



FEDERATION FRANCAISE D'ADDICTOLOGIE

LIVRE BLANC DE L'ADDICTOLOGIE FRANCAISE

**100 propositions
pour réduire les dommages des addictions
en France**

Contact : princeps.gdumas@orange.fr

LIVRE BLANC DE L'ADDICTOLOGIE FRANCAISE

100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France

Présentation du Livre Blanc.....	2
Présentation de la Fédération Française d'Addictologie	3
Evolution récente des concepts et de l'organisation des soins et de la prévention	4
Les drogues licites et illicites en France : usages et dommages. Eléments de synthèse	9
Etat des lieux et propositions :	
Prévention et législation	13
Soins	19
Enseignement et recherche	35
Pour réduire les dommages des addictions en France : les 100 propositions de la FFA	37

PRESENTATION DU LIVRE BLANC

Les raisons d'un livre blanc

Les conséquences des consommations d'alcool, de tabac, de cannabis, de cocaïne, d'héroïne, de drogues de synthèse, de la pratique excessive des jeux d'argent entraînent des problèmes majeurs de santé publique et sont également facteurs majeurs d'insécurité et de souffrances et difficultés sociales.

Les représentations sociales basées sur le progrès des connaissances scientifiques, ont considérablement évolué ces vingt dernières années, passant de la « lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie » - fléaux sociaux - à la prévention et à la prise en charge des addictions - maladies individuelles en lien avec les pratiques sociales de consommations.

Chez les professionnels et les scientifiques le concept d'addiction et l'approche addictologique organisent désormais la prévention, les soins et la prise en charge. Dans cet ordre d'idée le « plan addictions 2007-2011 » a facilité le développement et l'organisation de l'addictologie en France.

Mais :

- le plan addiction arrive à son échéance et, déjà, on déplore une baisse des financements et un intérêt très amoindri des pouvoirs publics pour les dimensions préventives et curatives.
- La loi de 1970 reste le socle législatif organisant la répression et les soins des « toxicomanes ». Elle est pourtant dépassée dans ses conceptions et de plus en plus inadaptée aux consommations actuelles.
- Enfin, nous vivons désormais dans une société « addictogène » incitant à toutes les consommations et/ou la recherche du plaisir individuel et ne facilitant pas l'apprentissage du contrôle des impulsions, ni ne valorisant les valeurs de solidarité.

Toutes ces raisons ont amené le Conseil d'Administration de la Fédération Française d'Addictologie à impulser la rédaction de ce Livre Blanc, qui rassemble **un état des lieux de la prise en charge des addictions, le bilan du plan addiction 2007-2011** et, surtout, **100 propositions pour diminuer les dommages des addictions**.

Validé par l'ensemble des associations de la Fédération Française d'Addictologie, il permet donc de demander une nouvelle politique, adossée à un changement fondamental de paradigme et poursuivant un objectif prioritaire : la réduction des dommages liés aux addictions, tout en tenant compte, de façon pragmatique, des bénéfices et des risques, individuels et sociaux, des consommations.

Les rédacteurs du livre blanc

- Coordonné par :
 - **Michel Reynaud et Alain Morel.**
- Corédigé avec :
 - **Jean-Pierre Couteron, Patrick Fouilland, François Paille et Alain Rigaud.**
- et avec la participation de :
 - **Pierre Chappard, Jean Michel Costes, Benoît Fleury, Aram Kavciyan, Marc Kusterer, Claude Magnin, Pierre Polomeni, Thierry Sainte-Marie, Marc Valleur, Jean-Luc Vénisse, Marie Villez.**

Ce Livre Blanc a été relu par les membres du Conseil d'Administration de la Fédération Française d'Addictologie et validé par les représentants des différentes Associations membres au Conseil d'Administration.

La Fédération Française d'Addictologie

groupe des associations régies par la loi de 1901 et le décret du 16 août 1901, reconnues ou non d'utilité publique, ayant pour mission l'étude, l'enseignement, la formation et la recherche dans les différents domaines des addictions, ainsi que le développement des structures médico-sociales de prévention, de soins, de réadaptation dans ces mêmes domaines.

Fondée en 2001 par l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (devenue Fédération Addiction), l'Association Nationale de Prévention contre l'Alcoolisme (ANPAA), la Société Française d'Alcoologie (SFA) et la Société Française de Tabacologie (SFT), **la FFA** est ouverte à toute association qui en fait la demande et est agréée par les organes de la Fédération.

Sont membres de la Fédération: Alliance contre le tabac, AFR, ASPSA, CUNEA, COPAAH, ELSA, F3A, FNESAA, IREMA, RESPADD, SAF, SAFE, SOS Addictions.

Sont affiliées à la FFA : Alcool Assistance, ASUD et la Fondation Gilbert Lagrue.

Au total, la Fédération réunit aujourd'hui vingt associations oeuvrant dans le champ des addictions.

La FFA a pour objet d'établir et de maintenir tous contacts utiles entre les associations adhérentes, en vue de développer leurs moyens d'action et d'en accroître l'efficacité grâce à la mise en commun de leurs informations et à la coordination de leurs programmes de travail.

Avec ses prises de position publiques, la FFA fait évoluer la conscience sociétale vis-à-vis des personnes consommatrices de substances psychoactives et aide à la reconnaissance des besoins de celles qui en supportent les effets dommageables.

Avec des réunions de formation d'ampleur nationale destinées en priorité aux intervenants auprès des usagers en difficulté, la FFA fait progresser la réflexion sur des thèmes aussi importants que l'analyse des pratiques à risque, les interactions du champ des addictions avec la prévention, la législation, les pathologies psychiatriques, ou l'organisation du dispositif de prise en charge au sein de notre société.



www.addictologie.org
princeps.gdumas@orange.fr

EVOLUTION RECENTE DES CONCEPTS ET DE L'ORGANISATION DES SOINS ET DE LA PRÉVENTION

De la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies...

- Au début des années 70 apparaissent :
 - les premières structures destinées à traiter l'alcoolisme par des mesures diétético-médicales (les Centres d'Hygiène Alimentaire, ancêtres des Centres de Consultations en Alcoologie Ambulatoire) dépendant le plus souvent d'associations,
 - les premiers Centres d'accueil ou de post-cure pour toxicomanes (ancêtres des Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes, CSST) créés eux aussi par des associations mais également par des hôpitaux.

Leur existence comme leur financement dépendent directement du Ministère de la Santé avec lequel ces organismes sont liés par convention.

Parallèlement, en 1970, a été votée une loi spécifique créant la notion juridique d' « usage illicite de stupéfiants » qui constitue le délit d'usage privé, instaure l'injonction thérapeutique, ouvre des possibilités de soins anonymes et gratuits en cas de volontariat et renforce les peines contre les trafiquants.

Une circulaire du 14 mars 1972 attribue aux Secteurs psychiatriques la « lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ». En 1986 des Intersecteurs en alcoologie ou en toxicomanie sont créés dans quelques départements. Les toxicomanies sont au devant de la scène et c'est dans ce champ que se créent le plus de structures, de façon souvent militante, généralement par des initiatives de professionnels du secteur social ou de la santé, de parents, d'élus, etc.

- Au début des années 90, l'explosion de l'épidémie de SIDA et ses conséquences dramatiques ont bouleversé cette première phase d'organisation surtout dans le champ des toxicomanies.

L'épidémie de SIDA a provoqué une double évolution :

- d'une part, le développement d'actions et de services de réduction des risques par des associations (Médecins Du Monde, Aides...) et des CSST (créés en 1992 par décret), dans un premier temps pour rendre plus accessible l'accès à des seringues stériles, puis rapidement pour offrir un accueil, des soins et des aides à des populations souvent très désinsérées et précarisées ;
- d'autre part une forte médicalisation avec l'accès aux Traitements de Substitution aux Opiacés (AMM en 1995) (jusque là quasi impossible) en CSST pour la primo-prescription de méthadone et en médecine générale pour la Buprénorphine Haut Dosage, et avec la montée en charge de soins hospitaliers à l'intersection de la problématique d'usage et de complications somatiques.

Depuis, de nouveaux services hospitaliers se sont impliqués et les premières équipes de liaison intra-hospitalières ont commencé d'être mises en place à partir de 1996.

De nouvelles actions de réduction des risques (bus méthadone, interventions en milieu festif...) mises en place par des associations ont également changé le paysage et élargi les cercles d'acteurs jusque là souvent très restreints. Elles ont montré la nécessité d'une adaptation permanente de ces actions aux évolutions des pratiques de consommation et des prises de risque.

Le développement massif du recours aux traitements de substitution a mis en lumière le rôle joué par des médecins généralistes très actifs, notamment au sein de réseaux, dans l'accès aux soins et dans le suivi de patients dépendants. Ce rôle important de la médecine générale a été aussi mis en évidence pour le risque alcool et pour l'arrêt du tabac.

Parallèlement, la préparation de la loi rénovant le secteur social et médico-social (loi du 2 janvier 2002) a été l'occasion d'intégrer les structures ambulatoires et/ou d'hébergement thérapeutique dans le champ médico-social et de les sortir de la situation d'exception qu'elles connaissaient depuis leur origine.

... à la prise en charge des addictions

- A la fin des années 90, plusieurs signes ont indiqué l'amorce d'un virage vers de nouvelles conceptions conduisant à repenser les politiques et les limites des différents « secteurs », et invitant à structurer une organisation plus globale :
 - le rapport du Pr Parquet « *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives* » qui a montré l'importance primordiale d'une approche des questions d'usages de substances en fonction des comportements plutôt que des seules substances,
 - le rapport du Pr Roques sur la dangerosité des drogues qui a mis en valeur la gravité des problèmes liés aux drogues au delà de leur seul statut licite (alcool, tabac) ou illicites (cannabis et autres),
 - le « Rapport Reynaud, Parquet, Lagrue » qui a popularisé la notion de pratiques addictives tout en jetant les bases d'une politique globale,
 - et la mise en place en 1998 d'une Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies dont les attributions ont été étendues progressivement aux drogues licites, alcool et tabac, et aux addictions comportementales, constituant ainsi officiellement le champ de l'addictologie.
- Un premier Plan d'action gouvernemental 1998-2002 a concrétisé cet abord global :
 - mettant l'accent sur l'ensemble des conduites de consommations (usage, usage nocif et dépendance) et sur les différentes stratégies préventives ou thérapeutiques à adopter,
 - articulant pour les prises en charge la médecine de ville, le dispositif médico-social et les réponses hospitalières (« rapport Rascas », 2000),
 - en généralisant les équipes de liaison hospitalière : Circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers
 - facilitant l'abord précoce des consommateurs avant le stade de dépendance et notamment des jeunes consommateurs de cannabis,
 - déstigmatisant en partie les personnes « alcooliques » et « toxicomanes » en requalifiant les lieux de soins,
 - permettant un abord coordonné des polyconsommations.

Parallèlement, l'addictologie a été reconnue comme une discipline universitaire à part entière (création du DESC d'Addictologie).

- Cette évolution s'est poursuivie avec
 - La loi de Santé Publique qui, en 2004, a officialisé le développement d'actions et de structures de réduction des risques en direction des usagers de drogues illicites. Un référentiel en 2005 puis un Décret en 2006 donnait naissance à des établissements dévolus à ces missions : les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD)
 - La création des Consultation « Jeunes Consommateurs » en 2005
 - le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, repris par la MILDT dans le Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Ces plans :
 - ont permis une structuration visible de l'addictologie hospitalière en 3 niveaux (niveau 1 de proximité, niveau 2 de recours, niveau 3 de référence).
 - n'ont donné que peu de moyens ni objectif nouveau au dispositif médico-social, excepté la création de quelques Communautés Thérapeutiques,

- ont suscité l'élaboration des schémas régionaux en addictologie qui ont pour leur part enclenché une formalisation de la place et du rôle des différents secteurs.
- Le décret de 2007 définissant les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et leur installation en 2009, à moyens constants, en lieu et place des CCAA et des CSST ont amorcé une structuration attendue du secteur médico-social en addictologie.

D'où la nécessité d'avoir une filière complète, diversifiée et coordonnée

Complexité des addictions

Si de nombreuses définitions de l'addiction ont été proposées à partir de différentes disciplines allant de la biologie et la psychologie jusqu'à la sociologie en passant par le cognitivo-comportementalisme, la psychopathologie, la psychanalyse, la psychiatrie, etc., on peut simplement retenir qu'elle se caractérise par :

- *l'impossibilité répétée de contrôler un comportement ;*
 - *la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.*
- Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne".*

Cette notion d'addiction est alors très vaste ce qui interroge sur son périmètre. **Celui-ci s'appréhende sur au moins 3 plans :**

- **Le degré ou la sévérité de la perte de contrôle** si bien que *la notion d'addiction dépasse celle de comportement de dépendance pour inclure des expressions partielles précédant l'installation de la dépendance*. Ainsi s'observe un continuum allant de l'usage à risque, à la dépendance en passant par l'usage nocif.
- **L'objet du comportement addictif** : tout objet étant susceptible d'entrer dans une conduite humaine vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, il est donc difficile d'appuyer sur le type d'objet en cause la définition de la notion d'addiction en général et le diagnostic d'une conduite particulière. Il reste que les objets les plus privilégiés sont les substances psychoactives et les jeux en tout premier lieu, les conduites alimentaires en second lieu, mais aussi un certain nombre de conduites plus que des objets proprement dit comme pour tous les comportements compulsifs répétés qui ne sont pas à confondre avec les comportements de dépendance.
- **la pluralité et la diversité des déterminants** des conduites addictives qui sont de 3 ordres :
 - **les facteurs propres aux substances psychoactives** (effet psychoactif et ses caractéristiques variant avec les substances, pouvoir addictogène et nocivité immédiate et différée), **et/ou à l'expérience addictive** (jeu excessif ou pathologique, anorexie, boulimie, etc) ;
 - **les facteurs d'environnement** : facteurs historiques, culturels et sociétaux, facteurs socio-économiques et professionnels, précarité, législation et réglementation, disponibilité et accessibilité des produits, etc ;
 - **les déterminants individuels de la vulnérabilité/protection** d'ordre biologique (constitutionnel et génétique), psychologique (antécédents familiaux et personnels, organisation de personnalité et psychopathologie, difficultés actuelles) et socio-économique (stress professionnel, précarité réelle ou ressentie, etc).

Il convient également de considérer que **les conduites addictives**, en tant que comportement dont la maîtrise échappe au sujet, **sont à distinguer :**

- d'une part et en amont **des facteurs psychologiques voire psychopathologiques**, et le cas échéant des comorbidités psychiatriques primaires, qui favorisent leur émergence voire leur pérennisation,
- d'autre part et en aval **des dommages induits** somatiques, cognitifs et surtout psychopathologiques jusqu'aux comorbidités psychiatriques secondaires, et de l'évolution le cas échéant d'une comorbidité psychiatrique primaire.

Mais il est bien évident que ces problèmes doivent aussi être pris en compte.

De ce fait, l'addictologie, considérée au sens large, est une discipline médico-psycho-sociale transversale dont l'objet est l'ensemble des conduites susceptibles d'être considérées comme addictives, au-delà des seules conduites de dépendance aux substances psychoactives.

Réponses diversifiées et complémentaires

Ainsi, les notions d'addiction et d'addictologie, en s'appuyant sur une **approche plurifactorielle** voire transdisciplinaire de la vulnérabilité, appellent des **stratégies pluri-et trans-disciplinaires** pour leur prise en charge.

Par là même elles appellent une **définition des missions, objectifs et stratégies** :

- **de chaque catégorie d'acteurs impliqués professionnels ou non,**
- **de chaque catégorie de structures impliquées dans la prévention, les soins et les accompagnements dont nous avons pu mesurer la diversité.**

Au-delà de l'organisation territoriale du dispositif addictologique et de la formation des acteurs concernés, apparaissent ainsi deux enjeux plus difficiles à décrire et à mettre en place, mais pourtant parfaitement complémentaires et qui sont pourtant la clé de la qualité des soins et de l'efficacité du dispositif, à savoir :

- **le parcours de soin des patients,**
- **la coordination de l'ensemble des acteurs de cette offre de soins.**

Le parcours de soin du patient implique de fournir, à un patient donné, à un moment donné de sa trajectoire, la meilleure réponse possible à l'ensemble de ses besoins, à la fois sur le plan technique et économique, et ce quelle que soit la porte d'entrée du patient. Cela renvoie à la nécessité d'une évaluation complète et à la mobilisation des partenaires les plus à même d'apporter la meilleure réponse. Il implique aussi d'assurer à un patient, dont l'état est éminemment évolutif, une circulation fluide dans les différents maillons du dispositif impliquant, de la part des partenaires concernés, connaissance mutuelle, coordination, échanges d'information, réévaluation régulière du patient... à travers des partenariats formalisés.

Ces notions sont indissociables de celle de coordination de l'offre de soins qui fait référence à la pratique en réseau, quelle qu'en soit la forme, permettant notamment :

- une meilleure connaissance des missions et compétences des autres partenaires, de formation et d'horizons divers,
- l'acquisition d'une culture et de formations communes permettant de mieux se comprendre,
- le partage d'outils communs de repérage, de diagnostics, de prise en charge,
- l'échange des pratiques,
- l'échange d'informations si possible à partir d'un outil commun formalisé,
- l'évaluation des pratiques et des soins.

Conséquences sur l'organisation des soins et de la prévention

D'une façon générale, on a pu assister ces quinze dernières années à une validation par la communauté scientifique, nationale et internationale, du concept d'addiction (qui sera intégré dans les Classifications Internationales des Maladies – CIM 11 et DSM V). Cette notion est aussi intégrée par les communautés éducatives (Education Nationale notamment), judiciaire, sociale et culturelle. Elle est également bien admise par la population. Celle-ci perçoit mieux les difficultés individuelles et collectives à maîtriser certains comportements et certains usages de substances psychoactives licites ou illicites. Elle en connaît mieux les risques et les dommages. Toutefois, cette conscience reste fragile et parcellaire, encore souvent animée de croyances et d'idées fausses, et les personnes se sentent souvent démunies pour prévenir ou résister à l'excès et à la dépendance. Une politique de prévention soutenue et efficace pourrait aider les personnes vulnérables les plus à risque.

Les aides et les soins face aux pathologies et aux problèmes psychosociaux que les conduites addictives peuvent générer se sont peu à peu intégrés dans un dispositif de santé publique avec un pôle hospitalier, un pôle médico-social et un pôle médecine de ville. Mais le bilan des mesures mises en place par les différents plans laisse apparaître des insuffisances, des déséquilibres, des retards et des immobilismes qu'il est urgent d'analyser et auxquels il convient de répondre.

C'est le sens des propositions élaborées par la FFA qui visent à améliorer la prévention des conduites addictives, la prise en charge précoce, les soins et l'accompagnement des personnes en difficulté avec ces conduites.

A partir de ces constats il apparaît nécessaire de rouvrir le débat législatif



Propositions :

- **Annonce, mise en place et suivi d'un Plan Addictions 2012 – 2017**
 - installation d'un comité de pilotage et d'un Conseil scientifique de ce plan
 - redéfinition des missions de la Commission Nationale Addictions

- **Préparation d'une loi « Addictions »**
 - centrée sur les consommations problématiques et pathologiques
 - définissant les différents niveaux d'intervention de la société pour éduquer, protéger, intervenir précocement, soigner, réinsérer
 - puis déclinée et adaptée selon les produits et comportements addictifs
 - visant à :
 - structurer le dispositif de prévention, lui donner des objectifs cohérents et conforter ses moyens
 - réduire les risques et diminuer les dommages
 - diminuer les inégalités d'accès aux soins et protéger les populations vulnérables
 - ne plus criminaliser ou stigmatiser certains usagers

LES DROGUES LICITES ET ILLICITES EN FRANCE : USAGES ET DOMMAGES ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE

Combien de personnes consomment des drogues en France ?

Les consommations de l'ensemble de la population française

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France : en 2005, seuls 7 % des 18-75 ans déclarent n'avoir jamais bu alors que 15% en consomment quotidiennement ; pour le tabac, la consommation est souvent quotidienne compte tenu du fort pouvoir addictif du produit et elle concerne 27% des français de 18-75 ans en 2005. Les médicaments psychotropes, principalement consommés dans le cadre d'une prescription médicale, occupent la troisième place avec 20% de consommateurs dans l'année.

Le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé : 27 % des Français âgés de 18 à 75 ans l'ont expérimenté en 2005 et 2,3% en consomment régulièrement (10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours). Les autres drogues illicites sont expérimentées et consommées de manière beaucoup plus marginale.

Les consommations des jeunes

Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés essentiellement sur deux points : la place primordiale qu'occupe le tabac (70% des jeunes de 17 ans l'ont expérimenté en 2008 et 29% fument régulièrement) et l'importance du rôle tenu par le cannabis (expérimenté par 40% des jeunes de 17 ans en 2008 et consommé régulièrement par 7% d'entre eux). La consommation régulière d'alcool arrive au même niveau avec 9% de consommateurs réguliers, mais chez les jeunes, ce mode de consommation n'est pas le mode dominant. Chez les jeunes, l'expérimentation des autres drogues illicites concerne au maximum 5% d'entre eux.

Les tendances d'évolution des niveaux de consommation

Les quantités d'alcool consommées en France sont en baisse depuis près de 50 ans, essentiellement du fait de la diminution de la consommation régulière de vin. La France n'est désormais plus le pays à plus forte consommation d'alcool en Europe. La proportion de consommateurs réguliers ou quotidiens d'alcool a également diminué bien que chez les jeunes, la tendance soit plus complexe et qu'ils enregistrent une légère augmentation avec des ivresses et des épisodes de consommation excessive.

La baisse de la consommation de tabac date de 30 ans environ. Elle a été amorcée d'abord chez les hommes puis plus récemment, chez les femmes et les jeunes. Toutefois, chez ces derniers, les données les plus récentes pourraient indiquer une certaine reprise du tabagisme.

La progression du cannabis tout au long des années 1990 semble se stabiliser, voire régresser chez les jeunes. Tout en restant rarement consommées, on observe une diffusion croissante des hallucinogènes et des stimulants, particulièrement pour la cocaïne.

Ces tendances sont globalement convergentes avec celles relevées en Europe. Par rapport à leurs voisins européens, les jeunes Français se positionnent à un niveau bas pour l'alcool et l'ivresse alcoolique, moyen en ce qui concerne le tabac et haut en matière d'usage de drogues illicites.

Qui en consomme ?

Profils des consommateurs en population générale

La consommation de drogues est dans l'ensemble un comportement plutôt masculin, et ceci d'autant plus que cette consommation est régulière. Les différences selon le genre sont moins marquées avec le tabac qu'avec l'alcool ou les drogues illicites. Seuls les médicaments psychotropes sont plus fréquemment consommés par les femmes que par les hommes.

Si la consommation régulière d'alcool et de médicaments psychotropes s'accroît fortement avec l'âge, elle diminue au contraire pour le tabac et le cannabis dont la consommation est plus fréquente chez les jeunes et diminue ensuite.

Parmi les jeunes interrogés sur cette question à l'âge de 17 ans, l'âge de la première expérimentation de ces produits (hormis l'alcool, pour lequel il est difficile de déterminer le moment précis du premier verre) se situe entre 13 et 14 ans pour la première cigarette, avant 15 ans pour l'usage quotidien de tabac, à 15 ans pour le premier joint, la première ivresse ou encore la première prise d'un médicament psychotrope.

Chez les jeunes, les usages de substances psychoactives (à l'exception de l'héroïne) sont plus répandus parmi les jeunes issus de milieux familiaux privilégiés, toutes choses égales par ailleurs. Ces consommations sont également plus fréquentes chez les adolescents dont le parcours scolaire est difficile (jeunes sortis du système scolaire, ayant redoublé, en apprentissage ou en formation alternée par rapport aux élèves des filières générales classiques). Chez les adultes, les différences de consommation entre les grandes catégories d'emploi sont relativement faibles avec toutefois une surconsommation pour la plus part des produits chez les chômeurs.

Populations à fortes prévalences d'usage et de poly usage de drogues (licites et illicites)

Certaines populations, fortement consommatrices de drogues, ne peuvent être décrites par les enquêtes en population générale en raison à la fois des faibles prévalences des consommations de drogues illicites autres que le cannabis et de la précarisation qui caractérise parfois ces personnes et les rend impossible à atteindre par de telles enquêtes.

Il s'agit tout d'abord des « toxicomanes » (voir encadré) mais aussi des personnes fréquentant l'espace festif techno. Toutes ne consomment pas mais les prévalences d'usage de tabac, alcool, cannabis et, dans une moindre mesure, cocaïne, ecstasy y sont plus élevées que chez les personnes de même âge dans la population générale. Ces consommations s'inscrivent dans un contexte plus général de poly-usage et de banalisation de l'expérimentation de nouveaux produits rendus plus accessibles par le biais de la progression du micro-traffic et du commerce sur Internet.

Quels sont les principaux dommages liés à ces consommations ?

Les prises en charge et les dommages sanitaires liés au tabac et à l'alcool

La consommation quotidienne de tabac touche plus de 10 millions de Français. En 2003, environ 55 000 nouveaux patients étaient accueillis dans une consultation spécialisée en tabacologie, essentiellement des gros fumeurs. Les substituts nicotiques, en pleine expansion depuis 1999, date l'autorisation de délivrance sans prescription médicale, seraient utilisés par environ 2 millions de fumeurs en 2010. Environ 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf, peuvent être attribués au tabagisme au début des années 2000, essentiellement du fait de cancers des bronches et des poumons, des cancers des voies aérodigestives supérieures, des maladies cardio-vasculaires et des maladies respiratoires. Cette mortalité touche encore principalement des hommes, mais la mortalité des femmes progresse, avec un décalage temporel également constatée pour les consommations.

En 2005, on compte environ 3,7 millions de consommateurs d'alcool à risque (sur le plan de la santé, qu'ils soient dépendants ou non) de 18 à 75 ans, des hommes en très grande majorité. Ces consommateurs peuvent bénéficier d'une consultation en ambulatoire dans les CSAPA, les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (ils étaient 140 000 à le faire en 2008), en médecine de ville (48 000 patients par semaine vus pour un sevrage alcoolique en 2003) ou à l'hôpital (110 000 séjours pour un problème d'alcool enregistrés en 2009, la plupart liés à des intoxications aiguës et de très courte durée). De façon plus large on estimait à 1,3 million le nombre de séjours hospitaliers liés à des pathologies provoquées par la consommation excessive d'alcool en 2003. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 30 000, dont près des deux tiers par psychose alcoolique, cirrhose et cancers des voies aéro-digestives supérieures. L'alcool est impliqué, à des degrés divers, dans un grand nombre d'autres dommages (syndrome d'alcoolisation fœtale, maladies de l'appareil circulatoire, troubles psychiques, suicides, accidents...). On estime par exemple que la conduite sous influence d'alcool est responsable d'environ 1 200 décès par an, soit environ un tiers de l'ensemble des décès par accidents de la route.

Les prises en charge et les dommages sanitaires liés aux drogues illicites

Les dommages sanitaires liés aux drogues illicites sont d'un ordre de grandeur bien inférieur du fait du caractère marginal de ces consommations par rapport à celles d'alcool ou de tabac. Néanmoins, les dommages sanitaires liés aux drogues illicites touchent des personnes bien plus jeunes.

Concernant le cannabis, même si son usage est essentiellement « occasionnel », sa consommation régulière touche 1,2 million de personnes entre 12 et 75 ans en 2005. À 17-18 ans, la moitié des usagers réguliers sont considérés comme « problématiques » par le CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) et un quart montrent des signes de dépendance potentielle. Les problèmes rencontrés sont liés à des troubles de la mémoire, un manque d'énergie, une certaine dégradation des relations avec les proches ou encore à la conduite d'un véhicule après avoir consommé du cannabis. Les résultats de l'étude SAM menée à partir des accidents mortels de la route en 2002-2003 a démontré que la conduite sous influence du cannabis est à l'origine d'environ 230 décès par an. On ne dispose pas de données permettant de mesurer l'impact présumé du cannabis sur les décès par cancers (pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures) ou sur des pathologies vasculaires et psychiatriques. Un tiers des patients accueillis en 2008 dans les CSAPA pour usage de drogues illicites viennent pour un problème lié au cannabis, plus de la moitié d'entre eux suite à une décision judiciaire.

Usagers problématiques de drogues illicites

La définition opérationnelle retenue par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a remplacé la terminologie de « toxicomane ». Il s'agit des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âges de 15-64 ans. Une estimation de 210 000 à 250 000 usagers problématiques de drogues en France a été établie pour 2006. Parmi eux, 145 000 auraient utilisé la voie intraveineuse au moins une fois et 81 000 l'utiliseraient actuellement.

Les usagers problématiques sont majoritairement des hommes, relativement jeunes bien que cette population soit vieillissante, en particulier celle en traitement. Ils souffrent souvent de troubles psychiatriques et connaissent d'importantes difficultés sociales. Leur consommation de stimulants, en particulier la cocaïne, est en progression quel que soit le mode d'usage (injecté, *sniffé*, fumé). L'usage d'héroïne, qui avait diminué, enregistre une stabilisation. Les consommations d'alcool, de médicaments psychotropes et de cannabis sont fréquemment associées entre elles. Enfin, les médicaments de substitution – et plus particulièrement, la buprénorphine haut-dosage (BHD) – sont régulièrement consommés, dans le cadre thérapeutique.

En parallèle, de ces usagers plus « traditionnels » de nouveaux groupes d'usagers sont apparus : jeunes précaires en errance, migrants en situation irrégulière, prostituées ont en commun une grande précarité sociale, des pratiques d'usages multiples, les rendant particulièrement difficiles à prendre en charge. Des usages de drogues apparaissent aussi en zone péri-urbaines et rurales.

Une grande majorité de cette population bénéficie d'une prise en charge sanitaire et sociale : environ 130 000 personnes ont consommé des médicaments de substitution aux opiacés en 2007 (buprénorphine haut-dosage dans 80 % des cas), 90 000 usagers ont été accueillis en 2008 dans les CSAPA et 48 000 dans les CAARUD, les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues, ces formes de prise en charge n'étant pas exclusives.

En matière de consommation d'opiacés, et dans une moindre mesure de cocaïne, l'utilisation de la voie intraveineuse est responsable de la plupart des autres dommages sanitaires constatés. Ce mode d'administration persiste (notamment du fait du développement de l'injection de cocaïne) mais a baissé tout au long des années 1990 du fait de la diffusion du VIH et de la politique de réduction des risques. Cette dernière est également responsable en partie de la baisse du nombre de nouveaux cas de sida attribués à l'usage de drogues, passé de 1 500 au milieu des années 1990 à une cinquantaine aujourd'hui. L'hépatite C est présente chez une majorité d'usagers problématiques de drogues mais certains signes laissent penser à une amorce de décroissance. Le dépistage VIH ou VHC se généralise pour les usagers pris en charge.

Les risques de décès des usagers de drogues illicites sont supérieurs à ceux des hommes ou des femmes du même âge (5 fois plus pour des hommes interpellés pour usage et 2 fois plus pour les femmes). Le nombre de surdoses mortelles a fortement baissé depuis le milieu des années 1990 mais la tendance s'est inversée ces dernières années.

Quant aux autres aspects de la santé de ces populations (infections bactériennes, état de santé général, morbidité psychique), ils sont encore peu documentés.

Les dommages sociaux et les problèmes judiciaires liés à l'alcool et aux drogues illicites

Les dommages sociaux liés aux consommations de drogues sont peu documentés. Consommation de drogues, notamment illicites, et exclusion sociale / précarité sont souvent associées et se renforcent mutuellement. En matière de transgression des lois, la mesure concerne les infractions à la législation sur les stupéfiants (160 000 interpellations, la plupart pour usage de cannabis, en 2009, 19 000 condamnations pour affaire d'usage et 12 000 pour détention-acquisition en 2008) ou les infractions à la sécurité routière aggravées par l'alcool (150 000 condamnations en 2008).

Conclusion

En regard de cet état des lieux et des possibles évolutions, on peut avancer quelques hypothèses sur les enjeux à venir en matière de drogues dans une perspective de santé publique autour de la récente hausse du tabagisme, d'une progression possible des consommations ponctuelles excessives, notamment chez les jeunes, d'un éventuel report des consommations de cannabis, en baisse chez les plus jeunes générations, vers des usages d'autres produits (cocaïnes, drogues de synthèse) ou encore d'un accroissement des risques et des dommages sanitaires et sociaux chez des usagers de plus en plus précarisés.



Etat des lieux :

Nous vivons dans une société addictogène

Les problèmes liés à des comportements addictifs, que ce soit par la consommation de substances psychoactives ou dans le cadre d'addictions comportementales, connaissent une très grande expansion depuis quelques décennies. Ni l'Europe, ni la France n'y échappent. Ce sont, avec d'autres questions comme celles soulevées par l'écologie ou la bioéthique par exemple, des problèmes mondiaux, qui interrogent le modèle de développement de la société moderne et ses conséquences sur les êtres humains. Dans le contexte de cette société addictogène, promouvant le bonheur individuel, la consommation, la vitesse et l'immédiateté, ces problèmes sont à la rencontre entre :

- une « offre » de produits ou d'autres objets potentiellement addictifs (jeux, paris, achats à crédit, etc) qui se diversifie sans cesse et qui met en jeu des facteurs et des équilibres économiques, commerciaux, financiers, et toutes les régulations dans ce domaine (prohibition, commerce contrôlé, conditions et lieux de vente, publicité...);
- une « demande », c'est-à-dire un attrait pour ces sources d'auto-modification et de sensations, que celui-ci traduise une recherche de plaisir, de soulagement ou de socialisation, et qui renvoie à des motivations, des besoins, des croyances, des difficultés, mettant en jeu tant le bien être que la santé individuelle et collective.

À l'intersection entre ces deux versants du phénomène se trouvent des attitudes, des conduites et des modalités d'usage, très variables selon les cultures, les groupes, les personnes, les âges, les modes de vie. Depuis l'abstinence jusqu'à la dépendance en passant par des comportements d'abus ou à plus ou moins grand risques.

Les enjeux soulevés par les comportements d'usage, l'offre et la demande, sont sociétaux, économiques, sanitaires, éducatifs, sécuritaires. Ils nécessitent donc une politique globale. L'enjeu des addictions, c'est-à-dire le versant problématique et potentiellement dommageable de ces comportements est, lui, avant tout sanitaire et social.

Il n'y a pas de réponse simpliste

Tous les pays sur tous les continents, cherchent les réponses les plus efficaces et les mieux adaptées face aux problèmes qu'ils rencontrent dans ces domaines.

On peut, d'une part, constater une grande diversité, selon les pays, des politiques publiques de prévention et de répression en matière de drogues et d'addictions. Ces disparités ne s'accompagnent pas de résultats qui permettraient de déduire qu'une politique et un arsenal législatif particulier serait un rempart et encore moins un moyen d'éradication de ces conduites. Ainsi, la France a connu ces dernières décennies des évolutions rencontrées dans d'autres pays n'ayant pas la même législation. Bien qu'ayant une des législations les plus sévères en la matière, on a assisté à une forte augmentation de la consommation de cannabis et à son tassement ces dernières années. On assiste par ailleurs à une reprise des consommations de tabac et à une augmentation importante des comportements d'ivresses massives chez les adolescents et jeunes adultes. La consommation d'héroïne repart à la hausse et l'usage de cocaïne s'est développé de façon importante.

Mais on peut, d'autre part, constater des avancées importantes des connaissances scientifiques et des données sur les résultats plus ou moins positifs des politiques en matière de santé publique. Ainsi, les

résultats de la politique française de réduction des risques face au Sida (très forte baisse immédiate des nouvelles contaminations, forte augmentation de l'accès aux soins, diminution De 80 % des overdoses...) ont démontré sa pertinence et plus personne aujourd'hui ne conteste plus l'intérêt des traitements de substitution ou des programmes d'échange de seringues. Nous disposons aujourd'hui de données validées sur les bénéfices et les risques, individuels et sociaux, des comportements d'usage comme des différentes expériences entreprises dans certains pays. Nous sommes en mesure de déterminer les facteurs d'aggravation des risques et les moyens de les prévenir ou de les réduire. Ceci permet de définir des politiques plus cohérentes comportant des mesures adaptées pour protéger les personnes, en particulier les plus vulnérables, tout en respectant les libertés individuelles et en prenant en compte les différents intérêts économiques et la préservation de la sécurité publique. C'est cette approche que nous réclamons comme viennent de le faire les experts et personnalités signataires des appels de Vienne et de Prague.

Une politique axée prioritairement sur la réduction des dommages.

Les consommations de produits psychoactifs et les pratiques liées à des recherches de satisfactions sont intrinsèques à l'existence humaine. Il est donc illusoire voire dangereux de vouloir les faire disparaître. En revanche, ce sont les abus et les dommages entraînés par ces pratiques ainsi que les conditions de leur développement qu'il faut viser. C'est le réalisme qui est la clé d'une politique efficace pour les personnes et pour la société.

Pour cela, il convient d'analyser et d'agir sur les comportements de consommation problématiques et notamment sur les populations vulnérables. Les mesures seront prises en fonction d'une analyse prévisible de la réduction des dommages, tout en tenant compte le plus objectivement possible des avantages liés à la consommation.

Des mesures basées uniquement sur des données et sur des preuves scientifiques

Pour limiter le poids de l'idéologie et des représentations subjectives, il conviendrait de privilégier la réduction des dommages en tenant compte de la balance entre les plaisirs et les risques, les intérêts et les coûts. Cette politique de régulation de la consommation de substances psychoactives devrait être basée sur des données scientifiques : les champs scientifiques concernés devraient inclure non seulement l'épidémiologie, la biologie, la médecine, mais aussi les données issues de l'anthropologie, de la psychologie, de la sociologie, de l'économie et du droit.

Les avancées scientifiques et les évaluations des actions menées permettent de déterminer l'intérêt et les conditions optimum de réalisation de telle ou telle mesure ou expérimentation. C'est ainsi que les services de réduction des risques, la prévention par les pairs, les expériences de salles de consommation supervisées ou les possibilités de primo-prescription de traitement de substitution par méthadone ont fait la preuve de leurs impacts largement positifs et permis de préciser les précautions qu'il est nécessaire de prendre pour garantir ces résultats.

À l'inverse, les mesures basées sur la contrainte et le contrôle (sevrages forcés, soins sous contrainte avec obligation de résultat,...) ou des préventions basées uniquement sur l'information ont montré leurs limites. L'opinion et ses représentants ne sont pas assez informés de ces données.

Ces mesures seront à adopter en fonction de la consommation des différents produits, licites ou illicites, ou des incitations à des comportements potentiellement addictifs (jeux d'argent, sexe, internet...).

Politiques de santé publique et de sécurité publique ne doivent pas être opposées

Les actions qui vont dans le sens de la santé publique bénéficient à la sécurité publique et à l'amélioration de la vie sociale. Il en va de même pour certaines mesures de sécurité publique si elles sont pensées en fonction des effets sur les individus et sur la santé publique. Par exemple, les interpellations pour délit routier ou pour ivresse publique sont nécessaires mais d'autant plus efficaces qu'elles s'accompagnent de mise en contact avec les services de santé dans des modalités adaptées.

La France est l'un des pays européens où le clivage est le plus important et désorganisant.

La politique de santé publique en matière de drogues et d'addiction doit être concertée, décidée et menée par le Ministère de la santé et les Agences Régionales de Santé. La politique de Sécurité publique dépend des Ministères qui en ont la charge (Ministère de l'Intérieur et de la Justice). La MILDT

ne doit plus chercher à définir l'une et l'autre, mais être l'instance de coordination et de définition des objectifs communs.

Les politiques publiques doivent être suivies et évaluées

Le suivi et l'évaluation des politiques publiques dans le domaine des drogues et des addictions procèdent de la même démarche de cohérence, de réalisme et de recherche d'efficacité. Cette évaluation doit être nationale mais aussi régionale voire locale. Elle doit s'intégrer à la démarche politique elle-même et à sa mise en œuvre, et elle doit reposer sur des organismes indépendants pour ne pas être soupçonnée de ne viser qu'à faire la promotion d'un Ministère ou d'un Gouvernement.

À ce titre, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies doit acquérir un statut garantissant son indépendance et pouvoir mener ses travaux ainsi que la communication autour de ses résultats dans des conditions qui le protègent des pressions des pouvoirs qu'ils soient politiques, économiques ou autres.

Un large débat politique et sociétal est nécessaire

Par cette démarche et à l'aide de ces données, il est possible d'éclairer au mieux l'opinion, le législateur et le pouvoir politique et apporter les outils pour une politique la plus cohérente possible. C'est dans ces conditions qu'un véritable débat, dépassant les cercles d'experts ou des commissions parlementaires, devrait s'ouvrir et se conclure par une **loi d'orientation concernant les usages, usages problématiques et addictions ayant pour objectif central de réduire les dommages liés aux consommations.**

A cet égard, la loi de juin 2010 sur les jeux d'argent en ligne, de légalisation et d'ouverture partielle au marché présente, pour l'ensemble des addictions, un intérêt certain. Elle ne concerne qu'un petit nombre de jeux : les paris sportifs, les pronostics hippiques, et le poker en ligne. Les autres formes de jeu d'argent restent interdites en ligne, et les jeux « en dur » restent dans le cadre du monopole d'état. Autorisant la concurrence pour certains jeux en ligne, elle ouvre donc une brèche dans le monopole d'état qui jusque là, était censé constituer la principale protection des consommateurs. Cette loi présente l'intérêt d'instituer des autorités de régulation indépendantes des opérateurs : ARJEL pour les jeux en ligne, Comité consultatif des jeux, incluant un observatoire des jeux pour les autres. De plus, elle pointe, dès ses attendus, la nécessité de lutter contre l'addiction au jeu, et de protéger la jeunesse. Elle prévoit un prélèvement sur les revenus du jeu en ligne, aux fins d'organiser la prévention et le soin.

Cet exemple d'une légalisation contrôlée pourrait être une base de réflexion pour une remise à plat des modes de contrôle, plus ou moins prohibitionniste, plus ou moins libéral, de l'ensemble des objets d'addiction.

La prévention doit avoir une place centrale

Les politiques de santé, quelles qu'en soient les domaines, sont et seront de plus en plus confrontées aux limites du développement et de l'accès pour tous à des thérapeutiques médicales techniquement lourdes et coûteuses. Tant pour réduire les inégalités sociales que pour ralentir la croissance des coûts économiques la prévention ne pourra donc plus rester le parent pauvre de ces politiques. Cela signifie que des moyens, des recherches multidisciplinaires, des organisations cohérentes et des méthodologies rigoureuses vont devoir être mis en œuvre à un niveau très supérieur à celui d'aujourd'hui. Ce changement du centre de gravité des politiques de santé publique vers davantage de prévention est particulièrement crucial dans le domaine des addictions.

Actuellement, en France, les conduites addictives (en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool, et, dans une moindre mesure, de substances illicites) interviennent directement dans 30% de la mortalité précoce (décès avant 65 ans). Le « poids » de ces conduites sur la morbidité générale est estimé à environ 20% (complications somatiques et psychiatriques, accidents de la route...). Notre pays est un des plus touchés dans ce domaine en Europe.

C'est dire si la collectivité sociale est face à des enjeux d'une très grande importance pour prévenir les conséquences dommageables des consommations de substances psychoactives sur la santé publique. Responsabilité d'autant plus grande qu'à la source de ces dommages sanitaires se trouvent des comportements humains qui, par définition, ne peuvent être changés sans la conscience, l'éducation et l'action individuelle et collective des hommes.

La prévention ne se limite pas à informer sur les dangers et interdire des comportements

Longtemps focalisées sur certains produits et ne délivrant que des messages d'abstinence, les actions menées sur le terrain se centrent aujourd'hui de plus en plus sur les comportements d'abus, la prise en compte de l'ensemble des conduites d'addiction (mésusage de médicaments, jeu pathologique, anorexie et boulimie..), des facteurs qui les favorise ou qui en protège. Elle a également évolué dans le sens de la réduction des risques pour diminuer les dommages sanitaires et sociaux provoqués par ces conduites. Cette démarche de prévention soulève les questions essentielles de la construction de la personnalité, du bien-être individuel et social, et toutes les interrogations auxquelles sont confrontés les différents acteurs en charge de l'éducation, de l'accompagnement, de la scolarisation et de l'accueil des publics, notamment des jeunes.

Le développement des conduites addictives est en grande partie lié à un cumul de facteurs de risque et de fragilité qu'il s'agit de prendre en compte, et s'associe souvent à des situations de souffrance individuelles et collectives qu'il s'agit d'écouter et de soulager.

L'information sur les dangers et le rappel des interdits sont donc très insuffisants pour répondre à ces questions. Pourtant, la plupart des campagnes publiques diffusées ces dernières années ne vont guère plus loin et, surtout, ne s'articulent aucunement avec les actions menées par les différents acteurs, des CSAPA, des associations d'éducation pour la santé ou d'éducation populaire, etc. Le décalage est de plus en plus grand et dommageable pour la lisibilité et la cohérence.

Comme nous le dénoncions au début des années 2000, la France n'a toujours pas de véritable politique de prévention des conduites addictives.

Intervenir précocement sur les facteurs d'aggravation des risques

Pourtant, on connaît bien aujourd'hui les facteurs qui aggravent les risques liés aux consommations et sur lesquels il est important d'intervenir. On peut en citer cinq :

- la précocité (plus on commence jeune, plus les dégâts sur la santé sont importants),
- l'association à des conduites d'excès et à des prises de risque, particulièrement fréquentes à l'adolescence,
- l'association a des circonstances particulières (conduites d'engins, période de développement et d'apprentissages, grossesse, etc....).
- les contextes de vulnérabilité psychologique et de difficultés familiales,
- les contextes de désocialisation et de marginalisation (échec scolaire, rupture des liens communautaires, inactivité sociale, etc...).

Il est donc déterminant d'intervenir dès le début des consommations, et de se focaliser moins sur les dangers de chaque substance utilisée, que sur la personne de l'usager, son contexte, ses modalités de consommation, ses ressources propres pour adopter un comportement le plus favorable à sa santé et à son bien être individuel et social. Ce qui suppose de pouvoir entrer en contact avec les usagers et d'ouvrir un véritable dialogue au-delà de messages généraux, surtout avec ceux qui cumulent les facteurs de risque.

Propositions :

Une loi d'orientation

- **Adosser la politique de prévention, de soins et de répression aux données scientifiques actualisées :**
 - Préparer une loi qui s'appuiera sur une évaluation - rendue publique - menée par une autorité scientifique indiscutable des effets sur les consommations et les dommages des différentes politiques publiques menées dans le monde, et en particulier en Europe.
 - Cette évaluation prendra en compte les bénéfices et les risques individuels et sociaux des différentes consommations. La commission d'évaluation chargée de rassembler et de synthétiser ces informations comprendra des juristes, des magistrats et des policiers, des économistes, des sociologues dont des spécialistes de l'insécurité urbaine, des spécialistes de la Santé Publique, des représentants des patients et de leurs familles ; elle devra entendre l'ensemble des acteurs concernés par les consommations et leurs conséquences positives et négatives.
 - A l'aide de ces données, il sera possible d'éclairer au mieux le législateur et le pouvoir politique et de lui donner les outils pour une politique la plus cohérente possible. Ceci devrait permettre d'ouvrir un **large débat politique et sociétal** qui pourrait se conclure par une **loi d'orientation concernant les usages, usages problématiques et addictions aux substances psychoactives ayant pour objectif de réduire les dommages liés aux consommations.**
- **Les principes d'une loi d'orientation ayant pour objectif de réduire les dommages liés aux consommations :**
 - Cette loi devra sortir des clivages anciens par produits licites/illicites, prévention/soins, réduction des risques/soins. Elle devra avoir pour objectif central de diminuer de façon pragmatique les dommages liés aux comportements de consommation.
 - Cette loi devra intégrer les tensions, voire contradictions, entre la liberté de consommer et les risques encourus, ainsi que la nécessité de protéger les plus vulnérables, et notamment les mineurs et les populations à risque.
 - Elle devra tenir compte de ce qui est commun à toutes les substances et tous les comportements. Elle mettra en œuvre un modèle de prévention et de soins s'appuyant sur une information pour l'ensemble du public claire, validée scientifiquement, sur les risques d'excès et d'addiction.
 - **Elle supprimera l'incrimination de l'usage privé de stupéfiants et substituera à la loi de 1970 un dispositif législatif plus cohérent avec l'objectif prioritaire de réduire les dommages.**
 - Elle devra, au-delà de ce qui est commun à toutes les pratiques addictives, prévoir les stratégies spécifiques en matière de prévention, de soins, et de répression en fonction des produits et de leurs effets mais aussi de certains autres comportements potentiellement addictogènes.
 - Les producteurs et distributeurs de substances licites devraient contribuer aux sources de financement de cette politique, comme les promoteurs de jeux d'argent et autres opérateurs éventuels.
 - Elle devra, dans tous les cas, favoriser toutes les mesures permettant l'accueil et le soin des usagers en ayant besoin et de leurs proches.

Une prévention rationnelle, scientifique et efficace

- **Une organisation rationnelle de la prévention doit coordonner 4 axes stratégiques :**
 - La « prévention universelle » (campagnes d'information et éducation pour la santé, mesures de contrôle social) pour réduire les niveaux de consommation en diminuant la demande et l'offre.
 - L'éducation à la santé et à la citoyenneté, l'information et la formation pour développer les capacités de choix et de réflexion, à promouvoir au moyen de la « prévention de proximité ».
 - L'« intervention précoce » et la « réduction des risques » pour accroître les capacités d'auto-changement et diminuer les conséquences nocives des consommations.
 - L'« éducation thérapeutique » associée aux soins pour diminuer les risques de rechute et accroître les durées de rétablissement.

- **La prévention doit être mise au cœur de la politique de santé publique :**

- en donnant un véritable statut juridique et administratif aux dispositifs et acteurs de prévention de proximité afin d'assurer la permanence et la continuité des actions, ce qui suppose d'assurer une pérennité suffisante des financements au moyen de contrats pluriannuels de programmes et de moyens pour que l'ensemble de la population, à tous les âges de la vie et en tout lieu, puisse bénéficier de ces actions de proximité, et notamment les plus vulnérables : les jeunes, les femmes enceintes, les actifs, les personnes en situation de précarité, les personnes sous main de justice, les retraités et les personnes isolées...,
- en développant l'intervention précoce et les consultations avancées,
- en inscrivant la prévention dans la vie de l'entreprise en dotant les CHSCT de missions de prévention en matière de consommation de produits psycho actifs,
- en formant les professionnels de l'éducation, du champ social et de la santé.

- **Les stratégies de prévention devront tenir compte des données scientifiques récentes :**

Ces données, qu'elles soient psychologiques, sociales, neuro-psychologiques, etc, sont de mieux en mieux connues pour l'obésité, le diabète, le cancer comme pour la prévention des addictions. Elles devront être adaptées aux particularités des populations ciblées.

- **L'application et l'évaluation de ce programme doit s'appuyer sur une gouvernance renforcée et structurée :**

- une instance nationale doit être chargée de définir une véritable politique de prévention des conduites addictives, de l'impulser et de la financer. sous l'égide du Ministère de la santé, avec le concours de l'INPES et de la MILDT et en concertation avec la CNAMTS et les organismes et les associations qui interviennent sur le terrain.
- la Commission Nationale Addictions doit voir ses missions et son fonctionnement précisés et clarifiés, notamment dans le domaine de la prévention.
- les Programmes Régionaux de Santé et les SROSS devraient intégrer un volet « addictions » obligatoire adapté aux particularités régionales.
- les Commissions Régionales Addictions devraient avoir pour mission de préparer et d'évaluer la mise en place des volets « addictions » du PRS et du SROSS.
- la réalisation des objectifs de Santé Publique doit être régulièrement évaluée et rendue publique.

AMELIORATION DES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS

Etat des lieux :

L'enjeu est non seulement d'augmenter la sensibilisation et la formation des professionnels concernés, d'améliorer le maillage des territoires de proximité et des régions en structures addictologiques, mais aussi et peut-être surtout de coordonner l'action de tous les partenaires de façon à assurer, pour chaque patient, des trajectoires de soin fluides et optimales.

Tout doit être mis en place pour faciliter l'accès aux soins du malade et l'aide de sa famille ; or c'est encore loin d'être le cas.

1- Le patient, sa famille et ses proches

a. Le malade

Le malade addict, à la différence des autres malades, est habituellement culpabilisé et stigmatisé et le consommateur de drogues illicites est poursuivi et pénalisé. Des représentations de péché, de vice, de faiblesse, de manque de volonté sont toujours très présentes et compliquent l'accès aux soins.

La transformation d'une consommation/plaisir à la dépendance est difficile à appréhender, aussi bien pour le patient que pour son entourage ; la perte du contrôle raisonnable qu'implique la dépendance et dont les mécanismes neurobiologiques sont maintenant clairement décrits, est difficilement représentable et peu acceptable.

Les représentations de fatalité, d'incurabilité dominant encore.

Le poids de ces représentations culpabilisantes explique en partie le peu d'intérêts des soignants et du système de soins, la non reconnaissance sociale de ces pathologies, et le faible poids social des associations de malades, très peu représentées dans les instances de tutelles hospitalières, médico-sociales ou ministérielles.

b. La famille et les proches

La souffrance et les drames vécus par les familles dont un membre est addict sont très largement sous estimés et peu entendus. Elles sont même parfois culpabilisées très injustement.

Il existe quelques associations de soutien des familles dérivées des Alcooliques Anonymes et quelques associations ayant pour objectif de faire entendre, au plan politique, les souffrances endurées. Ces associations, aussi bien « thérapeutiques » que « politiques », sont en nombre très insuffisant, peu reconnues, peu structurées et peu aidées.

2- L'addictologie de premier recours

• La médecine générale et les addictions

La porte d'entrée dans le soin la plus fréquemment empruntée par les usagers ou patients aux prises avec une dépendance ou un abus de consommation est la médecine générale. Ce constat s'applique aux dépendances au tabac et à l'alcool mais aussi à la dépendance aux opiacés. Cependant, la qualité des réponses est très hétérogène variant d'une forte implication d'une minorité de médecins généralistes, devenus des spécialistes implicites en addictologie, jusqu'à des refus catégoriques de prises en charge.

Plusieurs écueils pénalisent actuellement la qualité de l'intervention de la médecine générale dans la prise en charge des addictions.

- le faible niveau de la formation initiale des praticiens qui n'est pas compensé par les actions de formation continue, elles-mêmes insuffisantes et cantonnées, pour l'essentiel, au sevrage tabagique
- le cloisonnement des différents niveaux du soin et de l'accompagnement : dispositif de premier recours, interventions du secteur médico-social, hôpital.
- Une couverture territoriale hétérogène des réseaux de santé en addictologie
- L'absence de lisibilité de la médecine générale dans le dispositif addictologique que traduit sa relégation, par les pouvoirs publics, dans les réseaux de santé, eux-mêmes en grande difficulté.
- Un mode de rémunération des praticiens structuré autour du paiement à l'acte qui pénalise toute implication dans des actions de santé publique et le travail collaboratif.

Nous pourrions ajouter à ce constat le déficit culturel que constituent :

- une vision du soin essentiellement centrée autour du médicament dans la perspective de la « guérison » d'un trouble ou d'un dysfonctionnement
- une ignorance de la complexité des mécanismes en jeu et des facteurs en interaction dans les addictions
- une méconnaissance des interventions psycho-sociales à promouvoir ou des actions de prévention en terme de réduction des risques à mettre en place.

Au vu de ce constat, nous pourrions nous attendre à des résultats calamiteux.

En réalité, malgré ce passif, il convient de mettre au crédit de la Médecine Générale **toute une série de résultats remarquables.**

- D'abord, la réussite incontestée des traitements de substitution aux opiacés (TSO) dont la mise en place et le suivi relèvent essentiellement de ses compétences et de son implication.
- Ensuite, les sevrages tabagiques, lorsqu'ils sont l'objet d'une demande d'aide et les prises en charge des consommations abusives d'alcool, lorsqu'elles sont identifiées ou font l'objet d'une demande spécifique.
- L'angoisse des familles aux prises avec des conduites adolescentes problématiques transitent par la médecine générale la plupart du temps.
- Enfin, et en raison même de cet engagement et des difficultés d'accès à des prises en charge adaptées, de nombreux médecins généralistes ont engagé, souvent dans un cadre de réseaux pluri-professionnels, des actions particulièrement innovantes et efficaces associant soin, prises en charge complexes, prévention, formation de nouveaux acteurs.

Mais à cet engagement militant répond une faible ou une absence d'implication d'une majorité de Médecins Généralistes.

Des changements sont en cours et devront sans doute être favorisés, notamment pour la formation et l'habilitation de médecins volontaires en capacité d'assurer des traitements spécialisés et de longue durée comme ceux liés à la prescription de médicaments de substitution depuis la primo-prescription jusqu'à la fin du traitement (cf les résultats attendus de l'étude Méthaville).

L'intervention des **médecins généralistes comme des pharmaciens d'officine doit être valorisée et recentrée sur leurs missions « classiques »** : le repérage précoce des usages à risque et des usages nocifs, l'orientation précoce des patients dépendants vers le dispositif spécialisé, la coordination, en lien étroit avec le CSAPA, des soins ambulatoires, l'accompagnement global, dans la durée et dans la proximité, de la personne et de ses proches.

- **L'addictologie de proximité concerne également les personnes, les lieux, les équipes et les structures non spécialisées où toutes ces questions, tous ces drames liés aux addictions peuvent être déposés.**
 - Les associations d'entraide en premier lieu.
 - Les intervenants dans la cité : travailleurs sociaux, monde de l'école, les animateurs de quartier, la vie sportive.
 - Les pharmaciens.
 - Les collectivités territoriales.
 - Les structures de première ligne : des structures non spécialisées se trouvent elles aussi en première ligne devant les problèmes que peuvent poser les conduites d'addiction :
 - les services régaliens : justice, police, administration pénitentiaire, gendarmerie (et leurs instances dédiées PJJ, SPIP)
 - les structures d'hébergement : bailleurs sociaux, les CHRS
- enfin, **le premier contact** des personnes ayant des problèmes liés à leur consommation peut avoir lieu **dans des lieux non spécialisés, mais avec des équipes spécialisées**, par exemple les services d'urgence ou l'addictologie « de première ligne » (équipe de réduction des risques).

3- L'addictologie médico-sociale

- C'est la partie la plus ancienne du dispositif (les premières structures comme les CHA en alcoologie ou les Centres d'Accueil en toxicomanie ont vu le jour dans les années 70), mais aussi la plus récemment et faiblement organisée (la mise en place des CSAPA¹ date de 2009).
- Le dispositif médicosocial est composé de 480 CSAPA (dont près d'une vingtaine en milieu carcéral et 35 disposant d'un Centre Thérapeutique Résidentiel), de 130 CAARUD², de 7 Communautés Thérapeutiques, de 5 réseaux de Familles d'Accueil et de petites structures non spécialisées mais rattachées localement au dispositif addictologique (Appartements de Coordination Thérapeutique [ACT], Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale [CHRS],...). L'ONDAM lui a consacré en 2009 une enveloppe spécifique de 275 M€.
- En complément, des petites structures non spécialisées, les Appartements de Coordination Thérapeutique [ACT] qui par ailleurs ont vocation à accueillir d'autres publics, sont rattachées localement au dispositif addictologique, et des [CHRS] qui peuvent nouer des partenariats (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale).
- Le dispositif médico-social en addictologie tient une place primordiale dans la prévention et l'accompagnement thérapeutique. Ses champs et niveaux d'intervention ont été définis par le Décret CSAPA de 2007 et la circulaire DGS de 2008. Il assure un ensemble de missions tout au long de la trajectoire des personnes en difficulté avec des conduites addictives, et, par sa proximité, est en capacité de répondre aux besoins des populations locales : l'accueil, l'information, l'évaluation, l'orientation, la réduction des risques, le soutien à l'entourage et aux familles, l'accompagnement thérapeutique et la coordination des prises en charge, l'intervention précoce et la prévention, la formation, la recherche.

Cette position et ces missions spécifiques de l'addictologie médico-sociale lui confère un rôle central dans le dispositif global de par :

- sa place de *pivot de proximité inséré dans un territoire* disposant ainsi de la capacité d'intégrer la prévention des conduites addictives dans les ressources de la communauté locale, d'offrir un accueil et des soins aux personnes présentant des conduites addictives et à leur entourage, d'inscrire le parcours de soin dans le projet de vie de la personne, et d'assurer un soutien au long cours aux personnes les plus en difficulté,

¹ Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

² Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

- la *pluridisciplinarité de ses équipes* qui permet de conjuguer les composantes médicale, psychologique, éducative et sociale des actions, des traitements et des prises en charge spécialisées pour offrir une approche globale et individualisée.
- ses *articulations* avec ses partenaires :
 - du secteur hospitalier dont les missions sont centrées sur les phases aiguës du traitement des maladies addictives, les cas compliqués par des pathologies associées et les activités de liaison et de consultation
 - de la médecine de ville (médecins, pharmaciens,...) qui assurent une grande part de l'activité sanitaire de base auprès des populations locales,
 - du secteur social qui contribuent à l'insertion, à la réhabilitation de la personne et à la reconstruction de son réseau social

Les équipes médico-sociales favorisent ainsi la qualité et à la fluidité du parcours de soins par l'adaptation constante de la réponse au stade évolutif et à la situation propre de la personne.

- **Le dispositif médico-social en addictologie est ainsi en voie de structuration autour de véritables Centres ressources** disposant d'équipes pluridisciplinaires, implantés sur un territoire et articulant les CSAPA, ambulatoires ou résidentiels, les CAARUD, et des unités de prévention. Mais cette mutation profonde est souvent rendue difficile voire bloquée car elle ne s'accompagne pas, dans la majorité des départements et des territoires, des moyens à la hauteur des besoins ni d'une programmation concertée de son déploiement.
 - La plupart des centres sont *débordés de demandes* d'accueil et de soins : populations présentant des troubles psychiatriques et/ou une grande précarité sociale, nouvelles addictions (jeux de hasard et d'argent, cyberdépendance, par exemple), publics orientés par la justice sous obligation de soins ou injonction thérapeutique (qui représentent jusqu'à plus du tiers des consultants en CSAPA), demandes de soins résidentiels, demande d'une plus grande accessibilité des traitements de substitution³, besoins de développement des actions de réduction des risques (milieux festifs, jeunes en errance...), accroissement des interventions dans des quartiers ou des établissements scolaires, demandes de formations et d'évaluation des actions, etc.
 - La plupart des CSAPA et des CAARUD ne fonctionnent qu'avec des équipes restreintes (entre 1 et 5 équivalent temps plein le plus souvent), en particulier des temps médicaux souvent très parcellaires. Ce qui ne permet pas de réunir le minimum de compétences indispensables. Au vu de l'activité croissante, de la multiplication des missions complexes et dans un contexte de stagnation voire de baisse des moyens disponibles pour intervenir auprès des publics, la qualité des actions est fortement affectée. C'est notamment le cas des actions de prévention et des innovations pour lesquelles il devient de plus en plus difficile de trouver les financements.
 - Dans de nombreux départements et territoires, des consultations d'addictologie hospitalières sont considérées comme palliant l'absence de CSAPA. Des CSAPA sont intégrés à l'hôpital et ne sont parfois qu'une porte d'entrée et de suivi pour un service hospitalier, ne répondant pas à l'ensemble des missions du dispositif médico-social.
- **Le versant soins résidentiels du dispositif** tente aussi de se structurer pour apporter des offres diversifiées et adaptées à différentes populations : Centre Thérapeutiques Résidentiels (CTR), Communautés thérapeutiques (CT), Familles d'accueil (FA), Appartements Thérapeutiques (AT). Alors que ce dispositif de soins résidentiels apporte des outils indispensables pour les accompagnements les plus difficiles, il connaît des difficultés grandissantes :
 - alors que les demandes d'admission dans ces dispositifs sont en nombre très élevé, *les capacités d'accueil se sont modifiées* : la baisse de l'offre en CTR et Famille d'accueil (entre 1999 et 2009, le nombre des CTR est passé de 60 à 35, les capacités d'accueil en famille ont été divisées par 3, le nombre d'appartements thérapeutique a stagné) n'est que partiellement compensée par l'ouverture de CT,
 - dans le même temps, les autorités sanitaires ont autorisé la création de nouveaux établissements sanitaires (Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie [SSR-A],

³ Cf le document de la Fédération Addiction, avec le soutien de la DGS, sur les Pratiques des TSO en CSAPA

cliniques), dont certains sont confiés à des opérateurs privés à but lucratif sur des critères essentiellement économiques.

- Cette baisse et ces ouvertures n'ont été fondées ni sur une analyse quantitative et qualitative des besoins et de leurs moyens ni sur les objectifs thérapeutiques. Elles ont été conduites sans que soit préalablement définis la moindre programmation ni des cahiers des charges élaborés par les ARS fixant les missions de chacune des différentes structures de soins résidentiels, selon celles définies par la réglementation récente (circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, 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 d'addictologie, proposition d'un cahier des charges des CTR du Bureau des conduites addictives de la DGS).

Cela crée des confusions et rend difficile l'ajustement des réponses aux besoins des différents publics et des différentes étapes de la prise en charge. Cela met en difficulté l'ensemble d'un dispositif qui doit proposer une offre diversifiée, adaptée aux différents profils d'utilisateurs (acceptation des traitements psychiatriques, des TSO, acceptation de personnes précaires, en situation d'exclusion sociale, etc...), en capacité ou non de recevoir les différents comportements (alcool, drogues illicites, addiction sans produit). Si l'éloignement n'est pas indispensable, il est assez souvent utile. La notion de proximité ne doit pas constituer une priorité, et la planification de ces offres ne doit pas être contrainte par des ratios régionaux mais être pensée plus globalement, sur une échelle inter-régionale ou même nationale pour les offres les plus spécifiques. C'est globalement dans une logique addictologique et sans trop risquer d'opposer alcoolologie et toxicomanies que doivent être évoquées les capacités d'accueil en soins résidentiels, afin de les analyser dans la diversité des offres et réponses qu'elles déclinent.

Deux grandes fonctions sont à distinguer :

- *Héberger* : hébergement social ou d'insertion, il cible le droit à un toit et l'hébergement comme première étape, le comportement d'usage est toléré, en tout cas sa prise en charge n'est pas l'objectif premier.
- *Soigner* : soins résidentiel, individuel (AT et FA) ou collectif (SSR-A, CTR ou CT), avec soit une priorité sanitaire pour les soins des conséquences d'une addiction, par définition les soins de SUITES et de READAPTATION (SSR-A), soit une priorité médico-sociale pour une action SUR LA CONDUITE ADDICTIVE, en déroulant un programme thérapeutique spécifié par sa durée, la place du groupe, des étapes de prise d'autonomie. Ils peuvent avoir une visée d'abstinence partielle ou complète.

- **La mise en œuvre et la valorisation d'innovations**, bien qu'indispensable pour prendre en compte les évolutions des pratiques et des besoins comme le montre les politiques menées par nombre de nos voisins européens, est aujourd'hui *insuffisante pour ne pas dire impossible*. Ce qui occasionne des retards particulièrement préoccupants de notre pays au regard des besoins actuels de santé publiques (l'accès aux soins de populations très désocialisées et/ou présentant des troubles psychiques, la prévention du VHC, la réduction des risques auprès de toutes les populations concernées...) :

- les *Consultations pour Jeunes usagers* (CJU) sont une porte d'accès peu valorisée, bien que correspondant aux problèmes des poly consommateurs des adolescents... Depuis 2009, les seules créations de consultations jeunes se font par un appel à projet national MILDT au lieu de promouvoir un dispositif territorialisé permettant un égal accès, et sur la base d'un financement maximum dérisoire (16 700 € de fonctionnement annuel).
- les *dispositifs expérimentaux et innovants* sont peu soutenus (éducation à l'injection, éducation thérapeutique, intervention précoce...).
- Des réponses nouvelles pour lesquelles des projets existent sont empêchées ou repoussées indéfiniment, comme la mise en place d'*expérimentations de Centres de Consommations Supervisées* ou de *Traitements de Substitution Opiacés par voie injectable*.

- le développement de services de santé et sociaux intégrés, plus performants parce qu'auprès des personnes et des milieux de vie et permettant repérage précoce et prise en charge des souffrances de l'entourage est difficilement envisageable.
 - L'expérimentation de nouveaux métiers de la santé, notamment le développement de professions « intermédiaires » aux compétences définies et validées à partir des besoins
- **Les moyens sont totalement inexistant en matière d'évaluation** des soins et des actions en général. La participation des équipes médico-sociales à l'enseignement et à des recherches dans les domaines sociologiques, socio-sanitaires, psychosociaux, anthropologiques, médicaux et autres, n'est absolument pas favorisée. Cela a de lourdes conséquences quant à la capacité de construire une politique publique en addictologie, équilibrée, adaptée et généralisée sur le territoire. Et cela contribue à tronquer l'expertise sociale en matière d'addictions et à ce que cette politique soit insuffisamment comprise et relayée par l'ensemble des partenaires et de la société.
 - Enfin, **le dispositif ne dispose pas d'un outil permettant une programmation anticipatrice.** La couverture territoriale est insuffisante, notamment en terme d'accès équitable et de mise à disposition de réponses « transrégionales ».
Pourtant, l'équilibre et le bon fonctionnement de l'ensemble du dispositif de prévention et de soins reposent sur l'existence, sur tout le territoire, de structures médico-sociales suffisamment étoffées pour permettre à chaque personne confronté à une problématique addictive ou à son entourage d'accéder à une prise en charge de proximité globale et graduée. La pluridisciplinarité et la diversité de l'offre de soins et d'accompagnement doivent répondre à la pluralité des pratiques, des conduites et des problématiques associées.
Si des schémas régionaux ont été rédigés, ils l'ont souvent été parallèlement à la planification sanitaire et se sont souvent limités à la description de la répartition des missions territoriales entre le niveau hospitalier et celui des CSAPA, sans développer de prospective en termes d'offre à développer, de missions spécifiques et de leurs articulations. Cette planification régionale en addictologie reste donc à organiser.
Comme l'ont déjà fait certaines ARS, l'individualisation systématique de l'addictologie sous la forme d'un volet spécifique (la loi HPST l'a inscrite dans le champ de la santé mentale) constituerait un choix politique fort de nature à mobiliser et à assurer visibilité et lisibilité du dispositif.

4- L'addictologie hospitalière

L'addictologie hospitalière a réalisé des progrès importants ces dernières années, mais elle n'est encore que partiellement restructurée.

Le plan de « prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 » a permis de débiter la réorganisation d'un dispositif qui s'est constitué historiquement par produit et en fonction des opportunités locales. De ce fait, le dispositif était insuffisamment efficace et insuffisamment lisible. La réorganisation se fait en trois niveaux.

- Niveau 1 : niveau de proximité
- Niveau 2 : niveau de recours
- Niveau 3 : niveau d'expertise régionale

Les différentes structures s'organisent en filière hospitalière d'addictologie.

Le financement en est assuré par différents moyens :

En MCO :

- les MIGAC financent les équipes de liaison et pour partie les consultations
- la T2A finance les hospitalisations et, pour partie, les consultations.

En psychiatrie les structures restent financées par une dotation globale.

Il faut noter que l'absence de reconnaissance administrative de la discipline addictologie dans la publication des postes vient compliquer le recrutement des praticiens (postes publiés dans une discipline – psychiatrie, MG, hépatogastroentérologie, médecine interne...empêchant le recrutement d'addictologues compétents mais originaires d'une autre discipline).

- **Au niveau 1 :**

Grâce aux MIGAC, les équipes de liaison et de consultation se sont développées. Actuellement, on recense :

- Environ 290 ELSA (Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie). Le plan prévoit que chaque établissement de santé disposant d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU) puisse bénéficier d'une consultation d'addictologie et d'une ELSA, directement ou par convention avec un autre établissement de santé. A ce jour une trentaine d'établissements disposant d'un SAU n'ont ni ELSA ni consultation d'addictologie et une centaine disposent soit de l'un, soit de l'autre. Par le biais de ces équipes pluridisciplinaires et transversales, des usagers hospitalisés pour des raisons somatiques liées ou non à des complications de l'addiction et qui n'auraient pas fait spontanément de demandes de soins se voit proposer des thérapeutiques adaptées à leur usage problématique
- près de 480 consultations hospitalières d'addictologie.

La possibilité de réaliser des sevrages simples en hospitalisation reste, à certains endroits, problématique. Ces sevrages se font pour l'essentiel dans des services du dispositif général (hépatogastroentérologie, médecine interne, psychiatrie...) mais l'activité n'est pas toujours pérenne : un changement de chef de service peut remettre en cause cette activité, comme cela s'est vu dans un certain nombre de villes ces dernières années.

Enfin, si des progrès ont été faits dans l'évolution de la culture addictologique dans certains services non spécialisés en addictologie, il reste beaucoup à faire.

Il apparaît que certaines ELSA sont sous dotées en personnel et nécessitent d'être renforcées

- **Au niveau 2 :**

Il s'agit des structures spécialisées en addictologie qui assurent, en plus des missions de niveau 1, l'activité de recours : hospitalisation pour soins complexes temps complet et de jour, soins de suite. Ces structures ont moins bénéficié des effets du plan et se sont moins développées.

*** Les structures de court séjour**

Le plan prévoit 1 structure de ce type pour 500.000 habitants, soit environ 120 pour toute la France. Seules une cinquantaine ont, à ce jour, été officiellement reconnues par les ARS.

Les hospitalisations de jour

Elles sont encore très peu nombreuses : 60 environ recensées pour 300 places. Or chaque structure de niveau 2 devrait en être pourvue, soit 1000 à 1200 places. De plus, il s'agit de pièces importantes permettant de compléter l'offre de soins. Leur développement est freiné par l'absence de règles définissant les conditions de reconnaissance d'un séjour en hospitalisation de jour addictologique et donc de tarification. Cette clarification est urgente et indispensable pour que les établissements, inquiets de l'absence de visibilité et de la « rentabilité » de ces structures, se positionnent.

*** Les soins de suite et de réadaptation addictologiques** se sont bien adaptés pour répondre aux exigences prévues par décret pour leur autorisation, aussi bien en termes de nombre de lits (60 unités proposent 1900 lits, mais certaines régions sanitaires sont encore dépourvues de SSR) qu'en termes d'offre de soins : évolution des programmes thérapeutiques, formation des équipes, permanence des soins, parcours de soin en amont et en aval,...

L'accent doit surtout être mis sur un financement adapté dans le cadre du passage à la T2A SSR permettant un fonctionnement budgétairement équilibré. L'hospitalisation de jour ou à temps partiel en SSR, permettant dans certains cas des reprises d'activité professionnelle à mi-temps thérapeutique, est à développer dans les bassins de forte population, ainsi que des formules innovantes d'alternatives à

l'hospitalisation tels les accompagnements à domicile (SAMSAH, SAVS...) ou les consultations de suivi pluridisciplinaires.

La réponse aux nouveaux besoins identifiés, comme l'admission de femmes avec leurs enfants, devrait être promue à un niveau interrégional. L'articulation en aval avec les CSAPA avec hébergement serait aussi à favoriser pour certains patients.

Concernant les SSRA à activité cognitive, pour qu'ils puissent être créés, il faut, là encore, assurer le financement des séjours en tenant compte de leurs spécificités : profil de patients plus grave, programmes thérapeutiques et équipes adaptés. La valorisation des troubles cognitifs liés aux substances psycho-actives dans la liste des Diagnostics Associés Significatifs et la modification de l'algorithme pour accéder au GMD 13001 (Démence, schizophrénie et retard mental) permettraient d'atténuer en partie ce surcoût.

- **Au niveau 3 :**

Il n'y a eu, ces dernières années, que trois ou quatre créations de structures de niveau 3. De ce fait, une quinzaine de CHU seulement disposent de ce type de structure et donc d'enseignement et de recherche dans le domaine de l'addictologie.

Cette insuffisance de structures universitaires est gravement préjudiciable pour la formation de nouveaux spécialistes et quelques régions ne forment pas d'addictologues. La recherche en addictologie n'est pas du tout au niveau des enjeux de santé publique dans notre pays.

- **Addictologie et psychiatrie :**

La psychiatrie et l'addictologie ont des difficultés à travailler conjointement à travailler ensemble alors que ces deux disciplines sont concernées car une majorité de patients présente des troubles comorbides, et nécessitent une double prise en charge, psychiatrique et addictologique.

Deux tiers environ des établissements ayant répondu à une enquête récente (2009) coorganisée par le COPAAH et la conférence des présidents de CME de CHS, ont ou souhaitent promouvoir de telles offres de soins.

Sur l'ensemble des établissements psychiatriques, une majorité seraient porteurs d'un projet addictologique si une incitation sous forme de DAF est proposée, ce qui permettrait de soigner les comorbidités addictologiques des patients psychiatriques, de faire des prises en charge concomitantes des troubles psychiatriques et addicto, de faire des suivis addictologiques dans les services de psychiatrie avec les équipes de liaison, de multiplier l'offre de soins addictologiques à la population générale, offre notoirement insuffisante. Ce sont ces activités que réalisent les services en addicto existant dorénavant et déjà en psychiatrie avec une action reconnue à la fois par les secteurs de psychiatrie générale, services implantés en centre ville, facilement accessibles etc...

5- Les thématiques addictologiques particulières

- **Addictologie et Troubles des Conduites Alimentaires :**

Les conduites anorexiques boulimiques dont souffre un nombre croissant d'adolescents et de jeunes adultes, principalement de sexe féminin, représentent un problème de santé publique très insuffisamment pris en compte jusqu'à présent et justifiant des mesures adaptées à différents niveaux. L'anorexie touche 0,9 % des femmes et la boulimie 1,5 % ; mais, à l'adolescence, les troubles sous des formes atténuées concernent plus d'un adolescent sur dix. 5 % des personnes souffrant d'anorexie mentale avérée en décèdent à plus ou moins long terme, à la fois du fait de la dénutrition, et par suicide. Il existe beaucoup d'arguments pour soutenir une conception addictive de ces troubles, laquelle au cours des dernières décennies, a réuni un nombre croissant de spécialistes et experts de ces troubles. Aussi bien la place de la boulimie comme toxicomanie alimentaire (déjà agie, ou seulement fantasmée) que les effets psychobiologiques du jeûne, et de l'hyperactivité physique souvent associée, participent à des engrenages addictifs voisins de ceux qui sont constatés dans de nombreuses conduites de dépendance plus classiques, impliquant notamment les mêmes systèmes neurobiologiques.

Faute d'un nombre suffisant d'équipes ressources spécialisées dans ces approches et réparties sur le territoire national au niveau de filières de soin bien identifiées, ces jeunes patients et leur entourage (de plus en plus sensibilisé par les médias grand public à la réalité et la gravité de leur trouble errent d'interlocuteurs en interlocuteurs divers, sans qu'un projet de soin cohérent et adapté à leur problème ne soit le plus souvent élaboré et mis en œuvre. Les rares structures spécialisées sont débordées avec des délais de prise en charge importants.

- **Addictologie et jeu pathologique**

Le jeu pathologique représente l'addiction comportementale la plus validée d'un point de vue scientifique, comme l'a établi l'Expertise Collective de l'INSERM réalisée en 2009. Les comorbidités addictives sont importantes en particulier avec l'alcool et le tabac. C'est pourquoi le repérage et l'abord de ces troubles entraînant de graves dommages est essentiel. Ces dommages sont aussi bien socio-familiaux et financiers que psychiatriques avec en particulier le risque suicidaire.

Le jeu pathologique a été inclus dans le Plan Gouvernemental Addictions 2007-2012, ainsi que dans la circulaire sur les CSAPA. Pourtant l'évaluation et la prise en charge de ces patients qui représentent en France environ 800 000 personnes (au vu des premières données de l'enquête épidémiologique réalisée par l'OFDT, si l'on regroupe jeu pathologique et problématique) restent très insuffisantes et hétérogènes. La France disposera en juin 2011 de résultats de la première étude nationale de prévalence du jeu pathologique ou problématique (étude menée par l'OFDT et l'INPES). Cette prévalence est estimée selon les pays de 0,3 à 3 % de la population adulte.

La loi de juin 2010 sur le jeu en ligne constitue une véritable évolution dans la régulation du jeu. Elle n'en concerne qu'un petit nombre : les paris sportifs, les pronostics hippiques, et le poker en ligne. Les autres formes de jeu d'argent restent interdites en ligne, et les jeux « en dur » restent dans le cadre du monopole d'état. Autorisant la concurrence pour certains jeux en ligne, elle ouvre donc une brèche dans le monopole d'état qui jusque là, était censé constituer la principale protection des consommateurs. Cette loi présente l'intérêt d'instituer des autorités de régulation indépendantes des opérateurs : ARJEL pour les jeux en ligne, Comité consultatif des jeux, incluant un observatoire des jeux pour les autres. Surtout, elle pointe, dès ses attendus, la nécessité de lutter contre l'addiction au jeu, et de protéger la jeunesse. Elle prévoit un prélèvement sur les revenus du jeu en ligne, aux fins d'organiser la prévention et le soin.

En outre la recherche, clinique et plus fondamentale sur cette thématique accuse un retard considérable en France par rapport à la plupart des pays développés.

- **Les réseaux**

De nombreux intervenants sont concernés par l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives : professionnels du champ sanitaire (médecins de formation différentes, somaticiens et psychiatres, non médecins) et du champ social, bénévoles des mouvements associatifs

Leur formation est différente, de même que leur conception de l'addiction. Ils œuvrent, chacun selon ses compétences, auprès des patients. Cela implique une coordination de ces différents acteurs de façon à répondre au mieux aux besoins de chaque patient. Il faut aussi que chaque patient, quelle que soit sa porte d'entrée dans le système de soins, bénéficie d'une évaluation de qualité et soit orienté vers les soins les plus adaptés à son état.

Cette coordination se fait au mieux dans des **réseaux de proximité** qui peuvent être thématiques sur les addictions ou plus larges à la condition que l'addictologie puisse exister, en collaboration avec ses partenaires, dans de bonnes conditions au sein de ces réseaux.

Tous ces réseaux, distribués sur les différents territoires de santé de proximité, **doivent être fédérés au niveau régional** de façon à assurer les échanges entre les équipes, la diffusion d'une culture commune, l'homogénéité des formations et des prises en charge, l'écriture des référentiels, le développement de dossiers communs...

6- En résumé :

Cet état des lieux met en évidence des carences importantes et des améliorations indispensables :

- L'insuffisance de reconnaissance sociale de ces pathologies et de la souffrance qu'elles induisent chez le malade et ses proches.
- Le manque d'une politique nationale cohérente en matière de prévention et d'intervention précoce
- L'absence de programmation nationale et régionale permettant une égalité d'accès aux soins sur tous les territoires de santé et un maillage de proximité adapté aux besoins.
- La formation et l'implication dans le domaine des addictions des médecins généralistes restent insuffisantes.
- L'insuffisance de développement des structures médico-sociales en addictologie
- La nécessité de compléter l'organisation hospitalière et universitaire
- Le dispositif hospitalier et le dispositif médico-social répondent insuffisamment aux nouvelles formes d'addiction, notamment chez les jeunes.
- Les articulations et collaborations entre le dispositif psychiatrique et le dispositif addictologique n'ont pas été définies et organisées.
- L'organisation et la prise en charge des TCA est particulièrement déficiente.
- La prise en charge des sujets souffrants d'addictions en prison est gravement insuffisante.
- La prise en charge du jeu pathologique doit également être structurée, essentiellement par la formation des équipes d'addictologie et l'existence de structures de recours.



Propositions :

Définir une politique nationale de prévention et d'accès aux soins

- Réaliser un maillage territorial suffisant des structures, CSAPA (polyvalents, à orientation alcool et/ou toxicomanies), CAARUD et unités hospitalières pour assurer aux patients un accès équitable aux soins. Intégrer dans ce maillage le dispositif psychiatrique et pénitentiaire.
- Planifier ce maillage à partir d'un schéma régional d'addictologie coordonné inclus dans le PRS, transversal aux schémas régionaux de prévention, médico-social et sanitaire, et coordonné par une commission régionale addiction.
- Améliorer la couverture sociale des maladies addictives et reconnaître les troubles addictifs graves comme une Affection de Longue Durée (ALD) à part entière.
- Valoriser et recentrer l'activité des médecins généralistes en matière d'addictologie (repérage précoce, interventions brèves, orientation vers le dispositif spécialisé, accompagnement personnel et familial) et soutenir leur collaboration avec les structures spécialisées de proximité.
- Organiser de manière transversale le continuum prévention, intervention précoce, réduction des risques et soins par une programmation et un financement de chaque domaine à minima sur un territoire de santé.
- Développer des services de santé et sociaux intégrés, plus performants parce qu'auprès des personnes et des milieux de vie et permettant repérage précoce et prise en charge des souffrances de l'entourage ;
- Planifier ce maillage à partir d'un schéma régional d'addictologie inclus dans le PRS, transversal aux schémas régionaux de prévention, médico-social et sanitaire, et coordonné par une commission régionale addiction.

Modifier la représentation de la pathologie addictive ; développer les

associations de patients et de familles

- **Modifier la représentation des pathologies addictives**
 - par de campagnes d'information
 - par la formation des médecins et des soignants
 - par la reconnaissance de la longue durée de ces maladies et du handicap qu'elles entraînent.
- **Soutenir le développement des associations de patients**
 - en reconnaissant leur utilité thérapeutique et leur rôle d'accompagnants
 - en valorisant et en finançant notablement leur fonctionnement et leurs actions.
 - en les intégrant dans les instances hospitalières, médico-sociales, ministérielles, administratives.
- **Soutenir les familles, développer leurs associations**
 - en mettant l'accueil des familles dans les missions des soignants et des centres de soins
 - en reconnaissant le rôle des associations de familles dans la perception de la prise en charge sociale de ces malades
 - en soutenant leur fonctionnement et leurs actions (sur le modèle de ce qui a été fait en psychiatrie) en les aidant dans leur formation et dans leur conduite de projets
 - en leur donnant une place dans les instances sanitaires, médico-sociales et administratives.

Renforcement de l'addictologie de recours et de proximité :

- **En direction de l'ensemble des médecins généralistes :**

Encourager l'implication de la médecine générale dans la prise en charge des addictions suppose :

- l'intégration des problématiques addictologiques dans le cursus de la formation médicale initiale
- une formation continue et des évaluations professionnelles intégrant l'addictologie
- la reconnaissance et la valorisation des expériences interventionnelles en médecine générale, sous la forme de :
 - d'actions d'intervisions ou de supervision : réunions confraternelles ou interprofessionnelles
 - visites régulières aux médecins généralistes par des délégués santé-prévention (DSP) intervenant directement auprès des MG dans le but d'augmenter la participation aux formations spécifiques et leur implication dans les prises en charge.

- **En direction des médecins généralistes impliqués, de manière concertée, en addictologie :**

Favoriser les solutions alternatives, dans le cadre de réseaux organisés et financés, de prises en charge en ville en recourant au système des dérogations tarifaires permettant aux usagers qui le souhaitent ou dont la situation personnelle le nécessite d'accéder à des soins psychothérapeutiques de qualité et aux interventions sociales nécessaires.

Cette offre de prise en charge s'envisage dans le cadre des actions de réseau ou de microstructures associant MG, travailleur social et psychologue.

- **Les Maisons de santé et Pôles de santé pluridisciplinaires** pourraient être envisagés comme l'un des moyens de répondre à la fragilité des dispositifs précédents. Leur promotion est plébiscitée par les jeunes générations de médecins et d'acteurs de soins et est soutenue par les pouvoirs publics. En outre, les nouveaux modes de rémunération (NMR) - que les nouvelles ARS sont chargées de mettre en place - répondant à la mise en place de protocoles de prise en charge pluridisciplinaires, doivent favoriser, en se substituant au

paiement à l'acte ou en venant le compléter, une implication plus forte des MG.

- **La place accordée habituellement à la Médecine de Ville dans la présentation des dispositifs de soins en addictologie doit être renversée.**

Celle-ci est considérée la plupart du temps comme un dispositif insaisissable en raison de la difficulté qui existe à en préciser les contours, les compétences, les modalités d'intervention et son importance quantitative dans l'accueil et le soin (sauf, fait notable, dans la prescription des traitements de substitution aux opiacés - cf OFDT/CNAM)

Elle doit désormais être présentée à la place qui est la sienne : à la base de l'édifice.

Cela suppose que soit mieux défini le parcours de soin emprunté par les patients.

Cela suppose également que soit bien connu, de tous les intervenants, le rôle et la place de chacun.

L'objectif est de rompre l'impression de cloisonnement dans la chaîne du soin et d'assurer une plus grande fluidité dans le parcours de l'usager entre tous les étages.

- **La Médecine de Ville doit tenir sa place dans les actions de recherche et de formations des futurs médecins.**

- Elargissement des missions de la médecine de Ville grâce à une formation adaptée et à une inscription dans des réseaux de soins addictologiques :
 - l'inclusion de l'addictologie dans les thèmes prioritaires de FMC officielle et en la renforçant en formation initiale
 - un certificat en Addictologie obligatoire pour tous les internes en Médecine Générale.
- Accès direct auprès des praticiens ayant compétence en addictologie (dits référents en Addictologie) et mise en place d'une habilitation pour prescription de MSO.
- Soutien affirmé et financé aux associations d'entraides (anciens buveurs, usagers de drogues, familles...) et valorisation de leurs activités.
- Renforcement de l'aide au sevrage tabagique.
- Réflexions sur la création de nouvelles pratiques en addictologie et de nouveaux métiers.

Renforcement du dispositif médico-social en addictologie :

- Garantir une répartition géographique et fonctionnelle sous forme de « Centres ressources » composés d'au moins 1 CSAPA et 1 CAARUD par territoire de santé, et des effectifs d'au moins un équivalent temps plein de professionnel spécialisé en contact avec les usagers pour 10 000 habitants
- Renforcer en priorité les équipes pour parvenir à une réelle pluridisciplinarité et à des capacités d'accueil et de suivi à la mesure des besoins (temps médicaux, travailleurs sociaux, psychologues,...)
- Doter les CSAPA de moyens nouveaux pour répondre à leurs missions de prévention et d'intervention précoce
- Augmenter les capacités d'accueil des services de soins résidentiel sur la base d'une programmation nationale et régionale, garantissant l'égalité d'accès aux différents profils et parcours d'usagers et aux offres correspondantes
- Doubler les capacités d'accueil des services de soins résidentiels, et mettre notamment en place une programmation pour, en moyenne par Région, 30 places en Centres Thérapeutiques Résidentiels, 30 places en Communauté Thérapeutique et 10 places en Réseau de Familles d'Accueil.
- Développer les consultations jeunes consommateurs de substances psychoactives, le repérage et l'intervention précoce, les structures adaptées pour adolescents, l'aide aux familles et le soutien par les pairs.
- Développer systématiquement des offres d'aide et de soutien à l'entourage (conjoint, parents et programmes spécifiques pour les souffrances des enfants).

- Consolider et développer des programmes de thérapeutiques de jours, notamment en lien avec des hébergements médico-sociaux.
- Clarifier les fonctions des CHRS, ceux « dit » addictologiques, qui font de l'hébergement thérapeutique intégrant le médico-social, tandis que ceux qui font de l'hébergement-insertion avec un objectif social institueront un partenariat avec un CSAPA venant assurer des consultations avancées.
- Organiser la prise en charge des addictions en prison et la collaboration avec les autres dispositifs. Organiser un recours précoce aux soins par des consultations avancées auprès des populations sous main de justice, en garde à vue et/ou détenus.
- Favoriser le développement de la réduction des risques et de l'intervention précoce, en lien avec la médecine de ville et le dispositif social.
- Instaurer un rattachement à chaque CSAPA de personnels dédiés à la prévention par les CSAPA, en organiser la coordination sur des programmes locaux et régionaux et en stabiliser les budgets
- Développer des structures ambulatoires et avec hébergement adaptées pour public en situation de précarité sociale notamment en zone urbaine très peuplée, visant la réduction des risques et surtout des dommages.
- Soutenir des dispositifs innovants en direction de populations particulières (notamment des centres de consommations supervisées), les actions dans les lieux festifs et auprès des publics précaires.
- Diversifier les modalités de soins et de traitement, notamment en élargissant la palette des TSO et des thérapies psychosociales au sein du dispositif médico-social spécialisé
- Créer des MAS interrégionales pour psychose alcoolique et démence toxique irréversibles.
- Expérimenter des nouveaux métiers de la santé concernant notamment les professions intermédiaires.

Renforcement de l'addictologie hospitalière :

Au niveau 1 :

- Renforcer le dispositif des ELSA à partir de critères précis (nb de passage aux urgences, nb de lits d'hospitalisation, nature des services)
- Compléter le dispositif : tous les hôpitaux disposant d'un SAU n'ont pas à ce jour d'ELSA et de consultation, en prenant en compte pour ces dernières la nécessaire harmonisation avec les CSAPA
- Développer et faciliter la réalisation des sevrages simples dans les services non spécialisés en addictologie.
- Rendre cette activité pérenne en demandant notamment aux établissements de l'inscrire dans leur projet d'établissement.
- Améliorer la culture addictologique dans les services non spécialisés en addictologie, mais qui voient beaucoup de personnes présentant des conduites addictives

Au niveau 2 :

Renforcer le développement de ces structures :

- Définir par les ARS en collaboration avec les parties prenantes, professionnels en particulier, le nombre et la localisation des niveaux 2 pour chaque région.
- Inciter les établissements concernés à créer et développer ces structures et à les inscrire dans leur projet d'établissement.
- Agréer ces structures pour permettre :
 - leur reconnaissance et leur lisibilité
 - d'assurer leur financement en particulier en autorisant le codage des soins complexes

- Permettre un financement suffisant pour assurer la pérennité des structures : stabilité des tarifs de GHS à un taux prenant en compte les spécificités des patients, des équipes et des séjours.
- Flécher des postes de PH et d'assistants dans ces structures
- *Pour l'HDJA*, finaliser les règles définissant les conditions de reconnaissance et de tarification des séjours dans ces structures
- *Pour les SSRA* :
 - . Assurer un financement adapté dans le cadre du passage à la T2A SSR
 - . Compléter la couverture des besoins nouveaux : femmes avec enfant, patients présentant des troubles cognitifs importants... (structures inter-régionales)
 - . Promouvoir des formules innovantes d'alternatives à l'hospitalisation : accompagnements à domicile, consultations de suivi pluridisciplinaires...
 - . Permettre à l'algorithme d'accéder à des GMD correctement valorisés financièrement : 13003 et 13020 pour les SSRA, 13001 (Démence, schizophrénie et retard mental) pour les SSRA cognitifs.
 - . Adapter la pondération des actes
 - . Permettre de bénéficier d'un **Forfait Hospitalier Journalier réduit** comme pour les séjours en psychiatrie, avec compensation en MIGAC.
 - . Redéfinir le statut des CHRS assurant une prise en charge addictologique
- Poursuivre la formation en addictologie des équipes médicales et non médicales pour assurer la meilleure qualité des soins possible.

▪ **Au niveau 3 :**

- Développer dans chaque région une offre de soins, d'enseignement et de recherche complète en créant des structures de niveau 3 là où il n'y en a pas.
- Inciter les CHU à développer ces structures dans leur projet d'établissement.
- Flécher des postes universitaires dans toutes les facultés de médecine : PU, mais aussi MCU et assistants pour développer des « viviers » de jeunes candidats en leur offrant des postes post-internat.
- Inclure dans l'enseignement des interventions des CSAPA locaux et intégrer des stages en CSAPA dans le cursus. S'appuyer sur les CSAPA et les valoriser en matière de recherche clinique.

▪ **Addictologie et psychiatrie :**

L'articulation entre les structures addictologiques et psychiatriques est encore très insuffisante et doit être développée : **définir les missions et les collaborations de l'addictologie et de la psychiatrie**, notamment pour les patients souffrants des deux pathologies ; **planification régionale** de ces articulations.

Les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie doivent proposer une prise en charge des patients ayant des troubles addictifs par l'attribution de financements DAF pour :

- la création d'une équipe de liaison en addictologie dans tous les établissements psychiatriques en France et Outre-Mer.
- la création ou la consolidation de lits d'addictologie de niveau II, ciblés pour les comorbidités psychiatriques (une unité par établissement psychiatrique), avec :
 - la finalisation en niveau II des dispositifs existants (hôpitaux de jours, consultations pour les services qui n'ont qu'une partie des quatre structures de chaque service de référence),
 - la création de SSR addictologie spécialisés dans les problèmes cognitifs dans les établissements psychiatriques en lien avec les CMRP (centres de la mémoire).
- Dans certains établissements publics de santé mentale, l'Intersecteur d'addictologie quand il existe, pourra en partenariat avec le CHU être constitué en structure de niveau III à vocation universitaire pour développer des compétences d'enseignement et de recherche. Ce partenariat permettra également de développer les prises en charge intégrées.

▪ **Addictologie et troubles des conduites alimentaires :**

- En accord avec les recommandations pour la pratique récemment élaborées avec la Haute Autorité de Santé (HAS), une approche pluridisciplinaire coordonnée sur la durée s'avère la plus adaptée à la prise en charge des patients souffrant de conduite anorexique boulimique.
- Le dispositif addictologique de première ligne peut et doit participer, au même titre que de nombreux autres acteurs (infirmier, médecin scolaire, pédiatre, endocrinologue, nutritionniste...) au repérage précoce de ces conduites. C'est pourquoi il importe de former et soutenir de façon suffisante et prolongée les intervenants de première ligne les plus pertinents auprès de ces jeunes en difficulté dans leurs missions de dépistage, d'accompagnement et d'orientation. Egalement de développer des actions d'information à l'intention des jeunes concernés et de leur entourage.
- Il est également nécessaire de contribuer à la mise en place progressive d'équipes soignantes et d'intervenants ressource pour ces troubles sur l'ensemble du territoire national au niveau de structures recours de niveau II ou III (au moins une filière de soins pertinente autour d'une unité hospitalière référente devrait pouvoir exister dans chaque région, la formalisation de ces filières à travers des réseaux de santé étant hautement souhaitable).
- En pratique cela suppose :
 - de reconnaître la spécificité des rares structures existantes, actuellement débordées du fait de demandes affluant de toute part, et de renforcer leurs moyens par l'intermédiaire de postes fléchés, en fonction de leurs besoins spécifiques, à la fois en terme de soins et de missions de formation – supervision – prévention.
 - d'identifier ou de susciter l'émergence dans chaque région d'une équipe soignante pluridisciplinaire susceptible de devenir référente sur cette thématique au plan régional
 - de construire et de mettre en œuvre un programme de formation – supervision de ces équipes en s'appuyant sur l'expertise et le savoir-faire des unités existantes, de façon à leur permettre de prendre en charge les patients concernés dans leur région.
 - de construire et de mettre en œuvre parallèlement un programme de formation à la reconnaissance et l'abord de ces troubles, adapté aux intervenants de proximité, de façon à leur permettre d'éviter aussi bien les attitudes de banalisation que de dramatisation excessive, et d'orienter vers les réseaux spécialisés les patients dont l'état le justifie.

▪ **Addictologie et jeu pathologique :**

- Plus de 200 professionnels de l'addictologie ont été formés au cours des dernières années à une première approche de ces problématiques (modules de formation de trois jours co-organisés par le Centre de Référence sur le Jeu Excessif - CRJE - du CHU de Nantes et l'Hôpital MARMOTTAN). Il est nécessaire de poursuivre et intensifier ces actions de formation de telle sorte que plusieurs professionnels soient formés dans chaque CSAPA et qu'au delà de cette première approche une formation plus approfondie, en particulier au niveau thérapeutique soit adjointe aux modules existants.
- Conformément aux recommandations de l'Expertise Collective, une structure de recours de niveau III (consultation spécialisée et thérapie cognitive spécifique) doit être installée dans chaque région.
Il est important notamment en termes de formation et de recherche que quelques centres de référence soient créés sur le territoire national et participent à l'effort nécessaire de recherches pluridisciplinaires dans un domaine trop longtemps ignoré par notre pays. Une structure de coordination nationale doit fédérer ces équipes.

- Une partie du prélèvement sur les revenus du jeu en ligne, aux fins d'organiser la prévention et le soin, prévu par la loi de juin 2010 sur le jeu en ligne doit impérativement être affectée aux structures qui s'engagent dans la prise en charge des joueurs ; condition *sine qua non* pour que ce problème de santé puisse être traité, et que ce ne soit pas au détriment des autres actions de ces centres.

- **De façon générale :**
 - L'ensemble de cette prospective doit être inscrit dans le **volet addictologique du SROS** de chaque région incitant tous les établissements de santé à **intégrer un volet addiction** dans **leur projet d'établissement et leur CPOM** et intégrer l'évaluation de ce volet addiction dans les procédures de **certification** mises en place par l'HAS.
 - Evaluer les besoins prospectifs en addictologues et publier les postes en addictologie.
 - Articuler le dispositif addictologique avec la **cancérologie** et avec la **périnatalité**.
 - Continuer à construire la **coordination entre filière hospitalière et médico-sociale** pour une offre de soins lisible et efficace. Les réseaux de santé prennent, ici et en lien avec la médecine de ville, tout leur sens.
 - Favoriser le maintien et le développement de réseaux en addictologie, indispensables pour répondre à transversalité inhérente à ce champ.
 - Développer et formaliser **l'éducation thérapeutique** du patient.
 - **Représentation des patients et familles** dans les instances hospitalières.

MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE FORMATION COHERENT

Etat des lieux :

La formation reste très hétérogène et n'est pas au niveau des besoins. La formation universitaire est très disparate et très inégalement répartie. Les formations des soignants sont insuffisamment valorisées. La mise en place des structures universitaires prévues par le plan, du fait de multiples blocages, n'a pu se faire que très imparfaitement (4 postes de PU en 5 ans, dont 3 postes fléchés la première année du plan). Des régions entières n'ont pas de formation universitaire, et par voie de conséquence, peu de spécialistes formés et pas de formation médicale continue. Les formations des soignants et des travailleurs sociaux sont insuffisamment valorisées et très variables selon les régions.

Propositions :

- La formation d'addictologues doit être une priorité, tenant compte des besoins et des projections démographiques.
- Elle doit s'appuyer sur des structures universitaires dans chaque Faculté.
- Renforcer l'enseignement de l'addictologie dans les premier, deuxième et troisième cycles des études médicales.
- Enseignement obligatoire et non pas optionnel, plutôt sous forme de séminaires et d'ateliers pratiques, en s'appuyant sur le personnel des CSAPA et des structures hospitalières.
- Mettre en place une filière d'enseignement pérenne capable d'assurer ces enseignements dans chaque faculté de médecine. Elle reposera sur une équipe composée d'1 PU-PH, d'1 MCU-PH et de 2 Chefs de Clinique-Assistants (ou d'un CCA et d'un Assistant Régional).
- Renforcer l'enseignement universitaire et post-universitaire de l'addictologie des autres professions soignantes (infirmières, psychologues, pharmaciens, sages-femmes), des travailleurs sociaux, des magistrats.
- La reconnaissance des compétences acquises est une nécessité.
- La délégation de compétences doit être travaillée et certains cursus professionnels doivent être masterisés.

PRIORITE DONNEE A LA RECHERCHE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

Etat des lieux :

La recherche fondamentale a eu un bon développement mais elle s'effectue essentiellement dans des unités non spécifiquement dédiées aux addictions.

En revanche, la recherche clinique et thérapeutique reste gravement insuffisante (ceci étant en partie lié à l'insuffisance de structures universitaires et de recherche clinique).

Enfin les recherches dans le domaine des addictions dans les Sciences Humaines et Sociales sont insuffisamment développées et peu visibles ; là encore, il n'existe que très peu d'unités dédiées.

A titre d'information, les Etats-Unis bénéficient de crédits annuels par habitant pour la recherche en addictologie cent fois supérieurs (1,2 milliards de \$) à ceux destinés à cette recherche en France (5 M€).

Propositions :

- De multiples pistes doivent être développées : épidémiologiques, génétiques et épigénétiques, neuropsychologie et imagerie et surtout développement des recherches thérapeutiques (nouvelles molécules ou molécules anciennes dans de nouvelles indications ; pharmacogénétique, bi ou trithérapie...).
- Le soutien à la recherche doit être structurel et financier : il conviendrait de rassembler les unités de recherche clinique, dans une structure ad hoc (du type **Institut Fédératif de Recherche en Addictologie**) qui devrait bénéficier d'un financement et de postes fléchés, notamment universitaires.
- Rapprocher la recherche clinique, sociologique, ethnologique, anthropologique du terrain et notamment dans ce qui concerne la 1^{ère} ligne.
- Pérenniser et renforcer l'addictologie dans les appels d'offres MILDT, INSERM (ATC alcool et addictions), INCa, INRA, PHRC et CNRS (sciences humaines et sociales).
- La thématique addictologique doit figurer dans le programme de l'Agence Nationale de la Recherche. Impliquer l'Agence de l'Innovation Industrielle.
- Poursuivre et amplifier la politique d'allocations de bourses de recherche de la MILDT, fléchées "drogues – conduites addictives"
- Créer des équipes de recherches addictologiques dans les sciences sociales
- Développer les recherches en partenariat avec les médecins généralistes et les structures médico-sociales, et les équipes hospitalières de niveau 1 ou 2 et notamment les suivis de cohorte.
- Créer des postes de moniteurs et techniciens d'étude clinique pour assurer le fonctionnement de ce réseau.

LES 100 PROPOSITIONS DE LA FFA

6 Priorités – 20 objectifs – 100 Propositions

④ **Priorité 1 : Annonce, mise en place et suivi d'un Plan addictions 2012-2017**

Objectif 1 : Poursuivre le déploiement du dispositif addictologique dans toutes ses composantes : prévention, soins, formation, recherche

- **Proposition 1** : installer un comité de pilotage et un Conseil scientifique de ce plan
- **Proposition 2** : redéfinir les missions de la Commission Nationale Addictions, notamment dans le domaine de la prévention et de la législation.

④ **Priorité 2 : préparation d'une loi « addictions »**

Objectif 2 : Centrée sur l'ensemble des conduites addictives, problématiques et pathologiques, avec et sans produit, elle définira les différents niveaux d'intervention de la société pour éduquer, protéger, intervenir précocement, soigner, réinsérer puis sera déclinée et adaptée selon les produits et comportements addictifs

- **Proposition 3** : structurer le dispositif de prévention, lui donner des objectifs cohérents et conforter ses moyens
- **Proposition 4** : réduire les risques et diminuer les dommages
- **Proposition 5** : diminuer les inégalités d'accès aux soins et protéger les populations vulnérables
- **Proposition 6** : ne plus criminaliser ou stigmatiser certains usagers

Objectif 3 : adosser la politique de prévention, de soins et de répression aux données scientifiques actualisées :

- **Proposition 7** : Appuyer cette loi sur une évaluation - rendue publique - menée par une autorité scientifique multidisciplinaire indiscutable des effets sur les consommations et les dommages des différentes politiques publiques menées en France, en Europe et dans le monde.
- **Proposition 8** : A partir des données fournies par la commission d'évaluation, ouvrir un **large débat politique et sociétal** qui éclairera au mieux le législateur et le pouvoir politique et se conclura par une **loi d'orientation concernant les conduites addictives ayant pour objectif d'en réduire les dommages.**

Objectif 4 : Affirmer les principes d'une loi d'orientation ayant pour objectif de réduire les dommages liés aux consommations.

Cette loi devra :

- **Proposition 9** : Sortir des clivages anciens par produits licites/illicites, prévention/soins, réduction des risques/soins. Elle devra avoir pour objectif central de diminuer de façon pragmatique les dommages liés aux comportements de consommation.

- **Proposition 10** : Intégrer les tensions, voire les contradictions, entre la liberté de consommer et les risques encourus, ainsi que la nécessité de protéger les plus vulnérables, et notamment les mineurs et les populations à risque.
- **Proposition 11** : Tenir compte de ce qui est commun à toutes les substances et tous les comportements. Elle mettra en œuvre un modèle de prévention et de soins s'appuyant sur une information pour l'ensemble du public claire, validée scientifiquement, sur les risques d'excès et d'addiction.
- **Proposition 12** : Supprimer l'incrimination de l'usage privé de stupéfiants et substituera à la loi de 1970 un dispositif législatif plus cohérent avec l'objectif prioritaire de réduire les dommages.
- **Proposition 13** : Au-delà de ce qui est commun à toutes les pratiques addictives, prévoir les stratégies spécifiques en matière de prévention, de soins, et de répression en fonction des produits et de leurs effets mais aussi de certains autres comportements potentiellement addictogènes.
- **Proposition 14** : Demander aux producteurs et distributeurs de substances licites de contribuer au financement de cette politique, comme les promoteurs de jeux d'argent et autres opérateurs éventuels.
- **Proposition 15** : Dans tous les cas, favoriser toutes les mesures permettant l'accueil et le soin des usagers en ayant besoin et de leurs proches.

Priorité 3 : définir et organiser une prévention rationnelle, scientifique et efficace

Objectif 5 : une organisation rationnelle de la prévention doit coordonner 4 axes stratégiques :

- **Proposition 16** : Coordonner :
 - . La « prévention universelle » (campagnes d'information et éducation pour la santé, mesures de contrôle social) pour réduire les niveaux de consommation en diminuant la demande et l'offre.
 - . L'éducation à la santé et à la citoyenneté, l'information et la formation pour développer les capacités de choix et de réflexion, à promouvoir au moyen de la « prévention de proximité ».
 - . L'« intervention précoce » et la « réduction des risques » pour accroître les capacités d'auto-changement et diminuer les conséquences nocives des consommations.
 - . L'« éducation thérapeutique » associée aux soins pour diminuer les risques de rechute et accroître les durées de rétablissement.

Objectif 6 : La prévention doit être mise au cœur de la politique de santé publique :

- **Proposition 17** : Donner un véritable statut juridique et administratif aux dispositifs et acteurs de prévention de proximité afin d'assurer la permanence et la continuité des actions. Assurer une pérennité suffisante des financements au moyen de contrats pluriannuels de programmes et de moyens
- **Proposition 18** : développer l'intervention précoce et les consultations avancées.
- **Proposition 19** : Inscrire la prévention dans la vie de l'entreprise en dotant les CHSCT de missions de prévention en matière de consommation de produits psychoactifs.
- **Proposition 20** : Former les professionnels de l'éducation, du champ social et de la santé.

Objectif 7 : Les stratégies de prévention doivent tenir compte des données scientifiques récentes

Ces données, qu'elles soient psychologiques, sociales, neuro-psychologiques, etc, sont de mieux en mieux connues pour la prévention des addictions.

- **Proposition 21** : Synthétiser ces données, les adapter aux particularités des populations ciblées et les diffuser.

Objectif 8 : L'application et l'évaluation de ce programme doit s'appuyer sur une gouvernance renforcée et structurée

- **Proposition 22** : Charger une instance nationale de définir une véritable politique de prévention des conduites addictives, de l'impulser et de la financer, sous l'égide du Ministère de la santé,

avec le concours de l'INPES et de la MILDT, de la Commission Nationale Addictions et en concertation avec la CNAMTS et les organismes et les associations qui interviennent sur le terrain.

- **Proposition 23** : Intégrer dans les Programmes Régionaux de Santé et leurs différents volets un volet « addictions » obligatoire adapté aux particularités régionales.
- **Proposition 24** : Intégrer dans les missions des Commissions Régionales Addictions la préparation de la mise en place du thème « addictions » du PRS et de ses volets et son évaluation.
- **Proposition 25** : Evaluer régulièrement et rendre publique la réalisation des objectifs de Santé Publique dans le champ des addictions.

Priorité 4 : définir une politique nationale d'accès aux soins cohérente

Objectif 9 : Modifier la représentation de la pathologie addictive

- **Proposition 26** : Modifier la représentation des pathologies addictives
 - . par des campagnes d'information,
 - . par la formation des médecins et des soignants,
 - . par la reconnaissance de la longue durée de ces maladies et du handicap qu'elles entraînent.
- **Proposition 27** : Soutenir le développement des associations de patients
 - . reconnaître leur utilité thérapeutique et leur rôle d'accompagnants,
 - . valoriser et en financer notablement leur fonctionnement et leurs actions,
 - . les intégrer dans les instances hospitalières, médico-sociales, ministérielles et administratives.
- **Proposition 28** : Soutenir les familles, développer leurs associations
 - . mettre l'accueil des familles dans les missions des soignants et des centres de soins,
 - . reconnaître le rôle des associations de familles dans la perception de la prise en charge sociale de ces malades,
 - . soutenir leur fonctionnement et leurs actions (sur le modèle de ce qui a été fait en psychiatrie) en les aidant dans leur formation et dans leur conduite de projets,
 - . leur donner une place dans les instances sanitaires, médico-sociales et administratives.

Objectif 10 : Renforcer l'addictologie de premier recours

En direction de l'ensemble des médecins généralistes :

- **Proposition 29** : Encourager l'implication de la médecine générale dans la prise en charge des addictions :
 - . Améliorer la formation initiale des médecins généralistes,
 - . Intégrer l'addictologie en tant que thème obligatoire dans la formation continue et les évaluations professionnelles,
 - . Développer la formation (aurepérage précoce, à l'intervention brève, à l'orientation vers le dispositif spécialisé, à l'accompagnement personnel et familial) et soutenir leur collaboration avec les structures spécialisées de proximité,
 - . Favoriser l'inscription des médecins généralistes dans des réseaux de soins addictologiques,
 - . Reconnaître et valoriser les expériences interventionnelles en médecine générale, sous la forme :
 - * d'actions d'intervisions ou de supervision : réunions confraternelles ou interprofessionnelles,
 - * de visites régulières de délégués santé-prévention (DSP).

En direction des médecins généralistes impliqués, de manière concertée, en addictologie :

- **Proposition 30** : Remettre la Médecine de Ville à la base des soins en addictologie. Cela suppose que soit mieux défini le parcours de soin emprunté par les patients et que soit bien connu, de tous les intervenants, le rôle et la place de chacun. L'objectif est de rompre l'impression de cloisonnement dans la chaîne du soin et d'assurer une plus grande fluidité dans le parcours de l'utilisateur entre tous les étages.
- **Proposition 31** : Favoriser les solutions alternatives de prises en charge en ville en recourant au système des dérogations tarifaires permettant aux usagers qui le souhaitent ou dont la situation

personnelle le nécessite d'accéder à des soins psychothérapeutiques de qualité et aux interventions sociales nécessaires.

Cette offre de prise en charge s'envisage dans le cadre des actions de réseaux organisés et financés ou de microstructures associant MG, travailleur social et psychologue.

- **Proposition 32** : Envisager les Maisons de santé et Pôles de santé pluridisciplinaires comme l'un des moyens de répondre à la fragilité des dispositifs précédents.
Les nouveaux modes de rémunération répondant à la mise en place de protocoles de prise en charge pluridisciplinaires, doivent favoriser, en se substituant au paiement à l'acte ou en venant le compléter, une implication plus forte des MG.
- **Proposition 33** : Rendre possible l'accès direct auprès des praticiens ayant compétence en addictologie (dits référents en Addictologie) et mettre en place une habilitation pour prescription de MSO.
- **Proposition 34** : Permettre à la Médecine de Ville de participer aux actions de recherche et de formations des futurs médecins.

En direction des autres professionnels de santé

- **Proposition 35** : Poursuivre la réflexion sur la création de nouvelles pratiques en addictologie et de nouveaux métiers.

Objectif 11 : Renforcer le dispositif médico-social en addictologie

- **Proposition 36** : Garantir une répartition géographique et fonctionnelle sous forme de « Centres ressources » composés d'au moins 1 CSAPA et 1 CAARUD par territoire de santé de proximité, et des effectifs d'au moins un équivalent temps plein de professionnel spécialisé en contact avec les usagers pour 10 000 habitants
- **Proposition 37** : Renforcer en priorité les équipes pour parvenir à une réelle pluridisciplinarité et à des capacités d'accueil et de suivi à la mesure des besoins (temps médicaux, travailleurs sociaux, psychologues,...)
- **Proposition 38** : Doter les CSAPA de moyens nouveaux pour répondre à leurs missions de prévention et d'intervention précoce
- **Proposition 39** : Augmenter les capacités d'accueil des services de soins résidentiel sur la base d'une programmation nationale et régionale, garantissant l'égalité d'accès aux différents profils et parcours d'usagers et aux offres correspondantes
- **Proposition 40** : Doubler les capacités d'accueil des services de soins résidentiels, et mettre notamment en place une programmation pour, en moyenne par Région, 30 places en Centres Thérapeutiques Résidentiels, 30 places en Communauté Thérapeutique et 10 places en Réseau de Familles d'Accueil.
- **Proposition 41** : Développer les consultations jeunes consommateurs de substances psychoactives, le repérage et l'intervention précoce, les structures adaptées pour adolescents, l'aide aux familles et le soutien par les pairs.
- **Proposition 42** : Développer systématiquement des offres d'aide et de soutien à l'entourage (conjoint, parents et programmes spécifiques pour les souffrances des enfants).
- **Proposition 43** : Consolider et développer des programmes de thérapies de jours, notamment en lien avec des hébergements médico-sociaux.
- **Proposition 44** : Clarifier les fonctions des CHRS :
 - . ceux « dit » addictologiques, qui font de l'hébergement thérapeutique intégrant le médico-social,
 - . ceux qui font de l'hébergement-insertion avec un objectif social institueront un partenariat avec un CSAPA venant assurer des consultations avancées.
- **Proposition 45** : Organiser la prise en charge des addictions en prison et la collaboration avec les autres dispositifs. Organiser un recours précoce aux soins par des consultations avancées auprès des populations sous main de justice, en garde à vue et/ou détenus.
- **Proposition 46** : Favoriser le développement de la réduction des risques et de l'intervention précoce, en lien avec la médecine de ville et le dispositif social.
- **Proposition 47** : Instaurer un rattachement à chaque CSAPA de personnels dédiés à la prévention par les CSAPA, en organiser la coordination sur des programmes locaux et régionaux et en stabiliser les budgets

- **Proposition 48** : Développer des structures ambulatoires et avec hébergement adaptées pour public en situation de précarité sociale notamment en zone urbaine très peuplée, visant la réduction des risques et surtout des dommages.
- **Proposition 49** : Soutenir des dispositifs innovants en direction de populations particulières (notamment des centres de consommations supervisées), les actions dans les lieux festifs et auprès des publics précaires.
- **Proposition 50** : Diversifier les modalités de soins et de traitement, notamment en élargissant la palette des TSO et des thérapies psychosociales au sein du dispositif médico-social spécialisé
- **Proposition 51** : Créer des MAS interrégionales pour psychose alcoolique et démence toxique irréversibles.
- **Proposition 52** : Expérimenter des nouveaux métiers de la santé concernant notamment les professions intermédiaires

Objectif 12 : Renforcer l'addictologie hospitalière

Au niveau 1 :

- **Proposition 53** : Renforcer les équipes des ELSA à partir de critères précis (nombre de passage aux urgences, nombre de lits d'hospitalisation, nature des services...)
- **Proposition 54** : Compléter le dispositif de façon à ce que tous les hôpitaux disposant d'un SAU puissent bénéficier d'une ELSA et d'une consultation, en prenant en compte pour ces dernières la nécessaire harmonisation avec les CSAPA
- **Proposition 55** : Développer et faciliter la réalisation des sevrages simples dans les services non spécialisés en addictologie.
- **Proposition 56** : Améliorer la culture addictologique des équipes médicales et non médicales dans les services non spécialisés en addictologie, mais qui voient beaucoup de personnes présentant des conduites addictives

Au niveau 2 : Renforcer le développement de ces structures

- **Proposition 57** : Définir par les ARS en collaboration avec les parties prenantes, professionnels en particulier, le nombre et la localisation des niveaux 2 pour chaque région.
- **Proposition 58** : Agréer ces structures pour permettre :
 - . leur reconnaissance et leur lisibilité
 - . d'assurer leur financement en particulier en autorisant le codage des soins complexes
- **Proposition 59** : Attribuer un financement suffisant pour assurer la pérennité des structures : stabilité des tarifs de GHS à un taux prenant en compte les spécificités des patients, des équipes et des séjours.
- **Proposition 60** : Flécher des postes de PH et d'assistants dans ces structures.
- **Proposition 61** : Pour l'HDJA, finaliser les règles définissant les conditions de reconnaissance et de tarification des séjours dans ces structures
- **Proposition 62** : Pour les SSRA :
 - . Assurer un financement adapté dans le cadre du passage à la T2A SSR
 - . Compléter la couverture des besoins nouveaux : femmes avec enfant, patients présentant des troubles cognitifs importants... (structures inter-régionales)
 - . Promouvoir des formules innovantes d'alternatives à l'hospitalisation : accompagnements à domicile, consultations de suivi pluridisciplinaires...
 - . Permettre à l'algorithme d'accéder à des GMD correctement valorisés financièrement : 13003 et 13020 pour les SSRA, 13001 (Démence, schizophrénie et retard mental) pour les SSRA cognitifs.
 - . Adapter la pondération des actes
 - . Permettre de bénéficier d'un **Forfait Hospitalier Journalier réduit** comme pour les séjours en psychiatrie, avec compensation en MIGAC.

Au niveau 3 :

- **Proposition 63** : Développer dans chaque région une offre de soins, d'enseignement et de recherche complète en créant des structures de niveau 3 là où il n'y en a pas.
- **Proposition 64** : Inciter les CHU à développer ces structures dans leur projet d'établissement.

- **Proposition 65** : Flécher des postes universitaires dans toutes les facultés de médecine : PU, mais aussi MCU et assistants pour développer des « viviers » de jeunes candidats en leur offrant des postes post-internat.
- **Proposition 66** : Inclure dans l'enseignement des interventions des CSAPA locaux et intégrer des stages en CSAPA dans le cursus. S'appuyer sur les CSAPA et les valoriser en matière de recherche clinique.
- **A tous les niveaux :**
- **Proposition 67** : Inciter les établissements à créer et développer une activité addictologique et rendre cette activité pérenne en demandant aux établissements de l'inscrire dans leur projet d'établissement.

Objectif 13 : Améliorer la coordination entre Addictologie et psychiatrie

- **Proposition 68** : définir les missions et les collaborations de l'addictologie et de la psychiatrie, notamment pour les patients souffrants des deux pathologies ; planification régionale de ces articulations.
- **Proposition 69** : Inciter les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie à proposer une prise en charge des patients ayant des troubles addictifs par l'attribution de financements DAF :
 - . créer une ELSA dans tous les établissements psychiatriques en France et Outre-Mer.
 - . Créer ou consolider des lits d'addictologie de niveau II, ciblés pour les comorbidités psychiatriques (une unité par établissement psychiatrique)
 - . compléter en niveau II les dispositifs pour les services qui n'ont qu'une partie des quatre structures requises par ce niveau de référence (consultation, ELSA, hospitalisation temps plein et de jour)
 - . créer des SSR addictologiques spécialisés dans les problèmes cognitifs en lien avec les CMRR (centres de la mémoire).
 - . Certains Intersecteurs d'addictologie pourront, en partenariat avec le CHU, être constitué en structure de niveau III à vocation universitaire. Ce partenariat permettra également de développer les prises en charge intégrées.

Objectif 14 : Améliorer la prise en charge des troubles des conduites alimentaires

- **Proposition 70** : Former et de soutenir de façon suffisante et prolongée les intervenants de première ligne les plus pertinents (infirmier, médecin scolaire, pédiatre, endocrinologue, nutritionniste...) pour participer, auprès des jeunes en difficulté, au repérage précoce, à l'accompagnement et à l'orientation Développer également des actions d'information à l'intention des jeunes concernés et de leur entourage.
- **Proposition 71** : reconnaître la spécificité des rares structures existantes et renforcer leurs moyens par des postes fléchés, en fonction de leurs besoins spécifiques, à la fois en terme de soins et de missions de formation – supervision – prévention.
- **Proposition 72** : Mettre en place progressivement des équipes soignantes pluridisciplinaires et des intervenants ressource pour ces troubles sur l'ensemble du territoire au niveau de structures recours de niveau II ou III (au moins une filière de soins pertinente autour d'une unité hospitalière référente dans chaque région, la formalisation de ces filières à travers des réseaux de santé étant hautement souhaitable).
- **Proposition 73** : construire et mettre en œuvre un programme de formation – supervision de ces équipes.
- **Proposition 74** : construire et mettre en œuvre un programme de formation à la reconnaissance et l'abord de ces troubles, adapté aux intervenants de proximité, de façon à leur permettre d'éviter aussi bien les attitudes de banalisation que de dramatisation excessive et d'orienter vers les réseaux spécialisés les patients dont l'état le justifie.

Objectif 15 : Améliorer la prise en charge du jeu pathologique

- **Proposition 75** : Poursuivre et intensifier la formation des professionnels de l'addictologie à cette thématique de telle sorte que plusieurs professionnels soient formés dans chaque CSAPA ou structure hospitalière. Au delà de cette première approche, adjoindre aux modules existants une formation plus approfondie, en particulier au niveau thérapeutique.

- **Proposition 76** : Installer une structure de recours de niveau III (consultation spécialisée et thérapie cognitive spécifique) dans chaque région, participant à l'effort de formation et de recherches pluridisciplinaires.
Une structure de coordination nationale doit fédérer ces équipes.
- **Proposition 77** : Affecter aux structures qui s'engagent dans la prise en charge des joueurs une partie du prélèvement sur les revenus du jeu en ligne, aux fins d'organiser la prévention et le soin, prévu par la loi de juin 2010 sur le jeu en ligne.

Objectif 16 : inscrire ces perspectives dans les différents programmes régionaux

- **Proposition 78** : Inscrire l'ensemble de ces évolutions dans le programme stratégique de santé des ARS de chaque région et dans les différents volets de ce programme (prévention, offre de soins, médico-social).
- **Proposition 79** : mettre en place une instance de coordination type commission régionale addiction
- **Proposition 80** : Inciter tous les établissements de santé à intégrer un volet addiction dans leur projet d'établissement et leur CPOM
- **Proposition 81** : Intégrer l'évaluation de ce volet addiction dans les procédures de certification mises en place par l'HAS.
- **Proposition 82** : Evaluer les besoins prospectifs en addictologues et publier les postes en addictologie.

Objectif 17 : Continuer à construire la coordination entre filière hospitalière et médico-sociale pour une offre de soins lisible et efficace. Renforcer les partenariats.

- **Proposition 83** : Développer la coordination des différents acteurs et structures en Addictologie à travers les réseaux de santé, indispensables pour répondre à transversalité inhérente à ce champ.
- **Proposition 84** : Articuler le dispositif addictologique avec la cancérologie et avec la périnatalité.

Objectif 18 : Faciliter et améliorer l'accès aux soins des patients

- **Proposition 85** : développer et formaliser l'éducation thérapeutique du patient.
- **Proposition 86** : Améliorer la couverture sociale des maladies addictives et reconnaître les troubles addictifs comme des affections de longue durée (ALD) à part entière.

Priorité 5 : mettre en place un dispositif de formation performant et cohérent

Objectif 19 : Améliorer la formation des intervenants en addictologie

- **Proposition 87** : Positionner la formation d'addictologues comme une priorité, tenant compte des besoins et des projections démographiques. Elle doit s'appuyer sur des structures universitaires dans chaque Faculté.
- **Proposition 88** : Renforcer l'enseignement de l'addictologie dans les premier, deuxième et troisième cycles des études médicales. Rendre cet enseignement obligatoire et non pas optionnel, en s'appuyant sur le personnel des CSAPA et des structures hospitalières.
- **Proposition 89** : Mettre en place une filière d'enseignement pérenne capable d'assurer ces enseignements dans chaque faculté de médecine. Elle reposera sur une équipe composée d'1 PU-PH, d'1 MCU-PH et de 2 Chefs de Clinique-Assistants (ou d'un CCA et d'un Assistant Régional).
- **Proposition 90** : Renforcer l'enseignement universitaire et post-universitaire de l'addictologie des autres professions soignantes (infirmières, psychologues, pharmaciens, sages-femmes), des travailleurs sociaux, des magistrats.
- **Proposition 91** : Reconnaître les compétences acquises.
- **Proposition 92** : Travailler la délégation de compétences et maîtriser certains cursus professionnels.

● Priorité 6 : donner à la recherche les moyens de se développer donner la priorité à la recherche clinique et thérapeutique

Objectif 20 : augmenter les connaissances dans tous les domaines concernés par l'addictologie

- **Proposition 93** : Développer de multiples pistes : épidémiologie, génétique et épigénétique, neuropsychologie, imagerie et surtout la recherche thérapeutique (nouvelles molécules ou molécules anciennes dans de nouvelles indications ; pharmacogénétique, bi ou trithérapie...).
- **Proposition 94** : Rapprocher la recherche clinique, sociologique, ethnologique, anthropologique du terrain et notamment pour ce qui concerne la 1^{ère} ligne.
- **Proposition 95** : Développer les recherches en partenariat avec les médecins généralistes, les structures médico-sociales et les équipes hospitalières de niveau 1 ou 2 et notamment les suivis de cohorte.
- **Proposition 96** : Créer des équipes de recherches addictologiques en sciences sociales.
- **Proposition 97** : Soutenir structurellement et financièrement la recherche : rassembler les unités de recherche clinique dans une structure ad hoc (du type Institut Fédératif de Recherche en Addictologie) qui devrait bénéficier d'un financement et de postes fléchés, notamment universitaires.
- **Proposition 98** : Pérenniser et renforcer l'addictologie dans les appels d'offres MILDT, INSERM (ATC alcool et addictions), INCa, INRA, PHRC et CNRS (sciences humaines et sociales). La thématique addictologique doit figurer dans le programme de l'Agence Nationale de la Recherche. Impliquer l'Agence de l'Innovation Industrielle.
- **Proposition 99** : Poursuivre et amplifier la politique d'allocations de bourses de recherche de la MILDT, fléchées "drogues – conduites addictives".
- **Proposition 100** : Créer des postes de moniteurs et techniciens d'étude clinique pour assurer le fonctionnement de ce réseau.

