

Csapa : le choc des cultures

Patrick Fouillard / médecin addictologue, Csapa Nautilus, président de la FFA

Jean-Pierre Couteron / psychologue, Csapa Mantes-la-Jolie, président de la Fédération Addiction

Réalisée en 2010, la mise en place d'un pôle médico-social de l'addictologie constitué par le rapprochement des CCAA et des CSST a pour ambition le développement d'une clinique du sujet, et non plus du produit. Inventaire des blocages et des avancées que ce regroupement d'équipes d'origines différentes a entraînés.

La réforme Csapa vient de boucler sa première année. Cette réforme demandait aux acteurs de l'addictologie médico-sociale (les anciens CCAA et CSST) de se rapprocher dans un cadre commun, celui du Csapa (Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie), pour constituer, au côté des Caarud (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue), le pôle médico-social de l'addictologie. Le texte prend la précaution de dire qu'il s'agit d'un simple "statut juridique commun"...

mais nul n'est dupe d'une ambition qui est bien de développer une culture et des pratiques communes, une clinique du sujet, plus qu'une clinique du produit.

La phase des regroupements "administratifs" a occupé les années passées, avant le fameux "passage" en Csapa. Avec, au bout du compte, moins de dégâts que prévu. Celle qui s'ouvre, souvent initiée par la visite de conformité, privilégie la mise en œuvre des pratiques communes. C'est donc l'occasion de se demander "comment on fait Csapa" et quelles sont les difficultés que l'on rencontre.

Les Csapa se doivent d'assurer la meilleure adéquation possible entre les besoins identifiés et les moyens proposés, d'offrir un service (notamment des consultations de proximité) aux popu-

lations concernées. Ils sont également ressource/recours pour des partenaires. Leur originalité, c'est une pratique transdisciplinaire où le médical, le social, les psychothérapies, le travail éducatif s'associent pour une réponse adaptée à l'aspect mutidimensionnel de la conduite addictive.

Une pratique transdisciplinaire où le médical, le social, les psychothérapies, le travail éducatif s'associent pour une réponse adaptée à l'aspect mutidimensionnel de la conduite addictive

Mais si ces regroupements d'équipes d'origines différentes (équipes d'alcoologie, de soins aux toxicomanes, du travail de rue, de réduction des risques), facilitent leur composition pluridisciplinaire, l'acquisition d'une pratique de

travail transdisciplinaire reste parfois encore à faire. La fusion est une chose, la rendre opérationnelle est plus complexe tant les différences culturelles s'avèrent profondes. Mais c'est en acceptant cette complexité que des solutions sont élaborées. Y contribuer est une des ambitions de la Fédération Addiction, née de la fusion de l'Anitea et de la F3A¹.

Les pratiques en débat

Le texte de la circulaire détaille les missions obligatoires et facultatives, communes ou spécialisées. La mission obligatoire commune est "l'accueil de tous les publics". Prise en charge et réduction des risques sont des missions obligatoires, mais "spécialisées": si l'objectif reste le Csapa "double spécialité", alcool/drogues illi-

¹ Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie, Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie

cites/addictions sans produit², on peut donc opter pour l'une ou l'autre des spécialités.

Le premier enjeu est l'accueil des personnes concernées par un problème d'addictions dans un lieu unique. Il doit faciliter la rencontre avec le professionnel et, au-delà, l'accès au soin. Mais il faut être motivé pour frapper à la porte d'un établissement au sigle aussi mystérieux que "Csapa", aucune communication spécifique n'ayant à ce jour été faite ! Cet accueil est un premier challenge pour les équipes. Salle d'attente commune ou pas, horaires décalés ou pas, les usagers de tous produits et de tous âges se croisent. La sécurité est due aux usagers comme aux professionnels, avec des dispositions adaptées. Les conditions de l'accueil (par les professionnels du soin ou de l'accompagnement, par des secrétaires ou d'anciens usagers...) doivent être repensées. D'autres aspects jouent aussi, anonymat hérité de la loi de 1970 et de la pénalisation de l'usage simple, stigmatisation de la maladie alcoolique signifiant l'échec d'un accès au savoir boire encore très socialement toléré. Et se rajoute, parfois, une confusion entre cette mission d'accueil commun et l'organisation d'un secrétariat commun (enregistrement des actes, gestion du courrier, etc.) !

Blocages et ouvertures

Les missions de prise en charge et de réduction des risques ont leurs propres enjeux. La culture alcoolique est d'essence médicale : "l'alcoolisme est une maladie", (presque) tout le monde le dit à commencer par les personnes alcoolodépendantes elles-mêmes. C'est donc une affaire de médecin, d'abord quelques pionniers un peu seuls, puis des médecins de terrain qui se lancent dans l'aventure des CHA. Pour les drogues illicites, l'histoire avait fait du séjour résidentiel, de la postcure, le temps fort d'un trajet de soin dans lequel le traitement médicamenteux n'avait que peu de place. Ce refus du traitement est maintenant dépassé, comorbidités psychiatriques, traitements du VIH, du VHC, et traitements de substitution aux opiacés (TSO) ayant modifié l'équilibre ambulatoire/résidentiel.

Dans le domaine de la pratique médicale, le choc des cultures se décline sous des figures simples : implication parfois problématique de médecins ex-alcoolologues pour prescrire des TSO. Refus et hésitation des uns – "je sais pas faire, c'est autre chose" –, début de remplacement, d'une prudente implication pour d'autres, engagement complet dans une pratique commune pour les

La question du manque de temps est légitimement évoquée, dans un cas comme dans l'autre, mais elle n'est pas la seule : celle de la formation vient aussi vite. Le mésusage des traitements, la question de la compliance, la gestion ou nom d'une pharmacie, le lien avec les pharmaciens de ville (implication ou non dans les TSO, avec les réglementations spécifiques, etc.) vont ajouter d'autres différences. Si au vu de ces blocages on peut s'inquiéter de l'avenir, des perspectives intéressantes s'ouvrent aussi. Ainsi, décrivant les effets du baclofène sur le craving de l'alcool, le Dr Pascal Gache montre l'intérêt qu'il y aurait à inscrire cette prescription dans un "accompagnement" sous une forme qui ressemble à ce qui se propose pour les TSO !

La crainte d'une surmédicalisation

L'organisation au quotidien de cet accompagnement est un autre versant du choc culturel. L'accompagnement social et thérapeutique avait une place centrale dans le traitement des drogues illicites, centrale mais pas forcément homogène : référentiel analytique pour les uns, priorités insertion pour les autres, travail éducatif enfin. Et la place à faire à la médecine a suscité des craintes, celles de la "pathologisation" des comportements, d'une surmédicalisation du soin et d'un affaiblissement de la qualité de l'accompagnement.

En symétrie, le refus de cette surmédicalisation peut cacher une difficulté à évoluer, à prendre en compte la dimension médicale et à l'intégrer à l'accompagnement. En témoignent des stratégies de "passage de relais", vers l'hôpital, vers la psychiatrie. Et là encore, si les difficultés sont réelles, les convergences sont aussi fortes, car l'alcoolologie dispose d'un vrai savoir-faire en termes d'accompagnement, original et complémentaire : pratiques de groupes, souvent bien rodées, bonne articulation avec les groupes d'entraide, et de nombreux ateliers de thérapie. Et puis des expériences nouvelles se font : refondation des consultations jeunes usagers pour mieux répondre aux pratiques de poly-usage par exemple.

RdR et alcool

La réduction des risques, concept central des réponses aux usages de drogues illicites, s'applique de plus en plus souvent aux consommations problématiques d'alcool. La RdR offre des perspectives d'intervention renouvelées (considérer d'abord les risques les plus immédiats, sortir du dogme de l'abstinence). Face aux problématiques d'exclusion, elle est même centrale. Et

² Le tabac, non mentionné explicitement, en fait partie



elle donne lieu à des pratiques convergentes et innovantes dans le domaine festif, des grands rassemblements publics. Le choc des cultures, ici aussi, débouche sur une amélioration des pratiques. Il est l'occasion de dépasser le clivage, parfois involontairement maintenu, entre Csapa/soin et Caarud/RdR, au plus grand profit des usagers.

Soin résidentiel et hébergement social sont aussi l'occasion d'exprimer des contradictions : les cadres sont multiples, centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques, appartements thérapeutiques doivent clarifier l'offre qu'ils structurent : abstinence ou pas, comme condition d'entrée ou comme objectif de sortie, place des TSO, gestion de consommations "annexes"... Il faut faire le lien avec d'autres offres (SSRA, etc.). Des pistes nouvelles sont explorées, associant un hébergement "sans condition d'usage" et des centres de jour qui, eux, cherchent à modifier l'usage. Il n'est pas possible de plus le détailler ici, mais elles ouvrent des perspectives plus qu'intéressantes.

Refus et hésitation des uns, début de remplacement, d'une prudente implication pour d'autres, engagement complet dans une pratique commune pour les derniers, tous les cas de figure sont là !

Le concept d'"alliance thérapeutique"

Finissons cet inventaire sur la question du rapport à la loi, lui aussi exemplaire. Pour le législateur, l'usager de

drogues illicites est un délinquant par nature ; l'usage simple, privé, est susceptible d'être poursuivi. Le consommateur d'alcool est mieux loti, son "produit" lui est proposé partout, à des prix relativement abordables, voire offert. La consommation est valorisée socialement, elle reste un facteur d'intégration. La loi n'intervient que pour réguler à la marge l'accessibilité au produit et pour sanctionner la conduite automobile ainsi que des faits délictueux commis sous alcool, délits qui emplissent les geôles de garde à vue et les audiences des tribunaux.

Dans les équipes, tout se passe parfois comme s'il fallait dans le premier cas protéger les usagers de l'arbitraire de la loi et dans l'autre, les protéger d'eux-mêmes. L'arrivée

du concept "d'alliance thérapeutique" permet peu à peu de conjuguer, sans les opposer, ces deux approches.

Les contraires ne sont pas toujours contradictoires, mais ils sont sources de contradiction. Dans les Csapa comme dans les Caarud, l'arrivée de l'addictologie met donc les équipes en tension. Elles ont su s'adapter au cadre médico-social, passer la première étape d'une

réforme administrative plus complexe qu'il n'y paraît : elles s'affrontent maintenant à une mutualisation des pratiques, qui nécessite plus de temps, mais permettra une vraie amélioration des réponses apportées pour peu que réussisse la définition de cette clinique commune.

Des salles de consommation pour buveurs ?

Ouvert depuis plus d'un an à Kiel, une ville portuaire du nord de l'Allemagne, le Sofa Bar est une expérience novatrice en matière de réduction des risques : il a été conçu pour accueillir des chômeurs alcooliques. L'idée est la suivante : proposer un endroit accueillant où ceux-ci peuvent amener leurs propres boissons (le bar ne vend que des sodas et du café).

Le but est double : il s'agit d'éviter les perturbations de l'ordre public créées par des personnes en état d'ébriété, mais aussi de permettre aux services sociaux de pouvoir entrer beaucoup plus facilement en contact avec ces personnes vulnérables.

Subventionné par la mairie, le Sofa Bar compte quelque 70 habitués, âgés de 18 à 70 ans. Selon Guido Kleinhubbert, l'envoyé spécial du *Spiegel*, il ressemble à n'importe quel

bar du coin de la rue, et il n'est pas interdit d'y fumer – mais seulement du tabac. Des posters de football ornent les murs, une télé est allumée dans un coin, et la radio envoie un bon vieux hard rock des familles.

Le responsable du lieu, Reinhard Böttner, s'insurge contre les critiques présentant l'expérience comme une capitulation des services sociaux, ou comme une tentative de "parquage". Il revendique une approche basée sur une "offre de bas seuil", typique de la réduction des risques, consistant à donner des conseils quand les usagers le demandent et à leur proposer une aide pour leurs problèmes administratifs, mais aussi à proposer des petits boulots derrière le bar ou dans la cuisine.

Immédiat, le succès du Sofa Bar a provoqué l'intérêt de nombreuses municipalités allemandes. Un projet est notamment en cours d'élaboration dans la banlieue de Dortmund, à Nordstadt, un autre quartier durement touché par le chômage. Après l'ère des "shooting rooms", assiste-t-on au début de celle des "drinking rooms" ? - NH (d'après un article paru le 21 avril 2010 dans le *Spiegel*)