



# Stratégie Nationale de Santé

## Contribution de la Fédération Addiction

La Fédération Addiction constitue **un réseau national représentatif de l'addictologie**. Elle fédère 210 adhérents personnes morales de dimension nationale, régionale ou locale et 400 adhérents personnes physiques<sup>1</sup>. Ils interviennent dans le soin, la prévention, l'intervention précoce, l'accompagnement et la Réduction des Risques dans une approche transdisciplinaire des addictions. Organisée en unions régionales et inter-régionales, elle propose à ses adhérents des espaces de réflexion, d'élaboration au plus près des contextes et des enjeux locaux.

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

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

Inégalités sociales et territoriales de santé, parcours de soin, décloisonnement des pratiques, renforcement du préventif sur le curatif, adaptation de l'offre aux besoins, transdisciplinarité, publics jeunes... Les grands enjeux de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) croisent ceux des addictions.

Dans le cadre des débats préparatoires à la future Loi de santé publique, la Fédération Addiction a souhaité apporter sa contribution écrite, élaborée à partir des constats, des enjeux et des propositions portées par son réseau.

Par ailleurs, elle a rédigé :

- dans le cadre d'un groupe partenarial sur la réduction des risques, **une contribution spécifique** qu'elle a adressé à la Ministre de la Santé suite à une rencontre, en février dernier, avec deux membres de son cabinet.

- concernant la prévention, question centrale dans la SNS, **un communiqué de presse** pour réagir aux diminutions de crédits annoncées et faire part de ses propositions en matière de prévention des addictions.

Les deux documents évoqués ci-dessus sont annexés à cette contribution.

La Fédération Addiction a également contribué aux travaux du groupe sur la santé des jeunes piloté par la Conférence Nationale de Santé. Enfin, toutes ses Unions Régionales ont participé aux débats régionaux sur la SNS et ont transmis leur contribution écrite aux ARS et aux instances de démocratie sanitaires (CRSA, Conférences de territoire,...).

---

<sup>1</sup> Les adhérents de la Fédération Addiction sont issus des secteurs sanitaire, médico-social et de la ville. Elle regroupe **210 adhérents personnes morales** représentant près de **700 établissements et services** (CSAPA, CAARUD, Centres hospitaliers, ELSA...) et **400 adhérents personnes physiques** (40% de professions médicales, 40% de professions sociales, 10% de professions d'encadrement).

# PLAN DU DOCUMENT

## I – Contexte

## II – Parcours de santé, publics et offre de prise en charge

1. Parcours de santé et territoires
2. Publics
3. Offre de prise en charge

## III – Politiques et Loi de santé publique

1. Régionalisation des politiques de santé
2. Loi de santé publique 2014

## I- Contexte

Les addictions avec ou sans substance représentent, en France comme dans beaucoup de pays européens, un problème de santé publique majeur dont les impacts sont multiples et pluridimensionnels (sanitaires, médicaux, sociaux,...). Environ une personne sur trois est concernée, dans toutes les catégories de population, les jeunes et certains publics « fragilisés » plus particulièrement. Selon une étude<sup>2</sup> de 2004, l'impact financier annuel des addictions dépasse 1% du PIB. Elles sont l'une des principales causes de mortalité prématurée, entraînant chaque année plus de 100 000 décès évitables.

Depuis quelques dizaines d'années, les conduites addictives s'inscrivent dans un contexte sociétal « addictogène » marqué par la mutation des contenants sociaux, culturels et familiaux, l'augmentation des facteurs de vulnérabilité (désocialisation, chômage...), et le renforcement des stimulations sensorielles (via le marketing ou les nouvelles technologies). Ces mutations contribuent à l'augmentation des expérimentations, des usages problématiques et pathologiques<sup>3</sup>, associant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, des poly-consommations multiples et complexes, et précarisent nombre d'utilisateurs.

Ces évolutions modifient la construction des moyens d'autocontrôle et mettent à l'épreuve les différents acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé. Elles nécessitent des interventions diversifiées et coordonnées, adaptées aux enjeux de ce début de XXI siècle.

---

<sup>2</sup> *Coûts et bénéfices économiques des drogues de Pierre KOPP et Philippe FENOGLIO – OFDT – Juin 2004*

<sup>3</sup> *Drogues et addiction : données essentielles - OFDT - mai 2013*

## II - Parcours de santé, publics et offre de prise en charge

Comme l'indique la Stratégie Nationale de Santé, notre système de santé est performant mais les inégalités sociales et géographiques dans l'accès aux soins s'accroissent. Il convient de mieux organiser les soins pour les patients et d'en garantir l'égalité d'accès en privilégiant une logique territoriale et un soutien à la structuration d'une offre de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles.

L'addiction est un phénomène multifactoriel, à la fois biologique, psychique, et social, dans son processus comme dans ses conséquences. Si les personnes confrontées à des comportements d'abus ou de dépendance s'en sortent souvent seules<sup>4</sup>, d'autres ont besoin d'une aide et d'un accompagnement spécifique. Il n'existe pas de modèle unique, seule l'évaluation des besoins permet d'apporter les réponses adaptées.

### 1. Parcours de santé

La diversité des acteurs et des aides mobilisés répond à celle des problématiques : conduites à risques de l'adolescence, précarité, pathologies psychiatriques, psycho-traumatismes, souffrances familiales, complications somatiques, isolement social, délinquance, difficultés d'accès aux soins, à la prévention, aux droits, à l'insertion économique, à la culture. Dans ce contexte, le parcours de santé s'inscrit dans une offre transversale et complémentaire qui fait appel à des intervenants spécialisés issus de trois secteurs :

- **le dispositif médico-social** dans le cadre d'une offre globale, intégrée et transdisciplinaire,
- **la réponse hospitalière**, centrée sur l'urgence et les plateaux techniques de ses spécialités médicales
- **la médecine de ville** et son accessibilité de droit commun

Décloisonner les pratiques (y compris entre préventif et curatif), intégrer, mettre en réseau pour éviter les doublons inutiles et coûteux, organiser de manière effective l'articulation de ces acteurs sur les territoires sont autant de priorités pour rendre plus fonctionnelles et lisibles les réponses et permettre à chacun d'y trouver la plus adaptée à ses besoins et à son parcours de vie. Ce décloisonnement pourrait être facilité par l'interopérabilité des systèmes d'information et de communication utilisés par les trois secteurs.

Pour les acteurs de l'addictologie, il est nécessaire de se dégager peu à peu du seul travail sur la demande et la dépendance pour déployer une démarche d'« aller vers » les usagers, les professionnels et les institutions non spécialisées. Il s'agit de proposer une réponse adaptée, graduée, transdisciplinaire, quel que soit le lieu d'habitation (y compris dans les territoires ruraux et péri-urbains), la situation (personnelle, administrative, sociale, sanitaire, etc) et le moment du parcours de vie et de soin.

### 2. Publics

Le caractère multifactoriel de l'addiction conduit à une grande diversité des publics pris en charge rendant complexe la caractérisation de groupes de patients homogènes. Il est toutefois possible de citer certaines catégories :

- **les publics jeunes** pour lesquels les études montrent que l'évaluation psycho-sociale globale est la réponse la plus efficace en début de consommation. Il s'agit de prévenir les ruptures et d'être « ressource » en se positionnant au cœur d'un réseau qui croise les différents partenaires et secteurs où se trouvent ces publics « volatils » (Education Nationale, hébergement, Protection Judiciaire de la Jeunesse, missions locales...). Cette difficulté à pouvoir rentrer en contact, à reconnaître une demande d'aide ou d'évaluation de leur consommation, nécessite un niveau de spécialisation.
- **les publics non dépendants mais avec des usages problématiques** (sociaux, sociétaux,

---

<sup>4</sup> *Promoting self-change from addictive behaviors : practical implications for policy, prevention, and treatment – Harald Klingemann et Linda Carter Sobell - 2007*

insertion, etc) qui comme les publics jeunes, nécessitent des modalités d'approche et d'évaluation reposant sur le dispositif spécialisé.

- **les publics éloignés de l'accès au soin** notamment des publics spécifiques comme les jeunes en errance, les squatters, etc.
- **les publics à forte vulnérabilité** avec des problèmes de dépendance croisés à des problématiques sociales et économiques (isolement, marginalisation..) et des problématiques de comorbidités psychiatriques (schizophrénie, dédoublement de personnalité, etc).
- **les publics sous main de justice** dont l'accompagnement pour des délits en rapport avec leur consommation d'alcool est une activité très importante (de 20 à 40% des files actives des usagers « alcool »). S'agissant d'usagers, « non malades » et pourtant en obligation de soins, il s'agit, de fait, d'une intervention précoce. Cette utilisation des ressources du dispositif médico-social par la Justice devrait être précisément évaluée.

### **3. Offre de prise en charge**

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

#### **+ La prévention**

La Stratégie Nationale de Santé indique la volonté de l'Etat de mettre en œuvre un changement de paradigme du curatif au préventif. Le plan gouvernemental de lutte contre les addictions 2013-2017 traite les différents domaines d'intervention (promotion et éducation à la santé, repérage et intervention précoce, Réduction des Risques et des dommages, éducation thérapeutique et prévention de la rechute), en priorisant certains publics, dont les jeunes et les femmes, en cohérence avec le choix du Président de la République pour les 5 ans de sa mandature.

L'information sur les dangers des drogues et le rappel des interdits, bien que nécessaires, n'ont que peu d'efficacité sur les comportements. Aussi, la prévention des addictions vise à éduquer, à accompagner et à renforcer les facteurs de protection par l'acquisition de connaissances et de compétences psychosociales qui favorisent l'esprit critique, la réflexion sur l'expérience, l'autodétermination et le renforcement des autocontrôles. Il s'agit d'optimiser les principes de « la promotion de la santé » en les appliquant à la problématique sociétale majeure du risque addictif qui demande des compétences spécialisées.

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

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

## → **Propositions**

En 2007, la mission prévention des addictions a été inscrite dans la circulaire CSAPA au nom de sa synergie avec les autres missions mais son financement est resté à part, obligeant les structures à d'incessantes recherches de subventions. Dans un souci d'efficacité de gestion et de cohérence des pratiques, il serait pertinent de promouvoir la prévention des addictions comme une mission obligatoire des CSAPA et de la doter d'un financement pérenne. Cela permettrait de :

- l'inscrire dans la durée et la proximité
- s'appuyer sur des programmes d'intervention évalués et validés
- interagir efficacement avec les autres acteurs du territoire
- stabiliser son intégration dans le continuum avec les autres missions (intervention précoce, Réduction des Risques, soin et insertion)
- être portée par des personnels qualifiés, formés et dont les connaissances sont régulièrement actualisées.

Comme le préconise le rapport Cordier<sup>5</sup>, il est nécessaire de « *coordonner les politiques publiques et réunir leur financement en matière de prévention* ». En effet, les financements, aujourd'hui morcelés et dispersés, gagneraient à être recentrés sur la mission de prévention des addictions portée par le dispositif CSAPA, à partir d'un diagnostic territorial partagé par les financeurs et les acteurs. Le nombre de poste devrait prendre en compte l'existant et ne pas être inférieur à 1 équivalent temps plein (ETP) par CSAPA. Ce dispositif étant encadré par la loi 2002.2, il offre des garanties d'évaluation internes et externes.

## **✚ L'intervention précoce**

Parmis les inégalités de santé, la Stratégie Nationale de Santé souligne celle de l'accès effectif au dépistage précoce et au diagnostic. La MILDT a fait du développement de l'intervention précoce, en particulier auprès des publics jeunes, un des principaux axes du plan gouvernemental 2013-2017.

L'intervention précoce a pour objectifs spécifiques la rencontre et le repérage des personnes présentant des problèmes, la minimisation des obstacles pour modifier le comportement d'usage et l'accès à une intervention adaptée pour ceux qui en ont besoin. Elle permet d'agir en amont de la demande et/ou de l'interpellation pénale.

La mission Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), majoritairement portée par les CSAPA, associe des pratiques d'entretien clinique et de prise en charge adaptées au public ciblé et à ses entourages à une stratégie d'intervention précoce. Elle fait le lien entre la prévention et les soins, dans une gradation des interventions, de la délivrance de messages généraux jusqu'à l'orientation vers une prise en charge spécialisée en passant par des conseils brefs donnés in situ. Sa mise en œuvre est optimisée par un adossement à un service prévention (d'où la nécessité de rendre cette mission obligatoire) qui accentue la mise en place de l'environnement favorable.

---

<sup>5</sup> « Un projet global pour la stratégie nationale de santé - 19 Recommandations du comité des « sages » - Alain Cordier - Juin 2013

## → **Propositions**

Afin de soutenir le déploiement de l'intervention précoce, il serait nécessaire de renforcer la mission Consultations Jeunes Consommateurs des CSAPA en personnels qualifiés et formés, aptes à déployer les actions d'intervention précoce, en cohérence avec les besoins identifiés.

Ce renforcement de moyens permettrait de :

- prioriser l'intervention précoce, associée à la prévention, dans les programmes nationaux, régionaux et locaux mis en œuvre en direction des publics jeunes
- développer des actions avec les acteurs de santé de premier recours (RPIB<sup>6</sup> pour la médecine de ville et du travail par exemple)
- former les acteurs de première ligne, en charge de l'accueil, de l'enseignement, de l'éducation, de l'animation, du sport, de l'insertion ou de l'accompagnement des jeunes au quotidien
- assurer un accompagnement adapté aux besoins des usagers et des familles (plages horaires, ligne téléphonique dédiées, WE, consultations de proximité, etc).

## **✚ La Réduction des Risques**

La Réduction des Risques (RDR) a comme objectif prioritaire de réduire les risques sanitaires, comportementaux et sociaux, de prévenir les dommages, d'éviter l'aggravation des usages. Cette mission est fondée sur une approche pragmatique dans un souci de respect et de dignité des personnes. Il s'agit, dans le non-jugement, d'intervenir le plus précocement possible dans la trajectoire des usagers actifs et d'agir au plus près des usages et des comportements à risques.

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

- des équipes mobiles de rue et de médiation sociale en ville ou dans la ruralité
- des hébergements spécialisés en RDR pour usagers actifs, les Sleep'in, ainsi que d'autres formes d'hébergements collectifs ou individuels spécialisés en appartement, en petits collectifs ou en hôtel (urgences psychosociales ou mise en place de traitements).

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

Aujourd'hui, au-delà de leurs rôles vis à vis du VIH et du VHC/B, les actions de RDR participent pleinement à l'évolution des pratiques professionnelles initiée par la mise en place de l'addictologie.

La Réduction des Risques s'impose aussi vis à vis de tous les usagers reçus, de tous les comportements, de tous les usages y compris les consommations « secondaires ». Elle constitue un véritable changement de paradigme.

---

<sup>6</sup> *Repérage Précoce et Intervention Brève*

## → **Propositions**

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

- accentuer l'articulation autour des missions de RDR et de l'accès aux soins des publics qui en sont exclus, chacun avec ses spécificités, ses modes d'interventions et les particularités des professionnels qui les assurent ;
- soutenir l'expérimentation et le déploiement de nouvelles stratégies de Réduction des Risques (accompagnement aux consommations, nouveaux modes de distribution des outils, déploiement d'actions de RDR alcool, nouvelles formes de RDR avec l'arrivée de l'e-cigarette...), si nécessaire en travaillant à un aménagement du cadre législatif en vigueur ;
- assurer une pédagogie sociale et développer la médiation sociale en direction des élus, de professionnels du droit commun travaillant avec les usagers (médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux...), de représentants de quartiers pouvant faire évoluer les représentations et relayer les messages de RDR ;
- permettre une couverture territoriale suffisante pour que chacun puisse accéder à la RDR et notamment dans la ruralité et le péri-urbain ;
- former les équipes sur la base de données actualisées d'outils, de concepts et de postures en Réduction des Risques ;
- poursuivre le développement des actions visant à réduire la prévalence des maladies infectieuses (VHC/B et VIH notamment) ;
- promouvoir le droit des usagers et les actions fondées sur l'empowerment
- favoriser la transférabilité des principes et pratiques de la Réduction des Risques à toutes les substances, comportements à risques en élargissant tant les publics concernés que les territoires d'intervention (détenus, monde du travail, etc).

D'autres propositions ont été formulées dans une contribution spécifique que la Fédération Addiction a élaboré dans le cadre du groupe partenarial sur la Réduction des Risques<sup>7</sup>. Cette contribution s'inscrit dans la continuité d'une rencontre avec le cabinet de la Ministre de la santé en février dernier.

## **Le soin**

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

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

---

<sup>7</sup> Le groupe partenarial sur la Réduction des Risques est constitué par la Fédération Addiction et le réseau français de Réduction des Risques, avec les associations Aides, l'Association Française de Réduction des risques (AFR), l'association SOS Hépatites.



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

- les services doivent être accessibles (dans le temps et la proximité) ;
- la personne doit être au centre du processus ;
- les soins et les traitements doivent être d'intensité et de durée adaptée à la gravité de l'addiction et des ressources de la personne ;
- la question de la motivation doit être abordée comme une variable susceptible d'être influencée dans le processus même de l'intervention ;
- les objectifs des soins, et donc de Réduction des Risques, doivent être fixés avec la personne et être adaptés à celle-ci ;
- les familles et l'entourage doivent être impliqués, les patients bénéficient du soutien de leurs parents et de leur communauté de vie ;
- la qualité de la relation qui est nouée avec le patient se conjugue avec la technique d'intervention ;
- les changements que le traitement fait émerger doivent être durables et améliorer la qualité de vie ;
- la Réduction des Risques et des dommages est partie intégrante du processus de soins.

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

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

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

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

- le changement d'environnement qui protège d'influences externes ou d'une trop grande proximité vis-à-vis de la substance ;
- le programme thérapeutique dont l'intensité et les propositions variées suscitent le changement ;



- la durée, de quelques semaines à plusieurs mois, pour inscrire ce changement au plus près des nouvelles habitudes de vie.

L'accueil collectif peut se faire au sein de trois dispositifs répondant à des besoins différents : les Centres Thérapeutiques Résidentiels, les Communautés Thérapeutiques, les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition.

L'accueil individuel peut se faire au sein : d'Appartements Thérapeutiques, de familles d'accueil.

#### → **Propositions**

- Assurer la continuité du parcours de soin des usagers en proposant un « balisage » plus précis des missions et des complémentarités entre la médecine de ville, le dispositif médico-social et les hôpitaux. Cela permettrait une articulation plus fluide entre ces différents secteurs ;
- Favoriser les passerelles entre dispositifs médico-sociaux et sanitaires, en s'appuyant notamment sur les ELSA, pour permettre aux personnes en situation d'addiction un accès effectif aux soins hospitaliers, et ce quelle que soit la spécialité (urgences, psychiatrie, obstétrique,...) et un accompagnement post hospitalisation ;
- Améliorer la prise en compte des comorbidités psychiatriques par une meilleure complémentarité et articulation entre les dispositifs spécialisés en addictologie et les dispositifs spécialisés dans le champ de la santé mentale ;
- Renforcer l'articulation entre les professionnels spécialisés et ceux de la Justice afin d'assurer une continuité des soins pour les personnes sortant de prison et une prise en charge adaptée dans le cadre des obligations de soin ;
- Soutenir les recherches/actions dans le secteur médico-social afin de favoriser l'évaluation des programmes et l'évolution des pratiques professionnelles ;
- Renforcer la formation des professionnels notamment sur les nouveaux usages (exemple : addictions sans substance) ;
- Favoriser l'interconnaissance sectorielle par un enseignement en addictologie dans les formations initiales et continues des professionnels de santé, ceci afin d'améliorer le repérage et la qualité de prise en charge des personnes.

## III- Politiques et Loi de santé publique

### 1. La régionalisation des politiques de santé

Près de trois ans après la mise en application de la loi HPST, le bilan dressé au niveau national est contrasté :

- les addictions sont traitées de manière très hétérogène dans les Projets Régionaux de Santé (PRS), tant en termes de visibilité que de déclinaison opérationnelle. Seules six ARS en ont fait une de leurs priorités de santé ;
- les diagnostics sur lesquels se sont fondés les PRS ne prennent pas suffisamment en compte les données sociales et les tendances de consommation émergentes ;
- la représentation du secteur dans les instances de démocratie sanitaire (CRSA, Conférences de territoires...) est assez faible, compliquant la prise en compte de cette thématique ;
- le déploiement du dispositif médico-social, prévu et validé par les Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS), n'a pu être mis en œuvre en totalité faute de moyens financiers suffisants ;
- des « référents addictions » ont été nommés dans la plupart des ARS ;
- la coordination des politiques régionales en matière de prévention des addictions reste complexe au regard des compétences propres à chaque institution (ARS, MILDT, collectivités territoriales, Education Nationale, Culture...). Sa gestion est morcelée plus que construite en complémentarité, et en transversalité, avec les apports de la science et de la recherche.

#### → Propositions

Pour soutenir plus efficacement une politique cohérente en matière d'addictions sur la région, il serait nécessaire de :

- désigner les addictions comme une véritable priorité régionale de santé ;
- disposer d'un diagnostic et d'une analyse des réponses plus précis et conformes aux réalités actuelles, tant au niveau des typologies de populations, des besoins et que des bassins de vie (territoires) ;
- poursuivre le déploiement d'une offre graduée (prévention, intervention précoce, Réduction des Risques, soin, insertion) et cohérente (couverture territoriale, besoins des populations...), limitant ainsi les « effets de concurrence et d'opportunité » induits par les appels à projet ;
- mieux articuler et évaluer les réponses apportées par les différents acteurs spécialisés (sanitaire, ville, médico-social) au niveau régional comme dans les territoires de santé ;
- définir des priorités régionales d'interventions communes aux différents acteurs institutionnels (l'Etat, les ARS, et les collectivités territoriales notamment) dont les compétences croisent les addictions : la santé des jeunes, la prévention de la délinquance, la mission prévention des collectivités territoriales ... Mieux les coordonner permettrait une meilleure visibilité de l'action

publique et une répartition cohérente des financements par programme, par public et par territoire ;

- réserver des sièges aux représentants du secteur des addictions à l'occasion du renouvellement des membres des instances de démocratie sanitaire, prévu en 2014, dans chaque Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et chaque Conférence de Territoire. Cette représentation, régionale et territoriale, permettrait d'améliorer la prise en compte des addictions dans les politiques régionales de santé et de veiller à une meilleure transversalité avec les autres priorités de santé (comme cela se fait sur le handicap, les personnes âgées...);
- disposer des moyens financiers permettant de mettre en œuvre de manière effective les points évoqués ci-dessus.

## **2. Loi de santé publique 2014**

Aujourd'hui, la politique de l'État en matière d'addictions s'organise autour du « plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 », lui-même s'inscrivant dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS). Les priorités que décline le plan gouvernemental devraient constituer le « socle addictions » de la future Loi de santé publique de 2014.

Ce plan repose sur trois grandes priorités :

- prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux
- fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation
- renforcer conjointement la sécurité, la tranquillité publique et la santé

Ces priorités seront déclinées dans le cadre des mesures nouvelles et mises en œuvre régionalement par les Agences Régionales de Santé (ARS), selon leur Projet Régional de Santé (PRS), et par les Chefs de Projet MILDT via des appels à projets. Divers programmes et contrats locaux (Projets Territoriaux de Santé, Plan Locaux de Santé, etc) reprendront ensuite ces dispositions en « infra-territorial ».

Les liens entre ces différents acteurs de la gouvernance nécessitent d'être clarifiés (une mission conjointe sur l'évaluation du pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre la drogue et la toxicomanie est en cours dans le cadre de la modernisation des politiques publiques).

### **→ Propositions**

La Loi de santé publique doit tenir compte d'un contexte social fortement addictogène et doit s'appuyer sur une consultation des instances représentatives des professionnels et des usagers. En se centrant sur la prévention et l'accompagnement des consommations problématiques et pathologiques, elle doit permettre de :

- définir précisément les différents niveaux d'intervention (prévenir, réduire les risques, intervenir précocement, prendre soin, accompagner, réinsérer) ;
- décliner et adapter ces interventions selon les publics et les comportements addictifs et les territoires ;
- structurer la prévention dans cette logique de continuum en sortant d'une logique « d'opérateurs » pour mobiliser le dispositif (le P des CSAPA). Ce dispositif étant encadré par la loi 2002.2, il offre des garanties d'évaluation internes et externes ;

- diminuer les inégalités d'accès à l'offre en addictologie par une approche populationnelle et territoriale. Cette loi de santé publique devrait aussi contribuer à mieux harmoniser les politiques de santé et de sécurité publique, qui ne doivent pas être opposées mais poursuivre des objectifs partagés renforçant leur efficience ;
- prévoir une programmation pluriannuelle des financements permettant de mettre en cohérence les objectifs fixés par la planification nationale (notamment le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017) avec les priorités régionales et les moyens financiers à déployer pour les atteindre. Une première estimation de ces moyens financiers pourrait être faite à partir de la consolidation des diagnostics territoriaux déjà réalisés dans le cadre des travaux d'élaboration des Projets Régionaux de Santé. Cette estimation serait ensuite débattue avec les principaux représentants des dispositifs avant d'être définitivement adoptée.

## Conclusion

La Fédération Addiction a mobilisé l'expertise de son réseau pour contribuer, à travers cette note, à l'élaboration d'une politique de santé à la hauteur des problèmes sanitaires, sociaux et sociétaux posés par les addictions. Les enjeux sont importants. Il s'agit de décliner, dans une approche transdisciplinaire, un continuum de réponses, accessibles, diversifiées et articulées, qui prenne en compte les besoins des populations impactées, et ce, quel que soit leur lieu de vie, leur situation (sociale, économique...) et leur parcours. Il s'agit également, dans une vision prospective et économique, d'inscrire dans cette future Loi certaines propositions que nous considérons comme prioritaires, en cohérence avec le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, et notamment :

- centrer le volet addictions de la Loi sur la prévention et l'accompagnement des consommations problématiques et pathologiques
- assurer la continuité du parcours de soin des usagers et favoriser les passerelles entre les dispositifs médico-sociaux, sanitaires et de la ville.
- promouvoir la prévention des addictions comme une mission obligatoire des CSAPA et de la doter d'un financement pérenne.
- soutenir le déploiement de l'intervention précoce, en renforçant la mission Consultations Jeunes Consommateurs
- poursuivre le déploiement d'une RDR au plus près des besoins des usagers

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