

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

Durant cette période de crise, la Fédération Addiction est restée et reste mobilisée afin d'accompagner au mieux les professionnels de terrain dans ce contexte particulier pour assurer une continuité de services et adapter les réponses aux besoins des usagers de substances psychoactives.

Cette synthèse présente l'ensemble des remontées de terrain communiquées jusqu'à présent et les actions mises en place pour y répondre et faire face aux différentes problématiques qui ont pu émerger dans le champ des addictions.

### **I. Impact sur les parcours de santé des usagers du système de santé :**

L'impact de la crise sur le parcours de santé des usagers de substances psychoactives peut être illustré à travers le focus **de quatre situations**

- 1) Les usagers sortants de prison ont vécu les conséquences directes de la crise sanitaire sur leur parcours de santé. Ils ont été surexposés au risque de rupture de leur traitement suite aux mesures mises en place par les pouvoirs publics prévoyant des sorties prématurées mais sans suivi assuré. Les CSAPA référents intervenant en milieu carcéral ont par exemple été contraints d'arrêter leurs actions, car l'accès leur a été majoritairement refusé par les établissements, prenant en compte leur statut de gestion associative et pas leur mission de soin (cf. étude sur le maintien des soins en prison) . Afin d'assurer au mieux une continuité des traitements pour ce public, la Fédération Addiction a produit des recommandations pour outiller les intervenants en milieu carcéral et les encourager à se (re)mettre en lien avec les acteurs du milieu carcéral.
- 2) les usagers stabilisés sur la continuité de leur traitement de substitution (TSO) se sont rapidement retrouvés dans **la crainte d'une rupture d'accès aux médicaments de substitution (MSO)**. Les modalités de prescription et délivrance des MSO ont en effet été particulièrement contraignantes dans un contexte de confinement (ordonnances tous les 14 jours, difficultés d'accueil), ne permettant pas d'accueillir des publics non stabilisés et augmentant de fait les risques d'overdoses. La Fédération avec d'autres partenaires s'est mobilisée et a pu ainsi obtenir auprès des pouvoirs publics une adaptation du cadre réglementaire pour la délivrance des TSO, notamment en assouplissant les modalités de dispensation en pharmacie, passant de 14 à 28 jours. Trois arrêtés ont été pris dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. La Fédération Addiction a construit une note d'appui à ces prescriptions, permettant d'accompagner les professionnels, dont les pharmaciens. Cette adaptation réglementaire a permis de rassurer toute une partie d'usagers et de permettre aux équipes de dégager du temps pour accueillir tous les usagers habituellement « invisibles » et ne demandant pas d'aide. Des initialisations de traitement ont pu se faire très rapidement. L'enjeu est de garder le lien avec ces usagers, jusqu'alors non demandeur.
- 3) 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

a 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.

- 4) 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 produit par la DIHAL avec l'appui du réseau de la Fédération Addiction ont été des accélérateurs d'évolution de posture professionnelles.

⇒ **Propositions :**

- Organiser à partir des acteurs ressources présents sur chaque territoire, les outils d'accompagnement et d'orientation en fonction des parcours de vie des personnes
- Consolider les dispositifs de coopération entre acteurs spécialisés et non spécialisés : équipes mobiles sanitaires et sociales, hébergement thérapeutique intersectoriel, plateformes d'appuis, travail pair...
- Faciliter l'aller-vers, la compensation des isolements et la RdRD en renforçant les outils numériques en santé dans les ESMS
- Pérenniser certaines mesures réglementaires mises en place pendant l'état d'urgence sanitaire.

## **II. Les conséquences sur les conditions d'exercice des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social**

Les structures médico-sociales classés dans la catégorie 9 de l'ONDAM publics en difficulté spécifiques (sauf les LHAM et LHHS) se sont en effet retrouvés dans **la difficulté d'assurer une continuité de service sans être dans aucun texte réglementaire leur permettant de bénéficier du matériel de protection et de bénéficier de la garde d'enfant**. Les usagers de drogues et les professionnels en addictologie ont fait partie des grands oubliés des recommandations gouvernementales en temps de confinement : absence de recommandations spécifiques destinées aux CSAPA et CAARUD pourtant en première ligne de populations vulnérables, absence d'approvisionnement en matériels de protection, pas de garde d'enfants prévu pour ces professionnels. Un espace de dialogue s'est heureusement ouvert à la DGS permettant d'obtenir un mois et demi après un ensemble de mesures pour les intervenants en addictologie comme **l'autorisation de circulation facilitée pour ces professionnels même lorsqu'ils ne sont pas des professionnels de santé et la mise en place de dispositifs de gardes d'enfants qui constituait un point de blocage majeur pour le fonctionnement des équipes**.

Le réseau a également pu mettre à contribution un ensemble **d'outils et ressources accessibles** à tous les professionnels pour notamment faciliter la mise en place des **consultations à distances** et soutenir les équipes en relayant des **plateformes d'appui**. Un large travail de veille a également été réalisé en lien avec Santé Publique France qui gère les numéros gratuit d'aide afin de partager des informations nécessaires (e.g recensement des structures et de leurs modalités d'ouverture actualisées). Les résistances concernant l'utilisation du téléphone, des SMS et des téléconsultations ont été balayées face à l'urgence sanitaire, ainsi que des réunions

de synthèse entre professionnels par visio. Nous sommes en train d'analyser les leviers et freins et les indications cliniques à la pérennisation des outils numériques dans le champ addictions.

La crise sanitaire a bousculé aussi les approches intersectorielle. Dans le champ de l'exclusion et insertion, les intervenants ont été confrontés de façon accrue à la gestion des consommations de substances psychoactives. Des recommandations, institutionnelles et des appuis sous forme de petites vidéos ont été produits, cela a permis aux directions de structures et aux professionnels de se sentir soutenus et sécurisés dans des pratiques d'accompagnement avec des représentations encore fortement ancrés (si j'autorise il va y avoir de la violence etc alors que c'est souvent l'inverse qui se produit) . Idem dans le champ de la santé mentale, de la jeunesse, de la PJJ, de nombreux partenariats se sont noués pour anticiper des situations de crise liés au confinement.

⇒ **Propositions :**

- Revaloriser et renforcer l'attractivité des professions paramédicales et sociales
- Construire un plan de formation continue croisée, axée sur la pluridisciplinarité et la coopération entre acteurs : organiser une feuille de route de formation continue croisée pour les professionnels de la santé non spécialisé en addictologie en favorisant par exemple les stages d'internes hors-hôpital pour la médecine générale et les spécialités et notamment en établissements sociaux et médicosociaux (ESMS) spécialisés en addictologie.
- Développer les missions ressources et coopération entre acteurs dès la formation initiale et intégrer les modules d'échanges de pratiques intersectorielles dans les priorités de la formation continue.
- Capitaliser sur les expériences qui favorisent la coopération intersectorielle entre addictions et psychiatrie, lutte contre l'exclusion, milieu carcéral, éducation nationale

### **III. L'organisation, le pilotage et la gouvernance de la réponse à la crise, notamment en ce qui concerne les enjeux de coordination entre acteurs**

La crise sanitaire a montré l'intérêt du travail en réseau et du partage d'expériences entre les acteurs pour pouvoir construire une réponse commune.

Au niveau nationale, **une cellule de crise hebdomadaire** s'est mise en place avec la DGS, la Mildeca et la DGOS afin de produire et adapter des réponses pour les usagers et les professionnels de l'addictologie.

Au niveau régional, les réponses ont été très diverses. Des régions où des réunions hebdomadaires ont été mises en place soit au niveau régional et /ou départemental, des régions où il n'était pas possible d'avoir un interlocuteur.

Des expériences de co-pilotage entre préfecture et ARS ont été assez fructueuses sur les enjeux de publics en situation de précarité et nécessitant un accompagnement en santé.

L'échelon de la municipalité a aussi parfois été assez efficient.

Le schéma concernant la distribution des masques a été très compliqué avec des structures devant passer parfois plusieurs appels téléphoniques entre le GHT chargé de la distribution mais ne connaissant pas les structures et les ARS qui devaient autoriser la distribution.

La possibilité de réaliser les tests TROD Covid au sein des structures du secteur de l'addictologie n'est toujours pas avancée malgré nos demandes multiples et un avantage indéniable en terme d'empowerment.

⇒ **Propositions :**

- Simplifier les instances de pilotage de la politique régionale de santé pour en renforcer la lisibilité
- Faire du décloisonnement et de la coordination entre instances de gouvernance et parties prenantes concernées par la politique régionale de santé (ARS, MILDECA, collectivités territoriales, administrations décentralisées, éducation nationale, justice, culture) une priorité.
- Inclure et renforcer le rôle des instances de démocratie sanitaire et notamment des CRSA, en leur donnant un rôle décisionnaire et non plus seulement consultatif. ?
- Harmoniser les pratiques de démocratie sanitaire d'une région à l'autre sur la base de bonnes pratiques identifiées par les acteurs concernés. ?
- Développer la représentation des usagers du système de santé dans la construction et le pilotage des politiques régionales de santé.

#### **IV. La prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé dans l'élaboration de réponses face à l'épidémie.**

Les usagers de substances en situation de précarité et à la rue ont été grandement touchés par la situation du confinement. Ils nécessitent des besoins particuliers dû à la marginalisation sociale qu'ils subissent, aux problèmes de santé sous-jacent, aux vulnérabilités sociales et économiques importantes, à la situation de manque. Angoissés, ils se sont retrouvés seuls et face à des lieux repères qui fermaient les uns après les autres. Les pratiques ont dû s'inventer en continu face à la crise pour répondre au mieux aux besoins de ces populations et maintenir un lien.

Une des réponses qui s'est révélée indispensable dans le cadre des fermetures des structures d'accueil a été le déploiement de **l'aller-vers** comme moyen de rencontre avec ces publics vulnérables au virus et aux impacts de la crise, notamment grâce **aux maraudes**. La Fédération Addiction a fait paraître une note de synthèse à ce sujet, en s'appuyant sur la mobilisation et l'expertise des acteurs qui la mettent en œuvre, afin de présenter un ensemble de précautions permettant d'intégrer les mesures barrières, protéger les usagers et les intervenants tout en ayant recours à cet outil. Les équipes ont fait preuve d'une grande capacité d'adaptation en déployant des réponses envers ce public (e.g mise en place de suivi hôteliers, rencontre des personnes sur leurs lieux de vie, renforcement du travail de rue etc).

De nombreuses structures médico-sociales se sont également mobilisées pour venir en aide aux plus démunis et porter main forte aux intervenants des centres d'hébergements (e.g mise en place de colis alimentaires, sollicitations du secteur de l'hébergement pour accompagner des publics spécifiques). De nombreuses structures ont développé un aide alimentaire et

humanitaire conséquente et elles ont encore du mal aujourd'hui à en sortir et à retrouver leurs « missions ».

**La question de l'hébergement des personnes à la rue** a constitué un point difficile. En région parisienne par exemple, les acteurs de terrains ont constaté qu'il n'existait pas, malgré leurs demandes, de dispositif d'hébergement à la hauteur des besoins des publics en errance, ce qui pose inéluctablement la question des droits des usagers.

⇒ **Propositions :**

- Construire une cartographie des besoins prioritaires en santé pour organiser l'offre (et non l'inverse) et orienter les financements.
- Pérenniser l'aller vers en développant les actions « hors les murs » et de proximité afin que les équipes spécialisées aillent dans les « milieux de vie » et co-construisent avec les professionnels du milieu un cadre d'intervention
- Déployer la réduction des risques et des dommages en milieu carcéral.

**V. Les répercussions sur les droits des usagers (Quels sont, pour vous et vos organisations, à ce moment de la crise sanitaire, les points d'attention prioritaires vis-à-vis du respect des droits des usager ? Vous pouvez l'illustrer par des exemples),**

La crise sanitaire a été un catalyseur des dysfonctionnements de la société vis-à-vis des plus vulnérables. Elle a notamment mis en exergue les manquements au respect des droits des usagers de substances psychoactives, particulièrement leurs droits à l'accès aux soins et aux traitements, et plus généralement la protection des personnes vulnérables et de leur droit à la santé. A ce sujet, une [tribune inter-associative](#) a été publiée réclamant :

- « Que des solutions d'hébergement à hauteur des besoins des personnes à la rue soient trouvées dès aujourd'hui par l'État.
- Que soit garanti l'accès aux dispositifs de santé pour les usagers de drogues
- Que cessent les propos diffamatoires et les attaques à l'encontre de nos dispositifs destinés aux plus démunis.
- Que la police protège VRAIMENT les plus vulnérables ».

En conclusion, nous avons démarré la crise sanitaire avec une situation paradoxale, une couverture médiatique très importante des enjeux concernant l'usage d'alcool et de substances illicites en population générale, avec des fermetures de réponses hospitalières et un secteur médico-social « sous les radars » de la politique publique pour reprendre les termes de la DGS. Le secteur s'est fortement mobilisé et a fait preuve d'innovations et d'adaptation malgré le contexte. Des leviers importants ont été obtenus (mesures réglementaires sur les Traitements de substitution, sur la réduction des risques dans les centres hébergement, sur la prévention des overdoses qui doivent être pérennisées), l'analyse des appuis des outils numériques en termes d'indication clinique est un chantier important à faire dans les mois qui viennent pour ne pas perdre les bénéfices du changement des pratiques professionnelles. Cependant malgré nos mobilisations inter associatives (FAS, FSH, AIDES, ANPAA, Uniopss, MDM) beaucoup de points restent en suspens sur la pérennisation des réponses apportées pendant la crise et sur la place des TROD dans la stratégie de dépistage.