

Contribution de la Fédération Addiction pour la Conférence nationale de santé **IMPACT DE LA CRISE COVID 19 – SECOND CONFINEMENT**

La crise liée à la pandémie de SARS-COV2 s’installe dans la durée. Depuis son émergence en mars, la Fédération Addiction est restée et reste mobilisée afin d’accompagner au mieux les professionnels de terrain dans ce contexte si particulier et évolutif, pour assurer une continuité de services et adapter les réponses aux besoins des usagers de substances psychoactives.

En mai dernier, la Fédération a fait remonter à la Conférence Nationale de Santé les retours d’expérience de terrain portés à sa connaissance, et les actions mises en place pour faire face aux différentes problématiques qui ont pu émerger dans le champ des addictions.

Durant ce second confinement, le réseau fait à nouveau état des expériences, problématiques et enjeux des acteurs qui s’adaptent constamment à cette crise pour maintenir les droits des usagers.

I. Droit des personnes accompagnées et accès aux soins

a. Évolutions du cadre d’accès aux produits de santé

Le second confinement a nécessité d’adapter de nouveau l’accès aux produits de santé essentiels en addictologie, pour éviter les ruptures de traitement du fait de la restriction de circulation.

Fort de la première expérience du printemps qui avait vu ces phénomènes émerger, la Fédération s’est mobilisée immédiatement à l’annonce du second confinement, afin d’obtenir une prolongation des délais de délivrance des traitements de substitution aux opiacés. La Direction Générale de la Santé a été très réactive, la prolongation a été obtenue dès le 9 novembre, avec la parution d’un arrêté permettant le renouvellement de la délivrance de Buprénorphine, de Méthadone gélule et sirop jusqu’à 28 jours sans renouvellement de prescription obligatoire. Cela permet aux personnes suivant ces traitements de limiter leur circulation dans l’espace public et de libérer du temps de consultation pour les prescripteurs, pour des publics stabilisés et consacrer ainsi plus de temps aux usagers en situation d’urgence.

La prévention des surdoses, sujet particulièrement sensible dans la période, va aussi se poursuivre. Après l’acceptation de la campagne de communication, par les pouvoirs publics, les affiches et flyers vont être envoyées auprès de toutes les structures médico-sociales spécialisées (CSAPA, CAARUD) mais aussi grâce à l’implication du CNOP auprès de toutes les pharmacies d’officine. Le plateforme inter-associative de sensibilisation et de formation à la naloxone, antidote qui permet de sauver des vies www.naloxone.fr est finalisé. Elle a été conçue avec les associations de professionnels du champ anti douleur, addictions, les pharmaciens et médecins généralistes et l’implication des associations communautaires et d’usagers.

b. Accès aux soins en milieu carcéral

Le premier confinement avait généré des sorties d’incarcération plus importantes que d’habitude, et de nombreux détenus ont été surexposés à un risque de rupture dans leur parcours de soins.

Les CSAPA Référents se sont vus refuser l’accès par un certain nombre d’établissements carcéraux, (cf. étude sur le maintien des soins en prison que la Fédération Addiction a réalisé, annexée à la présente contribution). Cette enquête menée en avril dernier sur les activités des

CSAPA référents en milieu pénitentiaire dans le contexte de la Covid-19 révèle en effet que la grande majorité des structures interrogées (73%) se sont vues refusées l'accès aux établissements pénitenciers, généralement par l'administration pénitentiaire ou par l'hôpital pour les CSAPA hospitaliers.

La préparation à la sortie de prison des usagers, pourtant cœur de mission des CSAPA référents, a été difficile à maintenir : impossibilité de réaliser les entretiens avec les futurs sortants pour la moitié des CSAPA répondants, manque de communication de la part des établissements pénitenciers sur les sorties anticipées envers 35% des CSAPA, impossibilité de préparer les relais avec les structures extérieures avant la sortie de l'utilisateur pour plus de 40% des répondants. La difficulté d'assurer cette mission a pu poser des problèmes dans la continuité de soin des usagers.

Le second confinement a permis d'obtenir rapidement une note de recommandation de la DGOS sur le maintien des activités de soins par des intervenants extérieurs à la prison. Cependant nous constatons que cette mesure s'applique de façon très inégale sur les territoires et que bon nombre d'actions ont encore été stoppées.

c. Les usagers en situation de dépendance et devant entrer en cure de sevrage à l'hôpital

La réquisition des lits d'hôpitaux et des effectifs professionnels du secteur addictologie avait créé de la rupture dans le traitement des patients ainsi que les mesures de sécurité sanitaire dans le champ du soin résidentiels médico-social (communautés thérapeutiques et centres thérapeutiques résidentiels, ACT etc. - cf. étude des modalités d'accueil et d'accompagnement dans le dispositif sanitaire et médico-social addictologique en annexe). Ces situations se reproduisent sur certains territoires lors de ce second confinement.

d. Les usagers en situation de précarité et vulnérabilité

La situation sanitaire a permis et/ou nécessité des mises à l'abri et a mis en exergue, la nécessité dans les lieux d'accueil et/ou les places en hôtel de gérer les usages et consommations de substances au risque de créer une exclusion très dommageable avec des publics soit remis à la rue avec les risques connus soit ne souhaitant pas rester car ne pouvant pas tenir le cadre proposé. Les recommandations sur la RDR alcool produites par la DIHAL avec l'appui du réseau de la Fédération Addiction (voir en annexe) ont été des accélérateurs d'évolution de posture professionnelles. La DIHAL a aussi avec le ministère du logement dans la suite des recommandations que nous avons pu porter avec la Fédération des Acteurs de la solidarité lancé un appel à manifestation d'intérêt pour la création de 200 places dans 10 villes pour des personnes en situation de grande marginalité et cumulant plusieurs problématiques de santé dont les conduites addictives dans une approche médico-sociale. Les projets viennent d'être validés. Il reste cependant beaucoup à faire et les structures de terrain font à nouveau remonter des besoins criants de première nécessité (nourriture, hébergement, etc..) pour grand nombre de publics en situation de vulnérabilité.

II. La prévention en grande difficulté

La crise sanitaire que traverse notre pays depuis le mois de mars a eu d'importants impacts sur les actions de prévention, qui ne bénéficient toujours pas de financement structurel par l'ONDAM malgré la mission obligatoire de prévention des CSAPA (centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie).

Depuis le premier confinement, ces actions ne peuvent plus avoir lieu selon les contractualisations prévues avec les financeurs, sans toutefois qu'une directive claire de mise

en chômage partiel des équipes de prévention n'ait été édictée. La circulaire du Premier Ministre du 6 mai dernier appelait les organismes financeurs à une certaine « bienveillance ». Les associations ont donc du renégocier les volumes et les modalités d'intervention avec chacun de leurs organismes financeurs (principalement FIR, ARS et MILDECA région) et ont rencontré des réponses très diverses.

Le second confinement est intervenu alors que ces renégociations s'achevaient à peine, et que les équipes avaient réorganisé leurs intervention pour la nouvelle année scolaire. Il fragilise à nouveau toutes les interventions, malgré l'importante capacité d'adaptation dont les acteurs de terrain font preuve en maintenant les liens partenariaux et en travaillant sur différentes formes d'intervention à distance.

Les reports successifs ainsi que les disparités d'accès aux établissements scolaires mettent en difficulté les actions.

Notre inquiétude tient autant à la difficulté d'accès aux publics « jeunes » qu'à la fragilité structurelle et financière de ce secteur d'intervention.

Dans la période actuelle, ce public a encore plus particulièrement besoin d'actions de prévention et notamment celles basées sur les compétences psycho-sociales. Or cette période d'anxiété et le rythme très découpé – si ce n'est rompu – des interventions qui visent à les y aider et à prévenir le risque de passage à la dépendance et autres dommages, pose un vrai problème de santé publique et de protection des plus jeunes.

La bienveillance pour renégocier à nouveau tous les contrats prévention et finalement reporté encore les actions n'est plus possible, des licenciements sont à prévoir dans un secteur qui a pourtant largement contribué à maintenir les liens sociaux et la présence en restant ouvert depuis le début de l'année.

Comme dans beaucoup d'autres secteurs économiques, **nous demandons un moratoire sur les financements 2020** concernant la prévention et que ces derniers ne puissent pas être reportés sur les années à venir ainsi qu'une vigilance sur l'année 2021.

La crise met en exergue une fois de plus le manque de soutien et d'ambition politique sur le champ de la prévention, malgré plusieurs textes qui parlent du changement de paradigme avec un passage du curatif au préventif depuis 2016. Aucune mesure n'a permis depuis d'avancer sur cette question et très peu d'actions de prévention ont été mobilisés sur la crise COVID 19.

III. Un manque de visibilité des populations à difficulté spécifique

Les structures médico-sociales classés dans la catégorie 9 de l'ONDAM publics en difficulté spécifiques apparaissent peu dans les radars de la politique publique. Tout comme les publics dont ils s'occupent, ils sont très souvent invisibles dans les texte réglementaires. Pendant le premier confinement, elles ont quasiment toutes assuré une continuité de service sans être inscrits dans aucun des textes réglementaires permettant de bénéficier du matériel de protection ou de la garde d'enfant.

a. L'enjeu du numérique

Elles ont su développer des adaptations importantes de suivi à distance mais elles sont exclues de toute la stratégie d'équipement en numérique en santé, celles les structures PA et PH médico-sociales sont ciblées. Comment maintenir les évolutions de pratiques importantes réalisées auprès du public sans aucun moyen pour développer les outils de visioconférence et d'accompagnement à distance, nous sommes le seul secteur sans système interopérable ou avec une possibilité de transmission d'ordonnance sécurisé. Ce retard considérable dans les équipements a été préjudiciable pour les usagers pendant toute cette crise.

b. L'inscription du secteur PDS dans la stratégie de dépistage

L'une de ces problématiques a notamment porté assez fortement sur la place de ces structures dans les stratégies de dépistage du SARS COV-2, structures qui ne sont toujours pas incluses à ce stade comme prioritaire, malgré nos demandes réitérés.

Des TROD aux tests antigéniques, les populations vulnérables que nous accompagnons et qui sont très souvent demandeuses dans une approche globale de santé de savoir où elles en sont avec la COVID ne sont pas ciblées par l'implication des structures qui les accompagnent. Nous disposons pourtant d'une grande expérience en matière de dépistage (ainsi que la vaccination), du fait du risque infectieux très présents parmi les usagers de ces structures. Ainsi le dépistage VIH, VHC entre autres est largement menés en interne des structures.

Ces établissements seraient donc tout à fait à même de mener ces dépistages auprès de leurs publics, qui figurent parmi les plus vulnérables et parfois les plus éloignés du soin, n'étant en lien qu'avec les acteurs des CAARUD par exemple.

De plus, leur expérience de dépistage et de vaccination nécessitant l'adhésion des usagers et soutenu par les pairs (RDR) serait sans doute une plus-value dans la réflexion à mener pour la stratégie de la campagne de vaccination Covid19 tout public.

Pour conclure : l'importance de l'inclusion de la société civile dans la stratégie Anti-Covid.

Durant le premier confinement et le second, nous avons pu avoir des espaces réguliers de dialogue avec la Direction générale de la santé, de l'organisation des soins et de la cohésion sociale. Cela nous a permis plus de réactivité et une meilleure compréhension des demandes.

Cependant plus globalement, nous constatons que la société civile a été très peu associée à l'élaboration de la stratégie liée à la crise COVID. Sur les actions de prévention et ou de Réduction des Risques fort de l'expérience de certaines épidémies, un grand nombre d'acteurs ont pourtant une expertise et une expérience à partager.

La CNS, l'instance de démocratie sanitaire au national n'a jamais encore été saisie officiellement par le ministère. C'est un vrai manque et cela laisse des trous dans les différentes compétences et réponses que nous pouvons et devons mobiliser.

Annexe 1 – Étude Offre Médicosociale :

<https://www.dropbox.com/s/zlh93dg91vkrdkf/Results%20CUNEA%20COO%20PAH%20FA%20ANPAA.pdf?dl=0>

Annexe 2 – Enquête flash CSAPA Référents en milieu pénitentiaire :

<https://www.federationaddiction.fr/enquete-flash-csapa-referents-en-milieu-penitentiaire-les-resultats-sont-en-ligne/>

Annexe 3 – Recommandations de la DIHAL sur l’Hébergement :

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2020/10/fiche_recommandations_addictions_covid-19_08042020.pdf