



Association Nationale  
de PRÉVENTION  
en ALCOOLOGIE  
et ADDICTOLOGIE

A.N.P.A.A.41

# RAPPORT

## 2009





# SOMMAIRE

## L'ANPAA

### **I – Le comité départemental : acteur d'une politique nationale**

- Les principaux faits marquants législatifs, réglementaires et budgétaire..... p 7
- les principaux faits marquants de l'activité en interne ..... p 9

### **II – Le comité départemental : acteur d'une politique régionale**

- La régionalisation de la politique de santé..... p 13
- Vie associative en Région Centre ..... p 17
- Activité de formation et bilan financier ..... p 24

## L'ANPAA 41

### **I – La structure**

- Organisation et fonctionnement ..... p 30
- Missions et financement ..... p 34

### **II - Service Prévention et formation**

- Contexte régional et départemental ..... p 37
- Bilan 2009 ..... p 40

### **III – Le Soin**

- L'accès aux soins ..... p 46
- La prise en charge médico-psycho-sociale ..... p 51

## LES ANNEXES

- Coupures de presse
- **Rubrique Direction**

**L'ANPAA**

## Organisation et Fonctionnement

### **Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (A.N.P.A.A.)**

Reconnue d'utilité publique (décret du 5.02.1880). Agréée d'éducation populaire (arrêté du 6.02.1974).

Enregistrée au Ministère de la Formation Professionnelle sous le n° 11.75.11836.75.

L'A.N.P.A.A. est une association privée régie par la loi de 1901, fondée en 1872 par un groupe de hautes personnalités dont Claude BERNARD et Louis PASTEUR.

Le Conseil d'Administration se compose de 36 membres, dont 6 membres de droit désignés par leurs instances respectives (CNAM, CNAF, Ministère de la Santé).

Le Bureau élu au sein du Conseil, renouvelable tous les **2 ans**, se compose de 12 membres dont 3 de droit (2 CNAM et 1 Ministère de la Santé).

### **Conseil Régional de Prévention de l'Alcoolisme**

l'A.N.P.A.A. du CENTRE

**Le C.R.P.A. est constitué par les Présidents des Comités Départementaux de la région Centre, le Délégué Régional assure le secrétariat et anime les actions régionales.**

**Il est représenté auprès des institutions régionales par le Président Régional.**

### **Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de Loir et Cher (A.N.P.A.A. 41)**

L'A.N.P.A.A. 41 est un établissement de l'A.N.P.A.A qui regroupe les adhérents du département, avec ses structures propres (Commission Exécutive, Bureau, Président) et qui possède un budget totalement autonome, tout en restant dans la structure nationale.

La Commission Exécutive est issue du vote de l'Assemblée Plénière. Pour permettre d'adapter la composition de la C.E. à la réalité de chaque département le nombre de poste n'est pas limité.

L'ensemble des administrations, institutions et partenaires peut y être représenté : C.P.A.M., Conseil Général (U.P.A.S.S.), M.S.A., D.D.A.S.S., D.D.J.S., Education Nationale, D.D.P.J.J., ...

L'Assemblée Plénière, formée des adhérents du département, se réunit une fois par an.

## ***I – Le comité départemental : acteur d'une politique nationale***

- **Les principaux faits marquants législatifs, réglementaires et budgétaires**
- **La Prévention : les principaux faits marquants.**
- **Les activités médicosociales : les principaux faits marquants**
- **Autres faits marquants interne à l'ANPAA**

# Le comité départemental : acteur local d'une politique nationale

## Introduction

Nous avons parlé de métamorphose pour qualifier l'année 2008 en ayant en perspective la transformation de nos établissements en CSAPA et l'arrivée des Agences régionales de santé.

2009 pourrait être qualifiée d'année de construction provisoire.

En matière de politique de santé publique, la principale construction en 2009 est la loi dite HPST (portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) parue au Journal Officiel le 22 juillet 2009. Cela étant, l'incertitude demeure au travers des modalités encore imprécises, en fin d'année, de l'organisation des futures agences régionales de santé.

Pour nos centres de soins, Cette construction est concrétisée par le dépôt, maintenant achevé (sauf pour l'île de la Réunion) des dossiers CSAPA. Une préfiguration de l'avenir est ainsi constituée... mais de manière provisoire en correspondance avec des autorisations elles-mêmes provisoires de trois ans (avant d'en venir au droit commun de quinze ans) et dans le cadre d'un dispositif médicosocial addictologique qui, dans de nombreuses régions, reste encore transitoire.

Cette analyse peut être reprise pour la prévention alors que les Agences régionales de santé ne seront véritablement opérationnelles qu'à compter, au plus tôt, d'avril 2010. La réalité 2009 est donc provisoire. Nos correspondants actuels, en premier lieu les GRSP, sont en fin de mandat, en attente de nouvelles organisations. Une illustration est l'arrêt annoncé du portail subventionenligne.fr sans que soit précisé son remplaçant. En même temps, nous pouvons parler de construction avec l'achèvement du guide d'autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé, lequel est appelé à devenir une référence incontournable. Pour l'A.N.P.A.A. qui a participé activement à l'élaboration de ce guide depuis le début des travaux, c'est une étape importante qui doit contribuer à la reconnaissance de la prévention.

Une autre construction laisse un goût amer. Il s'agit du volet alcool de la loi HPST qui, de manière contradictoire, prévoit une limitation accrue de l'accessibilité des produits alcooliques dans des commerces de proximité tout en facilitant la publicité Internet sur ces produits.

## **LA PREVENTION – les principaux faits marquants.**

### **Le guide d'autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé.**

Diffusé en octobre 2009, ce guide est une suite lointaine d'une interpellation d'associations, dont l'A.N.P.A.A., lors des assises des états généraux de la prévention qui se sont tenus en décembre 2006. Outil d'aide à l'amélioration de la qualité des actions en promotion de la santé, il contribuera certainement à une meilleure reconnaissance des activités de prévention. Cela étant, la prévention souffre encore et toujours de la précarité de ses financements malgré le développement commencé mais très fragmentaire des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens.

L'A.N.P.A.A. prévoit un dispositif de soutien pour le déploiement de cette démarche qualité au travers d'une organisation régionale d'animation et par des formations.

## **La prévention et les Agences régionales de santé ARS**

Au côté ou en lien avec d'autres institutions dont la Conférence nationale de santé et la Société française de santé publique, l'UNIOPSS... l'A.N.P.A.A. a milité activement pour que la prévention bénéficie d'une reconnaissance particulière au sein de l'organisation et du fonctionnement des ARS. Après bien des difficultés, il est prévu que la prévention soit suivie au sein d'une des deux commissions de coordination des politiques de santé qui doivent être mises en place dans les agences. Mais sachant leur large champ de compétence et leur caractère consultatif, il sera nécessaire de vérifier que des moyens suffisants soient effectivement octroyés en appui d'un accord de principe généreusement affirmé. La vigilance, pour ne pas dire l'inquiétude, reste de rigueur car les premières annonces budgétaires 2010 font état, comme les années précédentes, de réductions.

## **Les pôles régionaux de compétences**

L'INPES soutient activement le développement des pôles régionaux de compétences avec des budgets de plus en plus conséquents (7 millions d'euros en 2009). Ceux-ci sont appelés à jouer un rôle significatif dans la conception et la coordination des politiques régionales en éducation pour la santé et la promotion de la santé. Les Comités régionaux de l'A.N.P.A.A. ont été invités à s'investir dans ces pôles en ayant la volonté d'assurer à l'addictologie la place nécessaire, tout en apportant les compétences spécifiques de nos équipes professionnelles.

## **Addictions aux jeux**

En 2009, l'A.N.P.A.A. s'est particulièrement investie dans la prévention et le soin relatifs aux addictions aux jeux avec l'appui du Centre de référence sur le jeu excessif (CRJE initié par le Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie du CHU de Nantes dirigé par le Professeur Jean-Luc Venisse) et du Centre Marmottan. La Direction des ressources humaines a ainsi organisé deux séries de formations. La première a été destinée aux personnels soignants (6 sessions de trois journées, 38 participants). La seconde a été conçue pour les professionnels de la prévention (4 sessions d'une journée, 77 participants). Par ailleurs, l'A.N.P.A.A. a été auditionnée par le Sénateur François Trucy, rapporteur de la loi relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne. En outre, une enquête a été lancée en interne auprès de CCAA volontaires pour mesurer l'importance de l'addiction aux jeux parmi les patients reçus. Les résultats seront connus début 2010.

## **Salles de consommation à moindre risque**

Le Conseil d'administration de l'A.N.P.A.A. s'est prononcé favorablement pour l'expérimentation de ce type de salle en demandant qu'elle soit juridiquement sécurisée. Le cadre demande à être précisé. Il s'agit de réduction des risques et non pas de substitution, en intégrant que, du fait des risques (overdose, doses poussées au maximum, sécurité...), un cadre médicalisé de sécurité apparaît nécessaire.

# LES ACTIVITES MEDICOSOCIALES – les principaux faits marquants

## La transformation des CCAA et CSST en CSAPA

Il convient de noter préalablement que les comités départementaux de l'A.N.P.A.A. ont profité de cette démarche de transformation pour proposer le regroupement de leurs établissements en un seul à l'exception du Rhône et des Bouches du Rhône (3 pour chacun). Au total, ce sont 76 centres de soins qui ont fait l'objet d'un dépôt de dossier auprès des CROSMS. Ils se répartissent en 39 spécialisés en alcoologie, 1 spécialisés en toxicomanie, 34 généralistes et 2 mixtes (avec des sites spécialisés et d'autres généralistes)

Au début 2010, les réponses apportées aux demandes de transformation s'établissent de la manière suivante : 23 autorisations signifiées, 15 avis favorables du CROSMS, le reste (38) sont en attente (pour mémoire la date limite de dépôt des dossiers était le 22 décembre 2009 pour plusieurs régions).

Ces démarches de transformation ont nécessité une mobilisation soutenue et permanente des associations gestionnaires parmi lesquelles l'A.N.P.A.A. qui a eu un rôle majeur. Outre l'accompagnement méthodologique destiné à faciliter l'élaboration des dossiers, il a été nécessaire de mettre en place des soutiens institutionnels pour répondre soit à des carences (absence ou retard des schémas régionaux d'addictologie, des Commissions régionales addictions...) soit pour faire face à des tensions suscitées par l'émergence de projets non coordonnées émanant de différents promoteurs. En outre, il a fallu expliquer les difficultés immédiates et potentielles pouvant résulter des propositions faites par certaines administrations de créer un groupement de coopération social ou médicosocial GCSMS. L'argumentaire développé par l'A.N.P.A.A. a été globalement entendu puisque, en fin de compte, seules deux conventions de création de GCSMS ont été signées avant fin 2009 concernant nos établissements ;

## Les CAARUD

Les Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) sont également soumis à une demande d'autorisation provisoire de trois ans en amont de l'autorisation de droit commun. Aujourd'hui, trois CAARUD sont gérés par l'A.N.P.A.A., un vient de bénéficier d'une autorisation de fonctionnement et deux autres ont reçus un avis favorable du CROSMS.

## Les établissements médicosociaux et les Agences régionales de santé

Un repérage spécifique au sein des ARS a été demandé pour garantir la lisibilité du secteur médicosocial par rapport au monde sanitaire. Il se fera tout particulièrement au travers de la deuxième commission de coordination des politiques de santé. L'A.N.P.A.A. sera attentive à ce que les établissements en addictologie, petit sous ensemble du secteur médicosocial, ne soient pas « noyés » dans des préoccupations plus générales. Il avait été demandé que l'addictologie puisse faire l'objet d'un suivi particulier mais cette démarche n'a pu aboutir, à ce jour.

## **Les Appels à projets MILDT**

La circulaire interministérielle DGS/MILDT du 23 février 2009 a lancé un appel à projets relative aux modalités de mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie. Les résultats ont été connus en fin 2009. Près d'une vingtaine de projets présentés par l'A.N.P.A.A. ont été retenus. Il est très probable ce type d'appels à projets nationaux se multiplient à l'avenir. L'appel à projet est du reste le nouveau procédé prévu par la loi HPST pour l'attribution des nouvelles autorisations à l'échelon régional. Il est par conséquent nécessaire de s'y préparer mais reste que cette procédure pose des questions de principe avec le risque d'une instrumentalisation accrue des opérateurs. Ces derniers auront encore moins de latitude pour faire état de nouveaux besoins et obtenir les moyens budgétaires nécessaires, au-delà des décisions publiques.

## **L'évaluation médicosociale**

L'évaluation médicosociale constitue un enjeu primordial pour le devenir des établissements médicosociaux. L'A.N.P.A.A. s'est engagé depuis plusieurs années dans cette démarche en proposant et diffusant un référentiel. Les travaux vont se poursuivre en 2010 par la mise en place d'une organisation interne de pilotage et de développement de la démarche évaluation ainsi que par des formations.

# **AUTRES FAITS MARQUANTS EN INTERNE**

## **Axes stratégiques**

Prenant du recul sur l'actualité et les activités, l'A.N.P.A.A. a voulu prendre les moyens de se réinterroger sur ses buts et les moyens de les atteindre. C'est l'objet de ses axes stratégiques 2009/2013 qui rappellent les fondements de la mission que sont les valeurs humanistes, ainsi que des bases pour réfléchir et agir : la proximité, les compétences, les continuums des addictions, des activités, des publics et des territoires.

L'A.N.P.A.A., organisée en réseau et représentative dans le champ de la santé publique, souhaite développer des partenariats et des coopérations avec les interlocuteurs publics et associatifs de l'addictologie, mais aussi, au-delà, avec des institutions et organismes sociaux, mutualistes, économiques en France et en Europe.

Sur la base de son projet associatif et souhaitant promouvoir la vie associative, l'A.N.P.A.A. affirme ses objectifs que sont notamment le développement des compétences en addictologie et l'intégration des référentiels d'évaluation et d'amélioration de la qualité des prestations et du service rendus aux publics et aux usagers. En particulier, elle souhaite accroître la participation des usagers aux prestations qui leur sont proposées.

## **Ressources humaines**

En plus des formations (en addictologie, en gestion...) et des relations sociales qui constituent des bases de l'animation des équipes professionnelles, l'année 2009 a été marquée par la préparation de la gestion centralisée de la paie, laquelle est opérationnelle à effet du 1 janvier 2010. Cette action a un triple objectif d'accroissement d'efficacité par l'utilisation d'un outil informatique performant et accessible sur tout le territoire, de cohérence que permet la mise en place d'un même outil de gestion homogène, de réactivité que permet l'accès aux informations en ligne et de manière immédiate.

Cette même démarche va être poursuivie, en 2010, au travers de la refonte de notre logiciel de suivi informatisé des patients et de l'activité des centres de soins.

## ***II – Le comité départemental : acteur d'une politique régionale***

- **La régionalisation de la politique de santé**
- **Vie associative en Région Centre**
- **Activité de formation et bilan financier**

## - La régionalisation de la politique de santé

L'échelon régional semble désormais faire l'objet d'un consensus au sein des décideurs publics en tant que territoire pertinent de mise en œuvre des politiques de santé et de la réforme du système sanitaire et social. L'organisation au niveau régional est en effet considérée comme la clé d'une nouvelle répartition de l'offre de soins permettant à la fois de contenir les dépenses, de réduire les inégalités sur le territoire et de permettre une véritable coordination des intervenants en santé. Elle apparaît en outre à même d'apporter des réponses différenciées et adaptées aux réalités locales face aux défis structurels qui attendent le système de santé français (vieillesse de la population, évolution de la démographie médicale, mise en place de nouveaux outils technologiques).

Ce mouvement en faveur de la région a été engagé dès les années 1970 mais a connu un développement plutôt lent et laborieux avant la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en 1996. Les ARH sont les premières instances à avoir regroupé l'ensemble des actions menées dans le domaine de la planification et de la politique des soins hospitaliers. Leur réussite a contribué à promouvoir l'idée d'une véritable régionalisation de la politique de santé censée aboutir à la création d' "agences régionales de santé" exerçant les fonctions des ARH élargies au secteur ambulatoire mais également responsables de la mise en œuvre des politiques de santé publique au sens large (comprenant les domaines de la prévention et du médico-social). L'idée d'une agence régionale de santé (ARS) dotée de compétences couvrant toute l'offre de soins et la santé publique a été avancée dès 1993 dans le rapport du Commissariat au Plan « Santé 2010 ». Reprise dans divers projets, notamment dans le cadre des propositions de loi de M. Jean-Luc Prével tendant à instaurer une régionalisation de la santé (octobre 2000 et juillet 2002) où l'ARS était conçue comme l'exécutif de la politique régionale de santé élaborée par un conseil régional de santé composé d'élus, de professionnels et d'usagers, la création des ARS a été annoncée par le nouveau gouvernement dès 2002 mais reste pour l'heure à accomplir.

Des interrogations demeurent en outre sur la forme que la régionalisation doit prendre : déconcentration ? décentralisation ? La diversité des acteurs institutionnels intervenant dans le domaine de la santé (ARH, Directions régionales des affaires sanitaires et sociales, Caisses régionales d'assurance maladie, Unions régionales des caisses d'assurance maladie, Unions régionales des médecins libéraux, État, collectivités territoriales...) ainsi que l'imbrication de leurs missions posent la question de leurs rôles respectifs dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une future politique régionale de santé. Enfin, il faut noter que la régionalisation n'est pour l'heure pas un phénomène homogène : quasi achevée dans le secteur hospitalier, elle n'en est qu'à ses balbutiements s'agissant du secteur ambulatoire. De même, en termes de santé publique, si des outils existent pour l'observation et l'analyse de la situation sanitaire locale (observatoires régionaux et conférences régionales), les moyens de la politique de prévention restent encore éparpillés. Aussi, en dépit des résultats obtenus, l'enchevêtrement des compétences, l'éclatement des acteurs et un cloisonnement important continuent de limiter l'efficacité des réformes entreprises et contribuent à nuancer leur bilan.

Les principales étapes du processus de régionalisation

La loi hospitalière de 1970 constitue le point de départ du mouvement de régionalisation de la politique de santé en instaurant la carte sanitaire, premier instrument de planification des structures de soins basé sur un découpage en secteur et en région de l'ensemble du territoire national. Parallèlement, sont créées les commissions régionales de l'hospitalisation, les comités régionaux d'équipement sanitaire et les commissions régionales d'agrément pour les cliniques. Enfin, en 1977, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) sont mises en place. Dans un contexte de forte inflation des dépenses hospitalières, matérialisée par l'augmentation du nombre de lits et de fonctionnaires, la région s'est alors imposée comme le niveau pertinent pour la maîtrise des dépenses de santé.

Dans les années 1980, un premier outil d'analyse de la situation sanitaire au niveau local est institué : les observatoires régionaux de santé dont les principales missions sont d' "inventorier les diverses sources de données, [de] valoriser et diffuser l'information d'une façon rapide et accessible, [de] susciter les études nécessaires au niveau de la région, [de] répondre aux questions des décideurs (État, collectivités locales, assurance maladie) ou des partenaires locaux, [de] conseiller les promoteurs locaux d'enquêtes, [de] participer à l'évaluation technique d'actions locales" (circulaire DGS n° 24528 de juin 1985).

Il faut cependant attendre la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière pour que s'ébauche une politique régionale hospitalière dotée d'outils performants. Cette loi crée les schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS), définis au sein des CROSS (comités régionaux d'organisation sanitaire et sociale) qui regroupent les instances créées par la loi de 1970 et la commission régionale des institutions sanitaires et sociales. Destinés à permettre une répartition optimale des installations et des structures de santé sur le territoire, les SROS introduisent une dimension qualitative dans la répartition des moyens fixée par la carte sanitaire en se fondant sur des principes d'accessibilité, de continuité et de qualité de soins. Dans le secteur ambulatoire, on assiste également au développement de la dimension régionale à travers la création des unions régionales de médecins libéraux (URML) par la loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Cette loi dote la médecine libérale d'une représentation au niveau régional dont la mission est de promouvoir la qualité des soins par l'analyse des pratiques ainsi que par l'évaluation et la formation des professionnels.

Ce sont toutefois les ordonnances du 24 avril 1996 (plus précisément les ordonnances n° 96-344 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et n° 96-345 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale) qui constituent le tournant essentiel du processus de régionalisation avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Groupements d'intérêt public (GIP) constitués entre les services de l'Etat et de l'assurance maladie, les ARH sont les instances uniques de régulation de l'offre hospitalière publique et privée, chargées à la fois "de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources" (article L. 6115-1 du code de la santé publique). Les ARH constituent désormais la clé de voûte de la régionalisation sanitaire en France. Leur action est complétée par la mise en œuvre de mécanismes de péréquation interrégionale des dépenses hospitalières. Par ailleurs, on notera que les ordonnances du 24 avril 1996 instaurent également les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), structures inter-régimes responsables de la coordination de l'action des caisses et du développement d'une politique de gestion du risque et d'analyse des besoins. Les conférences régionales de santé (CRS) sont également mises en place afin de déterminer les priorités régionales dont procèdent les programmes régionaux de santé (PRS) arrêtés par les préfets de région. On notera toutefois que

la réforme ne fut pas complète, le volet régional de la politique de régulation des dépenses de soins n'ayant pu voir le jour. En effet, l'annulation par le Conseil d'Etat de plusieurs dispositions des deux conventions conclues en mars 1997 entre l'assurance maladie et des syndicats de généralistes et de spécialistes n'a pas permis de mettre en œuvre le système prévu par les signataires. Ceux-ci avaient retenu l'idée d'une régionalisation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sous la forme d'un mécanisme de remboursement d'honoraires par les médecins des régions ayant dépassé les objectifs nationaux.

Après 1996, de nouveaux outils de politique sanitaire sont ponctuellement créés qui témoignent de la volonté de pérenniser le choix de l'échelon régional. On citera à titre d'exemple la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 qui crée les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ainsi que la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 qui pose le principe d'accords régionaux du bon usage des soins pour les médecins libéraux (ACBUS).

La régionalisation de la politique de santé devait franchir un nouveau seuil avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Un chapitre de la loi est en effet consacré à l'organisation régionale de la santé dont la principale innovation consiste en la création des conseils régionaux de santé, instances uniques de concertation dans le domaine sanitaire. Conçus comme une étape intermédiaire précédant la création d' "agences régionales de santé", les CRS se substituaient ainsi aux conférences régionales de santé, aux CROSS dans leur volet sanitaire et aux comités PRAPS. Cette réforme aurait permis à l'ensemble des intervenants de la santé de se rassembler dans une même enceinte et d'être consultés de manière systématique. Aux termes de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, les CRS avaient pour mission principale l'analyse de l'évolution des besoins de santé et des données sanitaires et sociales propres à la région ainsi que la formulation des priorités de santé publique au niveau local, au regard des priorités retenues sur le plan national et des spécificités de la région. La loi précisait en outre qu'il revenait au Préfet de région de déterminer parmi les priorités proposées par le conseil régional de santé celles devant faire l'objet de programmes régionaux de santé. Parallèlement, le Gouvernement devait établir sa politique de santé en définissant des priorités pluriannuelles fondées en particulier sur les évaluations réalisées par les conseils régionaux de santé. Il convient toutefois de souligner que ces dispositions n'ont pas été mises en œuvre.

Enfin, on notera qu'au sein de l'accord conclu le 10 janvier 2003 entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats de médecins sur la rénovation des pratiques conventionnelles, un des objectifs affichés est la volonté "de ménager au niveau régional des espaces de négociation permettant d'adapter à la diversité du territoire certaines dispositions des accords nationaux, favorisant ainsi leur appropriation par les professionnels et la population".

Les évolutions proposées par le projet de loi santé publique

Le Préfet aurait la responsabilité de définir les modalités de mise en œuvre des objectifs et des plans de santé publique déterminés au niveau national en tenant compte des spécificités régionales, ce qui donnerait lieu à l'élaboration d'un plan régional de santé publique après consultation du comité régional de santé publique. Ce comité, présidé par le préfet et composé de représentants des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et des associations d'usagers du système, aurait pour mission "de contribuer à la définition des objectifs régionaux de santé publique de l'Etat et de veiller à la coordination des programmes et des actions entrepris dans la région".

En effet, parallèlement à la déclinaison des objectifs nationaux au niveau local orchestrée par le Préfet, le Conseil régional se voit conférer la possibilité de définir une politique régionale de santé en déterminant des objectifs particuliers à la région. Il aurait la responsabilité de l'élaboration de ces objectifs mais également de la mise en œuvre des actions correspondantes. Pour ce faire, il pourrait cependant consulter le comité régional de santé publique. Enfin, il est tenu d'informer le Préfet de ses initiatives.

Parallèlement, un groupement d'intérêt public dénommé "groupement régional de santé publique" (GRSP) rassemblerait dans chaque région les diverses instances intervenant dans les domaines de l'observation, de l'épidémiologie, de la prévention et de l'éducation pour la santé : services compétents de l'État, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé, l'Institut de veille sanitaire, l'ARH, l'Urcam, la région et le département. Toute commune ou groupement ainsi que tout organisme œuvrant dans le domaine de la santé pourraient également participer à cette structure. Le conseil d'administration du GRSP serait présidé par le Préfet et dirigé par un directeur nommé par ce dernier. Aux termes de l'exposé des motifs du projet de loi, ce groupement aurait in fine vocation à intégrer une future "agence régionale de santé" assurant à la fois des missions de santé publique et d'organisation des soins.

#### BIBLIOGRAPHIE :

- "Quelle régionalisation pour le système de santé", *Regards sur l'actualité*, n° 288, février 2003 ;
  - "Région et démocratie sanitaire : quels rapports ?", *Revue générale de droit médical*, n° 9, 2003 ;
  - Avis présenté par M. Jean-Luc Prével au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de finances pour 2003, tome XI "Santé" ;
  - "La régionalisation du système de santé", *Droit social*, n° 7-8, juillet-août 2002 ;
  - Rapport annuel de l'IGAS, *Politiques sociales de l'État et territoires*, 2002 ;
  - "La régionalisation, quels objectifs et quels moyens ?", *Hospitalisation Nouvelle*, n° 280, août-septembre 2000.
- 

A la veille de l'arrivée des Agences Régionale de Santé qui va modifier le paysage sanitaire, social et médicosocial, il est plus que nécessaire d'identifier les acteurs qui vont le composer.

L'ANPAA du Centre et le CICAT 28 œuvre ensemble pour s'organiser afin de pouvoir apporter leur savoir et leur compétence aux nouvelles instances.

## - Vie associative en Région Centre

### ORGANISATION REGIONALE

#### COMPOSITION DU BUREAU

Président	: Mr le DR BARDET
Vice-présidente	: vacant
Trésorier	: Mr JONNEAU
Secrétaire	: vacant – assuré par Mme QUESNEY PONVERT, Coordinatrice Régionale A.N.P.A.A. CENTRE et Directrice Départementale A.N.P.A.A.45
Membre	: Mme BELAN, Présidente A.N.P.A.A. 18
Membre	: Mme le DR SARRY, Présidente du CICAT 28
Membre	: Mme BARBOTTE, Présidente A.N.P.A.A. 36
Membre	: Mme le Dr HUSSON, Président A.N.P.A.A. 37
Membre	: Mme le Dr BLANCHET, Présidente A.N.P.A.A. 41
Membre	: Mme LARDENNOIS, Présidente A.N.P.A.A. 45

Les directeurs départementaux siègent à la commission exécutive avec voix consultative.

- Mme Annie VERRIER, directrice départementale A.N.P.A.A. 18
- Mr Frédéric VALENTIN, directeur C.I.C.A.T. 28
- Mr Hervé STIPETIC, directeur départemental A.N.P.A.A. 36
- Mr Bertrand FAUQUENOT, représentant A.N.P.A.A. 37
- Mr Gildas VIEIRA, directeur départemental A.N.P.A.A. 41
- Mme Christelle QUESNEY PONVERT, directrice départementale A.N.P.A.A. 45

## COMITE RÉGIONAL

La coordination régionale est chargée de :

- Représenter la coordination régionale auprès du siège national de l'A.N.P.A.A.
- Finaliser les projets déposés auprès des instances pour des demandes de subvention.
- Pérenniser le financement et le fonctionnement de la région.
- Faire circuler l'information urgente et non urgente suivant le protocole mis en place dans la charte d'engagement régional.
- Elaborer et diffuser le rapport annuel d'activité du comité Régional,
- Assurer le suivi budgétaire du comité régional selon la procédure de gestion de l'A.N.P.A.A., sous la responsabilité du Président de la Commission Exécutive Régionale.
- Elle est placée sous l'autorité de l'A.N.P.A.A de Paris. Il n'y a pas de rapport hiérarchique avec les différents Directeurs départementaux.

Chaque directeur a un rôle de représentation dans les différentes instances, réparti de la façon suivante :

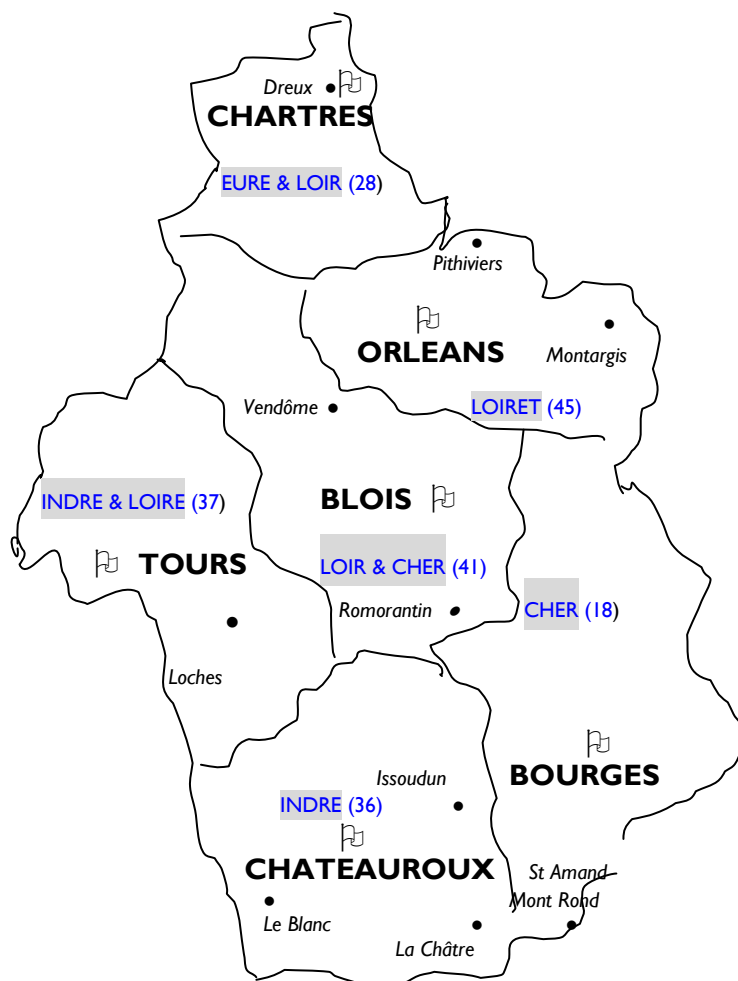
- être référent du collectif Régional au sein des différentes instances partenariales auxquelles il participe :
- CROSMS (4 à 5 jours/an) : A.N.P.A.A. 45
- FRAPS - Conseil d'administration (3 jours/an) : A.N.P.A.A. 36 - 41  
- Bureau (10 jours par an) : A.N.P.A.A 41
- CORUDES (2 jours/an) : CICAT 28  
Nous participons également au Comité Régional des Usagers des Etablissements de Santé.
- ORS, conseil d'administration (4 jours/an) : A.N.P.A.A.45
- URCAM (2 jours/an) : tous les départements
- CISS (4 jours/an) : ANPAA45- ANPAA 41
- URIOPSS (4 jour/an) : ANPAA 45
- Rencontres ANITEA- ANPAA 36, CICAT28
- Contacts avec la D.R.A.S.S. } Projets GRSP (6 jours)
- Contact avec la C.R.A.M. } Directeurs + secrétariat
- Participer activement à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets régionaux.

Cette liste n'est pas exhaustive.

## En 2009, Région CENTRE

**Superficie** : 39.151 km<sup>2</sup>  
**Population** : 2.497.000 Hts

(dernier recensement 2006)



**Conseil Régional. A.N.P.A.A. Centre**  
7, place Jean Monnet - 45000 ORLEANS  
☎ 02. 38. 53. 52. 03 - ☎ 02. 38. 52. 91. 37  
E mail : quesney.anpaa45@wanadoo.fr

### Nombre de Permanents Salariés en 2009 ETP

(Sous la responsabilité de la Commission Exécutive)

Secteurs d'Activités ANPAA départementales	Prévention Animation Accueil Gestion	Médico-social C.C.A.A. C.S.S.T.	Service de suite Visiteurs Sociaux RMI - justice	TOTAL Salariés ETP
CHER	2.61	10.17	1.20	13.98
EURE & LOIR (*)	2.30	12,39		14,69 *
INDRE	6.45	11.47		17.92
INDRE & LOIRE	1,00	-	-	1,00
LOIR & CHER	2.60	6.77	0.80	10.17
LOIRET	1,82	5.67	0.40	7.89
<b>TOTAL</b>	<b>16.78</b>	<b>46.47</b>	<b>2.40</b>	<b>65.65</b>

\* A ce personnel directement salarié par le CICAT, il faut rajouter 2.5 ETP mis à disposition par les Centres hospitaliers, soit à titre gracieux, soit contre remboursement.

Le travail de prévention, de soins et d'accompagnement social est réalisé par des professionnels mais ceux-ci ont besoin des orientations générales fixées par les membres de l'Association.

Le Conseil Régional s'est réuni à 2 reprises (*mars - septembre 2009*).

Ses réflexions et décisions ont porté sur:

- Les projets d'établissements,
- Les politiques nationales de santé (*loi d'orientation en Santé Publique, plan national cancer*) mais aussi sur les politiques régionales de santé publique,
- La mise en place de la formation de formateurs au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (R.P.I.B.) alcool auprès des médecins généralistes et des médecins du travail de la Région Centre.
- La mise en place des CSAPA et l'élaboration des dossiers CROSMS.
- La rencontre avec les responsables du GRSP et de l'URCAM pour amorcer notre prochaine convention pluriannuelle,
- La rencontre des préventeurs afin de travailler sur des outils communs (outil pédagogique),
- Les financements régionaux.

Dans chacun des départements, s'est tenue une Assemblée Plénière des adhérents ainsi que des Commissions Exécutives (*3 à 4 par an*).

## **OUTIL PEDAGOGIQUE**

Dans le cadre des axes de prévention décidés conjointement par les A.N.P.A.A. départementales de la région Centre, la sensibilisation du public scolaire aux risques addictifs représente l'une des priorités.

Grâce à un travail régional cohérent, les différents départements se sont solidarisés pour créer un outil de prévention commun en direction du public primaire et de 6ème. Cette équipe élargie optimisera, de la même façon, la mutualisation des compétences départementales.

### ➤ **Orientations institutionnelles**

Le choix du public (*soit Cm1, Cm2, 6ème tranche des 8/12 ans*) correspond aux orientations énoncées dans le cadre du Plan quinquennal de la M.I.L.D.T. (*2004-2008*).

Celui-ci présente l'école comme "cadre privilégié d'actions pour toucher les jeunes en matière de drogues".

Cependant, il apparaît que la prévention des conduites à risques est insuffisante et qu'il est nécessaire de réfléchir à des « méthodes nouvelles » en faisant intervenir des personnels qualifiés. C'est en ce sens que la réactualisation d'un outil de prévention des addictions, effectuée par les différents professionnels de l'A.N.P.A.A. de la région Centre s'inscrit pleinement.

De plus, ce travail régional permet une harmonisation et une cohérence des actions, ainsi que la multiplication de celles-ci à travers la mise à disposition et la diffusion de l'outil. Ce dernier intègre pleinement les objectifs prioritaires du BO n°46 de décembre 2003 et du guide des interventions en milieu scolaire "prévention des conduites addictives" (**Education**

## Nationale et MILDT- octobre 2005).

Les professionnels de l'A.N.P.A.A. visent ainsi à compléter les actions menées par les services de santé scolaire. De plus, à travers leurs compétences techniques, ces professionnels développent un travail de type partenarial en adéquation avec les missions définies dans les statuts de l'A.N.P.A.A. Ceux-ci stipulent que l'association a pour but de «<promouvoir et contribuer à une politique globale de prévention des risques et des conséquences de l'alcoolisation et des pratiques addictives notamment par l'éducation à la santé >>.

### ➤ Les objectifs de l'action

- Elaborer un support de prévention des conduites addictives ludique, dynamique, simple d'utilisation et placé dans le cadre général de l'éducation à la santé,
- Adapter cet outil aux nouveaux besoins identifiés quant à sa jouabilité, son public "cible" et mise en adéquation avec les orientations de l'A.N.P.A.A., de sa charte de prévention et du programme scolaire,
- Adapter l'outil aux utilisateurs et aux adultes référents,
- Développer et optimiser le partenariat institutionnel local et régional.

### -Bilan d'activité 2009 du groupe de travail régional

Le groupe de travail est composé d'un représentant A.N.P.A.A. de chaque département (**18, 36, 37, 41 et 45**), chargé du retour au sein de chaque comité.

L'outil pédagogique est finalisé. Nous passons désormais à sa phase de diffusion. 25 exemplaires ont été produits, répartis dans l'ensemble des ANPAA et CICAT 28.

En 2010, il sera proposé à la commission de l'ANPAA qui donnera son avis. Ensuite il sera soumis à la commission de la MILDT pour validation.

## ↳ PARTICIPATION A LA FRAPS

La Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé s'est vu confier des missions bien précises comme par exemple:

Le Schéma Régional d'Education Pour la Santé précise:

*“du fait de l'absence actuelle dans notre région d'une structure régionale d'éducation pour la santé, le rôle d'une telle structure doit être réfléchi par l'ensemble des acteurs. Quel que soit le domaine dans lequel il intervient, le pôle de compétence régional doit avoir un rôle totalement distinct des structures départementales. Il n'intervient pas directement auprès des populations bénéficiaires d'actions d'éducation pour la santé >>.*

La FRAPS a un rôle distinct des structures départementales et n'intervient pas directement, sauf cas particulier, auprès des populations bénéficiaires d'actions.

### ➤ Sur un plan stratégique, la FRAPS est:

- un interlocuteur des instances régionales et nationales : Institut National de Prévention et

d'Education pour la Santé (INPES), Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), collectivités territoriales, etc.,

- un lieu d'échanges de pratiques et d'expériences entre les structures de la région.
- un lieu permettant de participer à la construction d'une culture partagée en éducation pour la santé dans la région.
- coordonne les réponses aux appels à projets régionaux et nationaux en lien avec les acteurs des départements.
- Porte et anime les 5 axes du pôle de compétence en éducation pour la santé et la promotion de la santé en région Centre qui sont :

- 1/ La formation
- 2/ La communication
- 3/ La documentation
- 4/ Le conseil méthodologique
- 5/ La coordination

L'A.N.P.A.A. est présente au conseil d'administration via l'ANPAA 45, 36 et 41- Madame Christelle QUESNEY PONVERT, directrice départementale A.N.P.A.A. 45 - Mr Hervé STIPETIC, directeur départemental A.N.P.A.A. 36 ;  
et au bureau de la FRAPS avec Monsieur Gildas VIEIRA, directeur départemental A.N.P.A.A. 41 et trésorier de la FRAPS.

## **LA COMMISSION DU SCHEMA REGIONAL D'ADDICTOLOGIE MEDICO SOCIAL**

La circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux en addictologie a permis la création de la commission du schéma régional d'addictologie.

Suite à l'élaboration de ce schéma, une annexe départementale a été réalisée en partenariat avec les acteurs dans les différents départements de la région Centre.

Le 14 novembre 2008, le schéma régional d'addictologie a été approuvé en séance CROSMS, puis l'arrêté préfectoral de région a été signé le 19 janvier 2009.

La région Centre est la première région de France à avoir réalisé son schéma régional d'addictologie médico-social.

## **LE CROSMS**

Il s'agit de demandes d'autorisation de création, de transformation, d'extension d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux, de demandes d'autorisation de services prestataires d'aide à domicile ou de la présentation au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) de schémas d'organisation sociale ou médico-sociale, sanitaire ou du PRIAC.

Sur 128 demandes enregistrées en 2009, 6 dossiers ont été retirés et 21 feront l'objet d'un examen en 2010.

Le comité a examiné 113 demandes en 2009 pour l'ensemble de la région.  
Le CROSMS s'est réuni 19 fois.

Le comité a émis 98 avis favorables et 9 avis défavorables.

Globalement les projets se répartissent de la manière suivante :

- 10 dans le Cher, soit 9%.
- 15 en Eure et Loir, soit 13%
- 17 dans l'Indre, soit 15%
- 29 en Indre et Loire, soit 26%
- 21 dans le Loir et Cher, soit 18.5%
- 21 dans le Loiret, soit 18.5%

L'activité du CROSMS en 2009 est supérieure à celle de 2008 soit 22 projets en plus.

## **L'URIOPSS**

L'URIOPSS Centre a été créée en décembre 1949, sous le statut de loi 1901, elle a pour but d'unir les associations et organismes non lucratif des secteurs sanitaire, social, médico-social et de lutte contre l'exclusion pour développer les solidarités.

### ➤ **Ses valeurs**

L'URIOPSS Centre et ses adhérents partagent des valeurs et des spécificités associatives :

- Primauté de la personne
- Non-lucrativité et solidarités
- Dynamisation du tissu social

### ➤ **Ses buts**

- Regrouper les Associations et Organismes privés sanitaires, sociaux et socio-culturels à but non lucratif de la Région Centre,
- Provoquer leur création et soutenir leur développement quand le besoin s'en fait sentir.
- Faciliter les liaisons et les regroupements entre ces Organismes,
- Constituer un terrain de rencontre, de recherche et de réflexion en ce qui concerne leur raison d'être et leur nécessité dans la vie de la nation,
- Les représenter et assurer la sauvegarde de leurs intérêts auprès des Pouvoirs Publics, Administrations et Collectivités locales, et des Organismes de toute nature,
- Assurer leur participation à l'élaboration et à l'exécution des programmes et des plans d'équipement sanitaires et sociaux.
- Faciliter, par tous les moyens appropriés la formation, le perfectionnement et l'information de leurs personnes et des bénévoles,
- Mettre à leur disposition les services techniques et de documentation susceptibles de les aider sur toutes les questions générales et spécifiques concernant leur activité,
- Faire connaître leur esprit, leurs objectifs et leurs activités auprès de l'opinion publique.

La coordination régionale est présente au Conseil d'Administration de l'URIOPSS, qui s'est réuni 4 fois sur l'année 2009 et intègre divers groupes de travail animés par l'URIOPSS.

# - **Activité de formation et bilan financier**

## Les activités de formation du comité régional

La coordination régionale de l'ANPAA du Centre et du CICAT 28 est très présente sur le volet de la formation à destination des professionnels de santé.

L'objectif des 3 années à venir est de développer ce volet du fait que l'A.N.P.A.A. soit un centre de formation agréé et enregistré.

### **LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET L'INTERVENTION BRÈVE**

En prolongement du programme "Boire Moins C'est Mieux" (B.M.C.M.) piloté par l'A.N.P.A.A., de plusieurs initiatives régionales engagées dès 2004 pour certaines, et d'une circulaire DGS du 12 octobre 2006, plusieurs régions ont pris l'initiative de déposer des projets en matière de repérage précoce et d'intervention brève en alcoologie. La première étape consiste en des formations de formateurs, médecins généralistes et médecins addictologues. Constitués en binômes, ces médecins assureront ultérieurement la formation directe des médecins généralistes puis des médecins du travail et d'autres professionnels de la santé.

Suite à la circulaire de la DGS du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie, la coordination régionale de l'A.N.P.A.A. et du C.I.C.A.T. 28 a été mandatée pour sa mise en place en région Centre auprès des médecins généralistes.

Le Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (R.P.I.B.), est reconnu actuellement comme l'une des dix mesures dites "une meilleure pratique" et ayant le meilleur rapport coût/efficacité dans la lutte en terme de réduction des dommages.

Il a été démontré qu'un simple conseil de quelques minutes peut réduire d'un tiers le nombre de buveurs excessifs.

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) a choisi de promouvoir la méthode et a renouvelé récemment cet engagement lors de la cinquante-huitième assemblée mondiale de la santé du 25 mai 2005.

En France, le programme de diffusion de la formation des médecins généralistes à cette technique a été développé depuis plusieurs années dans quelques régions avec l'appui de la DGS, de la MILDT et de l'INPES.

Le médecin généraliste reste le premier acteur qui peut repérer ces personnes et intervenir de façon précoce et efficace avant que leur situation ne s'aggrave. Pour les soutenir dans cette démarche de dépistage précoce de ces buveurs excessifs et de prévenir l'aggravation de leur situation, les médecins peuvent maintenant s'appuyer sur des outils d'intervention validés.

## **- Synergie entre les professionnels et les institutions**

La réalisation d'une véritable synergie entre les priorités institutionnelles et les visées des professionnels porteurs du projet est un des facteurs de réussite du programme par la mutualisation des énergies, des moyens et des compétences :

- sur un socle commun de connaissances et d'outils : les porteurs de projets ont façonné des stratégies personnalisées en fonction de leurs opportunités, de leurs contraintes respectives et des déterminants locaux,

- une fois le tissu partenarial local établi, la formation des médecins par une campagne de communication sur l'initiative et la mobilisation (recrutement) des médecins, les programmes de formation se sont en général déroulés en 2 phases avec dans un premier temps la formation des formateurs puis extension progressive aux praticiens (*dans le cadre ou non des FMC*),

- les budgets alloués dans le cadre des PRS et par l'URCAM ont été les plus utilisés. Certains programmes sont déjà repris dans le Programme de Santé Publique (PRSP).

- dans les exemples régionaux analysés : le maintien de la mobilisation des médecins passe souvent par une rémunération (*multiplication par cinq de la pratique de repérage*) par le renouvellement de l'échange entre médecins formés, les relances écrites et téléphoniques et la mise en place d'annuaires des structures et services disponibles et/ou un site Internet.

Il ressort de ces expériences que la formation seule ne suffit pas à l'adoption du RPIB, d'autant plus que l'alcool est un thème globalement peu mobilisateur pour les médecins qui ne reçoivent pas initialement de formation approfondie en alcoologie ni aux techniques d'entretien. Le choix d'un annuaire de dépistage adapté à la pratique médicale française (*FACE*) rend cette adoption plus facile.

## **- Objectifs**

- **Former les médecins généralistes:** amener les médecins à être à l'aise avec le sujet, leur apprendre à repérer précocement les consommateurs excessifs, leur enseigner les méthodes de l'intervention brève,

- Informer sur le "dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme" pour faciliter l'orientation,

- Développer et optimiser le partenariat institutionnel local et régional.

- **Former les médecins du travail :** Réduire les accidents du travail liés à la consommation d'alcool. Diminuer la mortalité prématurée liée à l'alcool en diminuant le pourcentage de consommateurs excessifs en région Centre.

En 2009, nous avons formé 10 médecins généralistes. Ces derniers vont former à leur tour, 6 à 7 confrères lors des soirées FMC.

A ce jour, environ 36% des médecins généralistes de la région Centre sont formateurs au RPIB alcool.

Cette formation a permis de les sensibiliser au problème de l'alcool et de leur permettre d'avoir un contact dans le domaine de la prise en charge de cette pathologie.

Afin de continuer notre accompagnement auprès de ces professionnels, nous avons organisé une soirée RPIB afin de faire le point avec l'ensemble des médecins formés, d'avoir le retour de leur pratique mais aussi les propositions pour améliorer la communication sur le RPIB.

A la suite de cette soirée, il a été émis l'idée de réaliser un annuaire des professionnels de l'Addictologie incluant les médecins généralistes formés au RPIB.  
De plus, il a été mis en avant le fait de former les paramédicaux à cette méthode.

## **FORMATION A L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL**

La coordination régionale a organisé une formation à l'entretien motivationnel à destination des infirmières.

Un groupe d'une dizaine de personnes a pu bénéficier de ces 2 jours de formation.

## **PERSPECTIVES 2010**

### **Continuer la formation des médecins généralistes au RPIB alcool :**

Afin de continuer à sensibiliser les médecins généralistes à la question de l'alcool, la coordination régionale de l'A.N.P.A.A. et du C.I.C.A.T. 28 organisera deux autres sessions de formation au RPIB.

### **Former les médecins du travail au RPIB alcool :**

Amener les médecins à être à l'aise avec le sujet, leur apprendre à repérer précocement les consommateurs excessifs, leur enseigner les méthodes de l'intervention brève.

### **Réalisation d'une soirée RPIB médecins généralistes :**

Réalisation d'une soirée de mise à jour des connaissances pour tous les médecins généralistes formés depuis 2007 en 2010.

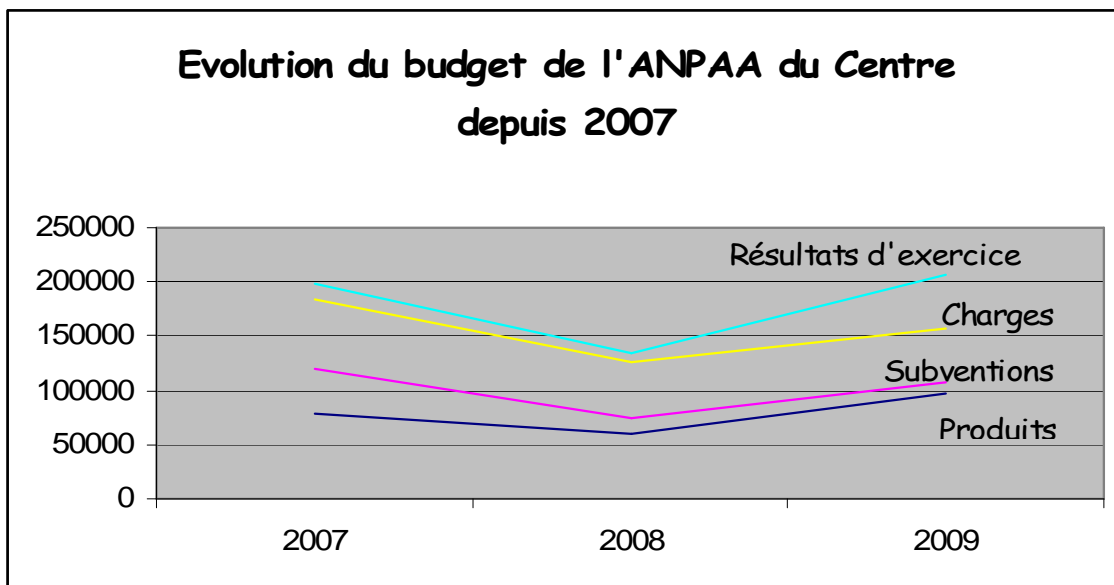
### **Former les infirmières à l'entretien motivationnel et au RPIB alcool :**

Amener les infirmières à être à l'aise avec le sujet, leur apprendre à repérer précocement les consommateurs excessifs, leur enseigner les méthodes de l'intervention brève.

A compter de 2010, la coordination régionale va développer son activité de formation auprès des professionnels de santé.

## **Bilan financier**

En 2009, le compte de résultat de la coordination régionale fait apparaître un excédent de 49 876 euros représentant 10 000 euros de fonds dédiés destinés au RPIB médecins généralistes et du travail. Les 39 876 euros restant correspondent à une partie de la subvention de fonctionnement versée par le siège de l'A.N.P.A.A.



## CONCLUSION

La coordination de l'A.N.P.A.A. du Centre et le C.I.C.A.T. 28, est devenue un acteur reconnu dans le domaine de la prévention et de la formation en matière d'addictions.

Chaque année, nous développons de nouvelles formations à destination des professionnels de santé afin de pouvoir intégrer dans leur cursus une sensibilisation aux problèmes addictifs.

La prévention est une priorité nationale, c'est pourquoi, le législateur n'a pas oublié de l'intégrer dans la loi portant sur la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) adoptée le 21 juillet 2009.

Nous formulons le vœu que pour l'année 2010, la prévention soit soutenue par les politiques publiques afin de lui permettre de continuer à exister. Pour ce faire, l'A.N.P.A.A. région Centre se tient à la disposition de l'Agence régionale de santé, qui deviendra au 1<sup>er</sup> avril 2010 notre interlocuteur, afin de partager notre expérience et nos compétences.

**L'ANPAA 41**

# ***I – La structure***

## **- Organisation et fonctionnement**

- Liste des membres de la Commission Exécutive de l'ANPAA 4I
- Situation géographique
- Organigramme départemental
- Mouvement et gestion du personnel
- Accueil des stagiaires

## **- Missions et financement**

- Missions
- Financement

## I – La structure

### Organisation et fonctionnement

➤ Liste des membres de la Commission Exécutive de l'A.N.P.A.A. 41

#### **BUREAU**

Présidente : Dr Sihem BLANCHET, Médecin Hospitalier C.H.B.  
Vice-Président : Dr Etienne de PLINVAL, Médecin retraité  
Trésorière : Mme Joëlle DUPRADEAU, Educatrice Spécialisée

#### **MEMBRES**

Mr Louis HURON, Retraité  
Mr Michel ROBERT, Président de l'association V.R.S.  
Mr Daniel JONNEAU, Retraité

#### **MEMBRES DE DROIT**

*D.D.A.S.S. de Loir et Cher*  
*Mutualité Sociale Agricole* – Mr Pierre OLAYA  
*Mutualité de Loir et Cher* – Mr Daniel LORPHELIN  
*CENTRE HOSPITALIER* – Service social

La Commission Exécutive s'est réunie 2 fois : le 27 avril et le 20 octobre.  
L'Assemblée Générale s'est déroulée le 18 juin.

\* \* \* \* \*

➤ Situation géographique

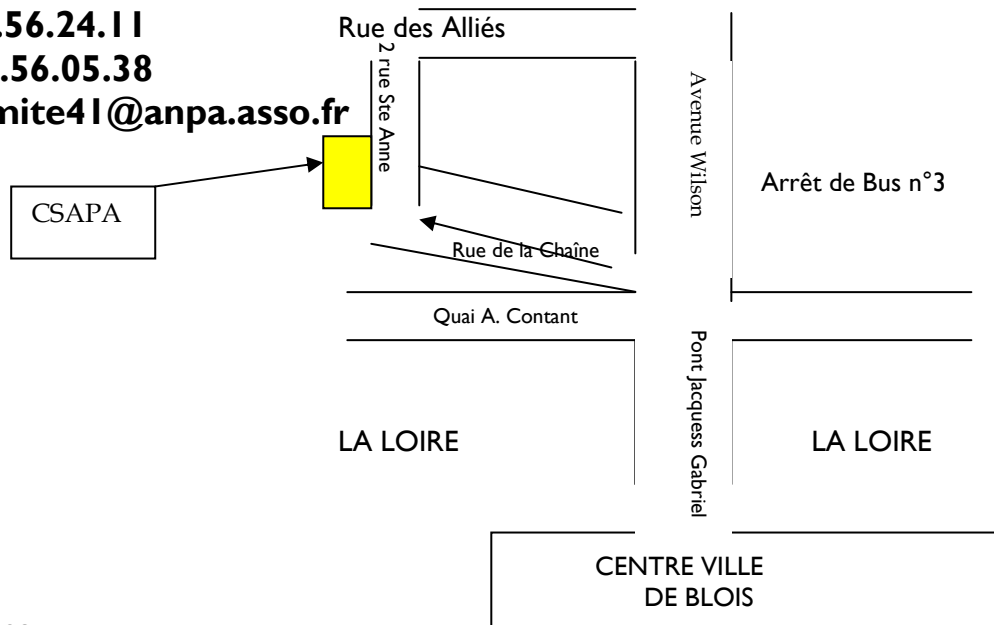
L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie du Loir-et-Cher (A.N.P.A.A. 41) se situe au :

**2, rue Ste Anne**

**Tel : 02.54.56.24.11**

**Fax : 02.54.56.05.38**

**Email : comite41@anpa.asso.fr**



**permanences :**

du Lundi au Vendredi de 9 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 18 h 00

**Tel : 02.54.56.15.16. pour les rendez-vous au CSAPA  
(Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)**

Le CSAPA dispose également d'**ANTENNES DE CONSULTATIONS :**

7, rue Edouard Branly  
1<sup>er</sup> étage  
41100 **VENDOME**

Judi : 13h – 17h  
☎ : 02 54 56 15 16

10, mail de l'Hôtel Dieu  
41200 **ROMORANTIN**

Lundi : 10h – 17h00  
☎ : 02 54 56 15 16

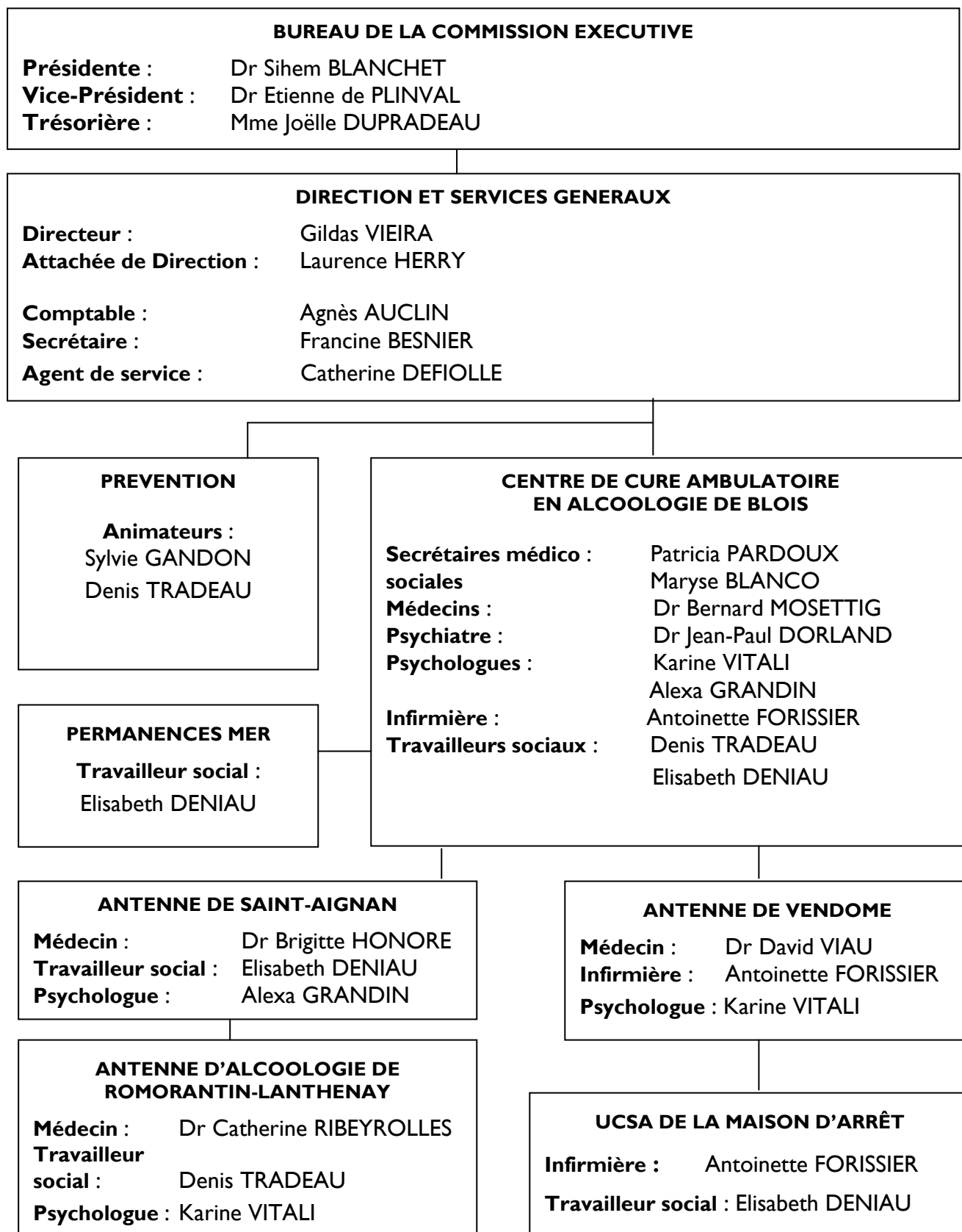
Pavillon Mansart  
Rue Maurice Berteaux  
41110 **SAINT-AIGNAN**

Mardi : 8h30 – 12h30  
☎ : 02 54 56 15 16

Ancienne Mairie  
Rue St Hilaire  
41500 **MER**

Les vendredis : 9h – 12h  
☎ : 02 54 56 15 16

➤ Organigramme départemental



➤ **Mouvement et gestion du personnel**

Mme HERRY Laurence, Attachée de Direction, a quitté ses fonctions en octobre 2009.

- Les temps de travail de la secrétaire, de la comptable, de l'agent de service et du directeur ont été affinés en comptabilité analytique sur les bases d'une répartition de plus en plus équitable entre les deux associations,
- Mr Bernard MOSETTIG, médecin à 0.36 ETP au 1<sup>er</sup> avril 2008 a vu son temps médical augmenté à 0.50 ETP.
- Le temps du Dr Brigitte HONORE a été également été augmenté d'une heure de plus par semaine.

## **ACCUEIL DES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE**

<b>Etablissement</b>	<b>Formation</b>	<b>Nature du stage</b>	<b>Durée</b>	<b>Dates</b>
I.F.S.I. BLOIS	Stagiaire Infirmière 2ème Année	Stage "Santé Publique"	4 semaines	du 09/03/2009 au 03/04/2009
I.T.S. TOURS	Stagiaire Educateur Spécialisé 2ème Année	Stage Observation	10 semaines	du 28/09/2009 au 30/12/2009
I.T.S. TOURS	Formation CAFDES - DF 4	Expertise de l'intervention sanitaire et sociale sur un territoire	60 heures	du 01 au 04/12/2009 du 14 au 17/12/2009

**I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers**

**I.T.S. : Institut du Travail Social**

## **Missions et financement**

### ➤ Missions

L'A.N.P.A.A. 41 a pour but de promouvoir et contribuer à une politique globale de prévention des risques et des conséquences de l'alcoolisation et des pratiques addictives par tous les moyens. Elle organise ses missions autour de deux axes :

#### **Les actions de prévention :**

- par la sensibilisation du grand public,
- par l'éducation de chacun,
- par les programmes développés dans les écoles,
- par les animations ponctuelles et la formation de relais dans l'entreprise et la fonction publique,
- par les stages de formation en alcoologie et addictologie pour les animateurs, les travailleurs sociaux et le personnel hospitalier.

#### **Les actions médico-sociales :**

- par l'accueil de « toute personne en difficulté avec l'alcool, présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive, ou atteinte de dépendance alcoolique »,
- par le diagnostic, l'orientation et la prise en charge thérapeutique en délivrant des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur de ces personnes et de leur famille. En participant éventuellement à toute action de prévention, de formation et de recherche en matière de lutte contre l'alcoolisme organisée par des personnes morales de droit public ou privé ».

### ➤ Financement

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie du Loir et Cher (A.N.P.A.A. 41) perçoit pour le fonctionnement du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) reconnu établissement médico-social, un budget de fonctionnement imputable sur les crédits d'assurance maladie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999, ce qui représente un pourcentage de 62,05 % des recettes globales de l'A.N.P.A.A. 41 pour l'exercice 2009.

Le service de prévention de l'Alcoolisme fait l'objet d'une convention signée entre l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie du Loir et Cher (A.N.P.A.A 41) et la DRASS du CENTRE et plus particulièrement le GRSP (Groupement Régional de Santé Publique du Centre)

Dans le cadre du dispositif R.M.I., le Conseil Général de Loir et Cher et l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie du Loir et Cher ont signé une convention relative à la mise en oeuvre d'une action d'insertion finançant la décentralisation de nos actions de prévention, d'accueil, d'écoute et de suivi auprès des allocataires du R.M.I. de notre département.

La C.P.A.M., la M.S.A., la Mutualité de Loir et Cher et les municipalités subventionnent le fonctionnement et les activités départementales de prévention du risque alcool.

La Ville de Blois contribue à notre fonctionnement local par notre action globale de prévention du risque alcool auprès de la population blésoise. La Ville de Vendôme met à disposition les locaux de l'Antenne du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie du Vendômois au 7, rue Edouard Branly. L'Antenne du CSAPA de Saint-Aignan tient ses permanences dans les locaux mis à notre disposition par le Conseil Général de Loir et Cher au Pavillon Mansart rue Maurice Berteaux. Depuis octobre 1998, la Ville de Romorantin-Lanthenay met à notre disposition les locaux de l'Antenne d'Alcoologie au 10, mail de l'Hôtel Dieu. Depuis le 10 avril 2002, le CSAPA a ouvert une permanence d'accueil, d'écoutes et d'accompagnement dans des locaux mis à disposition par la municipalité de Mer, rue St-Hilaire.

Les cotisations des adhérents et les autres financements contribuent au fonctionnement global de notre Comité.

Des subventions spécifiques peuvent financer des actions de prévention spécialisées (prévention des toxicomanies, sécurité routière, etc ...).

\* \* \* \* \*

## ***II - Service Prévention et formation***

### **- Présentation du service**

- Qui sommes-nous ?
- Nos actions

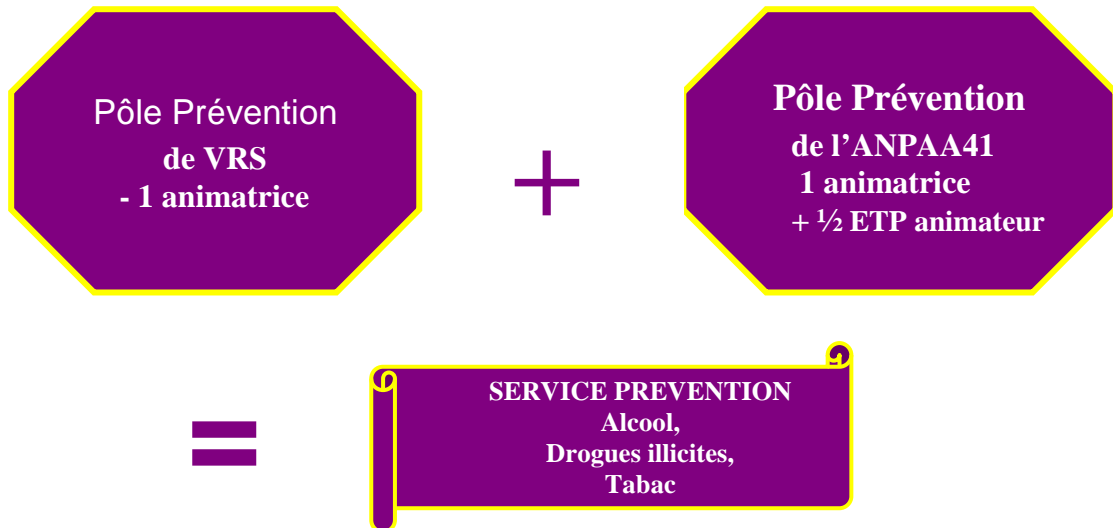
### **- Bilan 2009**

- Intervention en alcoologie
- Intervention en tabacologie

## II – Service Prévention et formation

### Présentation du service

#### ➤ Qui sommes-nous ?



Un service prévention unique dans le cadre de la mutualisation des moyens de VRS et de l'ANPAA41

**Notre champ d'action est départemental**

#### ➤ Nos actions en alcoologie

##### **Les outils :**

L'animatrice élabore la plupart des outils utilisés en prévention primaire sous forme de diaporamas animés, ceci pour plusieurs raisons :

- Ce support capte mieux l'attention ; la couleur et l'animation donne une autre dimension à l'intervention.
- Le diaporama permet, par le texte projeté sur l'écran, complété par le discours, d'intégrer plus facilement l'information.
- Il facilite également la façon d'aborder le sujet alcool et évite à l'animatrice un long monologue devant un public parfois réfractaire au sujet.
- Le diaporama s'adapte aux demandes qui peuvent être très différentes selon le contexte d'intervention.
- Enfin, ce support permet de s'adapter aux changements de loi (ex l'art 93 de la loi du 21 juillet 2009, très récente et encore peu connue du public) et également des préoccupations santé. Exemple : depuis 2 ans les dangers d'une alcoolisation excessive sont abordés depuis que le corps médical a donné l'alerte sur l'augmentation inquiétante des comas éthyliques constatés dans les services d'urgence le week-end.

## Les interventions en milieu scolaire :

La méthodologie d'intervention s'appuie sur le guide d'intervention en milieu scolaire, ceci en concertation avec les projets d'éducation à la santé mis en place par les établissements partenaires.

Celui-ci semble convenir aux collèges car il permet d'organiser des séances d'information sur l'alcool, le cannabis ou le tabac par niveau et sans surcharger les programmes scolaires.

La plupart du temps, les diaporamas sont présentés sous forme de quiz, ce qui entraîne la participation des jeunes qui se prennent facilement au « jeu ».

Cela produit des échanges intéressants : les élèves donnent leurs avis, parfois contestent (ex : « la loi interdit les stupéfiants, pourquoi pas l'alcool ? » ou « le cannabis est moins dangereux que l'alcool »).

Tout cela permet d'expliquer et d'insister oralement sur certains sujets que les jeunes ont du mal à intégrer.

Les diaporamas sont élaborés spécifiquement pour chaque niveau de classe.

Toutes les réponses sont validées par la MILDT.

Un fascicule est remis à chaque participant à la fin de la séance.

Celui-ci reprend les points abordés et liste les adresses utiles du département

Le public plus âgé des lycées d'enseignements généraux ou professionnels nous oblige à être plus pragmatiques : la plupart a déjà consommé et a son permis de conduire.

Les objectifs des informations auprès de ce public :

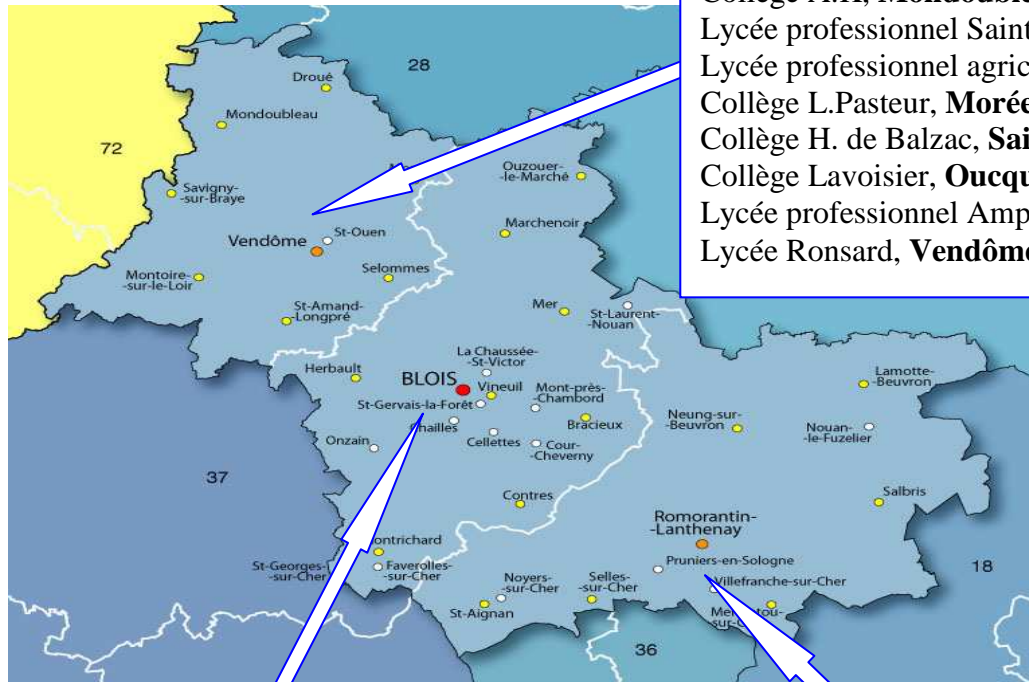
- Apporter une connaissance scientifique sur les effets physiologiques, psychologiques et les risques à long terme des consommations de substances psychoactives.
- Faire connaître les lois en lien avec la consommation de substances psychoactives : code de la route, de la santé publique et code du travail.
  
- Renseigner sur les lieux d'aide et de soins du département.

Lorsque le lieu s'y prête, nous organisons des tables documentaires interactives. A mi-chemin entre une table documentaire classique et une exposition, nous avons imaginé cet outil comme un espace à la fois visuel et d'information.

L'objectif est de faire connaître des documents, de nouvelles publications, les centres de soins, mais aussi d'entrer en contact avec ceux qui n'auraient pas l'opportunité ou la facilité de s'exprimer dans un groupe.

Nous pouvons donc, dans ce cadre là, apporter des réponses personnalisées.

## LIEUX D'INTERVENTION DANS LES COLLEGES ET LYCEES :



### Arrondissement de Vendôme:

Collège A.K, **Mondoubleau**  
 Lycée professionnel Sainte Cécile, **Montoire**  
 Lycée professionnel agricole, **Montoire**  
 Collège L.Pasteur, **Morée**  
 Collège H. de Balzac, **Saint Amand Longpré**  
 Collège Lavoisier, **Oucques.**  
 Lycée professionnel Ampère, **Vendôme**  
 Lycée Ronsard, **Vendôme**

### Arrondissement de Blois :

Collège A.Thierry, **Blois**  
 Collège Bégon, **Blois**  
 Collège Notre Dame des Aydes, **Blois.**  
 Lycée professionnel S.Delaunay, **Blois.**  
 Lycée privé La providence, **Blois**  
 Lycée C.Claudé, **Blois**  
 Collège les Provinces, **Blois**  
 Classe relais de **Blois**  
 Collège de Vienne, **Blois**  
 Collège H.Fillay, **Bracieux**  
 Collège P. de Ronsard, **Mer**  
 Collège privé St Joseph, **Mer**  
 Collège L.Pergaud, **Neung sur Beuvron**  
 Collège M.Curie, **Saint Laurent Nouan**  
 Collège Crocheton, **Onzain**  
 Collège M.Carné, **Vineuil**  
 Collège privé Notre Dame, **Vineuil**

### Arrondissement de Romorantin Lanthenay

Collège J.Rostand, **Lamotte Beuvron**  
 Collège G.Jollet, **Salbris**  
 Collège L de Vinci, **Romorantin**  
 Collège M.Genevoix, **Romorantin**  
 Lycée professionnel, **Saint Aignan**

**Au total 3263 élèves  
 ont reçu une  
 information alcool.  
 1650 collégiens ont reçu une  
 information sur le tabac**

## **Interventions dans les centres d'apprentissage**

Pour ce public, déjà confronté à la vie active, nous privilégions les informations sur les conséquences de la consommation de substances psychoactives tant au niveau professionnel que personnel du futur salarié.

Nous intervenons sur du concret : simulations d'alcoolémie, risques encourus en cas d'alcoolisation sur la route mais aussi sur le lieu de travail.

En outre, nous travaillons avec l'équipe éducative pour introduire d'autres intervenants dans le cadre de la santé ou autre, étrangère aux établissements, dans le but d'ouvrir l'univers de l'apprentissage à d'autres domaines..

Cette année nous sommes intervenus sur 3 centres de formation et d'apprentissage auprès de 718 apprentis : Le CFA Bâtiment, le CFA Interprofessionnel et le CFA horticole.

### **Nos interventions ne se cantonnent pas à des milieux spécifiques, ce qui permet d'élargir notre champ de prévention.**

Nous essayons d'intervenir auprès des jeunes hors du milieu scolaire, ainsi en 2009 nous sommes intervenus dans la, auprès du conseil des jeunes de la ville de Blois, dans les stages civiques mise en place par la Direction Interdépartementale de la Protection Judiciaire de la jeunesse et auprès des jeunes et éducateurs de l'Unité de vie (maison de l'enfance) de Vendôme.

Le foyer Espoir de la vallée du Cher (service accueil de jour) de Vendôme, les travailleurs et personnel encadrant du CAT de Montrichard ont reçus une information alcool.

Une soirée information sur les addictions s'est déroulée auprès des résidents du Foyer des Jeunes travailleurs de Blois.

A la demande de la Mutualité Sociale Agricole, L'ANPAA et un Formateur Relais Anti-drogue de la Gendarmerie ont participé à une soirée en direction des parents portant sur les substances psychoactives et les jeunes.

Régulièrement, le service prévention est sollicité par des étudiants ou professionnels pour des informations ou aide à des recherches sur les substances psychoactives.

### **Formation :**

Les associations ANPAA 41 et VRS sont des organismes de formation professionnelle.

Les animatrices et l'animateur interviennent dans différents secteurs, qu'ils soient privés ou publics.

Les formations sont organisées en fonction de la demande et adaptées au public demandeur.

### **Documentation :**

Le service prévention relaie les campagnes nationales de la MILDT, de l'INPES et de la Sécurité Routière.

## Prévention tabac dans les collèges

Cette action se déroule dans les collèges, presque exclusivement **en direction des classes de 6<sup>e</sup>**. Quelques établissements demandent encore des interventions sur d'autres niveaux ; mais il semble important de privilégier une sensibilisation le plus tôt possible, avant l'entrée dans la consommation.

Tous les établissements –publics et privés- sont informés des possibilités d'intervention en début d'année scolaire par un courrier au chef d'établissement. Une relance téléphonique, auprès de l'infirmière scolaire pour le public et du chef d'établissement pour le privé, est effectuée en début d'année civile pour les établissements n'ayant pas répondu.

**L'intervention est préparée avec l'infirmière scolaire et/ou les professeurs de SVT.** Il leur est demandé d'aborder avec les élèves la notion de santé « Qu'est-ce qu'être en bonne santé » / « Qu'est-ce qu'être en mauvaise santé » et il est demandé aux élèves de noter :

- Ce qu'ils savent sur le tabac,
- Ce qu'ils aimeraient savoir.

Cette préparation permet d'investir les jeunes dans la préparation de l'intervention proprement dite qui est alors perçue dans une continuité.

La sensibilisation elle-même se déroule sous forme d'une **vidéo-débat** avec la projection d'un film d'une dizaine de minutes donnant les informations de base sur le tabac et laissant une grande part à des témoignages d'adolescents sur leur tabagisme puis la discussion avec les élèves autour de leurs questionnements. Sont notamment abordés le coût financier de la consommation et les choix d'achats qui devront être faits par le fumeur, les stratégies de manipulation des fabricants (produits ajoutés, marketing, publicité), la difficulté à maîtriser sa consommation (produit hautement additif), les conséquences à court terme (souffle, haleine, teint, dents) et long terme (cancers, maladies cardio-vasculaires), les risques spécifiques pour les filles (pilule, fertilité, grossesse), les droits des non-fumeurs (loi Evin, tabagisme passif) et les stratégies pour dire non aux sollicitations.

**Un quiz en 3 questions** reprenant des informations délivrées (les 3 produits principaux qu'on retrouve dans la fumée de cigarette : nicotine/CO/goudrons – les stratégies de manipulation des fabricants – l'industrie du tabac irrespectueuse des hommes et de la planète) et la liste de sites validés de prévention du tabagisme.

**Une évaluation** qualitative est réalisée sur 1/3 des classes rencontrées et un bilan est fait avec le référent du collège (infirmière et/ou professeur de SVT). Chaque fois que possible, nous sommes présents au sein des C.E.S.C. afin d'expliquer notre démarche de prévention et de créer du lien avec les autres acteurs de prévention intervenant dans les établissements.

**En 2009**, cette actions a été réalisée dans **12 collèges du département soit 66 classes/1650 élèves**. Elle se pérennise depuis plusieurs années.

## Liste des établissements visités

Mois	Etablissement	Nbre de classes/Niveau
01	Lamotte Beuvron	6/ (6e)
01	Vineuil	6/ (6e)
02	Salbris	4/ (6e)
03	Blois Vienne	6/ (6e)
03	Blois Bégon	5/ (6e)
03	Mer St Joseph	5/ (CM2,6e,5e)
05	Blois Les Provinces	6/6e
06	Blois Augustin Thierry	8/6e
06	Romorantin M. Genevoix	9/6e
06	St Laurent	4/6e
06	Neung/Beuvron	3/6e
06	Bracieux	4/5e
06	Vendôme –raid cyclo	5 /Lycéens

## Prévention des addictions dans les ALSH

(Accueil de Loisirs Sans Hébergement)

Les séances de prévention du tabagisme et de l'alcoolisme en direction des 10/12 ans fréquentant les Centres de Loisirs sans Hébergement du département, mis en place en 2008 en complément des actions de préventions réalisées pendant le temps scolaire, a connu une diminution importante cette année du fait de l'absence de financement par le G.R.S.P.

- Ce module de 2 heures comprend pourtant plusieurs ateliers ludiques extraits de l'outil « Prevaddict » édité par le CIRDD d'Ile de France et l'ANPAA 75 :
- Mieux connaître les lois et règlements relatifs à la vente et à la consommation du tabac à l'aide d'un quiz autour du questionnement « selon la loi : autorisé ? interdit ? » : Après un brainstorming sur le sens de la loi, les jeunes sont invités à choisir si les situations décrites sont autorisées ou interdites. L'absence de consensus dans le groupe permet de favoriser les échanges.
- Percevoir les stratégies de pression de groupe et réfléchir autour des arguments permettant de dire non à la cigarette à l'aide d'une mise en situation (type jeu de rôle) :
- Après un brainstorming qui permet de mettre en avant quels sont les arguments qui pousseraient à accepter ou à refuser une cigarette, une mise en situation est proposée ; 2 jeunes vont tenter d'en convaincre 2 autres d'accepter une cigarette. Le reste du groupe doit observer les mots, les attitudes, ou les stratégies utilisées par les acteurs. Après la saynète, chacun fait part de son ressenti.
- Identifier l'alcool comme une drogue, modifier les représentation sur le produit, aborder les effets de l'alcool et les risques sur la santé : Après avoir identifier 3 critères permettant d'identifier l'alcool comme une drogue (Modification du comportement/effet psycho actif – Risque de dépendance – Dangerosité/nocivité

pour la santé), les jeunes sont invités à réfléchir, à l'aide d'un quiz, sur des affirmations sur l'alcool. Les tenants du oui et du non sont amenés à argumenter leur position. Le groupe discute des différents arguments et arrête, avec les explications de l'adulte, une réponse collective.

- Un temps est pris avant le déroulement de l'action pour expliquer la démarche à l'animateur présent,
- Une documentation ANPAA/Prévention tabac-alcool validée est laissée au directeur de l'ALSH.

### **Interventions en 2009**

- Février 2009	ALSH Salbris	13 jeunes
- Juin 2009	ALSH St Laurent Nouan	15 jeunes
- Juillet 2009	ALSH Montrichard	12 jeunes
- Juillet 2009	ALSH Romorantin (4 centres)	25 jeunes
- Juillet 2007	« Guinguette » Vendôme	7 jeunes

Une réflexion a été entamée avec les responsables des services jeunesse pour former les directeurs et animateurs des structures à la prise en charge des conduites addictives. Ces formations de 2 journées ont débuté en 2009, portées par l'association V.R.S.

### **Démarche globale d'intervention en entreprise**

Il s'agit d'aider l'entreprise à mettre en place une stratégie globale des risques liés à la consommation de produits psycho actifs dans l'entreprise.

- Cette démarche s'organise autour des étapes suivantes :
- recueil de données, analyse de la demande,
- mise en place d'un groupe de pilotage (généralement une émanation du CHSCT – Comité Hygiène Santé et Sécurité au Travail),
- proposition d'interventions (plan de prévention),
- sensibilisation du personnel, formation de l'encadrement, formation de personnes relais,
- suivi, évaluation.
- L'originalité de cette démarche ANPAA réside dans le fait qu'elle doit être pensée et mise en œuvre de façon cohérente sur 3 champs spécifiques mais interdépendants :
- la prévention : par des actions de sensibilisation de l'ensemble du personnel. Ceci permettra de modifier « l'image » de l'alcool dans l'entreprise et d'engager un changement d'attitude vis-à-vis des produits, de leurs usages et des personnes dépendantes ;
- le management (gestion des ressources humaines) : par la mise en place de réglementation (contrôle, sanctions), de conduites à tenir. Ceci permettra de donner aux managers les outils pour gérer les situations de crise mais aussi le retour sur le poste de travail ;
- la relation d'aide/accès aux soins : par la formation de personnes relais, l'orientation vers le système de soins. Ceci permettra de prendre en charge les personnes malades et de préparer leur retour dans l'entreprise.

- On le voit, l'objectif général de cette démarche est bien d'aider l'entreprise à changer son regard vis-à-vis des produits psycho actifs afin de la rendre autonome dans la gestion de ces risques.

### **Prévention des addictions dans les entreprises de BTP (Bâtiments et travaux Publics)**

L'ANPAA s'est associée à la campagne de prévention des addictions de l'OPPBT (Organisme de prévention du Bâtiment et des Travaux Publics) lancée en juin 2008. Leur mensuel « prévention BTP » a consacré un dossier à ce sujet, réalisé un livret donnant des informations pratiques et des conseils.

L'ANPAA en a profité pour envoyer à toutes les entreprises du BTP de Loir et Cher (125 courriers), un dossier présentant notre structure et nos actions en direction des entreprises.

2 entreprises ont répondues favorablement à notre demande de rendez-vous.

En 2009, cela s'est concrétisé par une action globale de prise en charge du risque Alcool/Toxicomanie pour l'entreprise Minier Béton de Naveil (5 sites – 40 salariés) :

- mise en place d'un groupe de pilotage regroupant les responsables de l'entreprise, les médecins du travail,
- 1 journée de formation pour les cadres de l'entreprise avec le matin :
  - la politique de prévention de l'entreprise,
  - la gestion globale du risque addiction par l'ANPAA,
  - les apports de base en addictologie.

Et l'après-midi :

- la législation (code du travail, de la route, responsabilité de l'entreprise, de l'encadrement, du salarié)
- le règlement intérieur,
- les outils de gestion des situations de crise,
- les protocoles d'aide, d'orientation vers le soin.

### **2 fois ½ journée de formation pour les responsables de sites :**

- les apports de base en addictologie,
- les outils de gestion des situations de crise,
- les protocoles d'aide, l'orientation vers le soin.

### **2 fois ½ journée de formation pour les chauffeurs de camions :**

- les apports de base en addictologie,
- la législation,
- les protocoles d'aide.

Les dernières sessions ont eut lieu début 2010 et cette action devrait se poursuivre dans le reste du groupe Minier, Minier Carrière et Minier BTP.

## **III – Le Soir**

### **- L'accès aux soins**

- Intervention à la Maison d'Arrêt
- Intervention à l'Hôpital
- Intervention auprès des publics précaires
- Stages « Route-Alcool-Justice »

### **- La prise en charge médico-psycho-sociale**

- L'entretien de premier accueil
- Le suivi
- Les groupes et ateliers thérapeutiques
- Les statistiques

### III – Le soin

#### L'accès aux soins

##### ➤ Interventions à la Maison d'Arrêt

Ces interventions se pratiquent sous deux formes :

- des entretiens individuels assurés par l'infirmière de l'équipe du CSAPA ANPAA 41,
- des groupes d'échanges et de réflexion, animés par une infirmière du CMP et l'éducatrice du CSAPA ANPAA 41.

##### **Les entretiens individuels :**

Tous les 15 jours, l'infirmière du CSAPA se rend à la maison d'arrêt pour trois heures d'entretiens avec les détenus ayant un problème d'alcool.

Ils lui sont adressés par les infirmières psychiatriques, par le psychologue ou par le médecin de l'équipe du CMP qui les voit à leur entrée.

Il peut aussi y avoir une demande personnelle du détenu par lettre.

Ces rencontres sont constituées de 2 entretiens par patient à 15 jours d'intervalle et consistent en :

- une prise de contact pour faire le point sur son problème personnel.
- une information sur le problème alcool
- une présentation du CSAPA
- une proposition de participer au programme phare animé par l'éducatrice du CSAPA deux fois par mois
- une proposition de suivi à la sortie de prison à Blois ou dans un autre département en lui donnant éventuellement les adresses.

Si les détenus le désirent, ils peuvent demander à revoir l'infirmière au cours de leur incarcération.

En 2009, il y a eu **109** entretiens concernant **64** détenus (pour **104** entretiens et **52** détenus en 2008).

##### **Le Programme « phares » :**

Les séances ont lieu tous les 15 jours.

Outre l'intérêt que présente ce programme pour l'ensemble des patients (voir « groupes et ateliers thérapeutiques »), l'objectif, en maison d'arrêt, est d'amener les détenus à réfléchir :

- d'une part sur leurs alcoolisations antérieures et leurs conséquences,
- d'autre part sur leurs objectifs à la sortie (gestion ou abstinence), et les moyens à mettre en œuvre pour réaliser ces objectifs.

En 2009, il y a eu 19 séances pour 76 présences. La liste d'attente des patients souhaitant intégrer le Groupe Phares est de plus en plus longue, ce qui entraîne un délai d'attente d'environ 2 mois.

Une séance de synthèse a lieu mensuellement. Y participent, les psychologues du CMP et de VRS, les deux infirmières du CMP, l'infirmière et l'éducatrice du CSAPA ANPAA 41. Cette réunion permet d'échanger sur la situation des patients et leur évolution et d'envisager le suivi à leur sortie (CMP, VRS ou ANPAA 41) quand telle est leur demande.

Une réunion de synthèse a été mise en place une fois par mois entre les intervenants du CSAPA ANPAA 41 et l'équipe de psychiatrie de l' U.C.S.A. pour essayer d'améliorer le lien entre les deux équipes.

### Interventions à l'hôpital

Toutes les semaines, l'infirmière se rend au C.H.B. pour rencontrer l'équipe de liaison hospitalière qui lui signale des personnes hospitalisées ayant un problème d'alcool et qui sont d'accord pour une prise de contact.

Ces patients sont connus ou non du CSAPA ANPAA 41.

Ils sont hospitalisés pour :

- un sevrage hospitalier avant de partir en centre de postcure ou parce que leur état interdit un sevrage ambulatoire
- une alcoolisation aigue
- une pathologie en rapport ou non avec leur problème d'alcool.

Ces visites ont pour but de présenter le CSAPA ANPAA 41 à ceux qui ne le connaissent pas encore et de préparer la sortie en leur proposant éventuellement un rendez-vous avec un membre de l'équipe soignante. Pour les patients déjà connus, il s'agit d'assurer la continuité du suivi entrepris auparavant.

En 2009, il y a eu 49 actes concernant 49 patients en majorité déjà connus du CSAPA ANPAA 41 soit une forte diminution par rapport à 2008 où il y avait eu 80 visites concernant 69 patients.

### ➤ Prévention des addictions en direction des publics en précarité

En 2009, nous avons privilégié les rencontres directes, sous forme de table documentaire, avec les populations en situation de précarité.

Ces interventions consistent à être présent lors des heures de distribution avec une **table documentaire** interactive –qui présente de manière attractive des informations validées permettant une réflexion sur la consommation, les mécanismes de la dépendance, des tests sur l'importance de la dépendance et les motivations au changement, bien entendu des conseils pour réduire et/ou stopper sa consommation, une information sur les lieux de soins susceptibles d'aider dans cette démarche-.

Le caractère convivial de la grande majorité de ces lieux et l'empathie dont font preuve les bénévoles accueillants ont permis d'entrer facilement en contact avec les bénéficiaires. Passer le premier moment d'étonnement « Qu'est-ce qu'il me veut ? – J'y arriverai jamais ! », le dialogue s'est toujours engagé et de nombreuses personnes ont ainsi

pu modifier leurs représentations sur les produits et se motiver pour changer leur comportement.

Cette action prévoyait de toucher 400 personnes en 3 « campagnes » dans l'année dans 10 lieux de distribution alimentaire du département.

**C'est 340 personnes qui ont été réellement vues en 2009 :**

- 169 en 14 visites de janvier à mars dans les Restos du Cœur du département (9 visites à Blois, 1 visite à Romorantin, Vendôme, St Aignan, Mer et Montrichard),
- 151 en 20 visites dans les banques alimentaires (11 visites à La Passerelle de Blois, 6 visites à Vendôme et 3 à Romorantin).
- **281 informations ont concernées le tabac, 37 l'alcool et 1 le cannabis.**
- **4 personnes ont ensuite pris un rendez-vous au CSAPA pour une démarche de soins** (tous sur Blois).

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette première année d'intervention. Le lieu choisi pour la rencontre avec ces populations semble pertinent. En effet, ces lieux sont souvent conviviaux –café, endroit pour se poser- et permettent assez facilement la rencontre. Les populations accueillies les ont bien investi et les utilisent comme espace de rencontre et d'information diverses.

Les bénévoles présents, comme les professionnels œuvrant dans ces lieux, sont disponibles et facilitent grandement le contact. Ainsi, le planning d'intervention est préparé ensemble afin de pouvoir rencontrer l'ensemble des bénéficiaires. Une publicité par affichage est mise en place avant l'intervention afin de prévenir les bénéficiaires et de les inciter à être présent.

Pourtant, la prévention auprès des publics précaires dans les lieux de distribution alimentaire demande encore à être « affinée » et développée :

- Les permanences dans certains lieux –notamment sur Romorantin- doivent être modifiées afin de pouvoir rencontrer plus de publics (régularité dans les rencontres, plages horaires plus pertinentes).
- Il serait aussi souhaitable, même si les restrictions budgétaires vont nous en empêcher, d'augmenter le partenariat avec les Restos du Cœur afin d'avoir un meilleur maillage départemental

- La rencontre/accès aux soins demande aussi à ce que le professionnel soit repéré/reconnu par les bénéficiaires pour une réelle entrée dans le soin et demande donc plusieurs visites. C'est le cas pour Blois, Vendôme et Romorantin où les interventions pendant la campagne d'hiver des Restos du Cœur peuvent être relayées, le reste de l'année, par des permanences dans les banques alimentaires –La Passerelle à Blois, l'Épicerie Sociale à Vendôme et la Courte Echelle à Romorantin et le Secours Populaire.

Il est à cet égard normal que les 4 personnes ayant pris un rendez-vous viennent de Blois, ville où il y a eut le plus de rencontres (9 aux Restos du Cœur, 11 à La Passerelle).

- Cette efficacité peut aussi être renforcée par un partenariat avec les autres intervenants santé du département comme c'est le cas à Vendôme où nous intervenons avec l'infirmière d'Osons Nous Soigner.

## ➤ Stage « Route-Alcool-Justice »

Depuis 2006, l'ANPAA 41 organise avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de Loir et cher (SPIP 41) des stages pour les de conduite **personnes condamnées pour récidive de conduite en état alcoolique** (CEA). Cela concerne annuellement plus de 300 personnes sur le département.

L'objectif général de ces stages est d'**encourager la modification durable du comportement routier et de prévenir la récidive**. Pour cela, ces journées doivent permettre à chaque personne concernée :

- d'analyser l'infraction et de s'approprier la sanction pénale (replacer la loi vis-à-vis de la consommation d'alcool et préciser les risques encourus),
- de connaître les effets de l'alcool tant sur l'individu que sur son activité de conduite,
- d'amener une prise de conscience de la gravité des faits et de la nécessité des soins appropriés.

Chaque stage dure 1 jour ½.

La 1<sup>ère</sup> journée est animée par Mr Thibault, psychologue de la Prévention routière.

La demi-journée supplémentaire, fixée une semaine après la première, l'est par une personne de l'ANPAA.

Un CIP référent est présent, ainsi que le représentant de l'ANPAA, à l'ouverture de chaque stage.

Le nombre de stagiaire est fixé à 12 personnes. Le volontariat est requis. Le stage est gratuit.

Le contenu du stage est le suivant :

. Pour la **journée « Prévention Routière »** est abordé :

- la personne et son rapport à la loi,
- le sens de la sanction et le rapport avec le risque encouru, pour la collectivité (sécurité routière et santé publique), pour soi (contribution à la connaissance de soi),
- la justice (rôle et fonction des acteurs),
- la peine (origine, visée et finalité).

La méthode utilisée est la **dynamique de groupe** restreint, basée sur la participation active du sujet, alternant débats en groupe et exercices en sous-groupes avec restitution.

. Pour la **½ journée « Alcoolologie »** est abordé :

- les unités d'alcool et les normes O.M.S.,
- l'alcool dans l'organisme et son élimination,
- la dépendance aux produits psycho actifs (dépendance comportementale, psychologique et physique),
- les motivations au changement,
- les structures de soins et d'aide du département.

La méthode utilisée est l'**apport de connaissance** couplé avec les échanges sur le vécu et les expériences des personnes.

3 stages ont été organisés en 2006 dans les locaux de l'ANPAA 41 à Blois. En 2007, le nombre de stage est passé à 5 avec 1 stage sur Vendôme et 1 stage sur Romorantin. Depuis

2008, c'est 6 stages qui ont lieux annuellement : 2 sur Blois, 2 sur Romorantin et 2 sur Vendôme. En 2008, nous avons 42 stagiaires. En 2009, 55 personnes ont suivi ces stages, 17 sont en soins au CSAPA.

Les bilans réalisés entre les différents intervenants à mi-parcours (juin) puis en fin d'année ont bien fait ressortir le bénéfice que les stagiaires tirent de ces stages (levé du déni, meilleure prise en charge de la personne par elle-même).

## La prise en charge médico-psycho-sociale

### ➤ L'entretien de premier accueil

Il est réalisé par un travailleur social ou l'infirmière.

Il permet de :

-présenter le CSAPA et la palette de soins qu'on y propose :

- consultations médicales
- consultations psychologiques
- entretiens de suivi
- groupes thérapeutiques : groupes de parole,  
groupes pour les femmes,  
groupe « phares » d'aide au maintien de l'abstinence,  
atelier d'art-thérapie,  
relaxation

-remplir le dossier GISPAC, support papier qui permet de rassembler tous ces éléments pour communiquer entre les divers membres de l'équipe et conserver une trace de chaque entretien.

Ce dossier est partiellement informatisé et permet de faire les statistiques demandées annuellement par les organismes de tutelle

-évaluer :- l'origine de la demande,

- la motivation du patient,

-le bilan social : famille, travail, ressources, problèmes judiciaires, en retraçant avec le patient les grandes lignes de son histoire.

S'il s'agit d'une personne en précarité, on lui demande les coordonnées de ses référents sociaux, afin d'établir des contacts en vue d'un travail de partenariat (si nécessaire et toujours avec l'accord du patient)

- les consommations d'alcool : quels alcools, les quantités, les rythmes et les contextes.

- les conséquences éventuelles sur sa santé,

- le parcours des soins antérieurs : sevrage, post-cure, suivis et/ou séjours en psychiatrie ou à l'hôpital général.

Cette évaluation est nécessaire pour réfléchir avec le patient aux soins les plus adaptés et l'orienter vers un ou plusieurs soignants de la structure : médecins ou psychologues et donner un nouveau rendez vous en expliquant l'importance de la régularité du suivi.

En 2009, il y a eu 274 nouveaux patients accueillis par les travailleurs sociaux et l'infirmière (il y en avait eu 286 en 2008).

## ➤ Le suivi

### L'accompagnement des travailleurs sociaux et de l'infirmière

Ces professionnels ont aussi pour missions :

-l'information sur le produit alcool : qu'est-ce qu'un verre standard, les recommandations de l'O.M.S., l'excès, les différentes dépendances.

-l'aide à la réduction des consommations : si le patient est dans des consommations excessives sans dépendance (= il a gardé sa capacité à gérer ses consommations), on lui propose un programme de réduction des consommations.

Les outils utilisés peuvent être :

-la fiche de suivi : le patient note quotidiennement ses consommations et à son rythme, il essaiera d'atteindre les normes O.M.S.(soit 2 verres par jour pour une femme et 3 verres pour un homme maximum, en incluant au moins 1 jour par semaine sans alcool).

-la balance motivationnelle, qui consiste à lister les avantages et les inconvénients de la réduction.

En cas de dépendance avérée, on peut aussi utiliser ces outils, afin que le patient se confronte à lui-même, et arrive petit à petit à l'idée de l'abstinence.

-l'information sur les différents modes de sevrage :  
-sevrage ambulatoire  
-sevrage hospitalier  
-séjour en établissement de post-cure :

L'infirmière ou les travailleurs sociaux présentent aux patients qui le souhaitent ou dont l'état nécessite un séjour en post-cure les différents établissements, ils leur donnent toutes les indications pour pouvoir faire un choix qui leur convienne en fonction du lieu géographique, de la durée du séjour, du nombre de résidents, du projet thérapeutique...

Le travailleur social ou l'infirmière auront ensuite en charge la partie administrative et sociale du dossier de demande de cure.

En 2009, il y a eu 573 patients (458 hommes et 115 femmes) suivis au CSAPA. le nombre d'actes des travailleurs sociaux et de l'infirmière a été de 1288.

En 2008, il y en avait eu 579 (461 hommes et 118 femmes) et le nombre d'actes avait été de 1389.

Ce travail s'exerce à Blois mais aussi dans les autres antennes du département et se répartit comme suit :

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Blois</b>	400	377	395	393
<b>Vendôme</b>	71	84	79	76
<b>St Aignan</b>	20	29	34	45
<b>Romorantin</b>	37	36	42	44
<b>Mer</b>	16	22	29	15
<b>Total</b>	<b>544</b>	<b>548</b>	<b>579</b>	<b>573</b>

On constate en 2009 un allongement du délai d'attente :

- il faut environ trois semaines pour que le patient obtienne un premier rendez-vous (travailleur social ou infirmière)
- entre cet entretien d'accueil et le premier rendez-vous avec le médecin addictologue, il faut patienter environ quatre semaines ; avec le médecin psychiatre, environ deux semaines.
- Entre l'entretien d'accueil et le premier entretien avec une psychologue, l'attente est d'environ deux mois.

Notons que l'orientation vers un médecin ou une psychologue n'est pas systématique : certains patients trouvent une aide satisfaisante auprès de leur médecin généraliste ou des différents services psychiatriques (même si le délai d'attente est, là aussi, long).

Quant au soutien psychologique, c'est le patient qui en décide : soit la demande est claire dès son arrivée, soit après échange avec le travailleur social, l'infirmière ou le médecin, il accepte ou refuse de rencontrer une psychologue.

## L'accompagnement psychologique

### I – Quelques remarques concernant notre travail

A compter de juin 2009, nous avons été contraintes de constituer (pour la première fois depuis que l'équipe compte des psychologues dans ses rangs) une liste d'attente pour les patients du CSAPA demandeurs d'un suivi psychologique au sein de l'institution.

Cette situation, inconfortable pour les patients, pour les professionnels ayant reçu le patient en amont d'une éventuelle prise en charge psychologique, mais aussi pour les psychologues elles-mêmes, a probablement pour origine un changement dans la manière de travailler des psychologues depuis l'an dernier. En effet, nous avons constaté en 2008 une augmentation du nombre de patients que nous avons reçus et ce, au détriment, selon nous, de la qualité de l'accompagnement que nous pouvions proposer, en terme de durée des suivis, en terme de régularité des rendez-vous que nous étions en mesure de proposer aux patients et, par voie de conséquence, en terme de présence des patients aux rendez-vous fixés. Nous observons une modification insidieuse de notre manière de travailler pour répondre à une « inflation » de la demande. Fortes de ce constat, nous avons considéré que nous avons le devoir de maintenir une bonne qualité des suivis dans lesquels nous nous étions engagées vis-à-vis des patients concernés et que cela nécessitait de pouvoir refuser de nouvelles entrées systématiques dans notre file active. Il s'agirait dorénavant de n'accepter de nouveaux patients en suivi qu'à condition qu'une « place » se soit libérée dans nos agendas.

- Le psychologue clinicien étudie le *psychisme humain dans son fonctionnement et ses processus*.
- Les psychologues qui travaillent actuellement à l'ANPAA 41 se réfèrent au *corpus théorique de la métapsychologie psychanalytique*. Cela ne signifie pas que leur pratique se confonde avec celle de la psychanalyse (qui a ses propres contraintes spécifiques, ses

propres exigences techniques et s'appuie sur un dispositif particulier), mais signifie que les psychologues en question utilisent la théorie psychanalytique pour ce qu'elle propose d'un *modèle de représentation du fonctionnement psychique*. Les théories psychanalytiques sont pour nous un moyen de rendre intelligible le fonctionnement psychique de nos patients. D'autres psychologues cliniciens pourraient utiliser d'autres référentiels théoriques et développer des pratiques différentes des nôtres.

- Comme nous l'avons déjà exposé dans le Projet d'Etablissement, notre pratique s'inscrit dans le cadre bien défini de *l'entretien clinique*. Il s'agit d'un espace établi (lieu, durée, fréquence), « artificiel » en quelque sorte, dans lequel la réalité externe (ou une partie de celle-ci) est mise en suspens. Autrement dit, le temps et l'espace de la consultation représentent un cadre externe établi conventionnellement pour permettre le déploiement et l'observation de certains processus psychiques. En conséquence, la régularité en termes de fréquence et de durée des entretiens est une des conditions nécessaires pour l'émergence d'éléments de la réalité psychique du patient sur laquelle nous allons l'aider à travailler.

A l'issue de ce préambule, nous souhaitons ici, à l'occasion de ce bilan de fin d'année, exposer les questionnements auxquels notre travail a pu être soumis et tenter d'y apporter notre point de vue et nos réflexions :

### **Pourquoi l'accompagnement psychologique de certains patients est-il si long ?**

Le travail psychothérapique est un processus évolutif au cours duquel l'obtention de remaniements psychiques s'effectue grâce au lien tissé entre le thérapeute et son patient. Un temps dévolu à la création de ce lien (dit *transférentiel*) est donc nécessaire.

Une fois la relation établie et le cadre posé, une autre tâche attend le psychologue et son patient. Elle consiste à tenter de découvrir ensemble le sens caché du symptôme addictif du patient, dans sa complexité (*chaque patient est un être complexe*), et à aider celui-ci à l'élaborer psychiquement.

Ce temps d'assimilation psychique est variable d'une personne à l'autre : il dépend notamment de la problématique interne à traiter, du rythme propre à chacun et de bien d'autres facteurs encore.

Notre position éthique, en tant que psychologues, consiste à nous engager à accompagner notre patient aussi longtemps qu'il en aura besoin, c'est-à-dire au terme de son cheminement personnel.

Nous pensons que la définition de la durée d'une psychothérapie de soutien relève de la seule décision du psychologue, eu égard à la relation thérapeutique qu'il entretient avec chacun de ses patients.

Comme l'affirme le code de déontologie des psychologues dans l'article 7 de ses principes généraux : « Le psychologue ne peut aliéner l'indépendance nécessaire à l'exercice de sa profession sous quelques formes que ce soit ». L'article 8 complète cette exigence en insistant sur l'indépendance du choix des méthodes et des décisions du psychologue.

Enfin, la durée de certains suivis peut également s'expliquer par l'importance de la déstructuration psychique de certains patients présentant des pathologies limites ou narcissiques, voire psychotiques, qui nécessitent des soins psychiques souvent plus « intensifs » et plus longs.

**Les psychologues ne pourraient-elles pas réserver des plages-horaires dans leurs agendas pour pouvoir recevoir rapidement certains patients dans les contextes suivants :**

- régler des difficultés aiguës, réactionnelles à un évènement de vie, dans un temps bref ?

L'expression d'une souffrance aiguë, même contextuelle (séparation, deuil, maladie) ne présage pas forcément d'un suivi de courte durée. Un évènement de vie douloureux peut parfois faire réémerger, à l'insu même du patient, une problématique infantile non résolue. *L'immense majorité des patients qui vient consulter au CSAPA, rappelons-le, vient soigner ses maux d'enfant.*

- prendre contact immédiatement avec eux pour poser les bases d'un travail psychique ultérieur ?

Nous pensons que cela n'a pas de sens de rencontrer une fois les patients si nous n'avons pas d'espace à leur accorder (*dans notre agenda et dans notre psychisme*), à court terme, pour pouvoir les accompagner dans de bonnes conditions, c'est-à-dire au plus près de leurs besoins.

- évaluer leur fonctionnement psychique lorsqu'ils laissent un membre de l'équipe dans l'incompréhension ?

Il ne nous semble pas nécessaire de rencontrer les patients en entretien pour pouvoir réfléchir avec un collègue à certains aspects du fonctionnement psychique de ces derniers et à leurs implications sur la relation soignant/soigné.

**La création d'une liste d'attente signifie-t-elle que l'accès des patients à un suivi psychologique soit devenu impossible ?**

La liste d'attente consiste à introduire un délai – qui est estimé à deux mois en moyenne - pour pouvoir rencontrer une psychologue. Elle vient donc différer la demande du patient de prendre contact avec une psychologue et non y opposer un refus formel.

## 2 – Notre activité annuelle en chiffres

- Evolution sur 3 ans du nombre de patients reçus et du nombre d'entretiens réalisés chaque année :

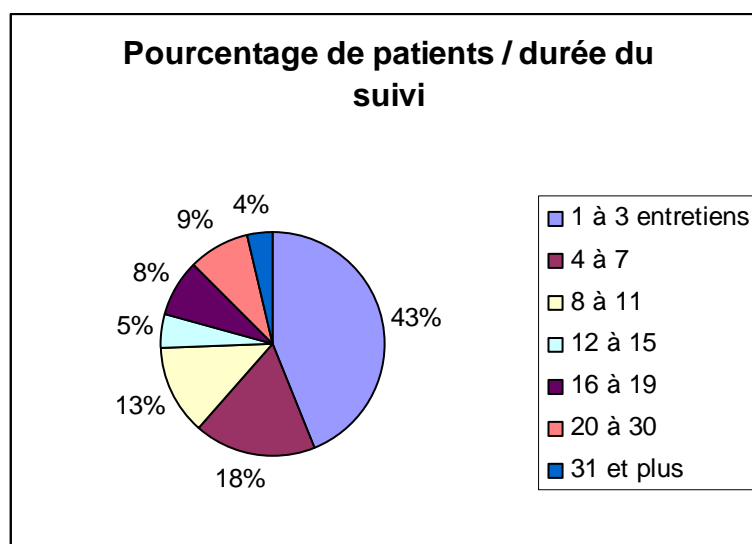
	2007	2008	2009
<b>Patients</b>	113	184	158
<b>Consultations</b>	1248	1182	1258

Ces chiffres représentent bien la « régulation » de notre file active, telle que nous l'avons envisagée cette année : nous avons suivi moins de patients, mais avons réalisé davantage d'actes qu'en 2008.

Cela démontre à nouveau qu'une meilleure gestion du nombre de patients pouvant être pris en charge psychologiquement a une influence positive sur la qualité des suivis : le nombre d'entretiens réalisés nettement en hausse signifie que les patients ont été plus assidus dans leurs suivis, sans doute parce que les rendez-vous qui leur étaient proposés étaient moins espacés, et les psychologues plus impliquées et plus disponibles.

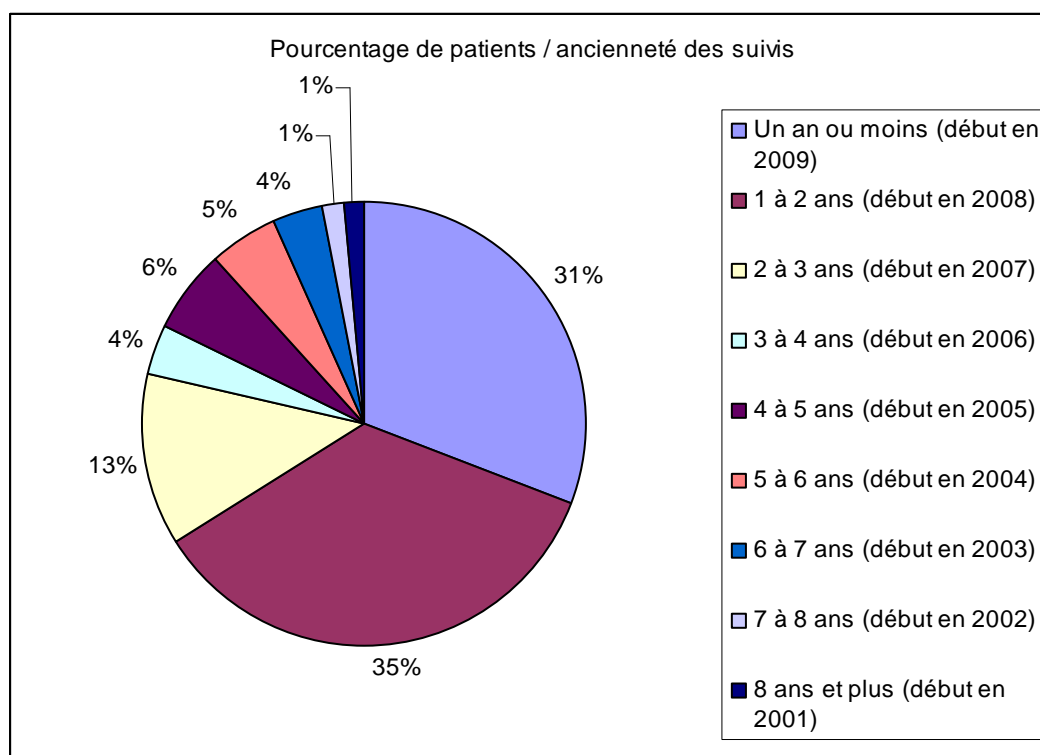
A noter tout de même : le nombre d'entretiens réalisés au cours de l'année a atteint un plafond en 2009, et ne saurait donc croître en 2010 sans augmentation du temps de travail.

- Nombre d'entretiens individuels réalisés par patient en 2009 :



Ces chiffres permettent d'effacer l'idée reçue selon laquelle les suivis psychologiques sont forcément longs et seraient à l'origine de « l'engorgement » des agendas des psychologues, laissant ainsi peu de place aux nouveaux patients. Nous voyons au contraire que 43% des patients reçus ne le sont que très brièvement (1 à 3 entretiens) et ne s'engagent pas dans un suivi. Quant aux suivis au long cours (+ de 20 entretiens dans l'année, ce qui signifierait qu'un patient serait vu par sa psychologue, *a minima*, une fois tous les 15 jours), ils ne représentent que 10% environ de notre file active.

- **« Ancienneté » des patients suivis en 2009 :**



Ici encore, et contrairement à une autre idée reçue, une très grande majorité (près de 70 %) de nos patients actuels ne sont suivis que depuis courant 2007, 2008 ou 2009.

Les quelques patients suivis au très long cours ne sont pas forcément ceux pour lesquels un vrai travail psychothérapique s'est engagé, mais souvent ceux pour lesquels la rencontre régulière avec la psychologue (ou, plus largement, avec l'institution) représente un étayage dont ils ne sauraient se passer pour se maintenir dans un certain équilibre.

- **Caractéristiques des patients reçus ou suivis :**

- Sur les 158 personnes reçues en entretien psychologique en 2009, 146 consultent au CSAPA pour un problème d'addiction les concernant en propre, et 12 d'entre eux sont des membres de l'entourage (soit 8 % de la file active).
- Les 2/3 de nos patients sont des hommes (105 personnes) et 1/3 des femmes (53 personnes).
- Sur les 158 personnes reçues en 2009, 56 sont de nouveaux patients, soit environ 35 % des patients orientés. Cela signifie bien qu'un renouvellement de la file active des psychologues existe : il est d'environ un tiers cette année (ce qui ne représente pas de différence significative avec l'année 2008).

## L'accompagnement médical

L'orientation vers le médecin généraliste interne à la structure se fait si :

- le patient le demande explicitement,
- un membre de l'équipe le juge nécessaire pour diverses raisons.

La première consultation est primordiale car elle permet d'établir le lien entre le médecin et le patient, de cerner sa personnalité. L'écoute permet de compléter les éléments déjà trouvés dans son dossier mais aussi de relever ses contradictions. Les sujets évoqués débordent largement la question de l'addiction car le Patient doit pouvoir parler de son quotidien, de son activité et de ses difficultés ; ceci permet d'élaborer, au cours des entretiens réguliers suivants, une stratégie d'aide.

Le médecin va également apporter au patient des indications et explications techniques visant à concrétiser dans son esprit les tenants et aboutissants de la maladie ; il pourra lui prescrire un traitement par anti-dépresseur afin de le soutenir face à une dépression latente, par vitamines B et PP pour éviter des complications telles que des polynévrites et/ou par « Aotal » pour diminuer les besoins d'alcool, ....

La consultation de sevrage ambulatoire ne sera pas (sauf exception) réalisée au cours de la première consultation médicale (décision pluridisciplinaire qui doit être validée en staff). Le médecin du service veillera également à renforcer le lien avec le médecin traitant du patient.

Durant l'année 2009, 1223 actes ont été honorés et 348 patients ont consulté le médecin.

L'activité au sein du CSAPA, en ce qui le médecin, a été pour l'essentiel représentée par :

- le suivi des patients consultants. Le temps nécessaire à ces entretiens crée un problème de disponibilité pour les tâches administratives représentées par les courriers à adresser aux Médecins traitants, les demandes de cure et la synthèse nécessaire à la fin des entretiens. Pour cette raison, j'ai réservé un paragraphe dans le projet de soins précisant l'organisation de travail que je me propose d'observer.
- L'activité RPIB s'est vue reléguée à l'année 2009. Deux conférences ont été assurées (Selles sur Cher et Médecine du travail de Blois)
- Participation aux groupes de paroles : le projet de mise en route d'un groupe de Paroles supplémentaire a été abandonné. Une seule séance a été assurée en décembre avec Madame Pardoux.
- La part de travail représentée par la prise en charge des fumeurs représente une faible proportion, de l'ordre de 6%. Il est moins nécessaire de devoir faire appel à une équipe et il n'y a pas de connotation psychiatrique. Par contre, la prévalence de la prise en charge du tabac risque d'être plus importante dans l'avenir du fait de la sensibilisation des patients à ce problème lors des soins pour l'alcool.

## ➤ Les groupes et ateliers thérapeutiques

### Introduction

On distingue deux sortes de groupes au CSAPA :

- les groupes ouverts à tous, Revivre et le groupe « Femmes ». Un calendrier semestriel est à disposition au CSAPA,
- les groupes réservés aux patients du CSAPA : programme Phares, art-thérapie et relaxation. L'entrée dans un de ces groupes est proposée par un soignant de l'équipe.

### Le groupe « Femmes »

En juin 2009, la co-animatrice du groupe nous a fait part de sa décision de mettre fin à ses activités bénévoles (après 10 ans d'engagement).

Par ailleurs, à la demande des patients, un groupe Patients avait été créé en avril 2008.

En juillet, nous avons proposé aux participants du groupe femmes d'intégrer le groupe patients, et avons convenu avec elles de nous revoir en décembre pour faire le point sur l'intérêt (ou non) de deux groupes (l'un mixte et l'autre féminin).

Elles étaient globalement satisfaites du groupe patients, où elles ont trouvé écoute, échange et liberté de parole. De plus, la mixité est réelle (30 à 50 % de femmes selon les séances), ce qui permet aux « nouvelles » de ne pas se sentir isolées (rappelons qu'on entend encore : « l'alcoolisme pour une femme, c'est encore pire que pour un homme »).

La décision a donc été prise de ne pas maintenir le groupe femmes.

En 2009, il y a eu 8 séances et 47 présences.

### Le programme « phares » : une aide au maintien de l'abstinence

Il s'agit de la projection de 6 films de 15-20 mn, ayant chacun un thème : qu'est-ce que la dépendance, comment refuser l'alcool, comment gérer les critiques engendrées par la consommation d'alcool, ....

Ces films proposent des stratégies comportementales pour éviter la rechute.

Une 7<sup>ème</sup> séance permet de visionner un débat, un documentaire ou une interview ayant pour thème d'alcool. Après le film, un débat permet aux patients d'échanger sur le thème du film, mais aussi sur la problématique « Alcool » dans son ensemble :

- l'alcoolique, c'est qui ?
- l'alcool : un vice, un besoin ou une maladie ?
- la honte, la culpabilité, la responsabilité
- volonté et/ou motivation
- les émotions
- les pathologies liées à l'alcool
- les soins

Ce programme a initialement été mis en place au CSAPA de Blois pour les patients abstinents ; nous avons fait le choix de l'ouvrir aux patients qui ne sont pas encore parvenus à l'abstinence, ainsi qu'à ceux qui veulent essayer de gérer leurs consommations d'alcool. Le programme et le groupe peuvent aider ces patients à progresser dans leur démarche.

En 2009, il y a eu 2 groupes de 7 séances pour 64 présences.

### **Les groupes « REVIVRE »**

Depuis septembre 2003, les groupes de parole « REVIVRE » se déroulent dans les locaux du CSAPA.

#### Ces rencontres s'articulent autour de trois groupes :

- un groupe entourage
- un groupe patients et entourage
- un groupe patients

Chaque groupe se réunit une fois par mois de 18h30 à 20h30 le 2ème jeudi du mois pour le groupe entourage et le 4ème jeudi du mois pour le groupe patients et entourage et le dernier jeudi du mois pour le groupe patients.

Ils sont animés par une salariée de l'association ayant suivi une formation sur l'animation d'un groupe de parole et par une bénévole, membre de l'association, ayant une longue expérience dans l'animation auprès des personnes dépendantes de l'alcool. Lors de leurs absences, des médecins : une ancienne salariée de l'ANPAA 41 et un médecin alcoologue à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris, viennent les remplacer.

#### Le soutien apporté à la famille au travers de ces groupes permet de :

- favoriser la démarche personnelle du patient
- présenter le problème alcool comme une maladie et non un vice
- déculpabiliser l'entourage
- libérer la parole au sein de la famille
- restaurer une relation entre l'entourage et le patient autre que le contrôle, la surveillance et le conflit
- libérer un espace pour le patient au sein de la famille

### Des chiffres :

	Groupe entourage	Groupe patients + entourage	Groupe patients
Nombre moyen de présences/groupe	8	16	13
Nombre de nouveaux patients	20	24	18

Tous les ans, un laboratoire ainsi qu'une psychologue de l'extérieur viennent présenter sur une séance du groupe entourage et patients, les médicaments prescrits lors d'un suivi de dépendance à l'alcool, et leur effet.

Le groupe « patients » a été mis en place en avril 2008 : il fonctionne avec 13-14 personnes. Nous avons récupéré des patients du groupe «des nanas ».

### **Bilan de l'atelier d'Art-thérapie à médiation théâtrale**

#### Petit historique :

L'atelier d'art-thérapie, à médiation théâtrale, a vu le jour en Novembre 2005. Et cela dans le cadre d'un partenariat entre les associations de l'ANPAA 41, VRS et de L'Atelier Expression. Il est, depuis Octobre 2007, financé directement par les deux structures de soins ambulatoires.

#### Le cadre de l'atelier :

L'atelier a lieu tous les lundis, de 17h30 à 19h30, et cela en dehors des périodes de vacances scolaires.

Depuis Septembre 2008, grâce à un nouveau partenariat avec la ville de Blois, l'atelier d'art-thérapie a lieu dans la « salle des Sarrazines », mise à disposition à titre gracieux.

L'avantage est double : travailler dans une salle plus vaste d'une part et d'autre part sortir du centre de soins.

L'atelier d'art-thérapie est animé et sous la responsabilité d'une art-thérapeute diplômée et salariée de l'association L'Atelier Expression.

Sur l'année 2008, un total de 35 séances a été réalisé.

Moyenne en terme de fréquentation sur l'année : 7 à 8 personnes

#### Objectifs de l'atelier d'art-thérapie :

En terme d'objectif général, l'atelier vise **le mieux-être** des personnes reçues en proposant un espace et un temps en groupe où chacun peut s'essayer, à son rythme, aux techniques de training de l'acteur.

D'une part pour le plaisir de se découvrir différemment :

-c'est à dire renforcement des compétences psycho-sociales ; conscience de soi, estime de soi et confiance en soi.

D'autre part pour créer un autre mode de relation à l'autre et au groupe.

-renforcement du Je à travers un jeu d'échanges et de rencontres à l'autre et au groupe sur un temps « extra-ordinaire ».

En terme de contenu, l'atelier consiste en un échauffement physique et vocal, un travail de relaxation et de dynamisation ainsi que des improvisations, des lectures de texte et des mises en espace.

Les patients :

L'orientation des patients, vers ce mode de prise en charge thérapeutique, est effectuée principalement par les psychologues des deux centres de soins. Les autres orientations sont réalisées par les médecins et les travailleurs sociaux.

Les patients orientés sont reçus en entretien individuel par l'art-thérapeute et conviés en fin d'entretien à participer à une séance d'art-thérapie pour « voir de l'intérieur ».

- **19** patients ont été reçus en entretiens.

- **16** d'entre eux sont ou étaient suivis par l'ANPAA 41, **3** par VRS.

Au final, **14 patients** se sont engagés dans ce travail, dont **11** patients de l'ANPAA 41 et **3** de VRS.

Certains d'entre eux participaient déjà à l'action en 2007 : une reconduite a été envisagée lors du bilan fait avec eux en fin d'année scolaire.

A la rentrée de Septembre, d'autres patients ont intégré le groupe qui fonctionne sur un mode de groupe ouvert, permettant effectivement des entrées ou des départs en cours de route.

L'arrêt de prise en charge est, dans la mesure du possible, parlé avec le patient et l'équipe ; il peut parfois être reporté dans le temps, au regard de la situation de ce dernier.

Conclusion :

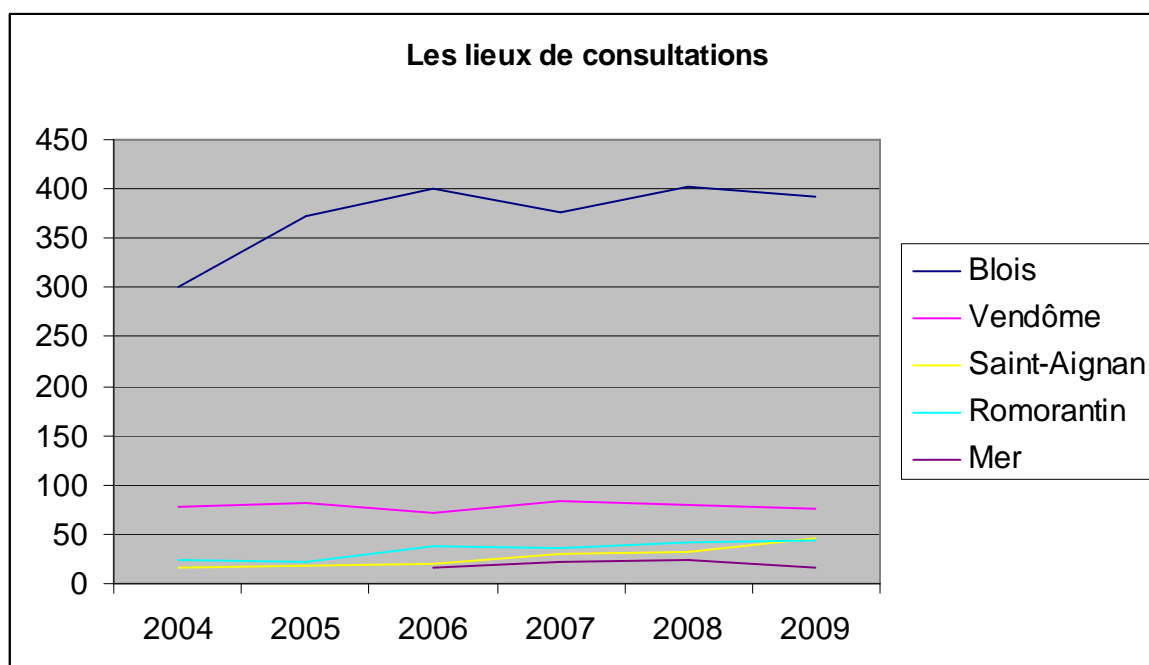
Comme pour l'année précédente, on se félicite de la bonne collaboration, qui a été menée avec les différentes équipes. Ainsi les orientations vers ce mode de prise en charge furent porteuses d'amélioration pour la majorité des patients.

L'ouverture de l'atelier aux deux structures ; alcoolie et toxicomanie, reste toujours fragile, en terme d'orientation. Les patients de VRS semblent plus réticents par rapport à ce mode de prise en charge qui relève et passe par le collectif. Toutefois, pour les 3 personnes suivies par VRS, comme pour les patients orientés par l'ANPAA 41, nous constatons, encore une fois « le sérieux » de l'engagement des uns et des autres par rapport à l'atelier, que cela soit en terme de fréquence mais aussi d'investissement ainsi que les retombées positives qu'ils peuvent exprimer autour de ce travail, en terme de confiance en eux notamment.

## ➤ Les statistiques

### Les lieux de consultations

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Blois	300	372	400	377	403	393
Vendôme	77	82	71	84	79	76
Saint-Aignan	15	17	20	29	31	45
Romorantin	24	22	37	36	42	44
Mer			16	22	24	15



Pour pouvoir analyser ces chiffres, il faut connaître les temps d'ouvertures aux patients des lieux d'accueil mais aussi le nombre de professionnels y exerçant ainsi que le nombre d'ETP correspondant.

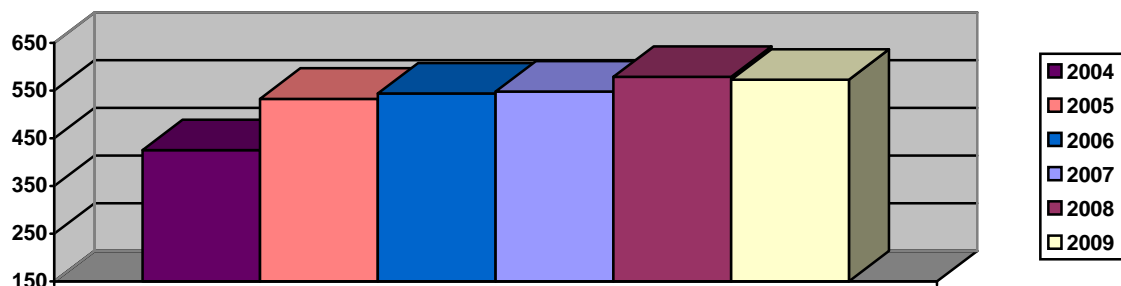
Ainsi :

- ♦ L'antenne de Vendôme est ouverte le jeudi de 14h à 17h avec l'intervention d'un médecin, d'une psychologue et d'une infirmière soit **0,31 ETP**.
- ♦ L'antenne de Romorantin-Lanthenay est ouverte le lundi de 10h à 17h avec l'intervention d'un travailleur social et d'un médecin une semaine sur deux soit **0.20 ETP**.
- ♦ L'antenne de Saint-Aignan-sur-Cher est ouverte le mardi matin de 8h à 12h avec l'intervention d'un médecin, d'une psychologue et d'une éducatrice soit **0.29 ETP**.
- ♦ L'antenne de Mer est ouverte le vendredi matin de 9h à 12h avec l'intervention d'une éducatrice soit **0.09 ETP**.

On peut donc noter que l'antenne de Mer, au regard du nombre de salariés et du temps d'ouverture, est un lieu d'accueil qui fonctionne très bien tout comme celle de Vendôme.

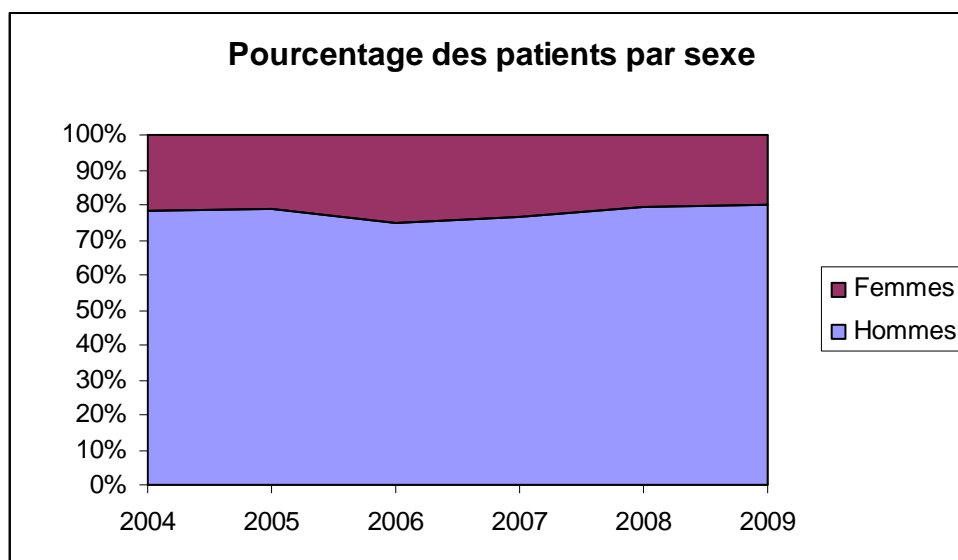
Les statistiques suivantes concernent la totalité des patients Blois et Antennes.

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Consultants	425	533	544	548	579	573



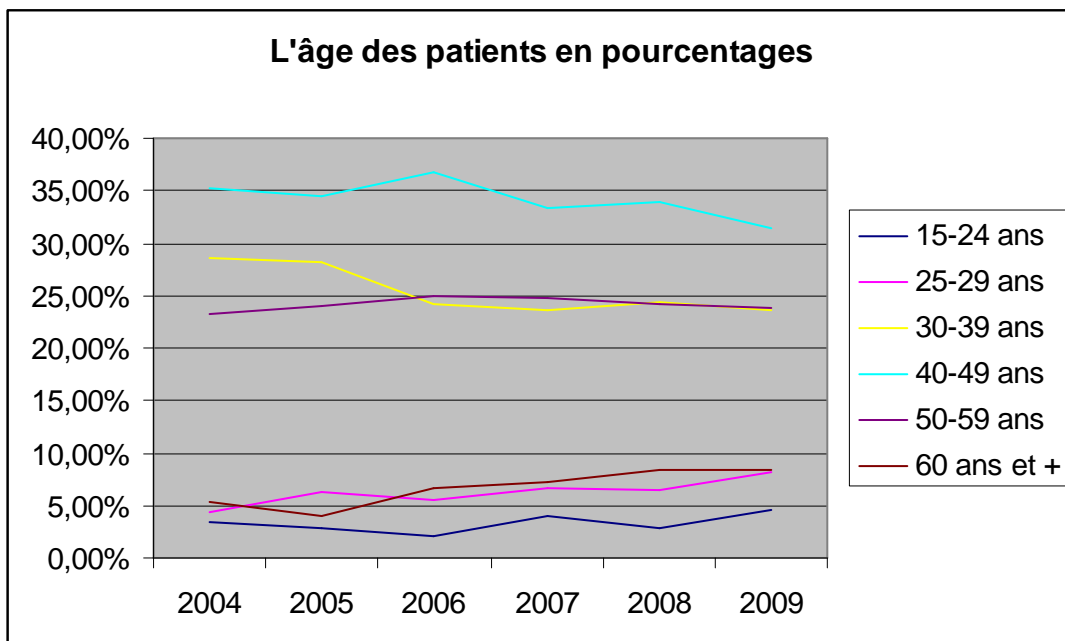
Le nombre de patients reçus est en plutôt stable comparé à l'an dernier.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hommes	78,12 %	79,11 %	75,14 %	76,46 %	79,6 %	79.93 %
Femmes	21,88 %	20,89 %	24,86 %	23,54%	20,4 %	20,07 %



En 2006 et 2007, on avait pu constater une légère augmentation de la proportion des femmes soignées au centre mais cette tendance ne s'est pas poursuivie ; les chiffres de 2009 sont proches de ceux de 2008.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
15-24 ans	3,34 %	2,90 %	2,06 %	4,01 %	2,94 %	4,60 %
25-29 ans	4,30 %	6,38 %	5,43 %	6,63 %	6,39 %	8,20 %
30-39 ans	28,64 %	28,24 %	24,16 %	23,54 %	24,35 %	23,70 %
40-49 ans	35,32 %	34,43 %	36,70 %	33,40 %	33,85 %	31,40 %
50-59 ans	23,15 %	23,99 %	24,91 %	24,82 %	24,18 %	23,90 %
60 ans et +	5,25 %	4,06 %	6,74 %	7,30 %	8,29 %	8,40 %

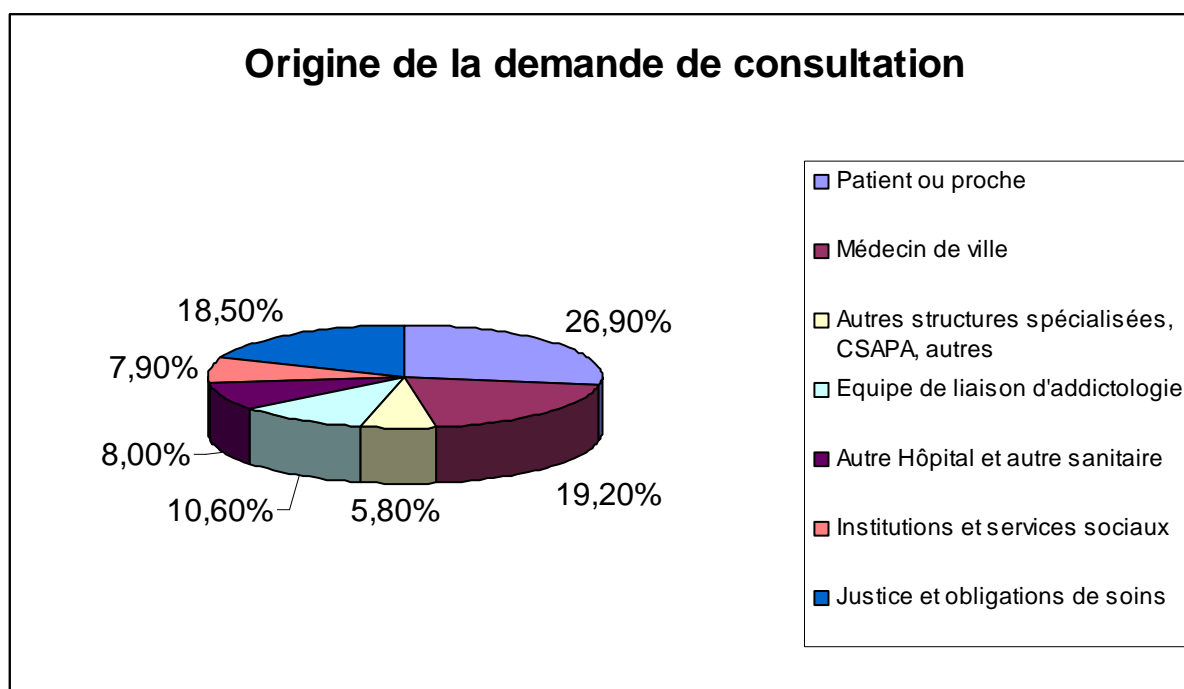


Les proportions des différentes catégories d'âge restent pratiquement équivalentes au fil des ans avec toutefois une légère augmentation des plus de 60 ans contre une légère diminution des 30-39 ans.

\*\*\*\*\*

## L'origine de la demande de consultation

Origine de la demande	Patient ou proche	Médecin de ville	Autres structures spécialisées CCAA – CSST - autres	Equipe de liaison d'addictologie	Autre Hôpital et autre sanitaire	Institutions et services sociaux	Justice et obligations de soins
% de patients	26,9	19,2	5,8	10,6	8	7,9	18,5



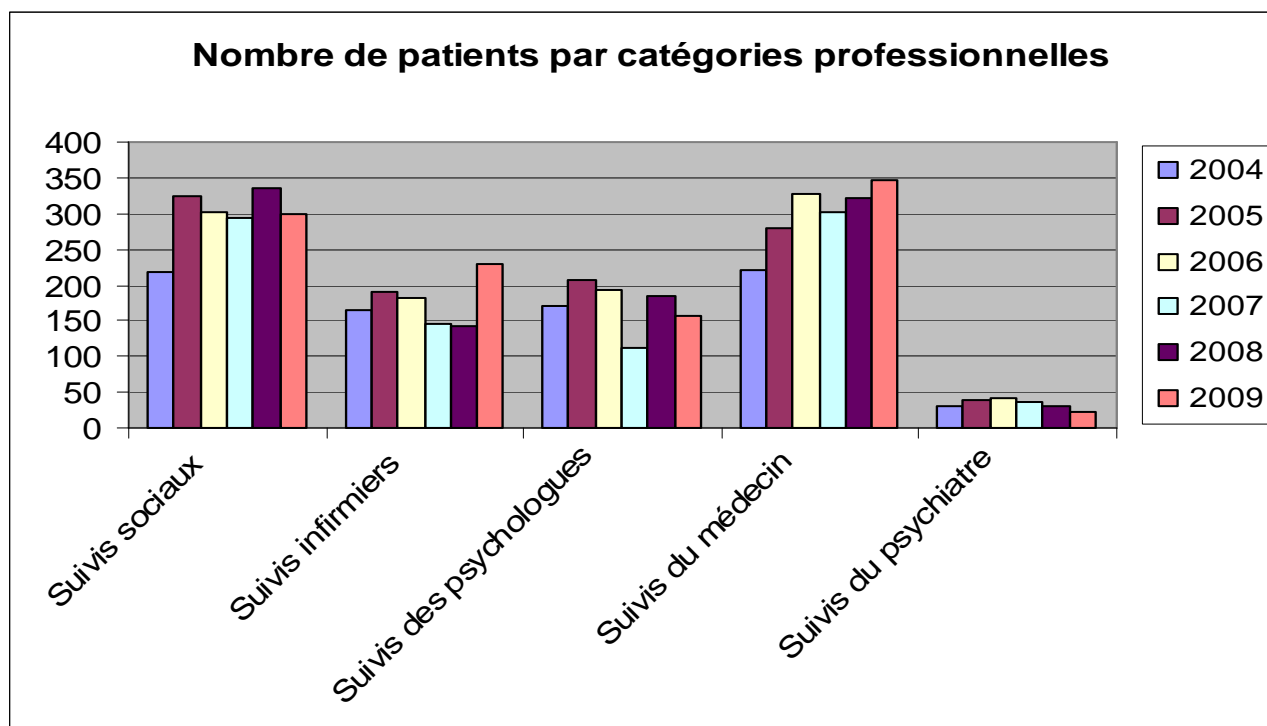
L'origine de la majorité des demandes correspond surtout à 3 orientations :

- ◆ Du patient ou des proches
- ◆ De la justice et des obligations de soins
- ◆ Des médecins de ville

\*\*\*\*\*

## Nombre de patients et d'entretiens par catégories professionnelles

Années	Suivis sociaux	Suivis infirmiers	Suivis des psychologues	Suivis du médecin	Suivis du psychiatre	File active
2004	217	166	171	221	30	425
2005	324	189	208	281	38	533
2006	301	181	192	328	41	544
2007	294	145	113	301	36	548
2008	337	142	184	323	31	579
2009	298	228	158	348	23	573

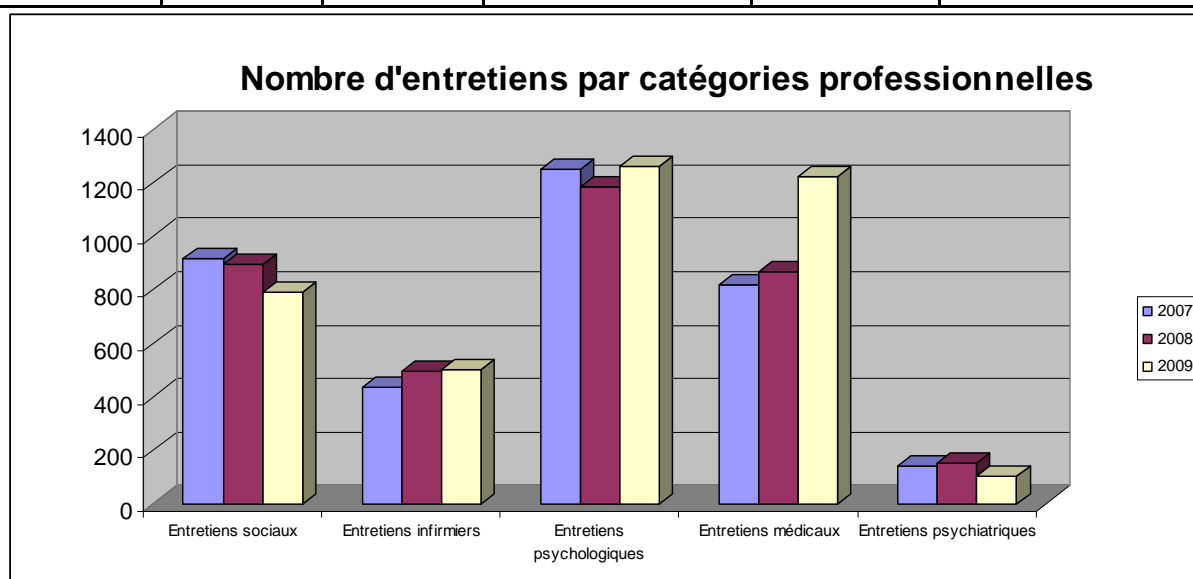


Les différents suivis sont présentés ici séparément mais, en réalité, le suivi des patients est pluridisciplinaire ; les chiffres sont donc en partie dépendants des orientations des autres professionnels. Un exemple de travail efficace dans l'équipe est celui du nombre de patients orientés vers les psychologues : celui-ci a de nouveau augmenté.

Le nombre d'entretiens par catégories professionnelles est également important à la lecture de ces chiffres car un professionnel peut rencontrer moins de patients sur l'année mais assurer plus d'entretiens, ce qui a été le cas de l'infirmière.

## Nombre d'entretiens par catégories professionnelles

	Entretiens sociaux	Entretiens infirmiers	Entretiens psychologiques	Entretiens médicaux	Entretiens psychiatriques
2007	913	434	1248	816	138
2008	893	496	1182	865	152
2009	789	499	1258	1223	100



Malgré l'impossibilité du médecin d'assurer en 2008 le mi-temps proposé par la structure (0.35 ETP au lieu de 0.50 ETP), on peut noter que le nombre d'entretiens médicaux a augmenté.

Quant à la diminution du nombre d'entretiens sociaux, elle peut s'expliquer, en partie, par l'augmentation de la file active et donc des premiers entretiens (337 personnes ont été suivies en 2008 contre 294 en 2007), ce qui raccourci les suivis des autres patients car, il faut le souligner, leur nombre augmente mais le temps de travail des différents salariés reste stable. De plus, les RDV non honorés ne sont pas ici pris en compte.

Nous tenons également à souligner l'importance du nombre d'entretiens sociaux, dépendants comme nous l'avons déjà évoqué précédemment du nombre de patients, car ce chiffre n'est plus pris en compte en 2008 par le rapport de la Direction Générale de la Santé.

# **LES ANNEXES**

- Rapport financier**
- Coupures de presse**

***Rubrique Direction***

## ***Rubrique direction***

### ***ANPAA 41 : Actualité et objectifs***

Comme indiqué l'an dernier, 2008 pour l'ANPAA 41 était une année de **repositionnement** :

#### - Positionnement sur l'échéance CSAPA

Le conseil exécutif s'est réuni pour déterminer le type de CSAPA pour l'ANPAA 41 et quel lien avec VRS (deux CSAPA spécialistes avec une convention de fonctionnement).

Un travail sur les outils de la loi 2002 consiste à alimenter le dossier CROSMS et remettre en cause nos pratiques, et une réflexion sur les orientations de l'annexe départementale du schéma régional d'addictologie.

La chartre du patient est disponible dans notre salle d'accueil et un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement ainsi qu'un questionnaire de satisfaction sont désormais à disposition et exploités dans la structure.

#### - Positionnement de la structure sur le territoire

En interne, l'ANPAA 41 a développé des outils de gestion et de communication de la structure et apporté les éléments préalables à l'évaluation interne de la structure, nous privilégions cohérence, rationalité et qualité dans notre fonctionnement et dans l'accompagnement du patient.

#### - Repositionnement budgétaire pour une crédibilité face aux financeurs

La mise en place d'une comptabilité analytique permet une plus grande cohérence entre le temps de travail effectué en soin comme en prévention par chaque agent et le budget alloué à chaque service.

**2009 fut une année d'évolution** aussi bien des politiques publiques que de nos structures.

La révision générale des pouvoirs publics annoncée par la circulaire du 07 juillet 2008 a visé une nouvelle organisation de l'administration départementale de l'Etat, les structures départementales sont aujourd'hui regroupées en deux directions : l'une des territoires et l'autre des populations et de la cohésion sociale avec une hiérarchie du préfet de région sur le préfet de département. A cela s'ajoute la mise en place des Agences Régionale de Santé (ARS) avec un directeur en 2010.

**Le schéma régional d'addictologie** a été validé par arrêté préfectoral le 05 janvier 2009, après plusieurs concertations entre nos structures et la DDASS, il fixe des objectifs sur 5 années sur le plan départemental. L'objectif principal de ce schéma est le maillage territorial plus élargi de nos structures en addictologie avec pour aboutissement des équipes pluridisciplinaires fixes sur les antennes qui rayonneraient autour des bassins d'emploi du département.

Nous évoluons d'ores et déjà vers une prise en charge en addictologie sur les antennes de Vendôme et de Romorantin en accompagnant aussi bien les difficultés liées à l'alcool qu'à la toxicomanie et au jeu. Nous avons ouvert plus de temps de consultation sur Romorantin, à moyen constant. Nous restons en attente des crédits supplémentaires pour faire face aux objectifs fixés dans ce schéma régional.

**Le décret du 14 mai 2007 relatif aux CSAPA** (Centre d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) reprend la loi 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ce décret est précisé par la circulaire du 28 février 2008 qui indique que les CCAA deviennent CSAPA. Le dossier de transformation de l'établissement présenté en Comité Régional d'Organisation Social et Médico-Social (CROSMS) a comporté les différents outils de la loi 2002-2, notamment un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement, un projet d'établissement, un projet thérapeutique, et un document individuel d'accompagnement travaillés et produits par la structure. Ce dossier a été défendu par le directeur et l'inspecteur DDASS, il a reçu l'aval à l'unanimité du CROSMS. L'autorisation de trois ans pour l'ANPAA 41 est intervenue par arrêté préfectoral n°2009-316-12 du 12 novembre 2009 créant ainsi un CSAPA spécialiste Alcool option tabac et jeu pathologique. Cette nouvelle dénomination a notamment pour objet de favoriser l'approche par comportement addictive sur celui lié à la substance consommée ; nos centres de soins doivent être en capacité d'évoluer vers une prise en charge de différentes addictions. Les employés ont ainsi bénéficié de formations sur la prise en charge du Jeu pathologique et des consultations sont mises en place.

**L'échelon régional** prend une importance réelle avec la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) et la mise en place des ARS (Agence régionale de Santé), il nécessite des positionnements forts de nos structures réseaux en région. La coordination régionale ANPAA est précurseur puisqu'elle fonctionnait déjà sur un format régional qui s'avère nécessaire face à l'arrivée d'un directeur régional de Santé qui est l'interlocuteur unique du pôle santé en région.

**Le contexte local** laisse apparaître une constance des demandes des soins des usagers ayant des difficultés avec l'Alcool. La file active était de 579 patients en 2008 (hors entourage) sur le département, elle est à 573 patients en 2009 soit une stabilité sur les deux années. Le nombre de consultation a cependant fortement augmenté passant de 3588 à 3869, l'explication provient de l'augmentation du temps médical et de la modification de la manière de travailler des psychologues qui privilégient la qualité de travail avec les patients déjà existants dans la file active. A défaut d'envisager la création d'une nouvelle structure d'addictologie dans le département, l'augmentation souhaitée de l'équipe pluridisciplinaire permettrait efficacité et économie de moyens. Il nous semble intolérable aujourd'hui d'évoluer pour ce public sur des listes d'attentes, ce qui n'est pas concevable pour nos centres de soins.

Nous essayons cependant d'apporter soins et accompagnement à nos usagers avec le plus de professionnalisme compte tenu du retour très favorable de notre questionnaire de satisfaction usager 2009. Est-ce suffisants ? Non certainement pas, conscient du mal être de nos patients, nous nous interrogeons et débattons en équipe de nos limites et du « travailler autrement ».

A l'heure des évaluations interne, nous débuterons au second semestre 2010 un travail sur nos pratiques, notre accueil, nos résultats suivant les critères d'évaluation que nous pouvons mettre en place. Dans le domaine de l'ambulatoire en addictologie les mots évaluation et performance sont encore difficiles à intégrer. La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social rend cependant obligatoire les évaluations interne et externe et une circulaire 2009 vient de créer une agence pour la performance dans notre secteur, que l'on ne peut ignorer :

## **ANAP, la nouvelle agence pour la performance**

Annoncée avec force fracas lors de la présentation du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2009, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) regroupe en une seule structure la Mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) et le Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH). Elle aidera notamment le sanitaire et le médico-social à être mieux organisés et plus efficaces. Pour que l'action des caisses soit efficace, elles doivent pouvoir s'appuyer sur des recommandations claires de la Haute autorité de santé, qui permettent d'identifier les stratégies de soins qui ont le meilleur rapport coût / efficacité. D'après un document que s'est procuré [decisionsante.com](http://decisionsante.com), la gestation de la future Anap a répondu à divers motifs. A caractère sémantique entre autres. En effet, le comité de pilotage de cette agence a jugé que le terme « efficacité » (un temps annoncé pour qualifier l'agence) avait une connotation trop économique : on lui a donc préféré le terme « performance » qui résulte « d'un arbitrage efficacité-qualité ». Sur le fond, l'Anap devra répondre à quatre types d'intervention : l'appui à la définition d'une « politique de la performance des soins au niveau national », l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques, le conseil opérationnel auprès des établissements, et l'évaluation de projets. Outre les établissements publics, cette agence aurait aussi pour « clients » les cliniques privées, ainsi que les établissements médico-sociaux. Plus précisément et de manière prioritaire, l'Anap devra mettre en place un tableau de bord de pilotage de la performance, et concevoir des référentiels d'organisation médicale. Le redressement financier est aussi à l'ordre du jour. Les mutualisations seraient au nombre de 15 en 2009. L'Anap vise un fort retour sur investissement. L'appui au redressement financier serait de l'ordre de 25 millions d'euros et devrait économiser près de 200 millions d'euros à l'assurance maladie. L'appui à la constitution de solutions mutualisées devrait coûter 60 millions d'euros pour un gain estimé entre 60 et 80 millions d'euros chaque année. Les effectifs de l'agence seraient de 40 à 50 ETP. Le directeur général est nommé par le ministre de la Santé et démarre en 2009.

L'ANPAA 41 c'est également un service de prévention, formation, agréée en qualité d'association éducative complémentaire de l'enseignement public dans le département du loir et cher. Un chargé de prévention à temps plein qualifié et spécialisé pour l'ensemble du département, et un temps partiel sur la partie Tabac et public précaire. Ils ont été audités par la tutelle avec une appréciation positive sur leurs actions, et reconnu par nos partenaires locaux pour la qualité de leur travail. On ne peut que constater pour 2010 avec une naïve incompréhension 40% de subvention Etat en moins par rapport à l'année 2009 sur l'enveloppe appel à projet du mi-temps tabac (50% en moins déjà entre 2008 et 2009). Ce qui nous semble radical d'autant qu'elle ne sanctionne ni un déficit de besoin, ni la qualité de nos interventions en prévention notamment scolaire. Les entretiens réalisés avec les représentants du GRSP en département le confirment.

Plus de professionnalisation, de formations continues et de résultats, nous nous efforçons depuis quelques temps déjà de travailler sur des procédures d'évaluation, nous innovons dans nos interventions en s'adaptant au public afin de mieux les sensibiliser...cependant le contexte budgétaire incertain sur ce pôle met en danger la prévention, qui a toute sa place dans le paysage de l'addictologie. Prévenir autrement, certainement, mais lorsque l'on constate l'évolution des modes de consommations, le binge drinking, les apéro-géants, la publicité autorisée sur internet avec la loi HPST...on ne peut que s'étonner de l'option prise par les pouvoirs publics concernant le financement de la prévention.

### **Les perspectives 2010 :**

Poursuivre le travail sur l'évolution de nos structures sur le plan local, départemental et régional. Travailler sur l'autoévaluation à venir de la structure en se servant des outils mis à disposition. Réfléchir sur le développement des activités de l'ANPAA 41 en lien avec la parentalité. Travailler sur les éléments du schéma régional d'addictologie et sur le jeu pathologique.

Travailler sur la formation, de nouveaux outils de prévention et des actions innovantes à proposer, se préparer à répondre aux appels à projets...

Poursuivre la réflexion sur le partenariat avec VRS...

Le directeur

Gildas VIEIRA



---

## RAPPORT D'ACTIVITÉ

2009

---

2, rue Sainte-Anne – 41000 BLOIS  
Tél.: 02 54 56 24 11 – Fax : 02 54 56 05 38  
e-mail : [comite41@anpa.asso.fr](mailto:comite41@anpa.asso.fr)  
[www.anpaa.asso.fr](http://www.anpaa.asso.fr)

