

## **Stratégie Nationale de Santé**

### **Contribution de la Fédération Addiction**

La Fédération Addiction constitue un réseau national représentatif de l'addictologie. Elle fédère 210 adhérents personnes morales, qui représentent plus de 800 établissements et services de dimension nationale, régionale ou locale et plus de 420 adhérents personnes physiques. Ils interviennent dans le soin, la prévention, l'intervention précoce, l'accompagnement et la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) dans une approche transdisciplinaire des addictions. Organisée en Unions Régionales, elle propose à ses adhérents des espaces de réflexion, d'élaboration au plus près des contextes et des enjeux locaux.

La Fédération Addiction s'est fixée pour mission de regrouper les acteurs de l'addictologie pour les aider à réfléchir aux évolutions et au sens de leurs pratiques professionnelles, de soutenir leur organisation en réseau, et de les représenter auprès des décideurs publics. Ses prises de positions politiques sont basées sur le décroisement des approches professionnelles, la promotion de l'utilisateur, sa reconnaissance en tant que citoyen et l'amélioration de sa qualité de vie et de son environnement.

La Fédération travaille sur la base d'une démarche participative qui s'appuie sur les pratiques professionnelles de terrain qu'elle « transforme » et valorise en « expertise collective ».

Inégalités sociales et territoriales de santé, parcours de santé, décroisement des pratiques, renforcement du préventif, adaptation de l'offre pour une meilleure efficacité... Les grands enjeux de cette nouvelle Stratégie Nationale de Santé (SNS) croisent ceux des addictions.

Dans le cadre de cette phase préparatoire à la SNS, la Fédération Addiction a souhaité apporter sa contribution écrite, élaborée à partir des constats, des enjeux et des propositions portées par son réseau.

La Fédération Addiction contribue par ailleurs aux travaux de la Conférence Nationale de Santé (CNS) et du Conseil National de Santé Mentale (CNSM). Ses Unions Régionales ont participé aux travaux d'élaboration des futurs Projets Régionaux de Santé (PRS) et ont transmis leur contribution écrite aux ARS et aux instances de démocratie sanitaire (CRSA, CTS...).

#### **PLAN DU DOCUMENT**

##### **I – Contexte**

##### **II – Parcours de santé, publics et offre d'accompagnement**

1. Parcours de santé et territoires

2. Publics

3. Offre d'accompagnement

##### **III – Politiques et Loi de santé publique**

##### **IV – Conclusion**

## I- Contexte

Les addictions avec ou sans substance représentent, en France comme dans beaucoup de pays européens, un problème majeur de santé publique dont les impacts sont multiples et pluridimensionnels (sanitaires, médicaux, sociaux,...). Environ une personne sur trois est concernée, dans toutes les catégories de population, les jeunes et certains publics « vulnérables » plus particulièrement. Selon une étude<sup>1</sup> de 2004, l'impact financier annuel des addictions dépasse 1% du PIB. Elles sont l'une des principales causes de mortalité prématurée, entraînant chaque année plus de 100 000 décès évitables.

Depuis quelques dizaines d'années, les conduites addictives s'inscrivent dans un contexte sociétal « addictogène » marqué par la mutation des contenants sociaux, culturels et familiaux, l'augmentation des facteurs de vulnérabilité (désocialisation, chômage...), et le renforcement des stimulations sensorielles. Ces mutations contribuent à l'augmentation des expérimentations, des usages problématiques et pathologiques<sup>2</sup>, associant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, des poly-consommations multiples et complexes, et précarisent nombre d'usagers.

Ces évolutions nécessitent des interventions diversifiées et coordonnées, adaptées aux enjeux de ce début de XXI siècle.

## II - Parcours de santé, publics et offre d'accompagnement

Notre système de santé est performant, mais en matière d'addictions, malgré les efforts déployés depuis 5 ans les inégalités sociales et territoriales de santé demeurent, notamment sur certains territoires ruraux et péri-urbains (accès effectif à la RdRD, aux TSO, aux CJC...).

Il convient donc de mieux organiser l'offre de prévention et d'accompagnement et d'en garantir l'égalité d'accès en privilégiant une logique territoriale et un soutien à la structuration d'une offre de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles.

L'addiction est un phénomène multifactoriel, à la fois biologique, psychique, et social, dans son processus comme dans ses conséquences. Si les personnes confrontées à des comportements d'abus ou de dépendance s'en sortent souvent seules<sup>3</sup>, d'autres ont besoin d'une aide et d'un accompagnement spécifique. Il n'existe pas de modèle unique, seule l'évaluation des besoins permet d'apporter les réponses adaptées.

### 1. Parcours de santé

La diversité des acteurs et des aides mobilisés répond à celle des problématiques : conduites à risques de l'adolescence, précarité, pathologies psychiatriques, psycho-traumatismes, souffrances familiales, complications somatiques, isolement social, délinquance, difficultés d'accès aux soins, à la prévention, aux droits, à l'insertion, etc.

Il s'agit donc de proposer à chaque personne d'intégrer un parcours de santé en addictologie par la porte d'entrée la plus adaptée à ses besoins du moment. La mise en place de ce parcours doit s'appuyer sur une offre diversifiée et complémentaire qui fait appel à des intervenants spécialisés issus de trois secteurs<sup>4</sup> :

- le médico-social (CSAPA ambulatoires et résidentiels, CAARUD),
- le sanitaire (services hospitaliers d'addictologie, ELSA, SSRA)
- la ville (médecine générale, dispositifs de microstructures, pharmaciens, réseaux de santé, maisons de santé).

Décloisonner les pratiques (y compris entre préventif et curatif), intégrer, mettre en réseau pour éviter les doublons inutiles et coûteux, organiser de manière effective l'articulation de ces acteurs sur les territoires sont autant de priorités pour rendre plus fonctionnelles et lisibles les réponses et permettre à chacun d'y trouver la plus adaptée à ses besoins et à son parcours de vie.

Pour les acteurs de l'addictologie, il est nécessaire de se dégager peu à peu du seul travail sur la demande et la dépendance pour déployer une démarche d'« aller vers » les usagers, leur entourage, les professionnels et les institutions non spécialisées.

Il s'agit de proposer une réponse adaptée, graduée, transdisciplinaire, quel que soit le lieu d'habitation (y compris dans les territoires ruraux et péri-urbains), la situation (personnelle, administrative, sociale, sanitaire...) et le besoin et le parcours des personnes.

<sup>1</sup> Coûts et bénéfices économiques des drogues de Pierre KOPP et Philippe FENOGLIO - OFDT - Juin 2004

<sup>2</sup> Drogues et addiction : données essentielles - OFDT - mai 2013

<sup>3</sup> Promoting self-change from addictive behaviors : practical implications for policy, prevention, and treatment - Harald Klingemann et Linda Carter Sobell - 2007

<sup>4</sup> Les spécificités de chacun de ces dispositifs sont décrites sur le site <http://minisite.intervenir-addictions.fr/interagir-autour-des-addictions/>

## 2. Publics

Le caractère multifactoriel de l'addiction conduit à une grande diversité des publics pris en charge rendant complexe la caractérisation de groupes de patients homogènes. Plus que des typologies de publics, il s'agit donc d'identifier des contextes, des situations de vulnérabilité, et des moments de vie qui favorise l'entrée ou le renforcement de ces conduites.

**L'adolescence**, période durant laquelle les données disponibles montrent que les inégalités de santé s'installent et que les conduites ayant une influence négative sur la santé se mettent en place. Concernant les conduites addictives, il s'agit de prévenir les ruptures et d'être « ressources » en se positionnant au cœur d'un réseau qui croise les différents partenaires et secteurs où se trouvent ces publics « volatils » (Education Nationale, hébergement, Protection Judiciaire de la Jeunesse, missions locales, Maison des adolescents...). Cet accompagnement nécessite un niveau de spécialisation que l'on retrouve dans les Consultations Jeunes Consommateurs.

**La précarité et les conditions d'existence dégradées** constituent des facteurs de vulnérabilités qui peuvent induire ou renforcer des mécanismes de compensation et d'addiction. L'accompagnement de ces situations nécessite la mise en œuvre de réponses globales, coordonnées et complémentaires aux dispositifs d'insertion et de lutte contre les exclusions pour faire face aux multiples problématiques rencontrées.

**Les situations de comorbidité dépendance / psychiatrie** (schizophrénie, trouble de la personnalité...) qui croisent souvent des problématiques sociales (isolement, marginalisation..) et qui impliquent des accompagnement coordonnées entre le secteur spécialisé en addictologie, la psychiatrie et l'AHI<sup>5</sup>.

**Certains publics féminins** qui, au-delà des questions de grossesse et de maternité, présentent des spécificités de consommations, des vulnérabilités spécifiques et un faible niveau de recours à l'offre de santé spécialisée. La mise en place d'actions spécifiques (aller vers, accueil spécifique, partenariats...) peut améliorer l'accompagnement de ces publics.

**Les personnes sous main de justice** dont l'accompagnement pour des délits en rapport avec leur consommation est une activité très importante du dispositif spécialisé en addictologie (de 20 à 40% des files actives des usagers « alcool »). Concernant les usagers, qui ne présentent pas d'usages à risques ou problématiques et pourtant en obligation de soins, il s'agit, de fait, d'une intervention précoce. L'utilisation importante des ressources du dispositif spécialisé en addictologie par la Justice devrait être précisément évaluée.

**Les personnes âgées** dont les vulnérabilités physiques et psychiques augmentent avec l'âge et dont le mésusage de certaines substances reste encore sous-évalué par les professionnels de santé. Pourtant, ces consommations dégradent et aggravent l'état de santé de ces personnes. Compte tenu de la vulnérabilité physique et psychique qui augmente avec l'âge, le sujet âgé devient un candidat naturel au risque de conduites addictives.

**Les personnes ayant un handicap physique ou psychique** dont les niveaux de consommation sont parfois importants et qui ont aujourd'hui encore trop peu accès à l'offre proposée par le secteur spécialisée en addictologie (prévention, repérage, réduction des risques et des dommages, soin).

## 3. Offre d'accompagnement

Les réponses doivent porter sur toutes les formes d'addictions, qu'elles soient liées à une ou plusieurs substances psychoactives (alcool, drogues illicites, tabac, médicaments...) ou à un comportement (addiction aux jeux par exemple). Elles s'articulent autour de 4 axes fondamentaux et complémentaires qui permettent d'assurer une indispensable continuité dans l'accompagnement :

### ✚ La prévention

Comme l'a annoncé la Ministre des solidarités et de la santé, cette nouvelle Stratégie Nationale de Santé marque la volonté forte de l'Etat de renforcer le préventif. Dans le plan gouvernemental de lutte contre les addictions 2013-2017, les différents domaines d'intervention (promotion et éducation à la santé, repérage et intervention précoce, Réduction des Risques et des Dommages, éducation thérapeutique et prévention de la rechute) sont traités en priorisant certains publics, dont les jeunes et les femmes.

L'information sur les dangers des drogues et le rappel des interdits, bien que nécessaires, n'ont que peu d'efficacité sur les comportements. Aussi, la prévention des addictions vise à éduquer, à accompagner et à renforcer les facteurs de protection par l'acquisition de connaissances et de compétences psychosociales qui favorisent l'esprit critique, la réflexion sur l'expérience, l'autodétermination et le renforcement des autocontrôles. Il s'agit d'optimiser les principes

---

<sup>5</sup> AHI : Accueil-Hébergement-Insertion

de « la promotion de la santé » en les appliquant à la problématique sociétale majeure du risque addictif qui demande des compétences spécialisées.

Centrée sur les personnes et leurs conduites plus que sur les seuls produits et dangers, elle « va vers » et rencontre les publics dans leurs lieux de vie, en particulier ceux en situation de vulnérabilité (précaires, jeunes, publics prioritaires de la politique de la ville...). Elle associe les personnes-ressources en addictologie et les acteurs du territoire (professionnels en charge de l'éducation, de l'accompagnement, de la justice, de l'insertion, du soin...) dans une approche décroisée et se déploie sous des formes et dans des contextes différents (éducation, festif, justice, médecine générale et hospitalière, insertion...).

Cette approche de la prévention concerne l'amont des usages mais aussi des publics qui peuvent déjà être dans des expérimentations, des usages réguliers, ou des abus. Elle se déploie, en groupe ou individuellement, en cohérence avec les pratiques du soin, de l'intervention précoce et de la Réduction des Risques et des Dommages.

### → **Propositions**

La loi de modernisation de notre système de santé fait de la mission prévention des addictions portée par le dispositif des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) une mission obligatoire. En s'appuyant sur le maillage territorial des CSAPA, il s'agit donc de proposer une offre de prévention :

- inscrite dans la durée et la proximité
- qui s'appuie sur des programmes d'intervention évalués et validés
- qui interagit avec les autres acteurs du territoire
- qui s'articule avec l'intervention précoce, la Réduction des Risques et des Dommages, le soin et l'insertion
- portée par des personnels qualifiés, formés et dont les connaissances sont régulièrement actualisées.

A cet effet, les financements, aujourd'hui morcelés et dispersés, gagneraient à être recentrés sur la mission de prévention des addictions portée par ce dispositif, à partir d'un diagnostic territorial partagé par les financeurs et les acteurs. Ce dispositif étant encadré par la loi 2002.2, il offre des garanties d'évaluation internes et externes.

### **L'intervention précoce**

L'intervention précoce est une stratégie d'action qui vise à organiser les réponses de façon globale, en un continuum d'actions allant de la prévention aux soins. Elle a pour objectif d'agir le plus tôt possible dans l'expérience d'usage et tout au long de la trajectoire de consommation, avant que ne survienne l'addiction ou d'autres conséquences néfastes.

Elle relève à la fois :

- de la prévention primaire, en se donnant pour objectif de renforcer les compétences éducatives de l'ensemble de la communauté adulte et de renforcer le pouvoir d'agir des personnes.
- de la prévention secondaire, en cherchant à enrayer au plus tôt l'évolution d'une problématique chez des individus ayant développé les premiers symptômes.
- de la prévention indiquée, en cherchant à intervenir sur la base du niveau de risque, et notamment auprès des individus les plus exposés.

Elle implique une collaboration étroite de l'ensemble des adultes qui côtoient les jeunes au quotidien (professionnels de premier recours) et des professionnels spécialisés. Les premiers peuvent participer à la mise en place de programmes de prévention, à un environnement favorable, propice à l'échange et au repérage des consommations. Les seconds peuvent les soutenir et contribuer à cette démarche, évaluer les situations et prendre en charge les jeunes qui en ont besoin.

L'ensemble des acteurs du territoire doivent idéalement participer à la mise en œuvre d'une stratégie globale et territorialisée de prévention des addictions : éducation nationale, politique de la ville, de la jeunesse, collectivités locales, ARS, CJC, mais aussi débitants de tabac et de boissons, police, justice, parents, médecins, etc.



### *La mission Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)*

Créée réglementairement en 2004, la mission Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) portée par les CSAPA associe des pratiques d'entretien clinique et de prise en charge adaptées au public ciblé et à son entourage à une stratégie d'intervention précoce. Sa mise en œuvre est optimisée par l'adossement à un service prévention qui accentue la mise en place de l'environnement favorable.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 a fait du déploiement de l'intervention précoce et du renforcement des CJC une de ses priorités. Depuis quatre ans, avec le soutien des pouvoirs publics, un important travail de redynamisation et d'évolution des pratiques professionnelles a été engagé afin de mieux répondre aux besoins et aux enjeux actuels.

Cependant les CJC souffrent d'un déficit de moyens qui ne leur permet pas de mettre en œuvre de manière effective l'ensemble des activités<sup>1</sup> qui leur sont réglementairement attribuées. Ce déficit de moyens nécessite de renforcer le budget ONDAM qui leur est alloué.

Aujourd'hui, beaucoup d'entre-elles sont contraintes de limiter leurs activités à la partie consultation, souvent au détriment de l'accessibilité territoriale de la mission et du déploiement de l'intervention précoce qui nécessite du personnel et du temps pour être déployée et « aller vers ».

#### → **Propositions**

Au regard des données épidémiologiques et de l'enjeu de santé publique que représente les addictions, il est indispensable que la SNS identifie l'intervention précoce comme un axe prioritaire de sa politique contre les addictions.

Pour mettre en œuvre efficacement cette stratégie d'intervention précoce, il est nécessaire de :

- consolider la mission CJC portée par les CSAPA sur l'ensemble des territoires. Il s'agit notamment de :
  - permettre un accompagnement plus adapté aux besoins des jeunes et de leur entourage (plages horaires, ligne téléphoniques dédiées, week end, consultations de proximité, etc)
  - garantir une accessibilité territoriale des CJC, en permettant le développement des permanences, des consultations avancées et le déploiement effectif de l'intervention précoce et du « aller vers »
  - renforcer les compétences des acteurs de 1ère ligne par la mise en place de formations adaptées (repérage, intervention brève, entretien motivationnel...)
- prioriser la mise en place de stratégies d'intervention précoce en direction des jeunes dans l'ensemble des stratégies, plans, et projets de santé au niveau national (futur plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives, futur plan prévention...), régional (PRS...), territorial et local .
- favoriser l'émergence d'une culture commune des addictions chez les jeunes au sein de la « communauté adulte » au sens large

### **✚ La Réduction des Risques et des Dommages**

La Réduction des Risques et des Dommages (RDRD) a comme objectif prioritaire de réduire les risques sanitaires, psychiques et sociaux, de prévenir et d'éviter l'aggravation des dommages liés aux usages de drogues. Cette mission est fondée sur une approche pragmatique dans un souci de respect et de dignité des personnes. Il s'agit, dans le non-jugement, d'intervenir le plus précocement possible dans la trajectoire des usagers actifs et d'agir au plus près des usages et des comportements à risques (notamment de transmission du VIH ou du VHB/C), pour les limiter.

Pour conduire leurs actions, de nouvelles formes d'intervention et d'accueil ont été mises en place par les acteurs de la RDRD, et notamment :

- des équipes mobiles de rue
- des dispositifs ou équipes de médiation sociale en ville ou dans la ruralité
- des hébergements spécialisés en RDRD pour usagers actifs, les Sleep'in, ainsi que d'autres formes d'hébergements collectifs ou individuels spécialisés en appartement, en petits collectifs ou en hôtel (urgences psychosociales ou mise en place de traitements).
- des dispositifs d'analyse de produit
- des dispositifs de dépistage rapide délocalisables
- la possibilité de « superviser les gestes et comportements d'usage »

Les acteurs de la RDRD cherchent à contacter et/ou accueillir de nouveaux publics demandeurs ou non-demandeurs de soin. Sur la base de cette rencontre, des équipes pluridisciplinaires peuvent contribuer à les mobiliser et à soutenir l'élaboration d'une demande plus globale d'accompagnement et de soins.

Aujourd'hui, au-delà de leurs rôles historiques et efficaces dans la réduction du risque de transmission du VIH et du VHC/B, les actions de RDRD participent pleinement à l'évolution des pratiques professionnelles initiée par la mise en place de l'addictologie.

La Réduction des Risques et des Dommages s'adresse à tous les usagers reçus ou rencontrés, prend en compte tous les types de comportements et tous les usages y compris les consommations dites « secondaires ». Elle constitue un véritable changement de paradigme.

### → **Propositions**

Poursuivre le déploiement d'une RDRD au plus près des besoins des usagers, nécessite de :

- garantir une couverture territoriale suffisante pour que chacun, y compris les personnes insérées socialement, puisse accéder à la RDRD et notamment dans la ruralité et le péri-urbain ;
- accentuer l'articulation des différents dispositifs autour des missions de RDRD et de l'accès aux soins des publics qui en sont exclus, en prenant en compte leurs spécificités, leurs modes d'intervention et les particularités des professionnels qui les assurent ;
- soutenir l'expérimentation et le déploiement de nouvelles stratégies de Réduction des Risques Dommages (accompagnement aux consommations, nouveaux modes de distribution des outils, déploiement d'actions de RDRD alcool, nouvelles formes de RDRD avec l'arrivée de l'e-cigarette...) comme le prévoit la Loi de modernisation de notre système de santé;
- former et accompagner les équipes, en particulier celles qui sont le plus à même de rencontrer les publics consommateurs actifs, à la diffusion des nouveaux produits de santé en matière de RdRD (en particulier pour la prévention des overdoses)
- accompagner le déploiement de la RdRD en milieu carcéral, tel que prévu dans la Loi de modernisation de notre système de santé
- assurer une pédagogie sociale et développer la médiation sociale en direction des élus, de professionnels du droit commun travaillant avec les usagers (médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux...), de représentants de quartiers pouvant faire évoluer les représentations et relayer les messages de RdRD ;
- former les équipes sur la base de données actualisées d'outils, de concepts et de postures en RdRD ;
- poursuivre le développement des actions visant à réduire la prévalence des maladies infectieuses (VHC/B et VIH notamment) ;
- favoriser la transférabilité des principes et pratiques de la Réduction des Risques et des Dommages à toutes les substances, comportements à risques en élargissant tant les publics concernés que les territoires d'intervention (monde du travail, etc).

### **✚ Le soin**

La Stratégie Nationale de Santé vise à soutenir la structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles et d'assurer des interventions mieux coordonnées de tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux. Il s'agit d'offrir aux usagers une meilleure accessibilité à l'offre de soin.

En matière d'addictions, le soin se décline en réponses ambulatoires ou résidentielles, combinant sevrage, substitution, abstinence et appui à la mise en œuvre d'une consommation contrôlée, en fonction des besoins et des objectifs de chaque patient et des limites apportées par le statut légal des substances. Il vise à sortir de l'usage nocif, de l'addiction et, à améliorer l'intégration sociale et la santé des personnes accompagnées.

L'efficacité des interventions repose sur des critères aujourd'hui reconnus :

- les services doivent être accessibles (dans le temps et la proximité) ;
- la personne doit être au centre du processus ;
- les soins et les traitements doivent être d'intensité et de durée adaptée à la gravité de l'addiction et des ressources de la personne ;
- la question de la motivation doit être abordée comme une variable susceptible d'être influencée dans le

processus même de l'intervention ;

- les objectifs des soins, et donc de Réduction des Risques, doivent être fixés avec la personne et être adaptés à celle-ci ;
- les familles et l'entourage doivent être impliqués, les patients bénéficient du soutien de leurs parents et de leur communauté de vie ;
- la qualité de la relation qui est nouée avec le patient se conjugue avec la technique d'intervention ;
- les changements que le traitement fait émerger doivent être durables et améliorer la qualité de vie ;
- la Réduction des Risques et des dommages est partie intégrante du processus de soins.

Sur ces bases, les professionnels développent deux types d'offres de soin :

➤ **Une offre de soin ambulatoire transdisciplinaire** adaptée à leurs publics et leurs missions. Elle s'articule autour de :

- l'évaluation et le diagnostic ;
- la prise en charge médicale, notamment pour l'accès aux différents traitements de substitution ou du craving et pour tout ce qui touche aux conséquences de l'usage (injections et pathologies infectieuses, dépistage, accompagnement vers les services spécialisés dans le traitement des VIH / VHB et C, troubles cognitifs, problèmes somatiques...). Elle participe à construire les réponses aux comorbidités psychiatriques, en lien avec les acteurs de ce secteur ;
- l'accompagnement psychologique et psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, consultations thérapeutiques à fréquence variable, programmes sur les Jeux d'Argent et de Hasard (JAH), travail de groupe, atelier d'expression ou de médiation, thérapie brève, psychothérapie d'orientation systémique, psychanalytique ou cognitivo-comportementale. Ces différentes approches, si elles se valent d'un point de vue thérapeutique, permettent surtout d'apporter la réponse la plus adaptée aux besoins de la personne ;
- la cure de sevrage peut être un objectif pour certains patients ou une étape pour d'autres, en amont d'un séjour en soins résidentiels notamment. Elle concerne aussi bien les drogues illicites (héroïne, cocaïne) que les médicaments ou l'alcool. Totale ou partielle, l'abstinence ne constitue pas la seule voie d'amélioration possible (réduction de la consommation...).

➤ **une offre de soins avec hébergement ou en résidentiel** adaptés à certains publics. Elle s'organise autour de trois paramètres :

- le changement d'environnement qui protège d'influences externes ou d'une trop grande proximité vis-à-vis de la substance ;
- le programme thérapeutique dont l'intensité et les propositions variées suscitent le changement ;
- la durée, de quelques semaines à plusieurs mois, pour inscrire ce changement au plus près des nouvelles habitudes de vie.

#### → **Propositions**

- Assurer la continuité du parcours de santé des usagers en proposant un « balisage » plus précis des missions et des complémentarités entre la médecine de ville, le dispositif médico-social spécialisé et les filières d'addictologie des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cela permettrait une articulation plus fluide entre ces différents secteurs ;
- Favoriser les passerelles entre dispositifs sanitaires et médico-sociaux, en s'appuyant notamment sur les ELSA, pour permettre aux personnes en situation d'addiction un accès effectif aux soins hospitaliers, et ce quelle que soit la spécialité (urgences, psychiatrie, obstétrique,...) et un accompagnement post hospitalisation ;
- Améliorer la prise en compte des comorbidités psychiatriques par une meilleure complémentarité et articulation entre les dispositifs spécialisés en addictologie et les dispositifs spécialisés dans le champ de la santé mentale ;
- Renforcer l'articulation entre les professionnels spécialisés et ceux de la Justice afin d'assurer une continuité des soins pour les personnes sortant de prison et une prise en charge adaptée dans le cadre des obligations de soin ;
- Améliorer la coopération entre les médecins généralistes et les consultations d'addictologie médico-sociales et sanitaires, notamment pour le suivi conjoint de patients complexes ;

- Renforcer la formation des professionnels notamment sur les nouveaux usages
- Favoriser l'interconnaissance sectorielle par un enseignement en addictologie dans les formations initiales et continues des professionnels de santé et du social dans une approche pluri et transdisciplinaire, ceci afin d'améliorer le repérage et la qualité d'accompagnement des personnes.

### III- Politiques et Loi de santé publique

Cinq ans après la mise en place des premiers Projets Régionaux de Santé (PRS), le bilan dressé par la Fédération Addiction au niveau national est contrasté :

- les addictions ont été traitées de manière très hétérogène selon les régions. Bien qu'elles constituent un enjeu majeur de santé publique sur l'ensemble des territoires, elles n'étaient pas considérées comme une priorité dans plusieurs PRS I ;
- le diagnostic à partir duquel s'est construit les premiers PRS aurait nécessité une meilleure prise en compte de certaines données (démographiques, sociales, tendances de consommation émergentes, cartographie de l'offre et des besoins...). Ainsi, malgré les efforts déployés depuis 5 ans, des inégalités sociales et territoriales de santé demeurent, notamment sur les territoires ruraux et péri-urbains (accès effectif à la RDRD, aux TSO, aux CJC...)
- malgré les efforts déployés et la récente consolidation réglementaire de la mission prévention portée par les CSAPA, désormais obligatoire, la coordination des politiques régionales en matière de prévention des addictions reste complexe au regard des compétences propres à chaque institution (ARS, MILDECA, collectivités territoriales, administrations décentralisées, éducation nationale, justice, Culture...). Sa gestion reste morcelée plus que construite en complémentarité et en transversalité, avec les apports de la science et de la recherche.

#### → Propositions

Afin de répondre plus efficacement aux enjeux de santé publique que constituent les addictions, il est nécessaire que les prochains PRS, actuellement en cours d'élaboration :

- définissent ou maintiennent les addictions comme une véritable priorité régionale de santé ;
- s'appuient sur le bilan de l'actuel PRS tout en le complétant par un diagnostic plus précis (typologies de populations, analyse de l'offre, besoins des populations, spécificités territoriales...), co-construit avec l'ensemble des acteurs spécialisés (CSAPA, CAARUD, consultation hospitalière, ELSA, réseaux de santé en addictologie, microstructures, médecins généralistes...);
- déclinent dans le nouveau schéma régional :
  - les axes nécessaires pour poursuivre et consolider le déploiement d'une offre diversifiée, graduée (prévention, intervention précoce, Réduction des Risques et des Dommages, soin, insertion) et cohérente (couverture territoriale, besoins des populations...)
  - les modalités d'articulation et d'évaluation des réponses apportées par les différents acteurs spécialisés (sanitaire, ville, médico-social) au niveau régional comme dans les territoires de santé
  - un parcours de santé en addictologie respectueux des besoins et de là où en est la personne dans son parcours de vie et de santé
- définissent des priorités régionales d'interventions articulées avec celles des autres acteurs institutionnels de la région (les collectivités territoriales notamment) dont certaines compétences croisent les addictions : la santé des jeunes, le handicap, la prévention de la délinquance... Mieux coordonner ces priorités permettrait une meilleure visibilité de l'action publique et une répartition plus cohérente des financements, par programme, par public et par territoire ;
- identifient les moyens financiers permettant de mettre en œuvre de manière effective les points évoqués ci-dessus et veillent à ce qu'ils soient affectés au regard des besoins et des priorités dégagées.



## IV - Conclusion

La Fédération Addiction a mobilisé l'expertise de son réseau pour contribuer, à travers cette note, à l'élaboration d'une politique de santé à la hauteur des problèmes sanitaires, sociaux et sociétaux posés par les addictions. Les enjeux sont importants. Il s'agit de décliner, dans une approche transdisciplinaire, un continuum de réponses, accessibles, diversifiées et articulées, qui prenne en compte les besoins des populations impactées, et ce, quel que soit leur lieu de vie, leur situation (sociale, économique...) et leur parcours.

Il s'agit également, dans une vision prospective, d'inscrire dans cette future Stratégie Nationale de Santé certaines propositions que nous considérons comme prioritaires, et notamment :

- centrer la politique de santé en matière d'addictions sur la prévention, l'intervention précoce et l'accompagnement des consommations et des usages problématiques et pathologiques (soins et RdRD) ;
- assurer la continuité du parcours de santé des usagers et favoriser les passerelles entre les dispositifs médico-sociaux, sanitaires et de ville ;
- consolider la prévention et l'intervention précoce et doter les CSAPA de financements pérennes suffisants pour mettre en œuvre ces missions ;
- poursuivre le déploiement d'une RdRD au plus près des besoins des usagers.

La Fédération Addiction se tient disponible pour compléter cette contribution et expliciter les différents points exposés ci-dessus auprès des pouvoirs publics en charge de l'élaboration de la future Stratégie Nationale de Santé.