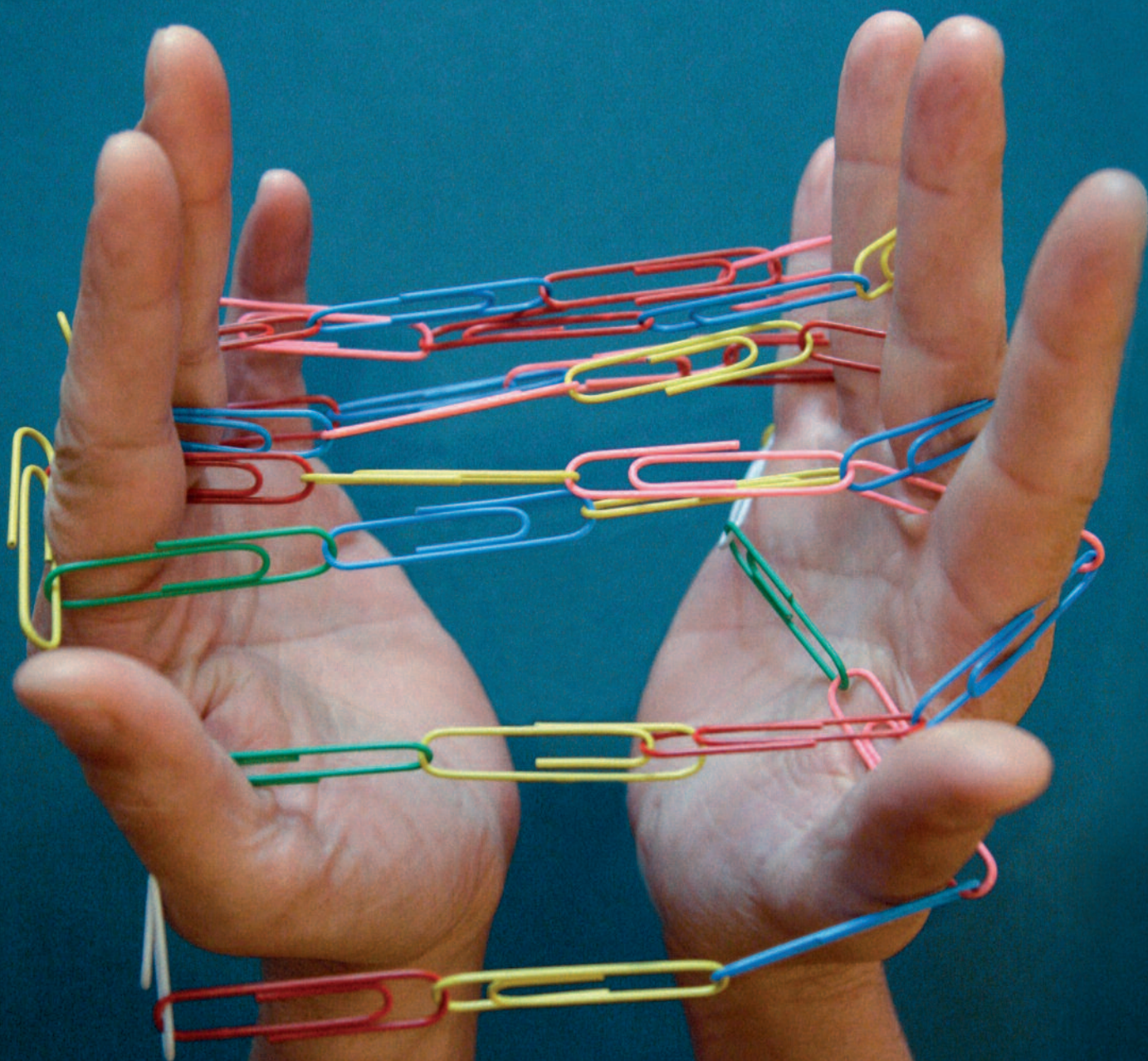


NOS ASSOCIATIONS COMPÉTENCES



POUR UNE APPROCHE
MÉDICO-SOCIALE DES ADDICTIONS



NOS ASSOCIATIONS COMPÉTENCES

Le dispositif médicosocial affirme que :

- L'usager a vocation à être « l'ensemblier » de tous les services qui lui sont proposés.
- L'intervention professionnelle s'enracine dans un système d'alliances thérapeutiques inscrites dans la durée.
- Le travail avec l'usager implique non pas un seul intervenant mais une équipe transdisciplinaire.

- Le produit n'est jamais le problème ; il est partie du problème et partie de la solution au problème.

Chacune des réponses médico-sociales, qu'elle soit ambulatoire ou en hébergement, qu'elle vise à prévenir les risques et les complications, à soigner, à réinsérer, met en œuvre les principes d'action et les postures déclinés dans ce document.

I. L'ÉMANCIPATION progressive du secteur médico-social

La naissance du secteur médico-social procède d'un double mouvement : d'une part la diversification du secteur hospitalier, d'autre part la reconnaissance de pratiques d'action sociale et médicosociales qui se sont progressivement mises en place depuis le milieu du 19^e siècle.

Au Moyen Âge, les hospices et asiles ont une fonction d'accueil des « indigents » et des « nécessiteux ». Au 17^e siècle, les hôpitaux généraux visent aussi à protéger la société de ses marginaux. À partir de la Révolution, l'hôpital va se consacrer davantage à sa mission sanitaire.

La deuxième moitié du 19^e siècle voit proliférer une multitude d'initiatives privées de bienfaisance et d'assistance. Parallèlement, les hôpitaux publics se diversifient pour répondre aux besoins de publics en difficultés : enfance "inadaptée", malades mentaux, etc.

Après la deuxième guerre mondiale, c'est un foisonnement d'instituts qui s'organisent progressivement dans le champ de l'enfance, du handicap... **La créativité du secteur associatif permet de répondre à la grande diversité des publics et des besoins, dans un objectif affiché de prévention, d'éducation, d'accompagnement.**

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 recentre l'hôpital sur ses activités sanitaires, reconnaissant ainsi ses limites en matière d'accueil social et médico-social de certains publics.

La loi du 30 juin 1975 organise un cadre spécifique dédié au seul secteur social et médico-social. Le premier objectif est

l'autonomie du secteur social : en lui donnant la possibilité de médicaliser ses structures, ou d'offrir des prestations médicales, elle le met en capacité d'assurer la cohérence de prises en charge globales et adaptées aux publics. **C'est ainsi qu'est fondé un secteur intermédiaire : le médico-social qui s'affranchit du secteur hospitalier pour favoriser un continuum de réponses.**

Le second objectif est d'**unifier** les établissements accueillant toutes sortes de publics dont le point commun est d'être fragilisé, en particulier grâce à un régime unique d'autorisations. Le troisième est de **favoriser la souplesse, la créativité, l'initiative** pour que les offres soient les mieux adaptées à des problématiques diverses et en constante évolution. **Le socle de l'action médico-sociale est ainsi construit.**

C'est dans ce même mouvement que, **dans les années 70**, se créent les structures de soin et d'accompagnement destinées aux personnes présentant des problèmes d'alcool d'une part, et aux personnes toxicomanes d'autre part, qui sont à l'origine du dispositif actuel.

Les Centres d'Hygiène Alimentaires, les CHA, financés directement par le Ministère de la Santé, et portés par des associations ou des hôpitaux, réunissent quelques professionnels de santé autour de médecins généralistes de ville, s'adressent à des

« Après la deuxième guerre mondiale, c'est un foisonnement d'instituts qui s'organisent progressivement dans le champ de l'enfance, du handicap... »

« **C'est dans ce même mouvement que, dans les années 70, se créent des structures de soin et d'accompagnement destinées aux personnes présentant des problèmes d'alcool d'une part et aux personnes toxicomanes d'autre part, qui sont à l'origine du dispositif actuel.** »

consommateurs excessifs d'alcool, et ont pour projet thérapeutique le conseil hygiéno-diététique destiné à éviter le passage à l'alcoolisme dépendance. L'afflux de personnes présentant des problèmes d'alcool souvent très lourds a saturé le dispositif, et les centres deviennent CHAA, Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoolologie.

De même, pour répondre aux besoins spécifiques des usagers de drogues, se créent dans les années 70 des structures de soins et d'accompagnement à la réinsertion, qui longtemps dispositifs d'exception, sont reconnues par un décret de juin 1992 sous le nom de CSST.

L'addictologie médico-sociale qui ne portait pas encore ce nom est lancée.

En 1991, la loi de réforme hospitalière crée les réseaux Ville-hôpital.

L'évolution des pathologies et des publics accueillis à l'hôpital conduisent celui-ci à élargir la palette des services offerts.

L'ordonnance de 1996 donne la possibilité aux établissements de santé de gérer des services sociaux et médico-sociaux. Cette ordonnance remet en question les frontières précédemment établies entre le sanitaire et le social, et conduit les institutions à élaborer de nouveaux repères concernant leurs spécificités mutuelles et leurs modes de coopération.

Dans le même esprit, **la loi de 1998** affirme le rôle de l'hôpital dans la lutte contre les exclusions.

On voit donc que le secteur hospitalier et le secteur médico-social sont en perpétuel mouvement de distinction/coopération !

La loi de janvier 2002, élargit le champ d'application de la loi de 1975, et considère les CSST et les CCAA comme acteurs du médico-social, reconnaissant ainsi leur double mission de soin et d'accompagnement vers l'insertion sociale.

Elle place les usagers comme acteurs centraux de leur parcours. Elle invite les structures et services à entrer dans une logique de service aux usagers, en favorisant la co-construction de leur projet, leur expression et leur participation au fonctionnement des établissements qui les accueillent.

Ces dispositions fondamentales consacrent la place des usagers acteurs à la fois de leur parcours de soin et d'insertion, et au sein d'instances collectives de consultation.

II. LES PRINCIPES de l'approche médico-sociale des addictions

Les structures et services d'addictologie ont élaboré un corpus théorique et des pratiques propres à une conception médico-sociale des addictions qui promeut une offre globale visant à améliorer la qualité de vie des personnes dans leur environnement.

➤ La place de l'utilisateur : alliance thérapeutique et codécision

On ne peut évaluer une pratique addictive sans prendre en compte la personne, le sens qu'elle donne -ou ne donne plus- à sa pratique, les avantages qu'elle y trouve, les problèmes qu'elle rencontre. C'est en adoptant une posture d'alliance avec l'utilisateur, y compris dans le cadre d'un soin sous contrainte judiciaire, que va s'élaborer le projet thérapeutique, dont l'utilisateur est le premier expert. Soigner et accompagner contribuent à améliorer sa capacité de choisir et d'agir.

➤ Les addictions se pensent dans une approche holistique

qui prend en compte les interactions entre leurs dimensions biologique, psychologique, sociale, et leurs conséquences en termes de santé. Cette approche considère la substance et son mode d'utilisation, le contexte et la fonction de la consommation, les diverses pratiques de consommation, les risques qui s'y attachent, ainsi que les facteurs propres à l'individu. Il n'y a pas prééminence d'une dimension sur une autre : l'accompagnement s'organise autour de priorités axées sur les risques encourus et le désir de l'utilisateur.

➤ L'équipe transdisciplinaire

La prise en compte des dimensions plurielles de l'expérience addictive justifie la coopération de professions différentes et complémentaires : médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux... autour de l'accompagnement du projet élaboré avec la personne. La transdisciplinarité a donc une perspective intégrative : elle alterne et coordonne les approches en fonction de l'expérience de la personne, de ses enjeux, et des étapes qu'elle traverse.

« **La prise en compte des dimensions plurielles de l'expérience addictive justifie la coopération de professions différentes et complémentaires autour de l'accompagnement du projet élaboré avec la personne.** »

« **Les équipes élaborent des services et des pratiques adaptées aux besoins particuliers de ces publics et aux évolutions des contextes propres aux territoires d'implantation des structures.** »

➤ **La démarche d'aller vers les personnes, là où elles se trouvent**

Au-delà de l'accueil et de l'accompagnement dans les centres, les professionnels des CAARUD et des CSAPA se préoccupent des personnes susceptibles d'être concernées par l'addiction, en allant les rencontrer, là où elles se trouvent, dans leurs lieux de vie, lieux professionnels, de formation, lieux de rencontres sportives ou festives... afin de permettre une expression autour de la question de l'addiction, et de faciliter la formulation d'une demande et l'accès au soin.

➤ **L'élaboration de réponses adaptées aux problématiques spécifiques de certaines populations**

Les structures médico-sociales travaillent avec une grande diversité de publics : personnes en situation de précarité et d'exclusion, personnes soumises à des exigences et pressions de leur univers de travail, personnes relevant de dispositifs Justice, personnes souffrant de pathologies mentales, personnes en situation de prostitution, etc. Les équipes élaborent des services et des pratiques adaptés aux besoins particuliers de ces publics et aux évolutions des contextes propres aux territoires d'implantation des structures.

➤ **Un accompagnement et une offre de soins dans la durée**

Le changement visé est un processus qui ne peut s'envisager de manière linéaire, ordonnée, planifiée. Le projet thérapeutique passe par des étapes, des paliers, des allers et retours, nécessaires au questionnement sur le sens du parcours de vie, à l'engagement dans un processus de changement, à la reconstruction d'une nouvelle identité, à la modification de l'image de soi, au tissage de nouveaux liens avec l'environnement.

➤ **Un accompagnement et une offre de soins diversifiés**

Les réponses associent, en ambulatoire ou en hébergement, des traitements médicaux, des sevrages, de l'accompagnement social, des psychothérapies et un accompagnement psychologique, des actions d'information, de prévention, de réduction des risques.

➤ **Un accompagnement et une offre de soins en partenariat avec les autres acteurs du dispositif addiction**

Le travail en réseau avec les hôpitaux et les professionnels de santé de ville garantit sur le long terme la continuité et la cohérence d'un accompagnement adapté aux besoins des usagers. Le pôle médicosocial se situe au croisement des enjeux des addictions : il accueille tout type et tout degré d'addiction, et offre, aux usagers comme à leur entourage, une palette de soins divers. Il leur propose un parcours qui articule toutes les possibilités d'étayage en coopération avec l'ensemble des professionnels.

III. LES PRATIQUES

➤ **Aller vers**

Les professionnels du secteur médico-social sont disponibles pour aller au-devant des consommateurs et de ceux qui s'en occupent dans les lieux et institutions où ils se trouvent.

➤ **Accueillir**

L'organisation des structures médico-sociales permet aux équipes de consacrer du temps à l'accueil, dont les modalités préfigurent l'esprit de l'accompagnement et créent les conditions de l'alliance thérapeutique.

➤ **Inform**

Les équipes mettent à disposition des usagers et des familles toute l'information nécessaire à la compréhension des modalités d'action des produits, des risques liés aux pratiques. C'est une condition essentielle à la formulation de choix « éclairés ».

➤ **Évaluer la situation et les besoins**

L'évaluation de la situation de l'utilisateur, réalisée de manière approfondie, permet à ce dernier et aux professionnels de décider de l'orientation la plus adaptée.

➤ **Orienter**

La complexité du dispositif nécessite de prendre le temps de l'expliquer aux usagers et aux familles, et de faciliter l'orientation vers les partenaires adaptés. Les professionnels peuvent être amenés à accompagner physiquement les usagers afin de les aider à faire le pas.

➤ **« Prendre soin » des personnes accueillies**

L'accompagnement consiste à travailler à la fois sur la santé, l'image de soi, l'accès aux droits, la socialisation, dans une finalité d'autonomisation et de développement de nouvelles compétences.

« **Les professionnels du secteur médico-social sont disponibles pour aller au-devant des consommateurs et de ceux qui s'en occupent dans les lieux et institutions où ils se trouvent.** »

III. LES PRATIQUES (suite)

• L'accompagnement socio-éducatif

Il est essentiel dans la mesure où l'addiction génère souvent des processus de « désarrimage social ». Les usagers retrouvent l'accès à leurs droits et travaillent sur les conditions concrètes d'exercice de ces droits ; ils sont invités à vivre des moments collectifs pour exercer leurs compétences psycho-sociales et nouer d'autres formes de relation. L'accompagnement favorise ainsi l'ouverture à de nouvelles manières d'accéder à un certain bien être.

• Les soins médicaux

Ils prennent en considération l'ensemble des perturbations somatiques et psychiques associées à l'addiction : évaluation, préparation, suivi des traitements de substitution, du sevrage, prise en charge des co morbidités somatiques et psychiatriques, « bobologie » et soins du corps (hygiène, alimentation...).

• Les psychothérapies

Elles aident à verbaliser les émotions, à questionner l'histoire et les décisions de vie, à revisiter des processus inconscients, à élaborer un sens à l'expérience. Elles prennent en compte la fonction de la consommation et proposent un travail sur le comportement addictif et la motivation. Elles s'adressent aux usagers et aux familles, et s'appuient sur leurs compétences et potentialités.

• L'approche ambulatoire

Elle permet de travailler sur la liberté de l'usager de venir, de partir, de choisir. La personne continue à vivre dans son milieu habituel, elle n'est ni complètement "enveloppée" par la structure, ni complètement "débordée" par son environnement. Les structures médico-sociales proposent et organisent des étayages diversifiés qui favorisent l'intégration d'un projet de soin dans un projet de vie.

➤ Héberger, en individuel ou en collectif

Pour les usagers les plus en difficultés pour lesquels les traitements ambulatoires ne suffisent pas, des services médicosociaux d'hébergement individuel ou collectif (centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques, appartements) donnent l'opportunité de réapprendre :

- à « **habiter** » un **espace** : reconstruire son identité en occupant physiquement un lieu et en l'investissant.

- à **tisser des liens sociaux** : trouver sa place par rapport aux personnes hébergées, aux voisins, au quartier ; réapprendre à communiquer, à négocier, à participer à des décisions collectives

➤ Intervenir précocement pour éviter des usages pathologiques

En allant à la rencontre de consommateurs potentiels ou effectifs, et en partant de leur expérience, il s'agit de leur donner les moyens d'un choix éclairé. L'intervention précoce favorise la prise de conscience par l'usager de sa capacité à changer et le cas échéant, la formulation d'une demande d'aide.

➤ Réduire les risques et les dommages liés à la consommation

Réduire les dommages liés aux conduites d'addiction, voire à la pathologie quand celle-ci est installée, est un objectif aussi bien dans les CSAPA et les centres résidentiels, que dans les structures spécifiques telles que les CAARUD. C'est le fil conducteur du début à la fin de l'accompagnement.

« **Les pratiques addictives ont une dimension sociale et culturelle, et fluctuent en fonction des époques, des territoires... C'est la force des structures médico-sociales de faire évoluer leur offre de services en fonction des besoins des publics.** »

IV. LES MODES d'organisation et de pilotage

➤ Les structures médico-sociales en addictologie se sont construites au fil de l'histoire autour d'une **finalité centrale** : permettre aux personnes confrontées à des conduites addictives de garder la maîtrise de leur existence.

➤ Attachées à des **valeurs humanistes**, les équipes accueillent les usagers tels qu'ils sont et là où ils en sont, valorisent leurs compétences et confortent leurs capacités de changement.

➤ Ces structures ont pour mission historique de **s'occuper des pratiques addictives dans leur globalité et leur complexité**. Le mode d'élaboration et le contenu du projet de l'usager reflètent cette vision holistique.

➤ Les pratiques addictives ont une dimension sociale et culturelle, et fluctuent en fonction des époques, des territoires... C'est la force des structures médicosociales de **faire évoluer leur offre de services en fonction des besoins des publics**.

C'est pourquoi le mode d'organisation et de pilotage des structures médico-sociales présente 6 caractéristiques fondamentales :

1. La souplesse et la réactivité

Pour accompagner et soigner une grande diversité de publics, et adapter les réponses aux évolutions des pratiques addictives, les structures médico-sociales favorisent l'accès des professionnels à l'information et à la formation sous toutes ses formes, leur participation aux réflexions partenariales, l'analyse de pratiques et la supervision, la mobilité.

2. Un mode de financement qui favorise l'innovation

Il permet d'offrir aux usagers une variété de services et d'adapter les modalités du soin à la réalité de leurs situations, tout en rendant compte de l'activité à travers une évaluation régulière.

IV. LES MODES D'ORGANISATION ET DE PILOTAGE (suite)

3. Le libre accès, la gratuité, la confidentialité

L'accueil dans les structures se fait de manière souple, sans conditions, sans obligations. Les services proposés sont gratuits pour tous les usagers. La confidentialité des informations les concernant est garantie.

4. Des structures « à taille humaine » qui facilitent la cohésion des équipes et un mode de management associant les professionnels aux réflexions

L'organisation favorise la fluidité et la rapidité des échanges au sein de l'équipe. Les responsables sont proches et facilement interpellables. Les professionnels sont étroitement impliqués dans les réflexions préalables aux décisions, l'évaluation des pratiques, l'élaboration des projets. Les décisions concernant le projet de l'utilisateur sont prises en définissant et en articulant les responsabilités professionnelles de chacun. Le responsable de la structure est garant de la cohérence du projet personnalisé de l'utilisateur.

5. L'ancrage dans un territoire

Les pratiques addictives peuvent être très différentes d'un territoire à un autre. Chaque structure médico-sociale adapte donc son projet d'établissement ou de service aux besoins spécifiques du territoire où elle intervient et aux partenariats existants.

6. La référence à un projet d'établissement ou de service clairement énoncés

Les équipes se réfèrent à des valeurs et à des fondements théoriques, éthiques et déontologiques qui les guident dans leur action. Ceux-ci sont énoncés de manière explicite dans un projet d'établissement ou projet de service, communiqué et actualisé régulièrement.

CONCLUSION

➤ Les conduites addictives font partie de la vie sociale depuis la nuit des temps... et leur avenir est garanti ! C'est donc à l'ensemble de la société d'élaborer des réponses qui doivent être avant tout éducatives et citoyennes.

Pour sa part, l'addictologie médico-sociale, enracinée dans le soin et l'accompagnement depuis près d'un demi-siècle, apporte sa contribution, au contact quotidien d'utilisateurs et de familles aux profils et aux besoins très diversifiés.

« On ne peut évaluer une pratique addictive sans prendre en compte la personne, le sens qu'elle donne -ou ne donne plus- à sa pratique, les avantages qu'elle y trouve, les problèmes qu'elle rencontre. »

POUR NOUS JOINDRE



Association Nationale des Intervenants
en Toxicomanie et Addictologie
9, passage Gatbois - 75 012 PARIS
Tél. : 01 43 43 72 38 / Fax : 01 43 66 28 38
Email : infos@anitea.asso.fr
www.anitea.asso.fr



Fédération des Acteurs
de l'Alcoolologie et de l'Addictologie
154 rue Legendre - 75017 PARIS
Tél. : 01 42 28 65 02
www.alcoolologie.org