlent du secret partagé comme d'une pratique « naturelle », estimant que « la confidentialité et le secret ne supposent pas le silence ». Le dénominateur commun à tous, le repère partagé, étant d'abord l'intérêt du patient.

Le secret professionnel concerne également les relations partenariales avec des structures extérieures. Les professionnels informent les patients des réunions extérieures les concernant auxquelles ils vont participer. Les patients indiquent les éléments qu'ils ne souhaitent pas voir communiquer oralement et par écrit. Ces pratiques consolident les liens de confiance réciproque entre les patients et les professionnels. Le partage d'information entre professionnels n'est permis que s'il est nécessaire, pertinent et non excessif.

problématisation

- Comment construire une éthique du secret au sein d'une équipe pluridisciplinaire ? Que dire ? Que partager ?
- Avec quels outils faire coexister les apports de la transdisciplinarité et la confidentialité réglementaire ?
- Le secret médical est-il supérieur aux autres ? Quels efforts de formalisation et d'écrits sont faits envers le patient ?

principes adoptés

- Les équipes soignantes partagent les informations essentielles au soin et aux intérêts du patient. Celui-ci en est tenu informé.
- Le secret professionnel ne doit pas s'opposer aux pratiques et échanges transdisciplinaires au sein de l'équipe de soin.
- L'information sur le traitement de substitution et les modalités de suivi de celui-ci sont formalisées dans un protocole écrit, remis au patient, qui peut s'intégrer au dossier individuel de prise en charge (DIPC).

constats

L'arrêt du traitement n'est pas un objectif en soi. L'expérience des quinze années d'existence des traitements de substitution les définit à présent comme une démarche longue, sur plusieurs années. **Mais l'arrêt du TSO reste une possibilité qu'il faut régulièrement interroger.**

- Dans un premier temps, les professionnels accompagnent les patients vers une diminution de leur consommation de produits, un confort de vie, une stabilité sociale, physique et psychologique. Les pratiques professionnelles observées sont ici convergentes. Et pour certaines structures, l'objectif de réduction des risques passe avant tout.

Le deuxième temps de l'accompagnement s'attachera à aider le patient à arrêter sa consommation de produits et à suivre correctement son traitement de substitution (stabilisation).

Enfin, si le patient le demande, un troisième temps permettra d'envisager et de mettre en œuvre l'arrêt progressif du traitement de substitution.

C'est ainsi que lors des premiers temps de la prise en charge, la question de l'arrêt du traitement de substitution est abordée avec les patients au même titre que le relais en médecine et pharmacie de ville. Ces différentes possibilités font partie de la palette d'outils à la disposition des usagers.

- Un second élément est observé et globalement partagé par les professionnels sur le terrain. Il s'agit de l'attention et de l'écoute lorsqu'un patient « demande un beau jour, à arrêter son traitement de substitution ». Cette demande est à entendre et à explorer avec l'usager. Les professionnels peuvent ainsi échanger avec la personne, au sein de l'équipe et transmettre au patient toutes les informations nécessaires concernant le processus d'arrêt d'un traitement. Les intervenants partagent encore l'idée qu'il vaut mieux réduire les risques de rechute et que cela passe par des **diminutions très progressives**. La stabilité générale du patient étant la plus importante.

- Les professionnels observent que la diminution d'un traitement de substitution peut générer un **transfert vers une nouvelle addiction** (notamment l'alcool, le tabac, le cannabis...). Les équipes préviennent et accompagnent ce risque en échangeant régulièrement avec le patient sur ses consommations. La diminution lente et très progressive (par palier) des posologies est une pratique adaptée pour parer aux risques collatéraux, dont la reprise de consommation de produits. L'arrêt des traitements de substitution ne garantit pas l'arrêt des conduites addictives. Les équipes travaillent en amont avec le patient afin de prévenir un maximum ces risques.

- La demande d'un arrêt « brutal » sera entendue mais elle fera l'objet d'une discussion avec le patient, d'une négociation, afin qu'il envisage celui-ci sur un temps long à l'aide d'une diminution lente et graduelle de sa posologie. C'est ici que « l'outil **méthadone gélule** » et les nouveaux dosages de la buprénorphine trouvent une place intéressante et permettent cette précision dans les posologies.

Une fois informé des différentes modalités d'arrêt existantes, des avantages et inconvénients attendus, le patient pourra décider de la façon dont il souhaite procéder.

Pour les patients qui désirent arrêter leur TSO, un **sevrage hospitalier** peut s'avérer nécessaire et utile. Celui-ci est envisagé après une première diminution progressive de la posologie.

Le syndrome de sevrage à la méthadone est long, et, de ce fait, il nécessite un suivi à la sortie de l'hôpital. Les professionnels proposent aux patients de les revoir à leur sortie. Cette proximité et cette continuité peuvent aider à réduire les risques de re consommation et d'overdose.

- Enfin, les professionnels témoignent du fait que globalement peu de patients arrêtent totalement. Ils se stabilisent peu à peu à une posologie faible mais préfèrent ne pas arrêter totalement.

problématisation

- Qui peut être à l'initiative de l'arrêt d'un traitement de substitution ?
- Constatant qu'un arrêt très progressif est plus adéquat, comment les professionnels peuvent répondre à une demande d'arrêt immédiat ? L'arrêt est-il formalisé ? Défini par des étapes ?
- Quels outils peuvent être mis à la disposition des usagers pour les accompagner dans cette démarche ?
- Doit-on poursuivre un suivi auprès de patients sevrés des TSO ?

principes adoptés

- L'arrêt d'un traitement de substitution est une décision qui, comme l'entrée dans le traitement et son suivi, dépend en premier lieu du patient.
- L'équipe doit l'aider dans sa réflexion afin d'optimiser sa décision, notamment en l'informant que, conduit dans de mauvaises conditions, l'arrêt comporte de forts risques de rechutes et de transfert vers une autre addiction.
- Il est préférable d'opérer une diminution très progressive du traitement après une stabilisation suffisante et une évaluation partagée avec le patient.
- La poursuite d'un accompagnement thérapeutique après le sevrage peut s'avérer nécessaire et doit être proposée au patient.

constats

Le relais des usagers en **médecine de ville** est effectué pour répondre à **différents objectifs ou besoins** :

- permettre à des patients dont le TSO est stable et la couverture sociale assurée de poursuivre leur traitement dans un cadre médical courant,
- gérer une demande de traitement de substitution pour laquelle les délais d'accès sont jugés trop longs par le patient ou les professionnels de la structure. Dans ce cas le patient pourra se faire prescrire de la buprénorphine, par un médecin de ville, quitte à revenir au centre plus tard s'il le souhaite,
- réguler la file active d'une structure et faire en sorte qu'il y ait un roulement des patients pris en charge,
- adapter et faciliter le suivi d'un traitement de substitution aux patients travaillant ou habitant loin,
- insuffler une dynamique à des patients accompagnés depuis longtemps, qui « s'installent un peu » dans la structure et risquent de « s'y immobiliser ».

Dans une majorité de structures, la perspective d'un relais en médecine est **annoncée dès le début de la démarche** afin de préparer le patient et structurer l'accompagnement proposé par le centre. L'institution est ainsi présentée comme un passage, un épisode ; défini par un temps d'accompagnement adapté à chacun et préparant à une reprise de contact avec le « milieu ordinaire », « comme monsieur et madame Toulemonde ». Ainsi, la recherche d'un médecin traitant (et si nécessaire l'ouverture des droits à la CMU) est effectuée rapidement.

¹ Plus d'information sur le site de la Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales <http://www.reseau-rms.org>

La **décision** d'activer le réseau des médecins de ville peut être sollicitée par le patient ou par les professionnels de la structure qui le suit.

Si l'initiative vient du centre, ce sont souvent les médecins qui proposent aux patients d'aller en médecine de ville. Le relais est toujours discuté en équipe, lors des réunions transdisciplinaires. Les trois volets de la prise en charge sont concernés par cette décision. Les objectifs et les risques de ce relais sont ainsi définis et évalués.

Dans certaines structures, le relais en ville signifie l'arrêt de la prise en charge psycho sociale.

Et si cette prise en charge psycho sociale se poursuit car non conditionnée à la prescription médicale sur site, les professionnels observent que les patients finissent bien souvent par ne plus y avoir recours, une fois leur TSO prescrit par un médecin en ville.

Lors des journées régionales qui ont accompagné l'étude, des échanges en ateliers ont également mis en lumière **la difficulté des professionnels à « lâcher » les patients**. Certains ont exprimé leur appréhension à orienter un usager vers un médecin en ville, craignant que la personne ne s'adapte pas à ce nouvel interlocuteur ou que le médecin ne sache pas créer des conditions suffisamment bonnes pour que le patient soit suivi à son rythme et selon ses besoins. C'est ainsi que **le terme de « relais » a été remis en question** dans le sens où il s'approche de l'idée de « fin », de « rupture », de « passage », sans possibilité de retour en arrière. Or, les professionnels interviewés ont reconnu qu'idéalement, les relations de partenariat avec les médecins de ville devaient être basées sur le dialogue et l'interconnaissance ; mais aussi permettre au patient de revenir au centre s'il le souhaitait.

Des vocables alternatifs ont été proposés :

collaboration, relation, liaison ou encore, articulation.

Des CSAPA ont aménagé leurs pratiques en proposant au patient des périodes de prescription en ville en alternance avec d'autres plus courtes au centre, pour permettre une adaptation optimum de l'accompagnement et des intervenants.

Pour faciliter l'accueil des patients sous TSO par les médecins généralistes en ville, les **micro structures médicales** sont créées en Alsace en 2000¹. De façon programmée et régulière, un psychologue et un travailleur social issus d'un CSAPA, viennent appuyer le médecin au sein de son cabinet médical, dans son travail avec les usagers sous TSO. Ce dispositif favorise le suivi des patients par une approche qualitative de proximité. Certains patients passant très rapidement en ville après leur initialisation en ville.

Des structures ont témoigné de leurs **innovations** en matière de relais en médecine de ville, lors des journées régionales. En aménageant le relais via des étapes progressives, ces structures réduisent ainsi les risques de déstabiliser le patient... et le médecin de ville. Il s'agit de veiller à ce que :

- le patient trouve ses repères, se sécurise et puisse revenir consulter le médecin du CSAPA s'il le souhaite,
- le médecin relais puisse bénéficier de l'historique du patient concernant son TSO et d'un appui technique de la part du centre, si nécessaire.

Toutefois, des écarts de pratiques professionnelles apparaissent du fait de **l'inégale facilité de travail avec les médecins de ville**. L'histoire des structures étant bien entendu un des éléments d'explication mais pas le seul.

Si pour certaines structures, les relations partenariales sont fluides et naturelles car mises en place dès le départ, pour d'autres, des temps de « prospection » et de suivi des collaborations avec les médecins sont aménagés au sein des emplois du temps des travailleurs sociaux, des infirmières ou des médecins des centres. En se déplaçant régulièrement dans les cabinets médicaux, les équipes des CSAPA consolident leurs possibilités d'orienter un patient en ville, de façon satisfaisante et sécurisante pour tous (centre, médecin en ville, patient).

Cette démarche comprend un volet relationnel visant l'inter-connaissance, de la formation mais également un travail sur les représentations concernant les TSO et les usagers. De nombreux a priori ou peurs circulent encore concernant les personnes toxicomanes et certains médecins estiment que ces dernières pourraient « effrayer la clientèle habituelle ». De même, les traitements de substitution sont mal connus ou mal utilisés par certains médecins. L'étude montre que l'anticipation de ces freins passe notamment par la mise en place d'outils (dont les rencontres entre les centres et les médecins), mais doit également être envisagée dès la formation des médecins généralistes.

... / ...

constats (suite)

Les outils de relais utilisés par les structures sont :

- le téléphone,
- les courriers officiels ou les lettres de liaison contenant les informations utiles au médecin relais,
- les visites des équipes de CSAPA aux cabinets médicaux,
- les formations ou « mini formations » auprès des médecins généralistes,
- les réunions des membres de réseaux locaux.

Dans certaines régions, les centres peuvent participer, nourrir et s'appuyer sur les réseaux médico-sociaux existants². Ces réseaux, animés par la même volonté des professionnels de mieux connaître, de confronter les pratiques de chacun et de consolider les complémentarités entre les acteurs permettent aux dispositifs de soin de mieux se coordonner. Certains réseaux co-produisent des outils destinés à définir des bonnes pratiques partenariales pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des usagers.

Par exemple : une plaquette récapitulant les coordonnées des lieux de soin d'une région.

Les relais instituant la délivrance des traitements de substitution en **pharmacie d'officine** répondent à différents objectifs :

- fournir leurs TSO aux usagers dont la prescription est effective en CSAPA mais que celui-ci ne délivre pas sur place,
- faciliter l'accès à leur TSO aux usagers qui travaillent ou qui habitent loin d'un centre de soin. La proximité et les amplitudes horaires des pharmacies d'officine étant généralement plus larges que celles des centres de soin,
- permettre au patient de se réinscrire dans un environnement de « droit commun ».

Ces relais sont parfois formalisés à l'aide de **conventions** entre le centre et les pharmacies d'officine. Le passage peut s'effectuer en une fois ou par étapes. Par exemple : pendant une semaine le patient obtient son traitement au centre, la semaine suivante au sein d'une pharmacie d'officine. Dans ce cas, le pharmacien se substituera en quelque sorte à l'infirmière du CSAPA dans l'observation clinique de l'usager lors de sa venue quotidienne. Il pourra, le cas échéant, contacter le centre pour faire part de son inquiétude concernant telle personne ou si telle autre n'est pas venue chercher son traitement.

Les relais en pharmacie peuvent également servir de levier pour que le patient puisse consulter en médecine de ville. Ces étapes permettent une progression dans le parcours de soin et une adaptation mutuelle entre intervenants et patient. Celui-ci garde cependant la possibilité de revenir au centre notamment s'il rencontre des difficultés dans ses relais. En cela, les CSAPA se positionnent et sont positionnés par les partenaires extérieurs (médecins, pharmaciens d'officine...) comme **des centres ressources**, « experts » de l'addictologie et des TSO, identifiés comme des « référents » dans l'accompagnement des usagers.

Les équipes témoignent du fait qu'elles sont amenées à transmettre des informations, voire à dispenser des formations, aux pharmaciens d'officine sur les TSO, la réduction des risques ou la réglementation entourant la substitution par exemple. En étant présents et disponibles pour répondre aux questions ou donner des conseils, les centres aident les pharmacies à renforcer leur alliance thérapeutique avec les patients. Certaines pharmacies ont ainsi aménagé une arrière-salle pour la délivrance des TSO afin de garantir discrétion et confidentialité aux patients.

Dans les centres dans lesquels le travail avec les pharmacies n'est pas originel et nécessite d'être construit et entretenu, **un temps consacré aux partenariats** est aménagé. Les équipes vont rendre visite aux pharmacies ou les contactent par téléphone, afin d'entretenir les liens existants ou d'en tisser de nouveaux. Des professionnels expliquent qu'à force de travailler avec « le même noyau de pharmaciens, ils s'épuisent ». Il arrive également qu'un patient ne souhaite pas aller chercher son traitement dans la pharmacie de son quartier, mais préfère, par souci de confidentialité, se rendre un peu plus loin, dans une nouvelle pharmacie. Le centre pourra accompagner cette personne dans sa recherche et son choix, l'appuyer pour ses contacts et s'inscrire comme lieu ressource.

Les **dépannages ou les chevauchements d'ordonnance** se pratiquent exceptionnellement lorsque les partenariats avec les pharmacies sont bien ancrés. Seule une relation de confiance entre intervenants peut garantir un accompagnement adapté au patient.

² Les réseaux Ville-Hôpital, les réseaux de médecins et pharmaciens, etc.

problématisation

- Qui décide de proposer un relais au patient ?
- À quel moment et sur quelles indications proposer un relais en médecine de ville ?
- De quelles façons les relais sont-ils annoncés et préparés avec le patient, avec l'équipe, avec les médecins en ville ?
- La structure promeut-elle les relais ?
- Comment améliorer les collaborations entre les centres de soin et les médecins de ville ?

Les médecins en ville travaillent seuls la plupart du temps. Les journées régionales organisées dans le cadre de l'étude ont été l'occasion d'entendre des médecins généralistes, témoigner de leur isolement face aux patients et parfois de leur méconnaissance des TSO.

- Comment faire cohabiter des cultures professionnelles différentes ?
- Comment promouvoir la transdisciplinarité à l'extérieur des centres ?
- Comment resserrer les liens de partenariat ?
- Comment faire en sorte que le relais n'ait pas d'impact négatif sur le patient et le suivi de son TSO ?
- Comment s'assurer que la réduction des risques est bien prise en compte par les intervenants, et ce quel que soit le lieu de soin fréquenté par les usagers ?

principes adoptés

- Les relais, vers la médecine de ville ou d'autres partenaires (pharmacie, psychiatrie, hôpital, maternités...) se préparent en amont avec le patient et avec l'ensemble de l'équipe.
- Les centres ont à travailler des outils pour favoriser et formaliser des modes relationnels articulés et coordonnés avec ces interlocuteurs extérieurs.
- Les passages en médecine de ville, sans être systématisés, doivent faire partie des objectifs initiaux et être une préoccupation avant, pendant et après l'accompagnement dans les centres.
- En cas de relais en médecine de ville, la prise en charge psycho-sociale peut se poursuivre.
- Le CSAPA doit se positionner et être reconnu comme « centre ressource » pour les médecins de ville et proposer son appui en cas de besoin.
- Cet appui technique peut être apporté ponctuellement (en cas de période aigüe ou de relais momentané) ou dans la durée (en phase de stabilisation d'un patient ou dans les premiers temps d'un relais).
- Les allers et retours entre le CSAPA et les médecins de ville doivent devenir la pratique courante. Le relais est ainsi à envisager non pas comme un transfert de responsabilité mais comme une relation coordonnée et articulée entre intervenants, reposant sur la communication.

conclusion
Améliorer
nos pratiques

Ce n'est pas faire injure aux équipes des centres de soins spécialisés, à tout le travail qu'elles ont accompli et à l'investissement dont elles ont fait preuve, que de lancer une démarche visant à améliorer leurs pratiques, nos pratiques. Ici en matière de traitement de substitution des opiacés (TSO), mais aussi dans tous les domaines du soin, de la réduction des risques et de l'accompagnement des usagers. C'est au contraire de la responsabilité des organismes gestionnaires de centres – associations ou établissements de santé – et de l'anitea en tant que réseau professionnel qui les réunit, que d'aider les équipes à trouver les meilleures adéquations possibles entre les besoins des usagers, leurs problèmes spécifiques et les services qui leurs sont proposés. C'est d'ailleurs pourquoi cette démarche de l'anitea a rencontré un vif intérêt de nombreux professionnels dès lors qu'il ne s'agissait pas d'émettre des recommandations du haut du jugement d'un « comité d'expert », mais d'une démarche collective prenant en compte la diversité des situations institutionnelles, les difficultés mais aussi une volonté collective de faire du mieux possible, même si cela nécessite parfois de se remettre en question.

Le domaine des TSO a quelques particularités liées à ces « produits de substitution » qui ont tant de mal à avoir un vrai statut de médicament, liées aussi à l'histoire des toxicomanies et à la stigmatisation que subissent encore aujourd'hui les « toxicomanes ».

Les médicaments – buprénorphine et méthadone pour ne parler que de ceux disposant d'une AMM en France – ont des capacités « substitutives » du fait, précisément, qu'ils appartiennent à la même famille que les « drogues » dont sont dépendantes les personnes auxquelles on les prescrit. Il n'est donc pas très étonnant qu'on leur ait attribué les mêmes pouvoirs, à la fois magiques et destructeurs,

remèdes et poisons, et que l'on ait pu craindre que la « substitution » ne soit qu'un simple remplacement d'une drogue par une autre, d'une dépendance par une autre. Cette conception, fortement induite par le mythe de « la drogue » lui-même, a été à l'origine de nombreuses confusions et controverses, y compris parmi les « intervenants en toxicomanie ». Elle fait l'impasse sur une chose essentielle : dans le triptyque qui permet de comprendre tous les phénomènes d'addiction, il y a certes l'individu et la substance, mais il y a aussi et surtout le contexte dans lequel la personne utilise cette substance. Un traitement de substitution consiste précisément en une façon de modifier le contexte d'utilisation, notamment en y incluant une présence permanente des soignants. Cette intervention des soignants est donc la partie probablement la plus active – même s'il ne s'agit pas de dénier l'importance des propriétés pharmacologiques des molécules prescrites et de la motivation du patient –, et donc la plus à même d'être pensée et adaptée en fonction de l'objectif du traitement.

Pour permettre véritablement cette adaptation et cette réflexion du côté des équipes soignantes, deux conditions apparaissent nécessaires : que la conception de l'addiction des soignants laisse place à la complexité, au cas par cas et à la capacité de choix du patient, que le rapport établi avec l'usager s'appuie prioritairement sur sa propre expérience plutôt que sur le savoir qu'en auraient les soignants.

L'addiction n'a pas de solution universelle car elle s'inscrit dans un contexte et dans l'évolution de nos comportements sociaux. Son traitement ne peut être seulement biologique, psychologique ou social. Il est, comme l'addiction elle-même, un peu tout cela à la fois, donc « à la carte », selon

chaque situation, chaque projet, chaque subjectivité individuelle. Le « cadre » n'est là que pour donner cohérence à cette diversité autour d'objectifs et de règles communs. C'est très important, mais pas le « cœur » de ce qui fait traitement. Dans ces conditions, les soignants sont amenés à prendre en compte et à faire confiance avant tout à l'expression de l'usager, à ses choix, à ses ressources, les siennes propres et celles de son entourage. Démarche complètement étrangère à toute standardisation, à tout jugement moral, bien sûr, mais aussi à tout savoir professionnel qui dicterait son traitement au patient. L'alliance thérapeutique en tant que lien et espace d'échange, de dialogue et de négociation, est donc au centre des pratiques de soin, particulièrement dans un traitement au long cours dont la prescription et ses conditions sont du pouvoir des soignants. Le dispositif soignant est conçu quant à lui comme une « fabrique » d'accompagnements personnalisés, c'est-à-dire au plus près des personnes. Tout cela, pour toute institution, pour tout soignant, ne va pas de soi et ne peut être défini une fois pour toutes. Il existe même de nombreuses difficultés, historiques, professionnelles, institutionnelles, culturelles et conjoncturelles pour remplir de tels objectifs.

C'est pourquoi la réflexion sur l'amélioration des pratiques doit être permanente et collectivisée. C'est la voie qu'a choisi l'anitea et dont témoigne ce guide, fruit d'un large travail collectif. Il est fait pour s'enrichir et s'approfondir. Que tous ceux qui y ont participé et tous ceux qui s'y engagent en soient remerciés car c'est au bénéfice de tous.

Alain Morel

Référent du comité de pilotage

Annexes

Annexe 1

Coordonnées des 17 structures interviewées

ACTES

6, rue de l'Olivetto
06000 Nice
. 04 93 53 17 00

ADAJE

9, rue Pauly
75014 Paris
. 01 45 42 75 00

APRETO

61, rue de Château Rouge – BP 245
74106 Annemasse cedex
. 04 50 38 23 81

APS CONTACT

28, rue de la Vénrière – BP 75
77483 Provins cedex
. 01 64 08 99 47

ARPADE

3 bis, rue Berthelot
31500 Toulouse
. 05 61 61 80 80

ATRE

11, rue Alexandre Leleux
59800 Lille
. 03 20 54 60 88

CENTRE LOGOS

8, rue Tédénat
30900 Nîmes
. 04 66 21 07 89

CHARONNE

3, quai d'Austerlitz
75013 PARIS
. 01 45 83 22 22

EPISODE

Villa Alphonse Mas
2 bis boulevard Perréal
34500 Béziers
. 04 67 76 18 38

ESPACE INDEPENDANCE

12, rue Kuhn
67000 Strasbourg
. 03 88 52 04 04

L'ESCALE

1, rue Paul Petitclerc
70000 Vesoul
. 03 84 76 62 62

LA BOUSSOLE

34, Rue Pierre Corneille
76300 Sotteville-lès-Rouen
. 02 35 72 82 82

LA ROSE DES VENTS

32, rue Roger Salengro
44600 Saint Nazaire
. 02 40 01 96 12

LA SOURCE

160, avenue Georges Clémenceau
40000 Mont de Marsan
. 05 58 75 92 04

LE MAIL

51, Mail Albert 1er – BP 415
80034 Amiens cedex 1
. 03 60 12 26 31

LE TRAIT D'UNION

154, rue du vieux pont de Sèvres
92100 Boulogne
. 01 41 41 98 01

PORT BRETAGNE

26, rue de Richelieu
37000 TOURS
. 02 47 47 91 91

Annexe 2 Questionnaire de lancement du projet

Les pratiques professionnelles concernant les traitements de substitution aux opiacés (TSO) dans les CSAPA

INTRODUCTION

Plus de 10 ans après la mise en place de la politique publique sur les traitements de substitution aux opiacés, il nous semble indispensable d'engager une réflexion avec nos adhérents sur ce thème. Les centres de soins ont développé des modalités d'articulation de l'accompagnement psycho-social avec la prise en charge médicale des TSO qui nécessitent d'être discutées pour être ensuite formalisés et valorisés.

Nous souhaitons favoriser les échanges et les interactions à l'intérieur des équipes et entre les centres pour avancer sur ce sujet et établir un rapport final de préconisations. Toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées.

Ce projet qui a obtenu le soutien de la DGS va se dérouler en quatre temps :

- L'envoi d'un questionnaire pour recueillir des éléments quantitatifs et savoir si vous souhaitez que la chargée de mission de l'anitea qui assurera le pilotage opérationnel de ce projet, vienne réaliser des interviews individuels et collectifs des professionnels de votre structure.
- Les entretiens sur site avec les centres volontaires.
- Suite à ce premier recueil d'éléments, des réunions régionales seront organisées sur ce thème au second semestre 2009.

- À partir de la matière recueillie, rédaction d'un guide de préconisations s'appuyant sur les « bonnes pratiques » repérées dans le réseau au premier trimestre 2010.

À chaque étape du projet, le groupe TSO sous l'égide de la commission nationale addiction sera consulté afin d'avoir l'avis de l'ensemble des partenaires du secteur.

La réussite de ce projet dépend de votre implication et mobilisation. L'anitea s'engage par ce projet à vous offrir des lieux de réflexion en interne et en externe en s'appuyant sur une démarche méthodologique et sur des outils.

Merci de remplir un questionnaire par établissement (année 2007 = référence pour toutes les questions).

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des difficultés à remplir ce document. La personne en charge de ce projet au siège est Dominique Meunier d.meunier@anitea.fr, tel : 01.43.43.72.38 Nous comptons sur vous et vous remercions d'avance.

COPIL DU PROJET TSO ANITEA

Dr Alain Morel (réfèrent du groupe, psychiatre, directeur Oppélia) – Marie Villez (directrice, Cèdre Bleu) – Dr Catherine Pequart (directrice, Charonne) – Dr Sylvie Mahier (médecin, APSC Contact) – Corinne Drack (infirmière, Centre Logos) – Dr Aram Kacyan (psychiatre, Marmottan) – Dr Laurent Michel (psychiatre, centre hospitalier Emile Roux) – Dr Brigitte Reiller (médecin, CEID) – Martine Bidaud (cadre de santé, le Tourniquet) – Nicolas Heulin (éducateur spécialisé, AAATF) – Serge Laye (Psychologue, Clémence Isaure).

QUESTIONNAIRE

1. Identification de la structure

- CSST – CSAPA ambulatoire
- CSST – CSAPA en milieu carcéral
- CSST – CSAPA mobile (bus méthadone)
- CCAA – CSAPA

Gérez-vous un CTR ? oui non

- File active de l'unité (chiffres 2007) :

Votre établissement est géré par

- une association
- un centre hospitalier

- L'activité TSO fait elle l'objet d'une convention entre l'association et l'hôpital ?

oui non

- Porte-t-elle sur :

- Le personnel
- Les locaux
- Les examens urinaires
- La méthadone
- Autres

(plusieurs réponses possibles)

2A. Vous avez une unité de délivrance (dispensation sur place)

- File active de l'unité (chiffres 2007) :

• dont méthadone :

BHD :

autres :

- Combien avez-vous fait de primo prescription de méthadone dans l'année 2007 ?

- Y a-t-il une posologie initiale maximale pour la méthadone ? oui non

- Si oui laquelle ?

- Y a-t-il une posologie journalière maximale de méthadone prescrite ? oui non

- Si oui laquelle ?

- Quel est le rythme moyen des analyses urinaires durant les trois premiers mois de délivrance de méthadone ?
- Combien de relais avez-vous adressés en médecine de ville dans l'année 2007 ?
- Équipe sur l'unité de délivrance - Estimation du nombre d'équivalent temps plein consacré à l'unité en 2007
médecin :
psychologue :
travailleurs sociaux :
infirmiers :
autres :
- Réalisez-vous des initialisations avec délivrance dès le début en pharmacie d'officine ? de méthadone oui non
de BHD oui non
- Réalisez-vous des prescriptions avec délivrance en pharmacie ? de méthadone oui non
de BHD oui non

2B. Vous n'avez pas d'unité de délivrance (pas de dispensation sur place)

- Faites-vous de la primo prescription de TSO ? oui non
- dont méthadone :
BHD :
autres :
- Lors de ces initialisations, la gestion du traitement se fait-elle
En pharmacie d'officine ? oui non
En centre ? oui non
- Si possible combien faites-vous de primo prescription dans l'année ?

- Nombre de personnes sous traitement TSO en 2007 :
• dont méthadone :
BHD :
sulfate de morphine :
- Y a-t-il une posologie initiale maximale pour la méthadone ? oui non
• Si oui laquelle ?
- Y a-t-il une posologie journalière maximale prescrite ? oui non
• Si oui laquelle ?
- Quel est le rythme moyen des analyses urinaires durant les trois premiers mois de délivrance de méthadone ?
- Combien de relais avez-vous adressés en médecine de ville dans l'année 2007 ?
- Équipe - Estimation du nombre d'équivalent temps plein consacré à l'unité en 2007 :
médecin :
psychologue :
travailleurs sociaux :
infirmiers :
autres :
commentaires :

3. Le suivi psycho-social

- Établissez-vous un contrat de soins ? oui non
- Établissez-vous un projet individualisé de prise en charge ? oui non
- Avez-vous mis en place une organisation particulière facilitant le suivi psycho-social ? oui non
- Estimez-vous avoir les moyens pour réaliser le suivi psycho-social des usagers, tel que vous le souhaiteriez ? oui non

4. Mesures RDR

- Proposez-vous auprès des personnes qui sont sous TSO des mesures de réduction des risques ? oui non
- Si oui lesquelles ?

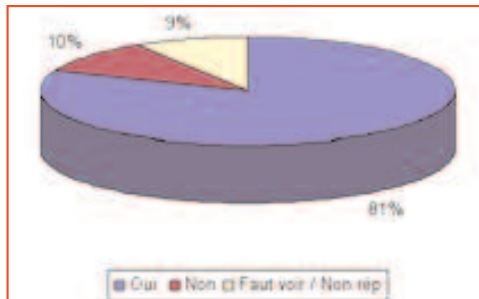
5. Votre engagement dans le projet anitea

- Êtes-vous volontaire pour les entretiens collectifs et individuels des professionnels dans votre structure ? oui non
- Nom et coordonnées de la structure :
- Si possible, personne référente pour ce projet :

Annexe 3

Quelques repères quantitatifs issus du questionnaire de lancement du projet

- Le questionnaire TSO a été envoyé à 324 destinataires dont :
 - 165 Adhérents anitea
 - 159 issus du fichier « Contacts ».
- Nous avons effectué un premier envoi le 24 février 2009, puis une relance le 19 mars 2009.
- Au 26 mai 2009, le taux de retour est de 28 % soit 90 questionnaires reçus.
- 81 % des établissements sont volontaires pour les entretiens !



1. Eléments d'identification

- Nombre d'établissement ayant répondu au questionnaire, par régions :

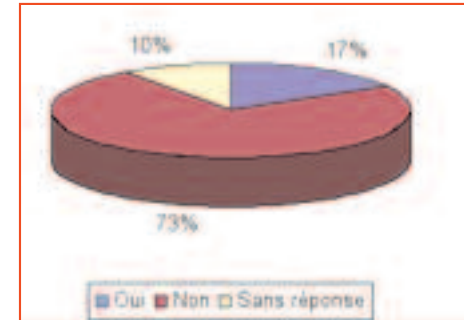
Alsace 2
Aquitaine 7
Auvergne 1
Basse-Normandie 1
Bourgogne 0
Bretagne 1
Centre 3
Champagne Ardenne 1
Corse 1
Dom Tom 2
Franche Comté 4
Haute Normandie 4
Ile de France 20
Languedoc Roussillon 8
Limousin 1
Lorraine 5
Midi Pyrénées 4
Nord Pas de Calais 7
Pays de la Loire 5
Picardie 1
Poitou Charente 2
PACA 3
Rhône Alpes 7

- Typologie des structures ayant répondu

95,5 % CSST – CSAPA ambulatoire
4,4 % CCAA – CSAPA
1,1 % CSST – CSAPA mobile
1,1 % CSST – CSAPA carcéral

2,2 % ont précisé qu'ils avaient des hébergements.

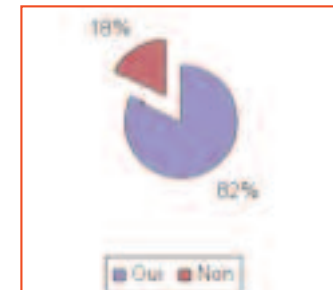
- Gestion d'un centre thérapeutique résidentiel (Gérez-vous un CTR ?)



- Gestion de l'établissement
72,5 % par une association
24,5 % par un hôpital
1% par une clinique mutualiste
2 % n'ont pas répondu

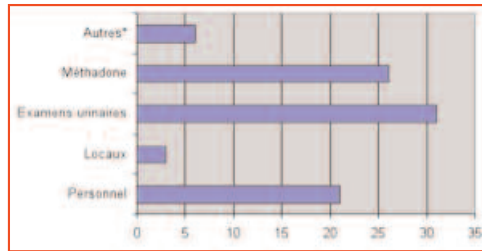
2A. Avec unité de délivrance

- Avez-vous une unité de délivrance ?



- Pour 49 % d'entre eux, l'activité TSO fait l'objet d'une convention entre l'association et l'hôpital.

- Cette convention porte sur :
(ce graphique est établi à partir de la fréquence de citations des réponses)

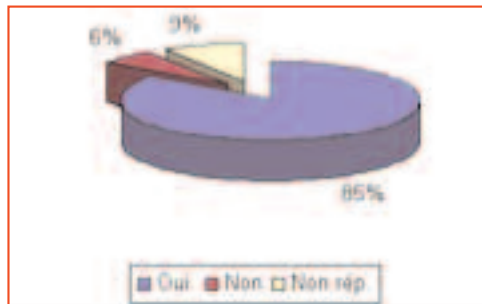


*Précisé une fois par « Destruction de seringues ».

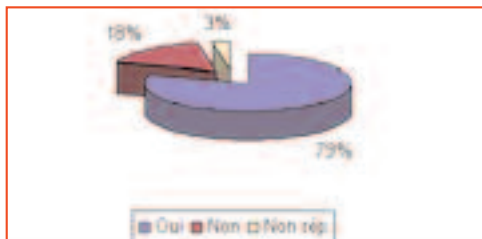
- TSO dispensés

23% de la méthadone seulement
62% de la méthadone et de la BHD
15% de la méthadone + BHD + autres

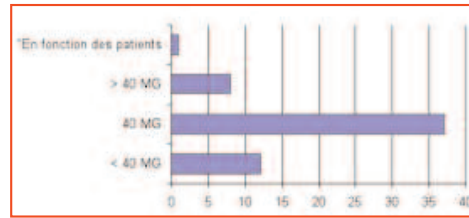
- Primo prescription de méthadone en 2007
(Faites-vous de la primo prescription ?)



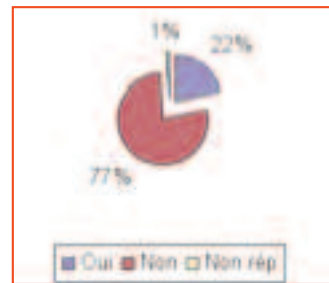
- Posologie initiale pour la méthadone (y-a-t-il une posologie maximale ?)



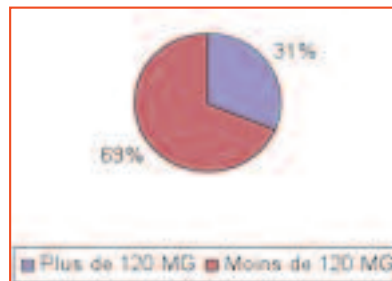
- Si oui, laquelle ?



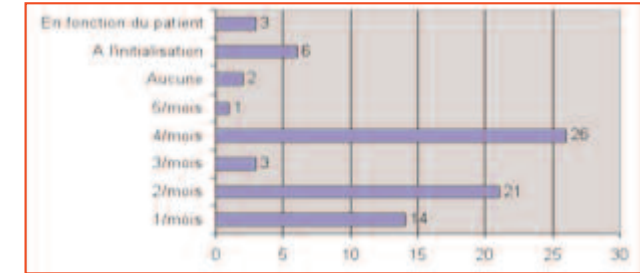
- Posologie journalière de méthadone (y-a-t-il une posologie maximale journalière prescrite ?)



- Si oui laquelle ?

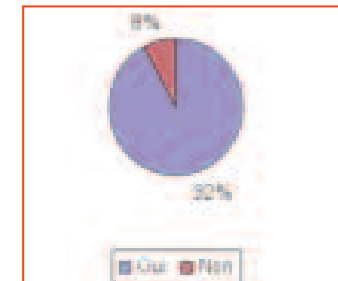


- Rythme des analyses urinaires (ce tableau est établi à partir de la fréquence de citations des réponses, convertie ensuite en « mois » afin d'obtenir une vision homogène. Dans plusieurs cas, il a été mentionné une fourchette plutôt qu'un chiffre précis.)

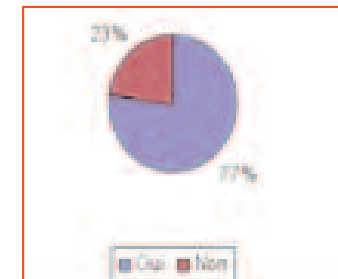


- Initialisations avec délivrance dès le début en pharmacie d'officine, de méthadone : oui à 85% , non à 15% de BHD : oui à 64%, non à 36%
(les non-réponses sont exclues)

- Prescriptions avec délivrance en pharmacie (les non-réponses sont exclues) de méthadone :

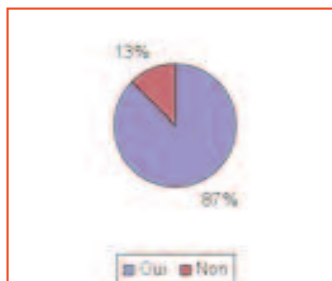


- de BHD :

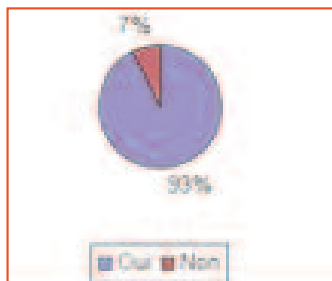


2B. Sans unité de délivrance (rappel : 18 % des structures n'ont pas d'unité de délivrance.)

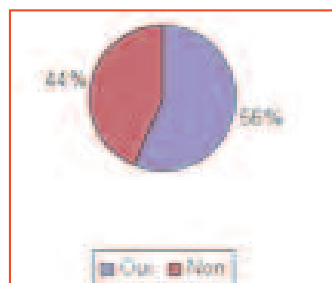
- Faites-vous de la primo prescription TSO ?



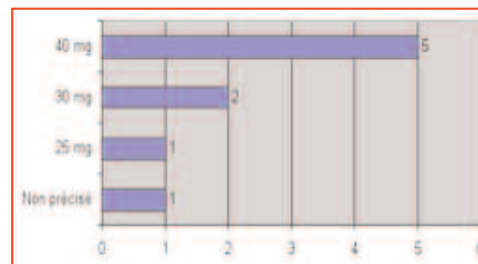
- Lors de ces initialisation, la gestion du traitement se fait-elle en pharmacie d'officine ?



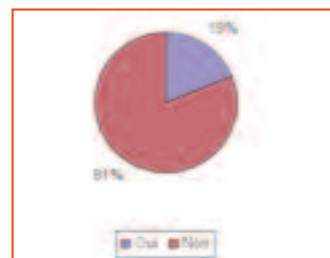
- Y a-t-il une posologie initiale maximale pour la méthadone ?



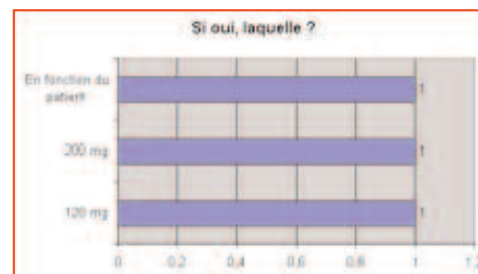
Si oui, laquelle ?



- Y a-t-il une posologie journalière maximale prescrite ?

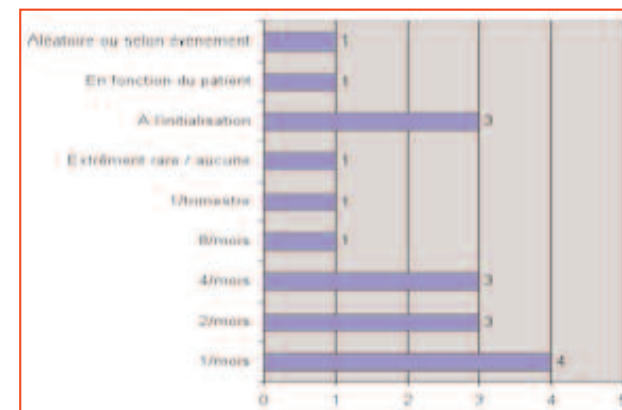


Si oui, laquelle ?



- Analyses urinaires (ce tableau est établi à partir de la fréquence de citations des réponses.)

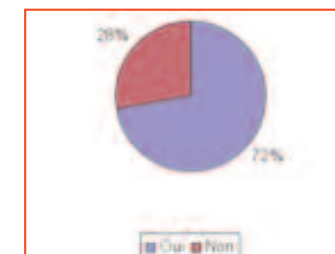
Quel est le nombre moyen d'analyses d'urine durant les 3 premiers mois de délivrance de méthadone ?



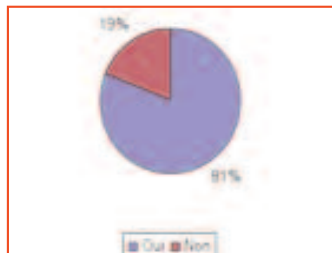
- Le nombre moyen de relais adressés en médecine de ville en 2007 est de 8 patients.

3. Le suivi psychosocial

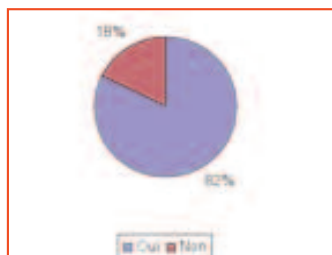
- Établissez-vous un contrat de soins ?



- Établissez-vous un projet individualisé de prise en charge ? Les non-réponses sont considérées comme des « non ».



- Avez-vous mis en place une organisation particulière facilitant le suivi psychosocial ? Les non-réponses sont considérées comme des « non ».

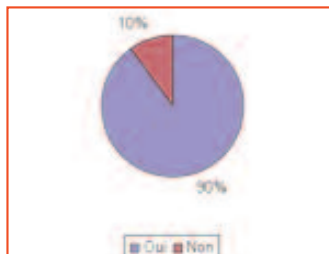


Précisions apportées :

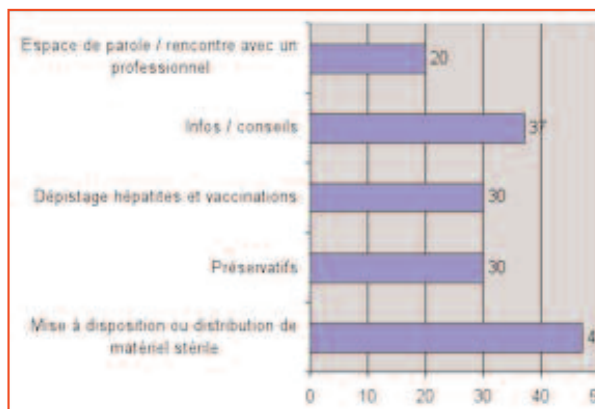
- « une réunion hebdomadaire pluri disciplinaire »
- « une procédure d'accueil »
- « une réunion assistants sociaux + éducateurs ».
- « un entretien obligatoire avec l'éducateur et entretien avec le psy pour toute demande d'initialisation ».

4. Mesures de réduction des risques

- Proposez-vous auprès des personnes qui sont sous TSO des mesures de RDR ?



Lesquelles ? (ce tableau est établi à partir de la fréquence de citations des réponses.)



Annexe 4 Grille d'entretien semi directif

Les pratiques professionnelles concernant les traitements de substitution aux opiacés (TSO) dans les CSAPA - GRILLE D'ENTRETIEN

1. Présentation de l'activité TSO

Cette première question a pour objectif de connaître et de situer l'activité TSO, de part son histoire, son évolution, son contexte institutionnel et géographique. Il s'agit également de recueillir spécifiquement votre vision / perception (encadrant, médical, socio-éducatif, psychologue...).

1.1 / Comment est née l'activité TSO ? Quelles ont été les grandes étapes de son développement ?

1.2 / Comment ont été reçus les TSO à leur début ?

1.3 / Pouvez-vous décrire précisément l'activité TSO ? (personnel / équipes, file active, convention / hôpital...)

2. L'accueil et l'admission

Cette seconde question a pour objectif de comprendre comment sont effectués l'accueil et l'admission des personnes et pour quelles raisons tel ou tel choix de pratique, a été fait. Il s'agit également de faire émerger, les contraintes et les zones de souplesse des pratiques d'admission.

2.1 / Pouvez-vous décrire comment sont accueillis les usagers qui arrivent ?

C'est-à-dire : le lieu, les professionnels rencontrés, les procédures, les critères d'admissibilité, les outils utilisés, le degré de formalisation et d'évaluation, la posture professionnelle adoptée...

2.2 / Dans quelles conditions, les usagers accèdent-ils aux traitements ? Est-ce formalisé ? Qu'est-ce qui motive un refus ?

2.3 / Lors de l'admission, quels éléments relèvent du « cas par cas » c'est-à-dire de l'adaptation au patient ?

3. L'initialisation médicale (méthadone + BHD + autres)

Cette troisième question a pour objectif de définir les pratiques d'initialisation médicale, d'un point de vue technique et médical ; puis de balayer les différents outils d'évaluation mis en place.

À chaque fois : pour la méthadone* / pour la BHD** / pour les autres

3.1 / Pouvez-vous décrire techniquement et médicalement l'initialisation médicale que vous pratiquez ?

3.2 / Quelles variations ou adaptations observez-vous ou proposez-vous ? Pourquoi ?

***3.3 /** Délivrez-vous de la méthadone sous forme de gélules ?

****3.4 /** Utilisez-vous des médicaments génériques de la BHD ? Selon quels critères ?

4. L'accompagnement médico-psycho-social

Cette quatrième question a pour objectif de définir quel accompagnement est proposé au regard des trois volets suivants : médico-psycho-social. Il s'agit également de comprendre si et pourquoi un aspect est privilégié par rapport à un autre.

4.1 / Concernant les trois volets possibles de l'accompagnement d'une personne : médical, psychologique et social, pouvez-vous expliquer comment vous travaillez sur ces 3 aspects ?

4.2 / Quels outils déployez-vous pour cet accompagnement (protocole, contrat de soin, analyse d'urine, ...) ? Certains outils sont-ils partagés avec le patient ? Pourquoi ?

Cette question se propose enfin d'aborder, comment la structure a organisé les compétences en présence, pour servir cet accompagnement, puis ses pratiques et posture en matière de responsabilité des professionnels :

4.3 / Pour assurer l'accompagnement médico-psycho-social, tel que vous venez de le décrire, comment les différents professionnels intervenant, collaborent-ils ? Des façons spécifiques de travailler ensemble ont-elles été nécessaires ?

4.4 / Comment sont appréhendées les questions relatives à la responsabilité des professionnels, notamment au regard du ou des dossiers des patients ? Quelle est votre position, quelles sont vos pratiques ?

5. Les conditions de relais et de fin

Cette cinquième question a deux objectifs : d'une part examiner la nature des liens avec les acteurs « ville » (Médecins généralistes, pharmacies), et d'autre part, comment se passe la fin de prise en charge des patients.

5.1 / Y a-t-il des relais avec les médecins de ville ? Sur quels critères ? Ces liens sont-ils formalisés ? Quels avantages et limites constatez-vous ?

5.2 / Y a-t-il des relais avec les pharmaciens ? Sur quels critères ? Ces liens sont-ils formalisés ? Quels avantages et limites constatez-vous ?

5.3 / Comment procédez-vous avec le patient ? (Initiative, conditions, étapes, outils...)

- en cas de relais
- en cas de fin de traitement

6. Les pistes d'amélioration

Cette dernière question a pour objectif de recueillir à la fois la vision de la personne interviewée sur les avancées ou évolutions constatées ; puis de lui laisser proposer des pistes d'amélioration ou des suggestions, concernant la qualité de ses pratiques ou de celles de sa structure.

6.1 / En matière de traitement de substitution, quelles évolutions notez-vous dans votre pratique ?

6.2 / Concernant le champ des TSO, sur quels points y a-t-il des améliorations ou des évolutions à travailler selon vous ?

Nous vous remercions pour votre participation !

Annexe 5 Deux études de cas pour les entretiens collectifs

Prenons le cas d'une jeune fille, une « teufeuse » de 19 ans... que nous appellerons Sophie.

1 / Sophie a commencé à prendre des opiacés depuis 6 mois environ de façon régulière. Elle s'est procurée du subutex (qu'il lui est arrivé de shooter au début) ou parfois de la méthadone. Elle voudrait qu'on lui en prescrive. Que faites-vous avec cette jeune fille ?

2 / Durant l'initialisation, Sophie n'est pas régulière dans ses venues, elle habite loin.... et puis elle consomme d'autres substances (amphétamines, parfois kétamine en « teuf » le week-end et surtout de l'alcool). Ses urines ne sont jamais "clean", elle arrive même parfois « défoncée »... Comment réagissez-vous ?

3 / Sophie "disparaît" pendant plus de 4 semaines et vous n'avez aucune nouvelle. Puis elle revient en prétextant que sa mère était malade, qu'elle a dû s'en occuper et qu'elle s'est procurée des produits de remplacement sur le marché noir. Elle demande alors qu'on reprenne son traitement et qu'on augmente les doses. Que décidez-vous ?

4 / À l'évidence, Sophie a des problèmes psychologiques et même des troubles psychiques (des phénomènes de dépersonnalisation notamment qui la conduisent à des épisodes délirants) dont il est difficile de savoir s'ils apparaissent sous l'effet des produits qu'elle prend ou indépendamment. Qu'allez-vous faire ? Et si elle refuse tout suivi psychiatrique ?

5 / Sophie veut partir rejoindre un Technival en Hongrie, elle doit voyager 3 ou 4 semaines, elle ne sait pas exactement. Elle veut son traitement pour cette période. Que lui répondez-vous ?

6 / Sophie rate de plus en plus ses rendez-vous avec le médecin du centre et demande des dépannages qui vont jusqu'à 15 jours. Que faites-vous dans ce cas ?

7 / Sophie tombe enceinte en cours de traitement. Qu'allez-vous lui conseiller ?

8 / Sophie ne le vous dit pas mais vous apprenez par le pharmacien qu'elle achète en même temps des seringues. Qu'allez-vous faire ?

9 / Devenue régulière et s'étant peu à peu stabilisée, Sophie demande à passer à la gélule de méthadone. Faites-vous ce passage à la gélule ?

10 / Elle ne veut pas aller en médecine de ville car elle n'a pas les moyens de payer le médecin dit-elle. Comment réagissez-vous ?

11 / Finalement, Sophie veut arrêter son traitement de substitution, mais elle veut que ça soit rapide ou au contraire très lent. Que lui proposez-vous ?

Prenons le cas d'une jeune fille, une « teufeuse » de 19 ans... que nous appellerons Céline.

1 / Céline est à la rue, et sous traitement de méthadone. Elle a du mal à garder son traitement à l'abri ou à venir tous les jours au centre dans les heures d'ouverture. Comment travaillez-vous ces difficultés ? Quel(s) professionnel(s) rencontre Céline ?

2 / Céline a entamé un accompagnement social lors de son initialisation méthadone. Son traitement va lui être délivré en pharmacie car elle a trouvé du travail et l'urgence de son

quotidien ne lui permet plus de venir au centre. Le médecin est favorable à un relais. Le travailleur social n'a pas terminé ses démarches avec Céline et estime que le relais est trop précipité. Comment cette situation est-elle gérée ?

3 / Céline mésuse son traitement méthadone et reste dans des usages importants de cocaïne et d'héroïne en shoot. Si l'accès à la méthadone lui a permis un temps de se distancier de ses usages, Céline est de nouveau en difficulté. Elle habite à 45 minutes du centre et n'a plus de moyen de transport. Ses passages au centre sont épisodiques ; la question de l'arrêt du traitement est posée par l'équipe. Céline supplie l'équipe de ne pas arrêter le suivi arguant que la méthadone est tout de même une aide précieuse pour elle et que ses passages même épisodiques lui offrent la possibilité d'un espace de parole indispensable à ses yeux. Arrêter son traitement serait-ce l'isoler un peu plus ? Et il n'y a pas de possibilité de relais ville sur place. Que faites vous ?

4 / Céline est sous traitement méthadone au centre. Elle ne prend plus d'héroïne mais consomme de temps en temps de la cocaïne. Lors d'un entretien avec le travailleur social, elle évoque le fait que son fils de 5 ans, alors qu'elle allait l'emmener à l'école, lui aurait dit : « Tu prendras ta trace plus tard maman ». Elle ne comprend pas, pensant avoir toujours été vigilante. Un relais en ville est prévu sous 15 jours. Chacun au regard de vos missions, que faites-vous ?

5 / Céline est suivie au CSAPA et bénéficie d'un traitement méthadone. Elle fréquente également le CAARUD. Quel travail d'accompagnement faites-vous en commun ? Y a t il pour vous adéquation ou au contraire paradoxe à ce qu'un usager fréquente ces 2 structures en même temps ?

6 / Céline sort de prison et continue son suivi psycho éducatif en CSAPA. Elle est sous subutex en ville. Elle le prend correctement mais exprime avoir des envies de cam et ne pas se sentir suffisamment sédatisée. Ayant eu de la méthadone en prison et se sentant mieux avec, elle voudrait être initiée au centre. Céline se trouve confrontée à une fin de non-recevoir de sa maman chez qui elle est revenue vivre et avec qui elle reconstruit des liens depuis sa sortie de prison. Sa maman refuse de la voir sous méthadone estimant que ce médicament va « la défoncer ». Comment travaillez-vous avec la famille pour faciliter l'accès de la patiente à la substitution ?

7 / Céline a eu quelques rendez-vous pour faire le point à son entrée au centre, avec le travailleur social et le médecin, à l'occasion de son initialisation méthadone. Une relation s'est construite avec ces deux professionnels mais vous évaluez en équipe qu'un accompagnement psychologique serait nécessaire. Céline est réfractaire à cette idée argumentant d'une relation sécurisante avec vous. Que faites-vous

bibliographie

Réglementation

- Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
- Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.
- Circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.
- Circulaire DGS n°4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.
- Circulaire DGS /SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative à la prise en charge financière des frais d'analyse urinaire des personnes toxicomanes traitées par méthadone dans les centres spécialisés de soins pour toxicomanes ayant passé convention avec l'Etat
- Circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.
- Circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.
- Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Documents de référence

FFA – ANAES, Conférence de consensus, Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, *Alcoologie et Addictologie*, Tome 26, Supplément au n°4, décembre 2004.

ANAES, Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. *Recommandations pour la pratique clinique*, juin 2004.

INSERM, Expertise collective sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, 2010
<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

OFDT, Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés, *Tendances* N° 65 mai 2009.

Documents de référence étrangers

Euromethwork, Lignes directrices pour le traitement à la méthadone
<http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesfr/frameguidelinesfr.htm>

Office Fédéral de la Santé Publique, Confédération Suisse, Dépendance aux opioïdes : Traitements basés sur la substitution, 2009.
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html?lang=fr>

Société Suisse de Médecine de l'Addiction, Berne, Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution des patients dépendants aux opioïdes, Suisse, 2007.
http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen_070525_fr.pdf

Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec, La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes : lignes directrices, 2009.
http://www.opq.org/fr/media/docs/guides-normes/buprenorphone_copie_finale.pdf?bc si_scan_CBA24F92DB3F63E2=lyGPB2fVuQUn RxcUY8YJrqAAAAByzapo&bcsi_scan_filena me=buprenorphone_copie_finale.pdf

Ministry of Health, New Zealand, Opioid Substitution Treatment - New Zealand Practice Guidelines, 2008.
<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/opi oid-substitution-treatment-guidelines-dec2008?Open>

Department of Health, State Department of Victoria, Australia, National and clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine (2006) and methadone (2003) in the treatment of opioid dependence,
<http://www.health.vic.gov.au/dpu/pharm.htm>

College of physicians and surgeons of Ontario, Canada, Methadone maintenance guidelines, 2005.
http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/polici es/guidelines/methadone/Meth%20Guidelines %20_Oct07.pdf

Ouvrages

Auriacombe M., Fatseas M., Thérapeutique de substitution en addictologie : concepts et principes généraux, in M. Reynaud (Dir), *Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion, coll. Médecine-Sciences, 2006.

Ball J.C., Ross A., *The effectiveness of methadone maintenance treatment. Patients, programs, services, and outcome*, 1st ed., New York, Springer Verlag, 1991.

Dole V.P, Nyswander M., A medical treatment for diacetyl morphine (heroin) addiction, *JAMA*, 1965, 193 : 646-50.

Gibier L., *Prise en charge des usagers de drogues*, Paris, Doin, 1999.

Jacques J.P., Figiel C., *Drogues et Substitution. Traitements et prise en charge du sujet*, Bruxelles, De Boek & Larcier s.a., 2006.

Lowenstein W., Gourarier L., Coppel A., Lebeau B., Hefez S., *La méthadone et les traitements de substitution*, Paris, Doin, 1995.

Magnin C., Morel A., Traitement de substitution des opiacés, in Morel A., Couteron J.P., Fouilland P. (Dir.), *Aide-mémoire d'addictologie*, Dunod, 2010.

Morel A., Couteron J.P., *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*, Paris, Dunod, 2008.

Sites Internet

Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie
<http://www.anitea.fr/>

Association Auto Support des Usagers de Drogues <http://www.asud.org/>

Association Française pour la Réduction des Risques <http://a-f-r.org/plume/>

Coordination Nationale des Réseaux Microstructures Médicales
<http://www.reseau-rms.org/>

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé <http://www.afssaps.fr/>

Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
<http://www.drogues.gouv.fr/>

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies <http://www.ofdt.fr/>

Ministère de la Santé et des Sports
<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

Ordre National des Médecins
<http://www.conseil-national.medecin.fr/>

Ordre National des Pharmaciens
<http://www.ordre.pharmacien.fr/>



9 rue des bluets 75011 Paris • www.anitea.fr • alcoologie.org

rédaction : Dominique Meunier, chargée de mission anitea / F3A
d.meunier@anitea.fr - 01 42 28 83 36.

comité de relecture : Jean-Pierre Couteron, Nathalie Latour, Dr Alain Morel,
Marie Villez, Dr Catherine Pecquart, Dr Sylvie Mahier, Corinne Drack,
Dr Aram Kavcuyan, Dr Laurent Michel, Dr Brigitte Reiller, Martine Bidaud,
Nicolas Heulin, Serge Laye.

conception graphique Carole Peclers
impression La Petite Presse, Le Havre, Seine-Maritime, Haute-Normandie
achevé d'imprimer octobre 2010



Pratique(s)