

# Le dispositif de traitement des addictions

**Christophe Palle**

Les personnes en difficulté avec leurs conduites addictives peuvent trouver de l'aide auprès de différents professionnels et structures. Marqué auparavant par le clivage alcool/drogues illicites et une implication relativement faible des médecins généralistes et des hôpitaux généraux, le dispositif a évolué depuis la fin des années 1990 après l'adoption du concept d'addiction et la mise en œuvre des plans de la MILDT<sup>1</sup> de 1999-2001 (MILDT, 2000) et 2004-2008 (MILDT, 2004) et du plan addictions 2007-2011 (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006). Le système de prise en charge des addictions vise à permettre la continuité des soins en articulant trois pôles complémentaires : les structures spécialisées, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les hôpitaux et la médecine de ville. Cette partie décrit le dispositif de soins en addictologie. L'ensemble de l'offre dans le domaine de la réduction des risques est abordé précédemment (voir chapitre « Interventions en réduction des risques et des dommages », p. 95).

## Le pôle médico-social : les CSAPA

Les CSAPA sont des structures à caractère médico-social assurant vis-à-vis des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives un accueil de proximité, une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et éducative) et un suivi dans la durée tout au long du parcours de soins. Cette prise en charge est effectuée gratuitement et dans le respect de l'anonymat. Ils reçoivent et accompagnent également l'entourage des usagers. Leurs missions communes englobent l'accueil, l'orientation, le traitement des addictions et la réduction des risques. Les CSAPA regroupent des centres auparavant spécialisés dans la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ou avec les drogues illicites (circulaire du 28 février 2008). Ils peuvent conserver leur spécialisation antérieure, mais une part importante, environ 65 % en 2016, se définissent désormais comme généralistes, 18 % se déclarant spécialisés en alcoologie et 17 % dans les drogues illicites (Palle et Rattanatray, 2018). Aux missions obligatoires indiquées plus haut peuvent s'ajouter des missions facultatives : consultations de proximité à l'extérieur de leurs locaux (incluant les consultations jeunes consommateurs (CJC)) et repérage précoce des usages nocifs, prise en charge des addictions sans substance, intervention auprès des personnes détenues ou sortant de prison, activité de prévention, de formation et de recherche. En 2016, 71 % des CSAPA indiquent disposer d'une CJC et un peu plus de la moitié déclarent intervenir en milieu carcéral, dont 11 qui y consacrent toute leur activité (Palle et Rattanatray, 2018).

Ces centres peuvent accueillir leur public dans un cadre ambulatoire ou en résidentiel. Les CSAPA en ambulatoire, au nombre de 377 en 2016, sont présents dans l'ensemble des départements français. Un même CSAPA peut disposer d'antennes et de consultations avancées. Ces centres sont majoritairement gérés par des associations, mais 37 % d'entre eux dépendent d'un établissement public de santé (Palle et Rattanatray, 2018). Tous sont financés par le budget de l'Assurance-maladie pour ce qui concerne la prise

*1. Devenue MILDECA en 2014.*

en charge médico-sociale. Les CSAPA doivent en revanche rechercher des financements spécifiques pour les activités de prévention. Ces structures ont accueilli en 2016 environ 293 000 personnes, pour un contact ponctuel dans certains cas (au moins 20 %) et dans le cadre de suivis de plus ou moins longue durée pour les autres. En 2016, elles employaient environ 4 200 professionnels en équivalent temps plein, répartis en emplois sanitaires (49 %, dont 13 % de médecins), socio-éducatifs (22 %), de directeurs et de secrétaires (24 %) et « autres » (5 %). Le budget de ces structures représentait 324 millions d'euros en 2016 (Palle et Rattanatray, 2018).

Le regroupement administratif des centres en ambulatoire auparavant spécialisés en alcoologie ou en toxicomanie, à la fin des années 2000, s'est traduit par un certain nombre de fusions entre centres au plan local et par une diversification progressive des publics au cours des années 2010. Cependant, les spécialisations antérieures demeurent très présentes, y compris dans les structures qui se revendiquent généralistes. En dehors des fusions, le nombre de CSAPA en ambulatoire a peu évolué entre 2010 et 2016. Cette période a d'autre part été marquée par la mise en place des CSAPA référents en milieu pénitentiaire (un par établissement pénitentiaire), dont la mission est d'améliorer la continuité des soins pour les personnes détenues (instruction du 17 novembre 2010).

Les centres avec hébergement, beaucoup moins nombreux (48 en 2016), se subdivisent en 40 centres thérapeutiques résidentiels (CTR) dévolus aux moyens séjours, et 8 communautés thérapeutiques (CT) pour les longs séjours. Ces dernières se caractérisent également par un mode de fonctionnement communautaire donnant aux résidents-pairs un rôle central dans le processus thérapeutique. L'ensemble de ces centres (CTR et CT) associent hébergement collectif et soins et assurent auprès de leurs publics les mêmes missions et prestations que les CSAPA en ambulatoire (circulaire DGS). Les prises en charge résidentielles sont indiquées pour les usagers de drogues pour qui la prise en charge en ambulatoire apparaît insuffisante, en raison de conditions de vie dégradées, de comorbidités somatiques ou psychiatriques, de problématiques sociales lourdes et, de façon générale, lorsqu'une rupture avec l'environnement habituel semble nécessaire. Dans la plupart des cas, les sevrages ont lieu préalablement à l'admission dans ces centres, souvent en milieu hospitalier. Depuis leur création, ces structures – autrefois appelées « postcure » – accueillent presque exclusivement des consommateurs de drogues illicites après sevrage, les usagers alcool-dépendants étant généralement orientés vers les centres de soins de suite en alcoologie rattachés, pour des raisons historiques, au dispositif hospitalier (voir ci-après). La situation a évolué et, en 2016, les CTR et CT ont accueilli une part importante de personnes prises en charge principalement en raison de leur consommation d'alcool mais qui reste minoritaire (38 %), les admissions liées aux drogues illicites restant prédominantes. Les CTR et les CT ont hébergé près de 3 000 personnes en 2016 (Palle et Rattanatray, 2018).

Les CSAPA en ambulatoire ou avec hébergement peuvent également gérer des appartements thérapeutiques dans lesquels les personnes accueillies peuvent se préparer à mener une vie autonome. Près de 1 000 usagers de drogues ont été hébergés en 2016 dans ces logements. Un petit nombre de CSAPA (9 en 2016) gèrent des réseaux de famille d'accueil (RFA) et disposent ainsi de quelques places d'hébergement au sein d'une famille (75 au total en 2016 pour environ 200 personnes hébergées). Certains CSAPA proposent également des places d'hébergement

d'urgence dans des lieux spécialisés ou dans des hôtels. Il existe enfin une offre limitée de places pour des personnes qui sortent d'un établissement pénitentiaire (115 au total en 2016). Ce type d'accueil peut être géré par des CSAPA avec hébergement ou des CSAPA en ambulatoire. Le nombre d'emplois concernés par l'ensemble des activités d'hébergement est d'un peu plus de 1 000 ETP, dont 600 pour les CTR et les CT (Palle et Rattanatray, 2018).

## Le pôle hospitalier

À l'hôpital, les soins aux personnes ayant un problème de conduites addictives sont organisés depuis 2007 au sein d'une filière addictologique regroupant différentes unités. Leur objectif est l'accès des patients à une prise en charge globale graduée et de proximité et, si nécessaire, en recourant à un plateau technique spécialisé. Cette filière comprend trois niveaux distincts.

- Les structures de niveau 1 sont des structures de proximité qui ont pour mission la mise en place des sevrages résidentiels simples, les activités de consultation et de liaison. Ces missions sont assurées respectivement dans le cadre d'unités de sevrage simple, de consultations hospitalières en addictologie qui accueillent les patients en ambulatoire et d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Ces dernières fournissent assistance aux équipes de personnel soignant dans les hôpitaux et participent à leur formation. Les différents services hospitaliers, lorsqu'ils rencontrent un patient hospitalisé présentant des problèmes d'addiction, peuvent ainsi contacter l'ELSA pour un diagnostic et la mise en place, si besoin, d'un protocole de soins addictologiques et, le cas échéant, l'orientation vers une structure spécialisée adaptée.
- Les structures de niveau 2 offrent les mêmes services que celles de niveau 1, auxquels s'ajoutent l'offre de soins résidentiels complexes<sup>2</sup> (unités de sevrages et de soins complexes et hôpitaux de jour) et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie. Ces derniers accueillent les patients pour des séjours de quelques mois, le plus souvent à la suite d'un sevrage.
- Les structures de niveau 3 assurent les missions des structures de niveau 2 et des missions d'enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale (circulaire du 26 septembre 2008).

D'après les dernières données disponibles, en 2012, on comptait en France 249 établissements hospitaliers dotés de lits d'hospitalisation pour sevrage simple, 122 unités de sevrage complexe, et 76 hôpitaux de jour. Le nombre d'établissements répondant uniquement aux critères du niveau 1 s'élevait à 166. Il existait également 112 établissements remplissant les critères du niveau 2 et 6 pour le niveau 3 (données DGOS, 2012 « Enquête sur le dispositif de prise en charge en addictologie »).

Des données plus récentes (2016) font état de 112 établissements indiquant une activité de soins de suite en addictologie (données DGOS 2016, base de données DIAMANT). En 2017, 318 ELSA ont également été recensées (données DGOS 2017, PIRAMIG), ainsi que 351 établissements dotés d'une consultation hospitalière en addictologie (données DGOS 2017, base de données ARBUST). Un même établissement hospitalier peut rassembler plusieurs de ces structures.

En 2017, 125 600 patients ont été hospitalisés pour un problème de conduite addictive et 231 000 ont été vus en ambulatoire dans une consultation hospitalière d'addictologie (ATIH, 2017c).

2. La notion de soins complexes est définie en référence à des critères de gravité des addictions ou de comorbidités associées.

## Le pôle médecine de ville

Situé au plus près de la population, connaissant souvent la famille et l'environnement des patients, le médecin de ville, plus particulièrement le médecin généraliste, constitue fréquemment le premier recours pour les personnes en difficulté avec une conduite addictive. Il répond aux demandes spécifiques des patients portant sur les addictions, mais se trouve également en position de les dépister et de les prévenir.

D'après les dernières données disponibles (Gautier, 2011), près de 70 % des médecins généralistes ont vu en 2009 au moins un patient au cours d'une semaine donnée pour un sevrage tabagique et un peu plus de 50 % pour un sevrage à l'alcool. Les nombres de patients correspondant à ces activités étaient estimés respectivement à 90 000 et 50 000. La moitié des médecins ont déclaré avoir reçu au moins une personne dépendante aux opioïdes dans le mois, pour une prescription d'un médicament de substitution aux opioïdes (MSO) dans près de 90 % des cas. Selon les données de l'Assurance-maladie, les médecins de ville ont prescrit des MSO à près de 141 000 patients en 2017 (Brisacier, 2019).

### Les microstructures



La prise en charge des personnes ayant des conduites addictives problématiques fait appel à des compétences pluridisciplinaires que le médecin généraliste seul ne possède pas. L'idée s'est donc fait jour de constituer une équipe de soins au sein du cabinet du médecin. Cette microstructure est composée du médecin et d'au moins un psychologue et un travailleur social. Elle constitue une unité de soins primaires et s'inscrit dans le maillage territorial des soins de premier recours. Sa population cible est constituée par les patients présentant des situations complexes en matière de conduites addictives, des situations de précarité ou des comorbidités liées à l'usage de drogues.

En 2017, 51 microstructures médicales implantées dans sept régions ont suivi près de 1 700 personnes : dans le Grand-Est principalement (où elles ont vu le jour à Strasbourg dès 1999), les Hauts-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Bourgogne-Franche-Comté ainsi que, plus récemment, l'Occitanie, l'Île-de-France et l'Auvergne-Rhône-Alpes (Coordination nationale des réseaux des microstructures, 2018).

### Références législatives

Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médicosociaux d'addictologie. *BO Santé, Protection sociale, Solidarité* n° 3 du 15 avril 2008, p. 186-207. (NOR SJSP0830130C)

Circulaire DHOS/O2 n° 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. *BO Santé, Protection sociale, Solidarité* n° 2008/10 du 15 novembre 2008, p. 166-181. (NOR SJSH0830983C)

Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n° 2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. *BO Santé, Protection sociale, Solidarité* n° 2010/12 du 15 janvier 2011, p. 173-176. (NOR ETPS1029295J)