

Contribution de la Fédération Addiction

Propos liminaire

Les addictions avec ou sans substance représentent, en France comme dans beaucoup de pays européens, un problème de santé publique majeur aux impacts multiples et pluridimensionnels : sanitaires, économiques, sociaux et humains... Chaque année, elles sont les premières causes de mortalité évitable en France : la consommation de tabac est responsable de 75 000 décès par an (dont 45 000 décès par cancer), l'alcool de 41 000 (dont 15 000 par cancer) et les drogues de 1 600 décès¹. Elles interviennent directement dans 30 % de la mortalité précoce et leur poids sur la morbidité générale est estimé à environ 20 %². La santé publique connaît de profondes mutations : les maladies chroniques dites « non-transmissibles » (MNT) prennent une part croissante dans le fardeau global des maladies, au point d'être désormais à l'origine de 71 % de la mortalité générale au plan mondial. Fortement liées à des problématiques psychosociales, aux troubles mentaux, à la précarité, et à des comportements à risques (tabagisme, mauvaise alimentation, faible activité physique, abus d'alcool ou de drogues...), ces maladies chroniques font de la promotion de la santé mentale ainsi que de la prévention et du traitement des addictions un enjeu majeur.

Pour répondre à ces enjeux où la question de la « médecine des comportements » devient centrale au sein d'une dynamique globale d'accompagnement et de prise en charge psychosociale, le secteur médicosocial est particulièrement impliqué, en amont, en aval et aux côtés de l'hôpital public et des acteurs de la ville, mais également en coopération proche avec les secteurs de la lutte contre l'exclusion et de l'insertion, de la santé mentale, de la jeunesse et de l'éducation notamment. La crise que nous venons de traverser illustre que même face à une maladie aiguë et transmissible, la question des vulnérabilités reste essentielle aussi bien par rapport au risque de contamination que d'évolution péjorative. Elle a donc apporté une démonstration supplémentaire de la nécessité et de la pertinence de ces articulations entre secteurs, chacun au même niveau d'engagement et chacun devant bénéficier du même niveau de reconnaissance, dans une dynamique où l'action est portée par l'exigence du juste soin pour le patient et non par une ambition de rentabilité.

Il existe également des inégalités sociales et territoriales de santé qui demeurent essentielles à prendre en compte et un niveau de reconnaissance et de structuration de l'offre de soins hétérogène entre les secteurs concernés – ville, médicosocial et secteur sanitaire.

La concertation en cours lancée par le gouvernement et nommée « Séjour de la Santé » doit donc inclure, dans ses travaux, **l'ensemble des champs du soin concernés par ces problématiques et ne pas rester focalisée sur l'hôpital**. Face au développement des troubles chroniques il faut en effet concevoir une offre d'accompagnement et de soins individualisée, globale (médico-psychosociale), proche, accessible et décloisonnée.

Le « Séjour » devra viser à mieux organiser l'offre de santé 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.

C'est dans ce sens que la Fédération Addiction, réseau national de structures associatives ou publiques et de professionnels en addictologie³, souhaite contribuer à ces travaux.

¹ http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_0.html

² Étude ARAMIS, OFDT F. Back (dir.) 2016 et Baromètre santé, Santé Publique France 2015.

³ La Fédération Addiction constitue un réseau national représentatif de l'addictologie. Elle fédère 210 adhérents personnes morales, qui représentent plus de 800 établissements et services et plus de 420 adhérents personnes physiques. www.federationaddiction.fr

1

Propositions :

- Inclure les professionnels médicaux et paramédicaux des établissements sociaux et médicosociaux et toutes les professions non médicales du soin dans la revalorisation salariale
- 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.
- promouvoir la mobilité des métiers via par exemple le développement des diplôme d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) et des Validations des Acquis de l'Expérience (VAE).

a. Revaloriser et renforcer l'attractivité des professions non médicales

Il est nécessaire de valoriser les acteurs paramédicaux et sociaux dans l'hôpital, et notamment de ceux qui favorisent l'accès aux soins des personnes les plus exclues et éloignées des services de santé (équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) notamment). L'une des préoccupations majeures porte également sur la nécessaire valorisation salariale du travail des infirmiers.

Les équipes des établissements sociaux et médicosociaux (ESMS) accueillant des Publics à Difficultés Spécifiques (PDS) tels que les CSAPA, des CAARUD, des ACT, LAM, LHSS travaillent dans une logique pluridisciplinaire indispensable à un accompagnement de qualité. Les prises en charge en addictologie nécessitent un travail en équipe pluri professionnelle, une approche intégrée biomédicale et psychosociale, une activité coordonnée entre la ville et l'hôpital, une éducation thérapeutique des patients, toute chose qui participent d'un soin de qualité, basée sur une démarche de santé globale.

Hors du champ de l'hôpital, le manque d'attractivité salariale est l'une des causes principales des difficultés de recrutement tous personnels confondus pour les CSAPA et des CAARUD (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux)⁴ ; les acteurs des ESMS doivent voir leur condition salariale revalorisée selon une méthode paritaire avec les personnels hospitaliers (à qualification et ancienneté équivalentes).

Cela suppose un renforcement de l'attractivité salariale et une reconnaissance des métiers du « care » qui s'étendent aux professions sociales – assistants sociaux, éducateurs. En effet, l'insertion et l'accompagnement à une amélioration des conditions socioéconomiques d'existence constitue des facteurs clés de l'accès à une meilleure santé⁵. Les professions sociales sont donc déterminantes, pour la mise en œuvre d'une véritable stratégie de santé publique globale, or leur rémunération sont actuellement peu attractives.

Focus : Revaloriser et renforcer l'attractivité des professions de la prévention

La crise sanitaire que la France vient de traverser a révélé encore une fois la nécessité d'une éducation à la santé globale et généralisée appuyée sur la responsabilisation et le développement des compétences psychosociales. Dans le champ des addictions, ces approches sont déterminantes d'une prévention efficace, fondée sur les preuves et l'éducation.

La prévention est un axe prioritaire de la stratégie nationale de santé. Les études ont fait la preuve de la plus-value en santé des méthodes basées sur les compétences psychosociales⁶, qui permettent aux personnes de limiter leur prise de risque en santé et favorise un accès aux soins plus tôt dans la trajectoire de vie en santé.

Les rémunérations des professions concernées sont très peu attractives et leur recrutement d'autant plus complexe. Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé qui mettent en œuvre ces méthodes doivent être reconnus comme de véritables acteurs du soin et inclus dans le processus de valorisation salariale et de reconnaissance de compétences, via la rénovation des référentiels métiers.

⁴ L'Unipss a mené à l'été 2019 une enquête sur les difficultés en matière de recrutement dans le secteur médico-social (450 établissements et services répondants)

⁵ Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé, OMS, 2014.

⁶ INSERM 2011

b. Construire un plan de formation continue croisée, axée sur la pluridisciplinarité et la coopération entre acteurs

La crise l'a montré, le décloisonnement et la coopération entre métiers de la santé sont un facteur clé indispensable du soin. La question des addictions étant un enjeu intersectoriel, qui atteint tous les champs de la société, elle en est un exemple emblématique.

L'offre de formation initiale et continue transdisciplinaire et intersectorielle doit donc être favorisée et structurée y compris dans les voies de reconnaissance des compétences (certifications) en fonction de thèmes (RdRD, intervention précoce...) et de contexte d'intervention. Ainsi, les formations encourageant le décloisonnement, la mobilité et la VAE doivent être prioritaires, et notamment : les stages d'internes et d'externes, la formation d'infirmière de pratiques avancées en addictologie, les pairs-aidants et autres médiateurs-pairs ou patients-experts.

Les agréments de stage d'externes et d'internes en médecine dans les ESMS accueillant des publics à difficultés spécifiques doivent être mieux connus et promus, afin de favoriser les orientations adaptées aux besoins des personnes lors de consultation de premiers recours et en sortie d'hôpital via notamment une meilleure connaissance du dispositif et de l'offre médicosociale en addictologie.

Les exercices partagés ville, hôpital et médicosocial pour le décloisonnement des acteurs seront ainsi améliorés, ce qui contribuera à la fluidité des parcours des patients.

Il est ainsi nécessaire de prioriser la formation et l'accompagnement des équipes non spécialisées, de manière plus systématique, en particulier celles qui sont le plus à même de rencontrer les publics consommateurs actifs – professionnels de santé de premier recours (pharmaciens, médecins de ville, médecins du travail, etc.), acteurs de la protection de l'enfance, médecine scolaire, professionnels exerçant en milieu carcéral...

Définir une nouvelle politique d'investissement de financement au service des soins

2

Propositions :

- Engager un plan de programmation et faire évoluer les dotations de l'ONDAM des ESMS en fonction des besoins, avec une priorité sur les CSAPA, les CJC et les CAARUD
- Pérenniser les financements de la prévention en les intégrant à l'ONDAM, afin d'avoir une structuration programmatique des actions, sur la base des outils d'évaluation interne et externe existants pour les ESSMS.
- Construire une cartographie des besoins prioritaires en santé pour organiser l'offre (et non l'inverse) et orienter les financements.

a. Appliquer les mesures légales et financer la prévention en vertu de la Loi de 2016 qui intègre la prévention dans les soins

L'État a fait de la mission prévention des addictions portée par le dispositif des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) une mission obligatoire. Les plans successifs de prévention et de lutte contre les addictions ont fait du déploiement de l'intervention précoce et du renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs⁷ une de ses priorités. Pourtant, les financements, aujourd'hui morcelés et dispersés, gagneraient à être recentrés sur la mission de prévention des addictions portée par ce dispositif.

Par ailleurs, les CJC souffrent d'un déficit de moyens qui ne leur permet pas de mettre en œuvre de manière effective l'ensemble des activités qui leur sont réglementairement attribuées, limitant leurs activités à la partie consultation au détriment d'interventions dans les contextes de vie des jeunes pourtant indispensables. Ces actions évitent un recours au soin plus onéreux plus tard en réduisant les risques de dommages sanitaires et sociaux. Ce déficit de moyens nécessite de renforcer le budget ONDAM qui leur est alloué⁸.

⁷ Créée réglementairement en 2004, la mission Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) portée par les CSAPA associe des pratiques d'entretien clinique et de prise en charge adaptées au public et à son entourage à une stratégie d'intervention précoce.

⁸ L'OFDT comptait en 2014 un peu moins de 300 CJC sur le territoire national avec un effectif moyen de 0,9 équivalent temps plein (ETP). Cet effectif est très insuffisant pour qu'elles déploient l'ensemble des activités prévues réglementairement. Le nombre de

La réorganisation de ces moyens doit également s'accompagner d'une réflexion sur les modalités de financements, pour en fonder la logique non plus sur les appels à projet qui nuisent à la coopération des acteurs sur le territoire parce qu'ils entraînent des effets de concurrence, ainsi qu'à la pérennité des actions, mais bien sur les dotations globales et pluriannuelles des structures qui les portent, en finançant la mission prévention rendu obligatoire par la Loi en 2016.

Les CSAPA doivent assurer aussi des fonctions de « pivots » des territoires. Dans le cadre de la réorganisation visant à fédérer les acteurs des territoires⁹, cette fonction essentielle devrait pouvoir bénéficier de réels moyens qui lui permettraient de devenir réellement effective.

b. Consolider et élargir l'offre en Réduction des Risques et des Dommages

La Réduction des Risques et des Dommages (RDRD) a comme objectif prioritaire de réduire les risques sanitaires, psychiques et sociaux, de prévenir et d'éviter l'aggravation des dommages liés aux usages de drogues. Pour conduire leurs actions, de nouvelles formes d'intervention et d'accueil sont régulièrement mises en place par les acteurs de la RDRD ; cette capacité d'adaptation s'est vue encore renforcée pendant la crise sanitaire liée à l'épidémie du SARS-COV2.

Ce secteur est pourtant encore trop peu doté¹⁰. Il est donc crucial de renforcer les moyens des CAARUD et de garantir la couverture du territoire par ces structures indispensables à la réduction des dommages liés aux usages de produits psychoactifs.

Poursuivre le déploiement d'une RDRD au plus près des besoins des usagers nécessite de renforcer dans le financement ONDAM le développement des actions d'aller vers, en élargissant tant les publics concernés que les territoires d'intervention, ainsi qu'en matière de dispositifs techniques de prévention et de dépistage (TROD, PCR, etc.) et de traitement (Naloxone, PreP...). Un essor des financements doit aussi être pensé pour le déploiement de la RdRD en milieu carcéral, contexte particulièrement sous doté en la matière.

Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

3

Propositions :

- Développer les actions hors les murs et de proximité (que les équipes spécialisées aillent dans les « milieux de vie » et co-construisent avec les professionnels du milieu un cadre d'intervention
- 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...
- Adopter un plan ambitieux d'investissement en équipement des ESMS accueillant des publics à difficultés spécifiques en outils numériques.

a. Adopter une logique de parcours des personnes en s'appuyant sur leur réalité

La trajectoire des personnes en santé et spécifiquement sur les addictions s'inscrit dans leur parcours de vie. Il est donc nécessaire d'envisager l'offre de soin comme un ensemble de points de rencontres et d'entrée possibles selon un parcours, pour éviter les effets de « filières », qui ne rencontrent pas toujours les personnes « là où en sont » de leur trajectoire de vie.

Les objets d'addiction dans nos sociétés sont de plus en plus disponibles, et l'ensemble des champs de notre société sont concernés. Il est donc crucial de multiplier les points de rencontre avec le soin, de manière équilibrée et pour proposer toute la palette de l'accompagnement, de l'arrêt à la régulation des consommations en incluant une dynamique d'intervention précoce et de réduction des risques dans l'ensemble des actions. Cela passe par l'essor des actions hors les murs et l'intervention des acteurs de santé dans les contextes de vie des personnes. L'entourage doit y également être mieux pris en compte.

postes à créer ou à consolider à partir des besoins du territoire ne peut être inférieur à 1,5 ETP par CJC pour permettre un déploiement de la mission réglementaire allouée.

⁹ Voir pilier 4 page 6

¹⁰ Les CAARUD en 2015 – des inégalités dans l'offre de services en réduction des risques et des dommages, Tendances n°124, OFDT, mars 2018

La mise en place de ce parcours doit s'appuyer sur une offre diversifiée, équitable et complémentaire qui fait appel à la palette des intervenants spécialisés issus de trois secteurs¹¹ : le médico-social (CSAPA ambulatoires et résidentiels, CAARUD), le sanitaire (services hospitaliers d'addictologie, ELSA, SSRA), la ville (médecine générale, dispositifs de microstructures, pharmaciens, réseaux de santé, maisons de santé).

Pour être en mesure de répondre au plus proche des besoins, il est également nécessaire de valoriser le travail en équipe pluridisciplinaire, les déterminants de santé étant pluriels. Cela suppose aussi la mise en place et la promotion, pour les acteurs libéraux, des dispositifs de coopération souple, à l'exemple des microstructures sur les addictions en médecine de ville, ou encore des réseaux locaux et régionaux.

La clé de voute doit être la mutualisation des expertises intersectorielles et pluridisciplinaires sanitaires, médico-sociales et sociales. Sur la question des addictions, la Fédération Addiction recommande de s'appuyer sur les acteurs centraux que sont les CSAPA pour mieux déployer cette dynamique.

b. Capitaliser sur les expériences qui favorisent la coopération intersectorielle entre addictions et psychiatrie, lutte contre l'exclusion, milieu carcéral, éducation nationale...

La logique de promotion d'un environnement favorable et de l'amélioration des déterminants sociaux-économiques de ces publics spécifiques passera par le développement d'actions et de dispositifs intersectoriels.

La crise et la réponse apportée par les pouvoirs publics en ont été une occasion particulière : le confinement a poussé les professionnels à renforcer la dynamique d'aller-vers les personnes tout en adoptant des précautions d'hygiène renforcées. Ces schémas d'intervention doivent être stabilisés et solidifiés, pour qu'ils perdurent au-delà de la crise. Il sera donc nécessaire de capitaliser sur les pratiques développées par les acteurs de terrains¹² et de soutenir leur diffusion.

Cet aller-vers nécessite également de développer les actions de médiation en santé, de travail pair, ainsi que les structures de santé communautaire pour les publics dans l'hébergement et le logement accompagné. En effet, ces actions ont fait la preuve de leur efficacité en termes d'amélioration sanitaire, psychique et sociales des personnes, garantissant par voie de conséquence une amélioration de l'adoption des mesures barrières, une baisse du risque de contagion et donc une amélioration de la santé de tous.

Nous recommandons, par ailleurs, la pérennisation des équipes mobiles sanitaires départementales dans tous les territoires afin qu'elles puissent, en coopération avec tous les acteurs (de la veille sociale, du sanitaire, de l'hébergement, et de l'addictologie), aller vers les personnes les plus exclues dans leurs lieux de vie (hébergement, logement, squat, campements...) dans des objectifs d'accès au dépistage, et à un accompagnement aux soins, que la crise a contribué à révéler.

Pour le volet psychiatrie, la sectorisation doit être interprétée de manière assouplie pour permettre les allers et venues des personnes, garantir l'accès aux soins dans les meilleurs délais. Il sera également nécessaire de déployer des outils de convergence entre addictions et psychiatrie. Des dispositifs qui croisent les différents champs du soin dont le patient aura besoin doivent être plus massivement financés, notamment autour de l'hébergement thérapeutique.

c. Renforcer les outils du numérique en santé dans les ESMS

La crise sanitaire a révélé le besoin de partage d'informations, et de systèmes d'information performants tant pour le suivi épidémiologique, que pour poursuivre les prises en charge et accompagnements souvent à distance. Le partage d'informations sous réserve qu'il respecte le droit à la confidentialité et à la protection des données est essentiel dans l'organisation de l'offre de santé. Il permet de faciliter l'aller-vers, la RdRD à distance, ou encore la compensation des isolements notamment géographiques.

¹¹ Les spécificités de chacun de ces dispositifs sont décrites sur le site <http://minisite.intervenir-addictions.fr/interagir-autour-des-addictions/>

¹² <https://www.federationaddiction.fr/civid-note-ministeres-fas-federation-addiction/> La Fédération des Acteurs de la Solidarité et la Fédération Addiction se sont associées dans une note commune à destination de leurs ministères respectifs, proposant des pistes d'actions concrètes pour répondre aux enjeux soulevés par la sortie de la crise du Covid pour les publics en situation de précarité et les usagers de substances psychoactives.

La collecte des données doit être sécurisée, transparente et respectueuses de principes et droits fondamentaux comme le consentement éclairé et le secret médical. Ces besoins convergent avec les prévisions du Plan « ESMS numérique » annoncé dans la feuille de route ministérielle du numérique en santé. Pour les mettre en œuvre, un investissement financier et en compétences est nécessaire. Il devra prévoir de :

- Outiller et financer les ESMS numériques de manière à élargir les recommandations du plan numérique en santé trop peu dédiées aux ESMS
- Revaloriser à la hausse les investissements en équipement et en formation des professionnels agissant dans les ESMS spécialisés.
- Mettre l'accent sur l'utilisation du numérique au service direct des patients et des échanges collectifs d'équipes et de coopération partenariales.

Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires, au service des usagers

4

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.
- Construire et financer les dispositifs en amont de l'hôpital, avec un accès à la médecine de ville et une identification des recours aux services médicosociaux mieux structurés.
- 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.
- développer la représentation des usagers du système de santé dans la construction et le pilotage des politiques régionales de santé.

a. Simplifier et mieux coordonner la gouvernance de la politique publique territoriale

La crise a montré les limites de l'organisation actuelle, encore trop complexe, avec un nombre de strates intermédiaires de pilotage important, des logiques de remontées d'informations peu coordonnées. Les niveaux de gouvernance et d'intervention sont devenus trop peu lisibles pour les professionnels et d'autant plus pour la population générale.

Cela a occasionné durant la crise des blocages et des pertes d'efficacité pour les structures – voies d'approvisionnement en matériel de protection, pluralité des financeurs des actions non pérennes, morcellement des compétences...

Il est nécessaire de ralentir le rythme des réformes des outils de pilotage de la politique publique, et de stabiliser suffisamment la gouvernance sur les territoires afin de permettre leur mise en œuvre et leur évaluation au long cours. Ces évaluations de la politique publique doivent être un préalable indispensable à toute réforme.

Sans tout devoir défaire, il sera utile de rénover, sur la base d'un diagnostic complet, les outils de pilotage de la politique de santé, dans un objectif de simplification, appuyé sur l'exercice coordonné et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) élargis en coordination avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Il sera également nécessaire de financer et d'organiser la coordination systématique entre les acteurs de la politique publique concernée par la structuration de l'offre de soins en addictologie et plus largement : préfets, collectivités locales et ministère en région. Cette coordination doit notamment s'appuyer sur la mise en œuvre de plans nationaux, qui permettent d'offrir un cadre d'assurer un cadre régalien et des priorités, comprenant la question des addictions.

La révision du schéma régional simplifié pour une meilleure lisibilité, devra se fonder sur l'articulation avec les schémas d'autres acteurs institutionnels de la région (les collectivités territoriales notamment) dont certaines compétences croisent les addictions : la santé des jeunes, le handicap, la prévention de la délinquance... Mieux coordonner ces priorités permettrait une meilleure visibilité de l'action publique et une répartition plus cohérente des financements.

a. Penser le soin en amont des problématiques sanitaires et mieux identifier les missions des acteurs

La question des addictions nécessite une intervention précoce dès les premiers usages et les premières rencontres avec le produit ou la pratique addictive, mais aussi dès les premiers symptômes de difficultés sanitaires ou sociales, pour en prévenir l'aggravation le plus tôt possible.

Il est donc nécessaire, dans le pilotage de la politique territoriale en santé, de construire et financer les dispositifs en amont de l'hôpital, avec un accès à la médecine de ville et une identification des recours aux services médicosociaux mieux structurés.

Les missions premières de l'hôpital doivent être ré-énoncées au regard des missions complémentaires et spécifiques de chacun des acteurs, pour mieux les articuler et éviter qu'elles ne se recourent. Les services d'urgence dans les hôpitaux doivent pouvoir s'appuyer sur des ELSA dont les missions doivent être mieux balisées et leurs moyens renforcés. Ces équipes doivent pouvoir jouer leur rôle de pivot de l'orientation des personnes vers ou après l'hôpital ; elles pourront ainsi dans une dynamique de parcours de patient, jouer pleinement leur rôle d'interface avec les acteurs extérieurs et le patient.

La mise en place de parcours en santé cohérent doit également passer par l'appui aux acteurs de premier recours, notamment via la coopération entre les médecins généralistes et les consultations d'addictologie médico-sociales et sanitaires pour le suivi conjoint de patients complexes. Le balisage et le renforcement des champs d'action des équipes de liaison et des dispositifs de coopération, favorisant les soins de premier recours et le financement balisé des missions ressources des CSAPA, doivent figurer à la première place du plan d'investissement. Ils doivent être l'un des maillons centraux des projets territoriaux en santé.

b. Réviser le fonctionnement des instances de la démocratie sanitaire dans ce pilotage

Les conduites addictives peuvent concerner l'ensemble des populations usagères du système de santé : jeunes, actifs, personnes en situation de précarité, seniors... Les problématiques de santé rencontrées sont diverses et souvent complexes. Les addictions constituent donc une thématique transversale qui croise les autres problématiques de santé rencontrées par les usagers : santé mentale, handicap...

Afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, et de construire une offre de santé efficiente fondée sur les besoins de la population en proximité (au niveau d'un territoire de santé), il est important que cette thématique soit correctement repérée et prise en compte dans toutes les instances d'élaboration et de concertation de la région, et notamment dans :

- Les Communautés professionnelles Territoriales de Santé
- Les plateformes territoriales d'appui au parcours de santé complexe
- Les instances de démocratie en santé (CRSA et Conseils Territoriaux de Santé)

La construction des politiques territoriales en santé doit permettre une réelle prise en compte des espaces de démocratie sanitaire et instances de représentations des usagers des services en santé, dans la construction territoriale des projets territoriaux de santé, appuyé sur les instances existantes.

Or celles-ci n'ont pas un fonctionnement homogène sur le territoire national, et leur statut limité d'instances consultatives n'engagent pas toujours un panel représentatif d'acteurs.

Pour réviser le fonctionnement de ces structures de concertation indispensables, les membres de la Fédération Addiction recommandent de :

- Construire une cartographie des acteurs qui doivent y être représentés et donner les moyens et la mission à ces acteurs d'y être, afin de s'assurer de la représentativité des acteurs concernés ;
- Leur donner un contenu stratégique de travail - priorisation des PRS, adoption des stratégies régionales... - et un pouvoir décisionnel dans la co-élaboration des politiques au-delà du seul rôle consultatif : groupe de travail thématique, recommandations adoptées, élaboration de fiches actions à l'usage de l'ARS et des acteurs...
- Harmoniser les pratiques de démocratie sanitaire d'une région à l'autre sur la base de bonnes pratiques identifiées par les acteurs concernés.