

RAPPORT

PROPOSITIONS POUR UNE POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Un enjeu majeur de santé

Rapport rédigé par :

- **le Professeur Jean-Pierre Lépine**
- **le Docteur Alain Morel**
- **le Professeur François Paille**
- **le Professeur Michel Reynaud**
- **le Docteur Alain Rigaud**

Octobre 2006

Discours de M. Jacques Chirac, Président de la République sur la lutte contre le cancer

Palais de l'Elysée, le jeudi 27 avril 2006.

Monsieur le Premier ministre,
Messieurs les ministres,
Mesdames, Messieurs,

J'ai placé vous le savez au cœur de mon mandat trois chantiers essentiels : la sécurité routière, le handicap et le cancer. Des chantiers où la vie est en cause et où notre société doit accomplir des progrès décisifs.

Voici trois ans, je vous ai réunis pour engager une mobilisation nationale contre le cancer. Il fallait refuser la fatalité et mener, ensemble, le combat pour la vie. Faire reculer la peur, les souffrances, les discriminations. Rendre notre société plus humaine, plus solidaire.

En trois ans, grâce à vous -professionnels de santé, chercheurs, associations de malades- la donne a changé [...].

Les résultats sont là. Dans tous les domaines de la lutte contre le cancer nous avons marqué des points. Mais l'heure n'est évidemment pas aux bilans. Elle est à un nouvel élan pour progresser encore.

Premier domaine, celui des addictions. Je pense au tabac, à l'alcool, mais aussi au cannabis. Ces addictions sont des causes majeures de cancer. Il ne s'agit pas seulement de comportements individuels. Elles ne se réduisent pas à des règles ou à des interdits. Elles sont aussi des maladies qui doivent être traitées comme telles. Pour cela les esprits et notre système de santé doivent évoluer.

Pour lutter contre le tabagisme, j'ai voulu agir par la prévention et par les prix. La France compte un million quatre cent mille fumeurs de moins sur trois ans. C'est un réel progrès. Pour renforcer cette action et lutter contre le tabagisme passif, la question de l'interdiction de fumer dans les lieux publics se pose actuellement. Un débat et une concertation approfondie doivent avoir lieu. C'est la clé pour qu'une telle évolution soit acceptée et puisse devenir effective. Le Gouvernement et le Premier ministre ont engagé ce débat. Une mission parlementaire va être constituée. C'est sur ces bases que les décisions définitives seront prises, avant la fin de l'année.

Au-delà de la question du tabac, il faut un plan d'action global contre les addictions. Il sera présenté par le Gouvernement, et ceci, dans les mois qui viennent. Nous allons mettre en place un service d'addictologie dans chaque CHU. Nous allons organiser des consultations d'addictologie dans les hôpitaux et y affecter des postes supplémentaires de praticiens hospitaliers. L'addictologie doit également trouver toute sa place dans la formation des médecins.

Les addictions doivent également devenir un champ essentiel pour la recherche médicale et pharmaceutique. Souvenons-nous de la façon dont la dépression était prise en charge il y a encore quelques années. Mesurons l'ampleur du chemin parcouru grâce aux nouvelles molécules. Pour les addictions, nous sommes à l'aube d'une évolution de la même nature.

Notre recherche fondamentale et clinique doit en faire une priorité. L'Institut national du cancer, les organismes publics de recherche, l'Agence nationale de la recherche, l'Agence de l'innovation industrielle doivent s'y engager résolument. C'est un enjeu humain essentiel, eu égard aux souffrances des personnes dépendantes et de leur entourage. C'est également un enjeu économique majeur pour notre industrie [...].

SOMMAIRE

- Objectifs généraux et mesures	4
- Présentation	13
- Prévention	23
- Volet établissement de santé	27
- Volet médico-social	40
- Volet ville	49
- Enseignement - Formation	53
- Recherche	60
- Annexes	64

OBJECTIFS

Les conduites addictives comprennent :

- **Les addictions aux substances psychoactives** qui est un "cœur de cible" restreint aux véritables **comportements d'abus et de dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives**,
- **Les addictions comportementales** qui comprennent le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, les comportements compulsifs répétés type achats compulsifs, cyberaddiction, addiction sexuelle, addiction aux sports, etc... jusqu'à l'addiction au travail !

Les addictions aux substances psychoactives sont responsables chaque année en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et maladies, dont près de 40 000 par cancers. Elles sont également à l'origine de handicaps, de nombreux problèmes familiaux et professionnels, d'actes de violence et de précarité qui génèrent une souffrance et un coût social majeurs.

Les 50 propositions de ce rapport ont pour objectif d'indiquer les enjeux de santé publique soulevés par ces conduites et d'apporter des réponses en termes de prévention et de prise en charge à la mesure des défis à relever pour rattraper le retard pris en France dans ce domaine.

Elles s'articulent autour de 5 objectifs généraux :

5 OBJECTIFS POUR UNE POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

1. Sensibiliser l'ensemble de la population française aux problèmes posés par les conduites addictives. Développer leur prévention.
2. Faciliter l'accès aux soins, la prise en charge et la réinsertion des personnes souffrant d'addiction.
3. Offrir à tous des soins de qualité.
4. Former l'ensemble des professionnels des champs sanitaire et social concernés.
5. Développer l'innovation par une recherche performante.

50 MESURES POUR UN PLAN DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

1. *Sensibiliser l'ensemble de la population française aux problèmes posés par les conduites addictives. Développer leur prévention.*

- **Mesure 1 : Mettre en place une instance nationale chargée de définir une véritable politique de prévention des conduites addictives**, de l'impulser et de la financer, sous l'égide de l'INPES, avec le concours de la DGS, et de la MILDT et en concertation avec la CNAMTS et les organismes et les associations qui interviennent sur le terrain.
- **Mesure 2 : Etablir des schémas régionaux (et départementaux) de prévention** garants de la cohérence et de la complémentarité des réponses entre les trois pôles de l'addictologie.
- **Mesure 3 : Mettre en place une organisation rationnelle de la prévention** déterminant les rôles des différents intervenants autour de 4 axes stratégiques coordonnés :
 - *La « prévention universelle »* (campagnes d'information et éducation pour la santé, mesures de contrôle social) pour réduire les niveaux de consommation en diminuant la demande et l'offre.
 - *L'éducation et la citoyenneté* pour développer les capacités de choix et de réflexion, à promouvoir au moyen de la « *prévention de proximité* ».
 - *L'« intervention précoce »* et la « *réduction des risques* » pour accroître les capacités d'auto-changement et diminuer les conséquences nocives des consommations.
 - *L'« éducation thérapeutique »* associée aux soins pour diminuer les risques de rechute et accroître les durées de rétablissement.
- **Mesure 4 : Intensifier les actions de prévention en direction des adolescents :**
 - Créer des lycées et des facultés « sans addiction ». Rédiger une charte à cet effet.
 - Intégrer une consultation d'addictologie dans les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaires (BAPU).
- **Mesure 5 : Intensifier les actions de prévention envers les femmes enceintes et les jeunes mères**
 - Inciter à l'absence de consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. Mettre un avertissement sanitaire à destination des femmes enceintes (message et/ou pictogramme) visible sur les bouteilles de boissons contenant de l'alcool. Organiser des maternités « sans addiction ».
 - Développer le repérage et la prise en charge des mères consommatrices de substances psychoactives.
- **Mesure 6 : Intensifier les actions de prévention de la conduite automobile sous l'emprise de substances psychoactives**, notamment l'alcool. Installer des éthylomètres dans les véhicules.

2. Faciliter l'accès aux soins, la prise en charge et la réinsertion des personnes souffrant d'addiction.

- **Mesure 7 : Réaliser un maillage territorial suffisant des structures** pour assurer aux patients un accès équitable aux soins.
- **Mesure 8 : Planifier ce maillage à partir de l'élaboration d'un volet « addictologie » des SROS et d'un schéma régional d'addictologie médico-sociale coordonnés. Rendre ce volet obligatoire à partir du SROS 4.** Demander à toutes les régions qui n'ont pas élaboré de volet « addictologie » dans le SROS 3 de proposer un avenant sur ce thème.

En ce qui concerne le patient

- **Mesure 9 : Améliorer la couverture sociale des maladies addictives.** Les modalités en sont à discuter entre le gouvernement, l'assurance maladie et les mutuelles.
- **Mesure 10 : Reconnaître les troubles addictifs graves comme une Affection de Longue Durée (ALD)** ouvrant droit à une prise en charge à 100 %.
- **Mesure 11 : Créer un bilan de santé obligatoire à 16 ans** lors du choix du médecin traitant.

En ce qui concerne le dispositif médicosocial

- **Mesure 12 : Créer les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA –** prévus par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ils doivent être les structures de proximité de référence sur un territoire de santé.
- **Mesure 13 : Garantir une répartition de 1 CSAPA pour 100 000 habitants.**
- **Mesure 14 : Inscrire dans les missions des CSAPA et développer :**
 - **L'intervention précoce » et la réduction des dommages**, notamment en milieu scolaire, en milieu du travail, et vers des populations spécifiques.
 - **L'accueil et l'accompagnement des personnes présentant des addictions comportementales.**
 - **les consultations de tabacologie**
- **Mesure 15 : Développer :**
 - **Les consultations jeunes consommateurs de substances psycho-actives.**
 - **Des consultations avancées** auprès des publics en situation de précarité et de populations spécifiques (population sous main de justice et/ou détenus...).
- **Mesure 16 : Doubler et répartir de manière équilibrée sur le territoire les capacités d'accueil du dispositif spécialisé d'hébergement thérapeutique et de prises en charge résidentielles :**
 - passer en 3 ans de 500 à 1 000 places en hébergement collectifs, par :
 - l'ouverture de 3 nouvelles communautés thérapeutiques par an,
 - l'ouverture d'hébergements thérapeutiques spécialisés de 10 à 20 places pour des populations spécifiques,
 - ouvrir des appartements thérapeutiques, des appartements de coordination thérapeutique, des places en familles d'accueil (création de 100 places par an).

En ce qui concerne les établissements de santé

Mesure 17 : Labelliser des filières addictologiques hospitalières comprenant des consultations, des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), des places d'hospitalisation de jour, des lits d'hospitalisation complète, des soins de suite et de réadaptation. Ces filières devront être mises en place sur 3 ans.

- **Mesure 18 : Organiser le dispositif hospitalier selon une offre graduée en 3 niveaux :**

NIVEAU I : niveau de proximité comprenant : les consultations hospitalières d'addictologie (y compris les consultations de tabacologie), les ELSA, les structures d'hospitalisation permettant de réaliser des sevrages simples et rapidement accessibles. **Une offre de soins de ce niveau doit être disponible dans chaque territoire de santé de proximité.**

NIVEAU II : niveau de recours, comprenant :

- **Les services ou unités d'addictologie** qui regroupent : consultation, ELSA, hospitalisation de jour et hospitalisation complète pour sevrage et soins résidentiels complexes.

Leur répartition géographique doit être définie dans le cadre du volet « addictologie » du SROS à partir d'un état des lieux précisant les besoins et des particularités locales. **Une structure de ce type au moins doit exister par territoire de santé de planification.**

- **Les soins de suite et de réadaptation en addictologie**

La répartition géographique des structures de soins de suite et de réadaptation doit être revue après réalisation d'un état des lieux et des besoins, en coordination avec le schéma régional d'addictologie médico-sociale, de façon à **assurer une couverture satisfaisante du territoire.**

Une unité de soins de suite à orientation cognitive doit être créée par région.

NIVEAU III : un service d'addictologie universitaire assurant les missions de niveau II et constituant un centre régional de ressources, de formation et un lieu de recherche doit être créé dans chaque CHU.

- **Mesure 19 : Inciter à la mise en place de ce dispositif hospitalier :**
 - en intégrant cette organisation en 3 niveaux dans un **volet « addictologie » obligatoire du SROS** (cf mesure 8).
 - en incitant tous les établissements publics de santé à disposer d'un **volet « addictions » dans leur projet médical d'établissement.**
 - en créant un **Comité de Lutte contre les Addictions** dans chaque établissement. Rédaction d'une charte « hôpital sans addiction ».
 - en intégrant l'évaluation de ce volet addiction dans les **procédures de certification mises en place par l'HAS.**
- **Mesure 20 : Assurer la pérennité des structures par :**
 - une **reconnaissance administrative** des unités et des services d'addictologie (unité fonctionnelle ou service).
 - un **fléchage des postes de praticien** hospitalier en addictologie avec une fiche de poste précisant les missions et les compétences demandées.
 - une **représentation de l'addictologie au sein de la CME** par le praticien hospitalier responsable de l'unité fonctionnelle ou du service.
 - un **financement assurant la viabilité des structures en MCO** soit par les MIGAC (consultations d'addictologie, ELSA), soit par la T2A : maintenir le GHS existant pour les

sevrages simples (durée moyenne 1 semaine). **Créer un GHS spécifique pour les soins résidentiels complexes (séjours longs de 3 semaines en moyenne).**

- **Mesure 21 : Articuler le dispositif addictologique avec la psychiatrie.** Définir les champs de compétence et les missions respectives de ces disciplines.
Demander aux établissements de santé mentale de proposer une organisation de prise en charge cohérente des patients ayant des troubles addictifs, en coordination avec les autres structures addictologiques.
- **Mesure 22 : Articuler le dispositif addictologique avec la cancérologie. Mettre en place des procédures permettant d’interfacer les structures et les réseaux d’addictologie et de cancérologie** pour augmenter le repérage des conduites addictives en cancérologie et des cancers en addictologie, et faciliter ensuite l’orientation des patients vers les structures les plus adaptées.
- **Mesure 23 : Articuler le dispositif addictologique avec la périnatalité** pour viser l’objectif de « consommation zéro » de substances psychoactives pendant la grossesse grâce à une information avant la grossesse, un repérage systématique et une prise en charge adaptée des consommatrices de substances psychoactives.

3. *Offrir à tous des soins de qualité*

- **Mesure 24 : Renforcer les équipes**, qu’elles soient médico-sociales ou hospitalières, afin d’en assurer la pluridisciplinarité. Il est indispensable de trouver au minimum dans chaque CSAPA un accueil avec un secrétariat, des postes de médecin, d’infirmier, de travailleur social et de psychologue.
Les CAARRUD doivent également sortir de leur sous-dotation actuelle.
- **Mesure 25 : Créer des postes de chargé de mission de la prévention secondaire et de l’intervention précoce** pour chaque « Consultation Jeunes usagers de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille ». **Financer dans la base structurelle des CSAPA 0,5 équivalent temps plein de chargé de mission pour chaque consultation jeune usager agréée**, soit environ 100 ETP au niveau national.
- **Mesure 26 : Créer et diffuser des référentiels de pratique.** Développer l’évaluation des pratiques professionnelles.
- **Mesure 27 : Habilitier explicitement les CSAPA pour qu’ils puissent détenir et délivrer tous les médicaments utiles en addictologie** (y compris les patches nicotiques...) ainsi que les psychotropes (avec des financements assurés sur dotation globale ou par convention avec la Sécurité Sociale).
- **Mesure 28 : Rendre possible l’initialisation des traitements méthadone en ville**, dans le cadre d’un travail formalisé en réseau.
- **Mesure 29 : Soutenir les approches groupales**, notamment celles associant les familles.
- **Mesure 30 : Créer les conditions d’un développement durable des réseaux de prévention et de soins en addictologie** qui assurent la coordination des acteurs des 3 pôles concernés :

ville, hôpital et structures médico-sociales spécialisées. Il doit exister au minimum un réseau addictologique par département, et plusieurs si besoin en fonction des territoires. Une coordination régionale est nécessaire.

- **Mesure 31 : Soutenir, y compris financièrement, les associations d'entraide** dont le rôle d'accompagnement est important. Une formation de leurs adhérents et une coordination de leurs actions avec le dispositif addictologique est indispensable, ce qui nécessite une définition de leurs missions et champ de compétence.
- **Mesure 32 : Développer l'innovation et évaluer des expérimentations** pilotes en bénéficiant de véritables programmes de recherche, de façon à être moteur de l'évolution du secteur. Par exemple, améliorer la **complémentarité entre secteur du soin et dispositif universitaire** sur le modèle de ce qui se fait au Canada ou aux Etats-Unis par exemple.
- **Mesure 33 : Elaborer un programme spécifique de recherche-action** pour les équipes agissant en direction des jeunes les plus désocialisés.
- **Mesure 34 : Mettre en place une évaluation des dispositifs en addictologie.** Développer des indicateurs d'évaluation.

4. Former l'ensemble des professionnels des champs sanitaire et social concernés

- **Mesure 35 : Mettre en place des formations au repérage précoce et à l'intervention brève** pour :
 - tous les médecins généralistes,
 - les autres médecins particulièrement concernés : médecins du travail, médecins scolaires, médecins des centres d'examen systématique de santé...
 - de façon générale, tous les professionnels des champs sanitaire et social concernés.**Elaborer et diffuser des outils de repérage précoce et d'intervention brève** adaptés aux différentes catégories de professionnels.

La formation médicale :

- **Mesure 36 : Renforcer l'enseignement de l'addictologie dans les premier, deuxième et troisième cycle des études médicales,** avec l'objectif principal d'améliorer le repérage et l'intervention précoce, en le portant à 40 à 60 heures au moins.
- **Mesure 37 : Intégrer l'addictologie comme thème prioritaire dans la formation médicale continue** des généralistes et des spécialistes quel que soit leur mode d'exercice.
- **Mesure 38 : Ouvrir aux nombreuses spécialités concernées par l'addictologie les formations universitaires spécialisées** (DESC, Capacité, Diplômes Universitaires et Inter-Universitaires) et les valoriser.
- **Mesure 39 : Mettre en place, pour les médecins libéraux ayant validé ces cursus universitaires, une tarification spécifique des actes d'addictologie** dans le cadre d'une coordination des soins formalisée par une pratique en réseau.
- **Mesure 40 : Mettre en place une filière d'enseignement pérenne** capable d'assurer ces enseignements dans chaque faculté de médecine. Elle reposera sur une équipe composée d'1 PU-

PH, d'1 MCU-PH et de 2 Chefs de Clinique-Assistants (ou d'un CCA et d'un Assistant Régional) qui animera le service d'addictologie universitaire. Créer les postes correspondants.

- **Mesure 41 : Créer une option addictologie au sein des sous-sections universitaires directement concernées.**

La formation des personnels soignants :

- **Mesure 42 : Renforcer l'enseignement universitaire et post-universitaire de l'addictologie des autres professions soignantes**, notamment au repérage précoce et à l'intervention brève :
 - Infirmières
 - Psychologues
 - Pharmaciens
 - Sages-femmes
- **Mesure 43 : Mettre en place un plan de formation addictologique dans tous les hôpitaux.**

La formation des travailleurs sociaux :

- **Mesure 44 : Développer l'enseignement de l'addictologie dans tous les instituts et écoles de travail social.** Susciter la généralisation de conventions entre les instituts de formation et les CSAPA ou les structures hospitalières pour la réalisation d'un plan de formation théorique et pratique.

La formation des magistrats :

- **Mesure 45 : Développer l'enseignement de l'addictologie à l'Ecole Nationale de la Magistrature et dans la formation continue des magistrats.**

5. Développer l'innovation par une recherche performante.

- **Mesure 46 : Pérenniser et renforcer l'addictologie dans les appels d'offres MILDT, INSERM (ATC alcool et addictions), INCa, INRA, PHRC et CNRS (sciences humaines et sociales).** La thématique addictologique doit figurer dans le programme de l'Agence Nationale de la Recherche. Impliquer l'Agence de l'Innovation Industrielle.
- **Mesure 47 : Poursuivre et amplifier la politique d'allocations de bourses de recherche de la MILDT, fléchées "drogues – conduites addictives"**
- **Mesure 48 : Favoriser et faciliter les rapprochements entre équipes de recherche et équipes du dispositif spécialisé de soin et d'accompagnement** en addictologie (équipes hospitalières et médico-sociales).
Promouvoir un **réseau de recherche clinique**. Ce réseau permettrait de grandes études de cohorte et de suivi.
- **Mesure 49 : Créer des postes de moniteurs et techniciens d'étude clinique pour assurer le fonctionnement de ce réseau.**
- **Mesure 50 : Etudes épidémiologiques : intégrer la dimension addictologique dans toutes les cohortes prospectives.**

PRESENTATION

- L'addiction	14
- L'importance du problème	19
- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool	22

L'ADDICTION

► DEFINITIONS

De nombreuses définitions ont été proposées à partir de différentes disciplines allant de la biologie et la psychologie jusqu'à la sociologie en passant par le cognitivo-comportementalisme, la psychopathologie, la psychanalyse, la psychiatrie, etc. La plus rigoureuse reste celle d'A. Goodman qui fait référence : « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (Cf. : ANNEXE I)

Autrement dit :

"L'addiction se caractérise par :

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

L'addiction, qu'elle soit comportementale ou à des substances psychoactives, traduit la perte du contrôle des mécanismes naturels :

- d'une part, de la recherche du plaisir et d'évitement de la souffrance
- et, d'autre part, de la bonne gestion des émotions, que celles-ci soient positives ou négatives.

Elle correspond à un dysfonctionnement durable des circuits neurobiologiques qui permettent la régulation de la recherche du plaisir et de la gestion des émotions.

Il en résulte que l'on peut distinguer sur le plan clinique et nosographique à partir des critères diagnostiques de Goodman :

- **L'addiction aux substances psychoactives** qui est un "cœur de cible" restreint aux véritables **comportements d'abus et de dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives** (CIM 10 : F1x.2) ;

Cette précision nécessite de rappeler ce que sont les **différents comportements de consommation de substances psychoactives**. La communauté scientifique distingue :

- * **L'usage** : usage expérimental, occasionnel, récréatif, festif, voire régulier. Il n'est pas synonyme de risque nul. Celui-ci est seulement considéré comme acceptable pour l'individu et la société.
- * **Le mésusage**, lui-même sous-divisé en 3 catégories :

- . **L'usage à risque** : la consommation n'est pas encore associée à un quelconque dommage, médical, psychologique ou social, mais est susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme. L'augmentation du risque est due à la quantité consommée et/ou à une consommation dans des situations à risque, que le risque soit *individuel* (précocité de l'initiation, conduites d'excès, autotraitement, association à d'autres substances...) ou *situationnel* (grossesse, conduite automobile ou de machines...) (Cf. : ANNEXE I).
 - . **L'usage nocif** : défini par la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et correspondant en partie à la catégorie de « l'abus » définie par le DSM-IV (Cf. : ANNEXE I), cet usage désigne la consommation répétée d'une substance malgré l'apparition de dommages sanitaires, professionnels, familiaux ou sociaux, sans qu'elle réponde complètement aux critères de la dépendance.
 - . **La dépendance** qui se traduit par l'impossibilité de s'abstenir de consommer, souvent par une tolérance au produit et, lorsqu'il existe une dépendance physique, par l'existence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation (Cf. : ANNEXE I).
- **les addictions comportementales** : le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, les comportements compulsifs répétés type achats compulsifs, cyberaddiction, addiction sexuelle, addiction aux sports, etc jusqu'à l'addiction au travail !

Nous retiendrons comme définition de l'addiction la focalisation sur un objet d'intérêt unique (ou très prévalent), devenu un véritable besoin plus qu'un désir, et la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives sur la vie sociale ou affective ou sur la santé. Il faut donc considérer **que le comportement devient pathologique lorsque le sujet continue de s'y adonner bien que les conséquences néfastes l'emportent sur le plaisir obtenu.**

Les conséquences négatives des addictions comportementales ou des substances psychoactives peuvent apparaître immédiatement ou de manière différée, en lien avec la répétition du comportement, et s'observer soit sur le plan biologique et médical (toxicité), soit sur le plan du comportement et des relations (nocivité), soit encore sur les deux. Les conduites addictives constituent de ce fait à la fois un problème et un déterminant de santé publique.

Enfin, le comportement addictif s'inscrit dans un contexte individuel (notamment psycho-dynamique et familial) et environnemental (notamment culturel et socio-économique) qui lui donne sens et lui confère une fonction adaptative pour le sujet. Il peut prendre forme d'une véritable focalisation de l'existence, dans ses dimensions biologiques mais aussi psychologiques et sociales. Il ne se réduit donc pas à une simple perte de contrôle.

Les professionnels de santé retiennent aussi que les conduites addictives ne sont compréhensibles qu'à travers un modèle écologique qui fait intervenir trois types de facteurs interagissant étroitement entre eux : la personne, son environnement et le produit consommé (ou l'objet de la conduite addictive).

Cette approche ne préjuge donc pas d'une étiologie particulière. Elle renvoie à une détermination pluri-factorielle (cf infra) en termes de facteurs de risques, de vulnérabilité et de protection tant sur les plans biologiques et génétiques que psychologiques, environnementaux et sociaux.

D'une façon générale, toute intervention visant à modifier ces conduites, tant pour les prévenir que pour en réduire les dommages ou pour en permettre le changement et l'arrêt, doit donc se déployer sur ces trois domaines de manière adaptée.

► PERIMETRE DE LA NOTION D'ADDICTION

Trois notions capitales permettent de mieux préciser cette définition et d'en définir les limites :

- le caractère partiel ou total de la perte du contrôle du comportement addictif qui conduit sur le plan clinique à distribuer les différentes formes d'addiction selon leur sévérité sur un continuum qui va des pratiques les mieux tolérées (usage et usage à risque) jusqu'aux conduites addictives nocives (abus et usage nocif) et à l'extrême les dépendances les plus sévères (alcoolo- et pharmaco-dépendances) et leurs conséquences les plus graves sur les plans psychologique, médical et social.

Le degré de sévérité de l'addiction est donc variable et doit être évalué individuellement, et il apparaît que plus ce degré est élevé (plus la dépendance est forte), plus la trajectoire de la personne sera longue, marquée de difficultés à maintenir l'abstinence et de complications individuelles et sociales. Cela justifie des modes d'intervention qui garantissent une continuité de l'aide et des soins, leur proximité, leur accessibilité et leur durée.

- un continuum existe entre recherche du plaisir et soulagement d'un malaise interne, et donc entre pratiques hédonistes et conduites auto-thérapeutiques. De ce fait, le processus d'entrée dans l'addiction est souvent lent et subtil.

L'objet du comportement qui ne saurait appartenir à une liste définie dès lors que tout objet et/ou activité est susceptible d'entrer dans une conduite humaine qui vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne. De cette diversité non finie découlent les notions d'addiction aux substances psychoactives (quel que soit le statut légal de la substance) et d'addictions sans drogue ou "addictions comportementales", ainsi que la possibilité des passages de l'une à l'autre et la possibilité de leur association. On peut, assez simplement, considérer les addictions comme une exacerbation des passions, un état où la souffrance liée à l'objet de la passion dépasse le plaisir qu'il procure.

- en ce qui concerne les addictions aux produits la distinction entre le mésusage (usages à risques, usage nocif et dépendance) et l'usage « simple » ou « acceptable » permet de ne pas englober toute consommation de substance dans un registre pathologique.

Addictions et troubles mentaux

Enfin, l'addiction se distingue de l'aliénation mentale dans la stricte mesure où la perte du contrôle du comportement, chez l'addict, ne porte que sur un comportement privilégié et respecte le libre arbitre dans les autres champs de l'existence. Pour autant, les conduites addictives, en tant que comportement dont la maîtrise échappe au sujet, entretiennent une proximité avec le champ de la santé mentale et de la psychiatrie :

- d'une part et en amont en lien avec les facteurs psychologiques voire psychopathologique et, le cas échéant, les comorbidités psychiatriques primaires qui favorisent leur émergence puis leur pérennisation,
- d'autre part et en aval, du fait des dommages induits d'ordre cognitif et/ou psychopathologiques qui peuvent aller jusqu'au développement de comorbidités psychiatriques secondaires, et dont la gravité se conjuguent le cas échéant à de l'évolution de la comorbidité psychiatrique primaire.

➤ **LES CONSEQUENCES DE LA PRISE EN COMPTE DE LA NOTION D'ADDICTION SUR L'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE PREVENTION, DE SOIN ET D'ACCOMPAGNEMENT, DE RECHERCHE, D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION**

- Le fait que la notion d'addiction et la clinique des conduites addictives mettent en valeur que leur développement, tant sur le plan sociétal que des pratiques individuelles, s'appuie sur des déterminants communs et un même potentiel évolutif conduit à concevoir des stratégies d'intervention et de soins communes et donc à organiser sur le plan sanitaire et social un dispositif en addictologie cohérent et bien identifié pour les mettre en œuvre.
- Compte tenu de la nature des déterminants et des conséquences des conduites addictives et de leurs rapports avec la vie sociale, la santé mentale et la médecine somatique, ce dispositif doit s'appuyer sur des compétences pluridisciplinaires et se déployer de manière transversale à l'organisation sanitaire et sociale.
- Les patients présentant une conduite addictive présentent habituellement des **problèmes multiples** qui imposent **une prise en charge** particulière, **multidisciplinaire, globale et intégrée**, fonction de la sévérité de la conduite et de la gravité des complications et co-morbidités. Cette approche complexe impose une organisation spécifique.
- La prise en charge des conduites addictives est encore actuellement très organisée autour des stades les plus graves, c'est-à-dire **de la dépendance**. Il apparaît très important de développer une organisation permettant **de répondre aussi aux stades précoces** dont les objectifs de soins peuvent être très différents de ceux pour les stades les plus graves.

Les structures addictologiques doivent désormais ne pas se limiter à la prise en charge des seules dépendances mais doivent également s'intéresser à l'ensemble du continuum des conduites addictives et proposer des modalités de prise en charge différentes et adaptées aux différents comportements de consommation.

- Les **objectifs de prise en charge** des personnes présentant des conduites addictives peuvent être **très différents** selon leur stade d'évolution : repérage et intervention brève, abstinence, substitution, réduction des risques...
- La prise en charge de ces personnes est réalisée par **des intervenants venant d'horizons différents** et de formation différente : champ médico-social ou sanitaire, médical (psychiatres ou somaticiens) et non médical. Cette diversité est une richesse mais constitue aussi une source **d'hétérogénéité des pratiques**.
- **Le dispositif actuel s'est historiquement construit à partir des produits** en fonction des problèmes posés (d'abord l'alcool, les drogues illicites depuis une trentaine d'années, le tabac depuis une quinzaine d'années et plus récemment encore le cannabis...), **de l'intérêt personnel** de certains chefs de service et **d'opportunités locales**. Il est de ce fait **hétérogène et éclaté**, comprenant des structures sanitaires, médico-sociales, associatives. Leurs moyens sont très différents (unités ou service pour les plus importants, simples lits dédiés dans un service de spécialité le plus souvent).
- Il repose encore souvent sur la motivation de tel ou tel, et **sa pérennité n'est pas assurée**.

L'avantage d'un tel dispositif dans sa diversité est de proposer aux patients des portes d'entrée et des modalités de suivi différentes. Mais il manque de lisibilité et probablement d'efficacité.

- Il existe un **continuum entre prévention et soins**, et ce sont souvent les mêmes acteurs qui interviennent dans ces deux champs, d'où la **nécessité d'une coordination** et d'une réflexion intégrée.

Les particularités de la prise en charge des troubles graves des conduites alimentaires (TGCA)

L'appartenance des troubles graves des conduites alimentaires (TGCA) au groupe des conduites addictives et l'organisation de leur prise en charge dans le dispositif spécialisé en addictologie fait régulièrement débat. Les experts s'accordent à penser que les TGCA appartiennent à la catégorie des addictions sans drogues ou addictions comportementales et que leur prise en charge appellent des compétences en addictologie. Ils doivent toutefois considérer :

- *chez les adolescentes et jeunes filles anorexiques* : les déterminants d'ordre psychopathologique et psychiatrique ainsi que les conséquences somatiques pour affirmer que leur prise en charge doit être assurée selon la forme clinique soit dans des unités psychiatriques pour adolescents ("Maison des adolescents"), soit dans des service d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition ayant développé une compétence spécifique, soit encore avec le concours des deux selon les moments évolutifs ;
- *chez les adultes* présentant soit des conduites boulimiques, soit des hyperphagies avec obésité morbide : d'abord les conséquences nutritionnelles, métaboliques et plus globalement médicales pour assurer leur prise en charge dans des services d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition ayant développé une compétence spécifique, ensuite les facteurs psychologiques et psychopathologiques pour leur adjoindre des compétences psychiatriques.

L'IMPORTANCE DU PROBLEME

QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

► Les consommations

L'alcool : le risque de consommation nocive et de dépendance

Sur l'ensemble des 18-75 ans, 10 % des individus peuvent être considérés comme ayant, ou ayant connu par le passé, un usage problématique d'alcool ; l'usage problématique apparaît plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (15 % vs 5 %) et varie faiblement avec l'âge. La proportion de buveurs quotidiens apparaît en baisse depuis le milieu des années 1990 : elle est passée de 23 % des adultes en 1995 à 15 % en 2005, à structure de population constante. Cela est dû en particulier à la diminution de la consommation quotidienne de vin. Néanmoins les ivresses alcooliques déclarées et la proportion de buveurs à risque sont restées stables depuis 2000. Ceci rappelle l'importance des actions de prévention orientées vers les jeunes.

Le tabac

Parmi les 18-75 ans, plus d'un tiers des individus se déclare actuellement fumeur de tabac, soit 29 % de fumeurs quotidiens et 5 % d'occasionnels. Les hommes restent encore plus souvent fumeurs de tabac que les femmes (35,5 % vs 27,5 %). En réalité, parmi les fumeurs réguliers, c'est le nombre de petits consommateurs (de 1 à 5 cigarettes) qui a le plus fortement diminué. Ces observations confirment que l'arrêt du tabac est plus fréquent parmi les « petits fumeurs » qui sont aussi les moins dépendants. Ceci implique de développer toutes les possibilités d'aide médicale pour les fumeurs les plus dépendants.

Le cannabis

En 2005, parmi les 18-75 ans près de trois adultes sur dix (27 %) déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis. 14 % des 18-25 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, 9 % en sont usagers réguliers et 4 % usagers quotidiens. Le cannabis est devenu un problème de santé publique nécessitant une réponse de prévention et de soins.

Les autres drogues

Il est possible de mesurer, entre 2000 et 2005, une hausse significative de l'usage de cocaïne et d'ecstasy tandis que ceux de l'héroïne, du LSD et des amphétamines semblent en baisse. Il faut s'attendre à une importante augmentation des problèmes liés à la cocaïne.

► Les conséquences sanitaires et sociales

Les conséquences sanitaires et sociales du mésusage d'alcool (usage nocif et dépendance)

En France, un des pays en tête pour la consommation moyenne d'alcool par habitant, il existe environ 3 millions de personnes en difficulté avec l'alcool. Il existe environ 150 000 héroïnomanes en France, plus de 200 000 consommateurs de cannabis à problème et un nombre croissant de cocaïnomanes. Le coût médical et social de l'alcoolisme est d'environ 1,5 % du PIB en France, 1 % pour le tabagisme, 0,15 % pour les drogues.

L'alcool, qui entraîne 45 000 décès par an, représente la première cause de décès chez les jeunes et la cause de plus de 30 % des décès par accidents de la route. Il représente aussi la deuxième cause de retard mental et est responsable de 20 % des handicaps. Il constitue enfin un facteur majeur pour la moi

tié des crimes et délits. Les conséquences médicales (cardiovasculaires, hépatiques, tumorales, neurobiologiques, psychiatriques...) et sociales de l'alcoolisme (désintégration familiale, violence, chômage, criminalité...) sont majeures.

Le tabac entraîne pour sa part environ 66 000 décès par an par cancers, bronchopathies et maladies cardio-vasculaires. Sa consommation associée avec l'alcool est hautement pathogène (cf infra).

C'est donc, pour l'alcool et le tabac réunis, plus de 100 000 morts par an en France qui sont évitables¹.

Les toxicomanies induisent également des conséquences médicales graves : hépatites, SIDA, troubles psychiatriques et neurologiques... et sociales.

➤ **Addictions et cancers**

Alcool et cancer

L'alcool est la 3^{ème} cause de mortalité en France dont une part importante par cancers : l'alcoolisation chronique induit en effet directement plus de 10 000 morts par cancers et par an.

Une relation positive a été bien mise en évidence entre certains types de cancers et la consommation d'alcool :

- cette relation est très bien documentée pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Le risque relatif varie de 2 à plus de 6 selon les études et les localisations. Le tabac a un effet potentialisateur.
- chez un cirrhotique, le risque de développer un carcinome hépato-cellulaire à cinq ans est de 15 à 20 %.
- une augmentation du risque, plus faible mais néanmoins significative, a plus récemment été mise en évidence pour les cancers du sein, du colon et du rectum.

Tabac et cancer

Le constat est encore plus accablant et maintenant très documenté pour le tabac puisque plus de 20 000 décès par cancer du poumon peuvent lui être attribués, plus de 6 000 décès par cancers des VADS et 7 000 cancers d'autre origine, soit au total plus de 33 000 décès par an.

Si l'on ajoute l'alcool, c'est donc plus de 40 000 décès par cancers qui pourraient être évités chaque année.

Cannabis et cancer

Le recul manque pour le cannabis et la part éventuelle de la responsabilité du Δ 9-THC dans la survenue d'une pathologie cancéreuse est encore méconnue. Cependant, la présence de goudrons et d'autres composés cancérigènes issus de la combustion du font craindre un effet important, à long terme, sur l'induction de cancers du poumon et des VADS. De plus les effets du cannabis et du tabac avec lequel il est souvent fumé pourraient être multiplicatifs. Des travaux de plus en plus nombreux vont dans ce sens.

➤ **Les besoins de soins tels qu'ils apparaissent dans le système de santé**

D'après l'enquête réalisée en 2000² auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé, un risque d'alcoolisation excessive a pu être repéré chez environ un cinquième des patients

¹ Rapport sur la perspective d'organisation d'Etats généraux de la lutte contre l'alcoolisme, élaboré sous la présidence de Madame Emmanuelle Jeandet-Mengual, Inspectrice générale des affaires sociales. Rapport présenté au Parlement par Mr Xavier Bertrand, Ministère de la Santé et des Solidarités. Juin 2005, 51 pages.

² DREES. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. Etudes et résultats, sept 2002, n° 132

ayant recours, pour quelque raison que ce soit, au système de soins un jour donné (18 % en médecine de ville et 20 % en établissement de santé). Les hommes représentent environ les trois quarts des patients ainsi classés à risque d'alcoolisation excessive.

L'alcoolisation excessive concernerait près de la moitié des hommes âgés de 35 à 64 ans hospitalisés un jour donné contre une femme sur cinq du même âge. Chez les généralistes libéraux, elle concerne deux hommes âgés de 35 à 64 ans sur cinq.

Les risques de dépendance concernent 7 % des personnes hospitalisées un jour donné et 5 % des patients des médecins généralistes.

La très grande majorité des patients classés dans l'enquête comme dépendants à l'alcool déclare bénéficier d'une prise en charge spécifique de ce problème. En revanche, pour les patients qui sont considérés comme ayant un usage nocif d'alcool sans dépendance, une telle prise en charge est minoritaire : environ 20 % des hospitalisés un jour donné et 30 % des clients des médecins généralistes de ville.

Les médecins généralistes doivent donc jouer un rôle très important dans la prise en charge spécifique des patients ayant une alcoolisation excessive. Mais les enquêtes menées auprès des généralistes mettent en évidence leurs difficultés à diagnostiquer et à prendre en charge ces patients et, parallèlement, leur importante demande de formation. Il en est de même pour les autres addictions (tabac, cannabis, opiacés...).

LE PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ILLICITES, LE TABAC ET L'ALCOOL

Depuis sept ans, l'assimilation sociale et politique du concept d'addiction trouve sa traduction dans les deux plans gouvernementaux mis en place successivement par la MILDT en 1999 et en 2004. Ces plans ont permis de commencer à mettre en place, une réponse sanitaire globale et intégrée, répondant aux diverses composantes de la maladie addictive, traitant spécifiquement les conduites de consommations pathologiques et, parallèlement, les complications psychiatriques et somatiques et, surtout, permettant la continuité des soins. Mais le développement d'une offre de soins globale et cohérente implique, outre le développement du dispositif médicosocial spécialisé, que le dispositif de soins généraux se sente réellement concerné (médecins généralistes et hôpitaux généraux) et que les Centres Hospitaliers spécialisés et les secteurs psychiatriques s'organisent également, sur le même modèle, pour apporter une réponse spécialisée et spécifique aux pathologies addictives.

Les grands objectifs du plan quinquennal 2004-2009 dans le domaine des soins sont les suivants :

- repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible
- développer, organiser et optimiser l'offre de soins pour en améliorer l'accessibilité et la qualité, une véritable planification régionale et départementale
- améliorer la qualité et la diversité des réponses thérapeutiques et consolider les programmes de réduction des risques
- expérimenter des méthodes de prise en charge innovantes
- promouvoir l'addictologie comme spécialisation.

Pour répondre à ces objectifs nous proposons un dispositif de soins qui s'appuie sur trois pôles complémentaires

- un pôle « ville » d'intervention de premier niveau
- un pôle « médico-social spécialisé » : les CSAPA (correspondant aux anciens CCAA et CSST) et les CAARRUD
- un pôle « hospitalier ».

La cohérence et la complémentarité de ces différents pôles s'exprimeront au mieux par leur organisation en réseau de prévention et de soins addictologiques.

LA PREVENTION

1- La prévention est un enjeu majeur pour la santé publique

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

De plus, ces consommations n'ont pas que des conséquences sanitaires mais aussi économiques, sociales et humaines : des pertes de productivité et de qualité ainsi que des accidents du travail s'observent en entreprise, des économies souterraines se développent, des quartiers en subissent des nuisances, des groupes familiaux sont déstructurés, etc.

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

La prévention ne peut donc plus rester le parent pauvre des politiques publiques, et les efforts de la collectivité vont devoir porter massivement sur les facteurs d'apparition des pathologies et de leurs dommages sanitaires. Cela signifie que des moyens, des recherches multidisciplinaires, des organisations cohérentes et des méthodologies rigoureuses vont devoir être mis en œuvre à un niveau très supérieur à celui d'aujourd'hui.

Le changement du centre de gravité des politiques de santé publique vers davantage de prévention est particulièrement crucial dans le domaine des addictions.

2- La France doit mener une politique cohérente de prévention des conduites addictives

Ce dont la prévention manque le plus dans notre pays, c'est de cohérence et d'organisation. Elle ne pourra répondre aux enjeux majeurs qu'elle doit relever que si la société et l'État décident enfin de lui donner la priorité et les moyens dont elle a besoin.

Parmi ces besoins, le premier est celui **d'une véritable politique et d'une instance nationale** qui puissent, en concertation, la définir et l'impulser, c'est-à-dire :

- fixer des objectifs programmatiques sur le moyen et le long terme,
- déterminer les axes stratégiques, les organisations et les modes de mobilisation des acteurs sur ces objectifs communs,
- créer les conditions pour permettre la qualité des interventions de terrain et leur cohérence,
- établir les besoins en moyens humains et financiers pour déployer et coordonner les programmes aux différents échelons de la collectivité (départements, régions, État).

La prévention a besoin d'un statut, c'est-à-dire d'une définition politique et administrative, **et d'un financement clair, rationnel et pérenne**, impliquant en particulier l'État, l'Assurance Maladie et les collectivités locales.

La prévention est un investissement pour demain. Au-delà du slogan, c'est ce que doit manifester la politique de l'État.

Une instance nationale doit définir et promouvoir cette politique sous l'égide de l'INPES, avec le concours de la DGS, de la MILDT, et en concertation avec la CNAMTS et les organismes ou les associations qui interviennent sur le terrain.

3- La prévention des conduites addictives a besoin d'une organisation rationnelle

On dit généralement que la prévention est l'affaire de tous, mais si elle implique effectivement les citoyens et l'ensemble des trois pôles du dispositif d'addictologie, il est indispensable de déterminer ce que fait chacun et de coordonner l'ensemble des acteurs. Cela exige de décliner les différents axes stratégiques et de déterminer les acteurs et leurs articulations entre eux. Cette organisation peut se concevoir selon quatre niveaux et axes stratégiques :

❶ Il existe une continuité entre les consommations « banales » et les consommations problématiques qui aboutissent à des complications. Il faut donc diminuer les niveaux de consommation en diminuant la demande et l'offre. **C'est le rôle de la « prévention universelle »** (campagnes d'information et éducation pour la santé, mesures de contrôle social).

❷ Les usages de substances psychoactives comportent des risques mais s'inscrivent aussi dans des modes de vie et la culture. Il faut donc développer les capacités de choix et de réflexion de chacun. **C'est le rôle de l'éducation et de la citoyenneté** qui est à promouvoir au moyen de la « **prévention de proximité** » pour relayer directement auprès de nos concitoyens, à tous les âges de la vie et en tous lieux, les mesures et actions relevant de la prévention universelle et leur apporter par des méthodes et outils appropriés et validés des connaissances fiables sur les effets et les risques des conduites addictives. Cette activité de prévention doit se conduire dans la durée au travers de contrats d'objectif et de moyens avec les opérateurs.

❸ Les complications sont étroitement liées aux comportements de consommation que les usagers sont en capacité de changer eux-mêmes. Il faut donc accroître les capacités d'autochangement et diminuer les conséquences nocives des consommations. **C'est le rôle de l'« intervention précoce » et la « réduction des risques »**.

❹ Les complications et les dépendances provoquent des souffrances physiques, psychiques et sociales qui nécessitent des traitements souvent longs et parfois contraignants, difficiles souvent à maintenir. Il faut donc que la prévention à ce stade s'intègre aux soins pour diminuer les risques de rechute et les durées de rétablissement. **C'est le rôle de l'« éducation thérapeutique » associée aux soins**.

Ces quatre niveaux et axes stratégiques doivent être coordonnés pour assurer le continuum prévention, soin et accompagnement psycho-social.

4 – La prévention doit être développée tout particulièrement en direction des personnes vulnérables et des situations à risques au moyen d'actions de proximité

Prévention ciblée vers les adolescents

Les données cliniques, épidémiologiques et désormais neurobiologiques mettent en évidence une particulière vulnérabilité de l'adolescent. La gravité des conduites addictives est clairement corrélée à leur précocité. Ces données justifient la nécessité d'une prévention particulièrement active de la consommation de substances psychoactives chez l'adolescent :

- Information largement diffusée sur les risques et la nocivité des consommations chez l'adolescent et plus encore le pré-adolescent ;
- formation au repérage et à l'aide précoce des intervenants au contact des adolescents et développement d'outils adaptés ;
- développement d'une charte « lycées et facultés "sans addiction" » ;
- intégration d'une consultation d'addictologie dans les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) ;

- actions envers les jeunes en errance ou en voie de désocialisation au moyen des CAARRUD.

Prévention de l'exposition prénatale auprès des femmes enceintes

L'action nocive des substances psychoactives (alcool en premier lieu mais aussi tabac, héroïne et cannabis) sur le fœtus est désormais bien connue et légitime une prévention active ciblée vers les femmes enceintes par :

- le développement des campagnes d'information ;
- un avertissement sanitaire (message et/ou pictogramme) visible sur les boissons contenant de l'alcool ;
- l'organisation des maternités « sans addiction »
- la mise en place de consultation d'addictologie dans les maternités.

Prévention routière

- Intensifier les campagnes d'information et de dépistage de l'alcoolémie et de la consommation de substances psychoactives au volant ;
- Installer un éthylomètre dans les véhicules informant le conducteur de ses capacités à conduire ;
- Promouvoir des stages psycho-éducatifs de prévention de la récidive chez les conducteurs primo-délinquants pour la conduite sous l'empire de l'alcool ;
- Développer dans le cadre de l'application de la peine avec obligation de soin des programmes innovants en matière de prévention chez les conducteurs récidivistes.

Prévention en milieu de travail

- Développer les campagnes d'information et de sensibilisation dans les entreprises ;
- Sensibiliser et former les chefs d'entreprise, les DRH et l'encadrement ;
- Développer les cellules ou groupe de prévention en entreprise ;
- Former les médecins et paramédicaux des services de santé au travail au repérage précoce et à l'intervention brève ainsi qu'à l'accompagnement pour le retour à l'emploi des personnes dépendantes en voie d'abstinence.

VOLET « SANITAIRE »

- Etat des lieux	28
- Propositions	29
- Mieux articuler le dispositif addictologique et la psychiatrie	37
- Mieux articuler les dispositifs addictologiques et cancérologiques	39
- Mieux articuler les dispositifs addictologiques et de périnatalité	39

LE VOLET SANITAIRE : ORGANISATION DU DISPOSITIF ADDICTOLOGIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

ETAT DES LIEUX

En ce qui concerne plus spécifiquement les établissements de santé, de nombreuses insuffisances sont encore soulignées par les professionnels :

- le repérage des pratiques d'abus ou de dépendance est trop peu développé dans les services non addictologiques ;
- la prise en charge des jeunes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs drogues (alcool, cannabis, ecstasy, médicaments...) se limite le plus souvent à un accueil aux urgences sans qu'un véritable suivi soit organisé ni même proposé. La personne regagne son domicile sans que le problème d'un abus ou d'une dépendance ait été abordé ;
- très peu de services d'urgence se sont organisés pour répondre de façon adaptée aux consultants ayant des problèmes aigus liés à leurs addictions (alcoolisation aiguë, situations de crises, surdosage). La plupart des services d'urgences ne disposent pas des ressources d'une ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) ;
- il existe très peu de services spécialisés en addictologie. Ils sont en nombre très insuffisant pour répondre à la demande d'hospitalisation. Le plus souvent, on se limite au sein des hôpitaux au traitement des complications mais un projet spécifique de soins de la conduite addictive elle-même, d'accompagnement et/ou de réduction du risque est rarement proposé. Les relations avec les structures spécialisées, les réseaux ou les équipes de psychiatrie restent insuffisantes ;
- les services hospitaliers sont encore trop peu articulés avec les principaux intervenants en charge des personnes ayant des conduites addictives, que ces intervenants soient d'ailleurs intra-hospitaliers ou dans le dispositif médico-social ambulatoire. Les ruptures dans le suivi des personnes sont donc fréquentes ;
- il existe très peu de consultations en addictologie : les délais d'obtention d'un rendez-vous médical sont généralement de plusieurs semaines
- enfin, la mission de prévention destinée à promouvoir les comportements favorables à la santé au sein des établissements de santé est quasi inexistante.

Les carences actuelles relèvent de plusieurs facteurs :

- la disparité et l'inégalité dans la répartition territoriale des moyens (unités ou services d'addictologie, équipes de liaison, lits dédiés...) ;
- le problème de la tarification en MCO : le seul GHS qui existe actuellement valorise correctement les sevrages simples (durée de séjour de 7 jours en moyenne). Or les patients qui nécessitent une hospitalisation dans une structure addictologique ont souvent des pathologies lourdes, notamment à cause de la sévérité de la conduite et de la gravité des comorbidités associées, somatiques ou psychiatriques. Pour ces patients complexes, maintenus en MCO, car la gravité des troubles ne permet pas le passage en SSR, la durée de séjour est de l'ordre de 20 jours en moyenne, en service d'aigus. Ces séjours pénalisent beaucoup les structures qui les pratiquent. De ce fait, un certain nombre de structures sont passées en SSR, d'autres ont tout simplement

disparu. Et ce mouvement de fermeture des structures d'addictologie ne pourra que s'amplifier avec la montée en charge de la T2A (tarification à l'activité) ;

- il y a donc un réel besoin de créer un GHS spécifique ;
- le problème de la pérennité des unités d'addictologie qui dépendent trop de l'intérêt du chef de service auquel elles sont rattachées. Un changement de chef de service peut donc entraîner la fermeture de l'unité.

PROPOSITIONS

LABELLISER DES FILIERES ADDICTOLOGIQUES HOSPITALIERES

Labelliser des filières addictologiques hospitalières autour d'un projet coordonné. Une filière addictologique hospitalière complète est un dispositif de soins couvrant les différentes possibilités de prise en charge des personnes présentant des conduites addictives et comprenant :

- une consultation
- une équipe de liaison et de soin en addictologie (ELSA)
- un hôpital de jour
- des lits d'hospitalisation complète pour sevrages simples
- des lits d'hospitalisation complète pour les soins résidentiels complexes.
- des soins de suite et de réadaptation

Ces filières addictologiques assureront la coordination des soins tout au long du parcours hospitalier des patients et prépareront le projet thérapeutique individualisé après la sortie avec les intervenants de ville et du secteur médico-social.

ORGANISER LE DISPOSITIF ADDICTOLOGIQUE HOSPITALIER EN 3 NIVEAUX

Les patients présentant des conduites addictives doivent pouvoir bénéficier, selon la gravité de leurs troubles, d'un dispositif gradué qui se décline sur trois niveaux :

LE NIVEAU I : niveau de proximité

Il permet d'assurer les réponses de proximité et, si besoin, les sevrages simples. Il s'agit :

- **des consultations hospitalières d'addictologie** (y compris les consultations de tabacologie) qui doivent être créées dans chaque établissement de santé doté d'une structure des urgences ;
- **des équipes hospitalières de liaison et de soin en addictologie** (ELSA) : repérage, bilan, orientation ;
- **des structures d'hospitalisation permettant de réaliser des sevrages simples**. Ces lits sont le plus souvent situés dans le système de soins généraux : services non spécialisés en addictologie (médecine interne, médecine polyvalente, hépatogastroentérologie... et/ou psychiatrie, disposant de lits fléchés et d'une équipe sensibilisée ou, mieux, formée à l'addictologie. Il est donc nécessaire, pour pouvoir bénéficier d'une équipe soignante compétente et motivée, que ces lits soient regroupés dans un service ;
- ce service servira également de référent pour les autres demandes, notamment les relations avec l'accueil des urgences. Il accueillera aussi, dans un souci de coordination, la consultation hospitalière d'addictologie et l'équipe de liaison en addictologie. **L'ensemble devrait être regroupé en Unité Fonctionnelle.**

- les établissements spécialisés tels que les **maternités et les centres anticancéreux**, étant donné l'importance ou la gravité des conduites addictives chez les patients concernés, doivent également organiser une réponse de niveau I.

Une prise en charge de niveau I doit être disponible dans chaque territoire de santé de proximité.

LE NIVEAU II : niveau de recours

Niveau spécifiquement addictologique, il comprend des structures bénéficiant de personnel formé à l'addictologie et proposant des prises en charge spécialisées.

Elles accueillent des patients posant des problèmes particuliers pour lesquels les structures de niveau I n'ont pas permis d'obtenir un résultat suffisant.

Deux types de structures sont à considérer dans ce niveau :

1) Les services d'addictologie

Structures de prise en charge aiguë, ils doivent pouvoir prendre en compte l'ensemble des conduites addictives et des problèmes posés par les patients, qu'il s'agisse de la conduite addictive elle-même, de ses complications somatiques et/ou psychiatriques et/ou des co-morbidités associées. Ils s'appuient sur un plateau technique suffisant. Ils constituent un véritable pôle de référence et d'évaluation addictologique comprenant :

- **Consultation**
- **Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)**
- **Hospitalisation de jour** (niveau 2 et 3)

Elle est appelée à se développer et à devenir le pivot de la prise en charge hospitalière des patients présentant des addictions du fait des possibilités de programmes thérapeutiques intensifs qu'elle offre tout en maintenant au maximum les patients dans leur environnement. Elle permet de proposer un accompagnement intensif médical, psychologique et social similaire à celui proposé lors d'une hospitalisation dans un service spécialisé en addictologie et constitue une alternative à l'hospitalisation temps plein ou un relais de celle-ci.

Elle doit compléter l'éventail de l'offre de soins.

- **Hospitalisation complète pour sevrage et soins résidentiels complexes**

Ces structures accueillent :

- les patients fragiles, présentant une dépendance majeure et en situation d'échec après une ou plusieurs tentatives de sevrage et de maintien de l'abstinence ;
- les patients dépendants les plus lourds nécessitant une hospitalisation prolongée et un programme thérapeutique intensif du fait du nombre et de l'importance de leurs problèmes et n'arrivant pas à maintenir une abstinence par des prises en charge moins lourdes ;
- les patients nécessitant des bilans somatiques ou des évaluations neuro-psychiatriques et cognitives approfondis ;
- les patients nécessitant une rupture plus ou moins longue par rapport à leur milieu de vie habituel, ou à l'inverse isolés sur le plan social et affectif ou en situation de précarité sociale ou professionnelle...

Ces unités permettent une **évaluation et un bilan addictologique somatique, social et psychiatrique approfondis**. Tous les bilans, examens et surveillances doivent pouvoir être pratiqués : bilans ORL, pulmonaire, hépatique, digestif complets, ainsi qu'une évaluation neurologique (avec scanner ou IRM), neuropsychologique et psychiatrique.

De même une évaluation précise de la situation sociale (droits sociaux, logement, famille, travail...) doit être faite pour faciliter un projet de soins global.

Ces unités proposent **des soins addictologiques spécifiques** :

- des thérapies de groupe qui comprennent des ateliers (stimulation cognitive, groupe de parole et groupe d'éducation pour la santé) et des thérapies cognitivo-comportementales (renforce

- ment motivationnel, prévention de la rechute, entraînement aux compétences sociales et gestion des émotions négatives) ;
- des psychothérapies individuelles ;
- la possibilité de thérapie familiale ou de couple ;
- des consultations sociales et des ateliers de réinsertion ou de recherche d'emploi ;
- des thérapies à médiation corporelle (relaxation, balnéothérapie, sports...) ;
- des consultations diététiques ;
- un espace de rencontre avec les associations de patients et les mouvements d'entraide.

Au moins une filière complète de prise en charge de niveau II doit être disponible dans chaque territoire de santé de planification. Les besoins précis doivent être définis dans chaque région à partir d'un état des lieux et de la définition d'objectifs quantifiés.

2) Les soins de suite et de réadaptation addictologiques (SSR) (niveau 2)

Actuellement, une certaine confusion existe du fait que des structures proposant des projets thérapeutiques très différents sont classées administrativement sous la même appellation administrative de SSR.

Ainsi, des structures assurant antérieurement des sevrages et des séjours plus longs en MCO ont été reclassées administrativement en SSR pour des raisons financières et de tarification alors que leur activité est bien, au moins pour une part importante, une activité de court séjour. Les durées de séjour y sont habituellement de 1 à 4 semaines.

Parallèlement sont aussi classées en SSR des structures qui assurent des programmes de type « post-cure » classique, avec des durées de séjour plus longues, de 1 à 3 mois, des équipes et des programmes de prise en charge très différents. Ces structures sont habituellement orientées soit vers l'alcool, soit vers les produits illicites.

Pour rendre sa lisibilité et sa cohérence au système, il convient de resituer ces structures différentes en fonction de leurs projets thérapeutiques, de leurs équipes, de leurs moyens et non en fonction d'impératifs financiers.

Les soins de suite et de réadaptation, comme leur nom l'indique, sont un temps intermédiaire entre les soins aigus et le retour dans un lieu de vie. Ils sont une étape importante de la prise en charge résidentielle que nécessitent des patients à certains moments de leur parcours de soins pour consolider leur abstinence et débiter leur réhabilitation personnelle.

Sur le plan des missions, les unités SSR doivent pouvoir répondre à différents besoins impliquant une orientation adaptée de leur projet thérapeutique :

- Les soins de suite et de réadaptation à orientation addictologique :

Ils ont pour objectifs d'aider les patients à consolider leur abstinence, de renforcer le travail réalisé au cours de l'accompagnement antérieur, de proposer un projet thérapeutique médico-psychosocial où la réadaptation est un objectif essentiel. Les durées de séjour y sont de 1 à 3 mois ;

- Les soins de suite et de réadaptation à orientation cognitive :

Ils accueillent les patients présentant des troubles des fonctions cognitives d'origine toxique pour lesquels un temps de séjour entre la prise en charge aiguë et le suivi addictologique est nécessaire. Il s'agit d'un temps d'évaluation et de récupération cognitive grâce au maintien de l'abstinence garantie par le cadre résidentiel et à des programmes de soins spécifiques de façon à ce que les malades puissent ensuite tirer tout le profit possible du suivi addictologique après la sortie. Les patients dont la récupération apparaît au terme de leur séjour insuffisante et incompatible avec un retour à domicile sont ensuite orientés vers des lieux de vie adaptés à leur handicap.

Ces structures à orientation cognitive sont pratiquement inexistantes à l'heure actuelle. Les patients qui en relèvent restent actuellement dans des services MCO ou de psychiatrie en inadéquation avec les objectifs de ces unités et sans tarification adaptée.

Les structures de soins de suite et de réadaptation qui existent actuellement sont réparties de façon très hétérogène sur le territoire national. Elles sont à la fois des structures de proximité pour accueillir les patients de leur région et des structures ressources pour certains patients d'autres régions, soit parce que celles-ci sont dépourvues de ce type de structures, soit parce que les patients nécessitent une coupure avec leur milieu habituel et un éloignement, soit encore parce que leur programme thérapeutique paraît le mieux adapté à ces patients.

La répartition géographique des soins de suite et de réadaptation doit être revue, après un état des lieux précis de l'existant en fonction des besoins de chaque région et des projets thérapeutiques de ces structures de façon à assurer une couverture satisfaisante du territoire.

Une unité de soins de suite à orientation cognitive devrait être créée par région.

LE NIVEAU III : niveau régional

Centre d'Addictologie Universitaire : centre régional de ressources et de formation, et lieu de recherche, il propose les mêmes prestations médico-techniques que les structures de niveau II, adossées au plateau technique du CHU.

Il travaille en partenariat formalisé avec les deux autres niveaux. Ce centre ressource constitue un véritable pôle régional addictologique permettant la coordination de l'enseignement et de la recherche, véritable interface entre la clinique, la recherche fondamentale et les structures de recherche institutionnelles (INSERM, CNRS...). Il assure une coordination régionale des différents réseaux addictologiques de proximité.

Un centre de niveau III doit être disponible dans chaque CHU.

ASSURER LA PERENNITE DES STRUCTURES

Cela implique que :

- l'orientation en addictologie d'une unité et/ou d'un service dépende du projet médical d'établissement et de pôles, et non plus seulement de l'intérêt du chef de service pour cette discipline (cf infra) ;
- un financement adapté permette à ces structures d'être viables dans le cadre de la réforme de la tarification et évite ainsi leur transformation en SSR ou même leur disparition pour des motifs de non rentabilité.

Il faut assurer la pérennité des structures par :

- **une reconnaissance administrative des unités d'addictologie (unité fonctionnelle au sein d'un pôle) ;**
- **un fléchage des postes de praticien hospitalier en addictologie avec une fiche de poste précisant les missions et les compétences demandées ;**
- **une représentation de l'addictologie au sein de la CME par le praticien hospitalier responsable de l'unité fonctionnelle ou du service ;**
- **un financement assurant la viabilité des structures en MCO soit par les MIGAC (consultations d'addictologie, ELSA), soit par la T2A selon les cas : maintenir le GHS existant pour les sevrages simples (durée moyenne 1 semaine). Créer un GHS spécifique pour les soins résidentiels complexes (séjours longs de 3 semaines en moyenne).**

INCITER FORTEMENT A LA MISE EN PLACE DE CE DISPOSITIF HOSPITALIER DE SOINS EN ADDICTOLOGIE.

- **Intégrer l'organisation en 3 niveaux dans un volet « addictologie » du SROS** : demander à chaque région qui n'a pas proposé de volet addictologique dans le SROS 3 de faire un avenant sur ce thème.
- **Rendre ce volet « addictologie » obligatoire dans les SROS futurs.**
- Définir les besoins régionaux pour chacun des 3 niveaux à partir d'indicateurs et d'objectifs quantifiés.
- Dans le cadre d'une réflexion intégrée et de la planification, il est indispensable d'**harmoniser les programmes sanitaires (SROS) et médico-sociaux** (schémas régionaux d'addictologie médico-sociaux).
- **Demander à tous les établissements publics de santé de disposer d'un volet « addictions » dans leur projet médical d'établissement** et/ou leur Contrat d'Objectif et de Moyens. Un tel volet devrait aussi exister dans les projets médicaux de Territoire de santé.
- La politique de lutte contre les addictions dans les établissements de santé sera mise en place et évaluée par un Comité de Lutte contre les Addictions dans chaque établissement.
- **L'évaluation de ce volet addiction devra faire partie des procédures de certification mises en place par la HAS**, tant dans l'évaluation du parcours du patient que dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

INTEGRER L'ACTIVITE ADDICTOLOGIQUE DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DES POLES HOSPITALIERS

L'organisation de l'addictologie hospitalière doit tendre vers un regroupement des structures concernées au sein d'un pôle transversal de services. Cependant, la diversité des organisations actuelles dans les établissements hospitaliers, héritage historique, doit inciter à laisser beaucoup de souplesse dans l'organisation de ce dispositif pour tenir compte de l'existant et éviter de casser les dynamiques qui se sont construites. L'essentiel est de **situer l'addictologie dans un pôle qui assure son existence et sa viabilité**, ainsi que la coordination des différentes activités addictologiques, garante d'une offre aux patients des soins requis par leur état. La constitution d'un pôle spécifique « addictologie » peut être envisagée selon la taille de l'établissement et/ou le contexte.

RATTRAPER LE RETARD EN MATIERE DE PREVENTION

Les établissements hospitaliers ont un rôle important à jouer bien qu'encore peu développé dans la prévention :

- **en direction des patients** qui y sont hospitalisés (prévention primaire, secondaire ou tertiaire) ;
- **en direction des personnes**, très nombreuses, qui viennent les voir et qui bénéficieraient grandement de messages de prévention à l'occasion de leur visite ;
- des outils sont disponibles. Ils devraient être mis à la disposition des patients et de leur entourage. Dans chaque service, spécialisé ou non, un espace « Information – Prévention » devrait être installé ;
- **en direction également du personnel hospitalier** : la sensibilisation et la formation du personnel au repérage et à la prise en charge des conduites addictives doivent s'appuyer sur une stratégie de prévention et d'aide précoce des personnels des établissements de santé. Une politique tendant vers un « *Hôpital sans addiction* » sur le mode de ce qui est fait pour un « *Hôpital sans tabac* », doit être menée en collaboration avec les personnels, la direction, la médecine du travail et les équipes spécialisées.
- des **programmes d'éducation thérapeutique** devraient aussi être développés.

RENFORCER LA PLURIDISCIPLINARITE DES EQUIPES ET LEUR FORMATION

Les personnes présentant une conduite addictive connaissent en général de nombreux problèmes qui justifient une approche globale et intégrée, médico-psycho-sociale. Leur prise en charge doit donc répondre à toutes ces difficultés et reposer sur une équipe pluridisciplinaire spécifiquement formée à l'addictologie. Le travail en commun de professionnels venant d'horizons divers et variés, issus des champs sanitaire (médecins et non médecins) et social est une richesse et une nécessité. C'est aussi une source d'hétérogénéité des pratiques qui impose de partager une formation de base à des concepts, un langage et des outils communs pour un travail synergique autour du patient.

Cette formation permettra de faciliter la mise en place de programmes thérapeutiques scientifiquement validés.

L'addictologie doit être incluse dans les plans nationaux de formation définis par la DHOS.

CREER ET DIFFUSER DES REFERENTIELS DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE pour améliorer et harmoniser les pratiques en les appuyant sur des données scientifiques fiables.

- Développer l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- Développer des programmes d'éducation thérapeutique pour les patients pris en charge dans les structures sanitaires.

ASSURER LA CONTINUTE DES SOINS :

- **ARTICULER LES STRUCTURES HOSPITALIERES AVEC LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL SPECIALISE.**
- **DEVELOPPER LES RESEAUX ADDICTOLOGIQUES.**

Les soins hospitaliers devront être articulés avec :

- la prise en charge dans la communauté sur le mode médico-social (CCAA, CSST, CSAPA), c'est à dire : repérage, accès aux soins, accueil, bilan, orientation, sevrage ambulatoire, accompagnement médico-psycho-social ;
- les professionnels du champ sanitaire libéral : médecins généralistes et spécialistes, mais aussi infirmières, kinésithérapeutes, psychologues...
- les intervenants du champ social.

Ces réseaux sont le garant du décloisonnement des structures et de la coordination des soins entre les partenaires tout au long du parcours des patients. Ces réseaux seront créés sur la base d'un cahier des charges national, en cours d'élaboration, et d'un guide méthodologique pour les promoteurs.

EVALUER LE DISPOSITIF HOSPITALIER EN ADDICTOLOGIE ET DEVELOPPER DES INDICATEURS

Le dispositif hospitalier n'est qu'un des éléments de la prévention, du repérage précoce et de la prise en charge des personnes ayant des problèmes avec les substances psychoactives. Relativement peu de données sont disponibles sur lui. Une démarche « régionale, publique, privée et associative » et globale d'évaluation de l'ensemble des secteurs (ambulatoires et hospitaliers) s'avère indispensable pour apprécier l'offre de soins et son adéquation avec les besoins. La création d'un outil de suivi est nécessaire.

- Des indicateurs régionaux relatifs à l'existence et la qualification d'une offre de soins en addictologie selon les trois niveaux de prise en charge (en rapport avec la population générale et hospitali

sée, évaluée en fonction de la lourdeur de la prise en charge) doivent être élaborés afin de faciliter la visibilité et la lisibilité du dispositif.

- Evaluation des SROS 3 et perspective du SROS 4 avec thématique spécifique addictologie.
- Evaluation médico-économique à l'échelon régional et national à travers la T2A, les MIGAC et le PMSI.

FACILITER L'ACCES, Y COMPRIS FINANCIER, DES PATIENTS AUX SOINS EN ADDICTOLOGIE

- **Améliorer le maillage régional en structures d'addictologie.**
- **Reconnaître les troubles addictifs graves comme Affection de Longue Durée (ALD) permettant une prise en charge à 100 %.** Des contacts seront pris avec l'HAS pour élaborer des référentiels sur ce point.
- **Compte tenu de l'existence, dans certains contrats d'assurance, de clauses restrictives concernant la prise en charge par les mutuelles des conduites d'alcoolisation ou plus généralement des conduites addictives, il faut améliorer la couverture sociale des patients présentant de telles conduites,** charge au gouvernement, à l'Assurance Maladie et aux mutuelles, dont la Mutualité Française, de décider ensemble de la complémentarité et des modalités de l'amélioration de la couverture de ces pathologies.
- **Faire évoluer les mentalités des équipes soignantes non spécialisées en addictologie sur les personnes présentant une conduite addictive.** Encore considérés davantage comme des gêneurs que comme de vrais malades dans les services de spécialité, ils y sont difficilement acceptés et mal pris en charge. Ce changement de regard doit passer par le renforcement de la formation addictologique au cours de la formation initiale et continue des professionnels concernés, médecins et non médecins.

MIEUX ARTICULER LE DISPOSITIF ADDICTOLOGIQUE ET LA PSYCHIATRIE

ETAT DES LIEUX

Il apparaît très important d'articuler le dispositif addictologique avec le dispositif psychiatrique. En effet, trop souvent encore, les collaborations et les liens entre l'addictologie et la psychiatrie sont insuffisants et peu organisés ; faute d'une définition des champs de compétence et des missions respectives, les passages de l'une à l'autre ont souvent lieu sur le mode du rejet, et pas encore assez sur le mode d'une coopération constructive. Pour améliorer et clarifier la prise en charge des patients ayant un double diagnostic, il est nécessaire de préciser au mieux les missions des uns et des autres et leur complémentarité.

Prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictives

Les psychiatres et/ou secteurs psychiatriques sont en général saisis pour traiter :

- les comorbidités addictives de patients présentant des troubles psychiatriques ;
- les détresses et désadaptations induites par les comorbidités cognitives et/ou psychiatriques de patients présentant des conduites addictives.

Il peut s'agir:

- d'une comorbidité psychiatrique primaire associée à une conduite addictive secondaire : la conduite addictive devra alors être traitée en tant que telle, en mettant en place les stratégies de soins correspondant aux bonnes pratiques cliniques ;
- de troubles mentaux et/ou de troubles du comportement induits par la conduite addictive elle-même : troubles anxieux et dépressifs ; troubles cognitifs avec leurs effets en termes de dégradation du fonctionnement global et de réduction des facultés du gouvernement de soi. Dans ce cas, les psychiatres ont alors, comme les internistes, un rôle important pour repérer la conduite addictive et favoriser chez le sujet la prise en conscience du lien entre ces dommages et sa conduite, et permettre ainsi une prise en charge addictologique.

Les prises en charge des comorbidités psychiatriques et addictives doivent se faire en partenariat entre des équipes ayant des compétences différentes et complémentaires et nécessaires l'une et l'autre (ou par la même équipe si elle possède la double compétence). Les troubles psychiatriques restent du ressort du secteur psychiatrique qui peut, si nécessaire, s'appuyer sur une prise en charge addictologique complémentaire spécifique.

Pour répondre à ces doubles pathologies, l'équipe psychiatrique doit :

- soit avoir des compétences addictologiques s'appuyant sur des formations validées de ses personnels médicaux et paramédicaux,
- soit s'appuyer sur une équipe de liaison et de consultations addictologiques.

Développement d'unités spécialisées en addictologie dans les Etablissements de Santé Mentale

Par ailleurs, certaines équipes au sein des Etablissements Publics de Santé Mentale se sont spécifiquement orientées vers l'addictologie. Il existe ainsi :

- des intersecteurs d'alcoologie
- des intersecteurs de toxicomanie et/ou de pharmacodépendances
- des unités intersectorielles d'alcoologie et/ou d'addictologie au sein d'Etablissements spécialisés en Santé Mentale.

Par les compétences acquises et leurs missions, notamment par leurs équipements en lits et en dispositifs ambulatoires (CMP et CATTP), ils ont vocation à devenir l'UF addictologique de niveau II ou à s'intégrer dans le dispositif régional de niveau III.

PROPOSITIONS

Les patients ayant des comorbidités addictives et psychiatriques doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge pour ces deux troubles.

Les services et Etablissements Publics de Santé Mentale devront proposer une organisation de prise en charge cohérente des patients avant des troubles addictifs.

Pour cela, à l'instar de tous les établissements de santé, ils devront **assurer au moins une réponse de Niveau I** : ceci impliquera qu'ils aient soit des compétences addictologiques validées dans les équipes médicales et paramédicales des différents secteurs, soit une unité fonctionnelle d'addictologie comprenant (comme pour tous les établissements de niveau I) une équipe de liaison, des consultations et des lits fléchés.

Des conventions pourront être passées, en particulier pour les établissements de niveau I, avec les autres structures addictologiques.

Le plan de formation de l'établissement devra proposer des formations addictologiques correspondant aux différents besoins des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux.

Dans certains cas, selon l'intérêt et la compétence des équipes, les conditions locales, et en accord avec la planification régionale, certains EPSM auront développé des structures addictologiques spécifiques correspondant alors au **niveau II** : ceci s'applique à une équipe complète appartenant soit à une unité fonctionnelle intersectorielle, soit à un service ou à un intersecteur d'addictologie. L'ensemble devrait comporter une vingtaine de lits, des places de jour, une équipe de liaison et de consultation.

Et parfois, dans certains EPSM ayant vocation universitaire, pourront se créer des **structures de niveau III** avec des compétences d'enseignement et de recherche.

MIEUX ARTICULER LES DISPOSITIF ADDICTOLOGIQUES ET CANCEROLOGIQUES

Compte tenu de la fréquence des cancers évitables chez les patients présentant des conduites addictives, notamment une alcoolisation chronique et/ou un tabagisme, il est essentiel de mieux coordonner les dispositifs, structures et réseaux, addictologiques et cancérologiques.

Les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), les consultations d'annonce du cancer et de façon générale les consultations de cancérologie sont des lieux privilégiés de repérage des conduites addictives et d'orientation pour une prise en charge adaptée. Les ELSA et de façon générale, les structures de niveau I doivent jouer un rôle dans la formation et l'aide à la prise en charge des patients cancéreux présentant une conduite addictive.

Parallèlement, il faut sensibiliser et former les équipes addictologiques au repérage des cancers et se donner les moyens de ce repérage.

Propositions :

- **former les intervenants en cancérologie au repérage des conduites addictives,**
- **sensibiliser les intervenants en addictologie au dépistage des cancers,**
- **mettre en place des procédures de coopération entre les structures et les réseaux d'addictologie et de cancérologie** pour faciliter l'orientation des patients et leur prise en charge par les structures les plus adaptées à leurs problèmes. Ces procédures pourraient trouver leur place notamment dans le cadre des cellules d'aide à l'organisation des soins de proximité régionale et territoriale (CAOSP).

MIEUX ARTICULER LES DISPOSITIF ADDICTOLOGIQUES ET DE PERINATALITE

Les conduites addictives sont pourvoyeuses de nombreux problèmes au cours de la grossesse et après la naissance. Au-delà des grands syndromes malformatifs qui ont permis de décrire le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), elles sont la première cause de retards de développement psycho-moteur et de handicaps en France.

De plus, les conduites addictives, notamment de consommation de substances psychoactives chez les mères de très jeunes enfants sont également source de carences diverses.

Propositions :

De ce fait, il est important, comme cela a été évoqué pour la cancérologie de :

- **former les intervenants en périnatalité au repérage des conduites addictives,**
- **créer des consultations d'addictologie dans les maternités,**
- **mettre en place des procédures de coopération entre les structures et les réseaux d'addictologie et de périnatalité** pour faciliter l'orientation des patients et leur prise en charge par les structures les plus adaptées à leurs problèmes.

Ces points doivent être intégrés dans le plan périnatalité (Voir aussi les chapitres prévention et formation).

VOLET « MEDICO-SOCIAL »

Développer et améliorer les réponses spécialisées médico-psycho-sociales

- Définition, missions et besoins	41
- Les axes d'amélioration	43

LE DISPOSITIF MÉDICO-SOCIAL EN ADDICTOLOGIE

DÉFINITION, MISSIONS ET BESOINS

Définition

L'un des objectifs affichés de ce plan est de réduire la prévalence des cancers en s'attaquant à ceux qui sont évitables parce qu'ils trouvent leur origine dans des consommations dommageables de substances psychoactives et addictives (ou addictogènes).

Les actions à conduire, pour avoir quelques chances d'être efficaces en termes de santé publique, doivent être aussi précoces que possible et toucher le plus grand nombre de sujets à risque (plus de 10 % de la population), ou de personnes dans le « mésusage » (plus de 10 % de la population également), bien avant que la dépendance ne soit installée. Lorsque cette dépendance est installée (elle touche 3 % de la population), il s'agit d'une véritable maladie chronique vis-à-vis de laquelle une intervention ponctuelle est vouée à l'échec. Les soins sont donc à organiser dans le cadre d'un accompagnement à long terme au plus près de la vie familiale et sociale de la personne.

A côté du secteur sanitaire hospitalier, irremplaçable pour les soins les plus lourds et/ou dans les phases les plus aiguës, il est indispensable de donner au secteur médico-social la reconnaissance et les moyens qui lui sont nécessaires pour intervenir aux stades les plus précoces de l'addiction et pour accompagner ensuite les personnes dépendantes au plus près de leurs besoins.

Ce secteur a été jusqu'ici cloisonné entre structures spécialisées en alcoologie (les Centres de Cure Ambulatoires en Alcoologie – CCAA) et structures spécialisées en toxicomanie (Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes – CSST). Depuis quelques années un processus de rapprochement et de restructuration a été amorcé pour définir et constituer un véritable **dispositif médico-social en addictologie**.

Missions spécifiques

Ce dispositif médico-social en addictologie doit être en capacité de remplir les **quatre missions** suivantes :

- 1) **Développer des interventions précoces** auprès des usagers dès le début des consommations pour en limiter les risques et prévenir l'aggravation vers la dépendance.
- 2) **Apporter** les aides nécessaires par **toutes les ressources accessibles, tout au long du parcours** de soins et d'accompagnement pour diminuer les dommages sanitaires et sociaux liés aux addictions.
- 3) **Favoriser l'accès aux soins** en offrant des services spécialisés proches et adaptés.
- 4) **Assurer les soins et l'accompagnement** médical, psychologique et social spécifiques et nécessaires aux personnes souffrant d'addiction.

État des lieux

À l'heure actuelle, le dispositif médico-social est constitué de **petites structures** (environ 500 à 600 si l'on inclut les CAARUD) réparties de façon disparate sur le territoire national et animées par des équipes qui participent à l'accompagnement des usagers tout au long de leurs trajectoires, **depuis le repérage et l'accueil de la personne et de son entourage, jusqu'au suivi psycho-social et à l'insertion**. Il offre des prises en charge diversifiées qui se déclinent en services sociaux, psycho-éducatifs et médicaux en mesure d'assurer les modes d'accompagnement et les traitements adaptés.

Ces équipes travaillent dans le champ de :

- la prévention, notamment par des actions dites de « repérage et intervention précoce » (consultations jeunes usagers, consultations avancées),
- des soins ambulatoires (CSST et CCAA),
- l'hébergement thérapeutique (Centres Thérapeutiques Résidentiels, appartements thérapeutiques, Familles d'accueil)
- la réduction des risques associés aux usages de drogues (CAARRUD).

Ce dispositif remplit des missions étendues fixées par les décrets définissant les différentes structures. Il a un rôle majeur dans l'articulation avec le pôle hospitalier et la médecine de ville, et il est déjà largement impliqué dans les réseaux de soins et de solidarité. La complémentarité de ces différentes structures permet de proposer une variété de seuils d'accès offrant des services même aux usagers les plus marginalisés.

Si ce dispositif a une forte réactivité et s'insère dans le tissu local, il reste fragile et ne dispose pas des moyens nécessaires pour remplir suffisamment ses missions. Il est financé en grande partie par l'Assurance Maladie mais a beaucoup de difficultés à financer de façon pérenne certaines activités, en particulier la prévention et le travail en réseau qui entrent pourtant dans ses missions fondamentales.

Perspectives et besoins à court et moyen terme

Le dispositif médico-social en addictologie doit s'organiser à partir des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie – CSAPA

dont le statut administratif et réglementaire unique doit être défini par un décret (non encore publié) dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant le secteur social et médico-social.

Ces centres spécialisés doivent jouer **un rôle de proximité et de référence** et constituer les unités médico-sociales locales de base en addictologie sur un territoire. Pour cela ils doivent :

- assurer des missions de prévention, d'intervention précoce et de réduction des risques, d'accueil, de diagnostic et de prise en charge thérapeutique,
- proposer des services et des modalités de prise en charge diversifiés à seuil adapté,
- couvrir l'ensemble du champ addictologique en prenant appui sur les aspects communs des addictions aux produits psycho-actifs et à certaines conduites addictives sans produit (jeu pathologique, cyberaddiction, etc.).

Cela nécessite, à court terme, des améliorations en matière d'évaluation des besoins et de coordination, et des moyens nouveaux urgents portant sur les trois types de services spécifiques :

- 1) les lieux d'accueil, de consultation et de prise en charge ambulatoire*
- 2) les services de prévention, de contacts précoces et de réduction des risques*
- 3) les structures de prise en charge avec hébergement*

LES AXES D'AMÉLIORATION

1) l'accueil, les soins et l'accompagnement ambulatoire

A) Etat des lieux

En attendant le décret qui permettra la mise en place des CSAPA comme unité structurale permettant de charpenter le secteur médico-social en addictologie et d'améliorer le maillage territorial, les CCAA et les CSST jouent partiellement ce rôle selon trois axes essentiels :

- *l'accompagnement global* (psychologique, social et médical) de la personne, dans la proximité et la durée,
- *l'intervention précoce et la prévention* (y compris celle des dommages), avec et dans le tissu social,
- *l'appui aux réseaux locaux* de santé et de solidarité.

Les CAARRUD (environ une centaine de très petites équipes) complètent cette action dans le domaine plus spécifique de la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Ces différents établissements et services médico-sociaux restent, pour une très large part, spécialisés par produits. Leur répartition sur le territoire est insatisfaisante, résultant beaucoup plus des circonstances qui ont présidé à leur création et d'aléas des financements que d'une véritable programmation étayée sur une analyse des besoins. En outre, les liens avec le secteur sanitaire – médecine de ville et hôpitaux – sont globalement faibles et s'établissent au cas par cas, reposant sur le bon vouloir de tel ou tel acteur, ce qui compromet la continuité de la prise en charge des patients et la cohérence des soins.

Les équipes théoriquement pluridisciplinaires le sont de façon souvent partielle : les structures en alcoologie souffrent d'une insuffisance de professionnels pour l'accompagnement social et socio-éducatif alors que les structures en toxicomanie sont fréquemment sous-médicalisées. Les CAARRUD connaissent une insuffisance de financement qui met en danger un certain nombre de ces structures pourtant essentielles pour l'amélioration de l'état de santé des populations d'usagers de drogues, en particulier les plus désocialisées. La diversité et la qualification de leurs personnels sont extrêmement variables selon les structures, dont certaines bénéficient de temps médical, alors que d'autres ne disposent majoritairement que de personnels compétents bien que non qualifiés (anciens usagers, usagers relais...).

B) Propositions

Pour qu'une réponse médico-sociale de qualité existe de façon cohérente en France, il est nécessaire de :

- réaliser un **maillage territorial suffisant** pour assurer l'égalité d'accès dans tout le pays aux services médico-sociaux de proximité, avec un ratio population / dispositif CSAPA, de l'ordre d' **1 CSAPA pour 100 000 habitants** ;

Il est nécessaire de viser un maillage territorial à partir du ratio d'1 CSAPA pour 100 000 habitants

- planifier ce maillage par l'élaboration d'un **schéma régional d'addictologie médico-sociale coordonné avec le volet "addictologie" des SROS** ;
- **renforcer les équipes** de manière à ce qu'elles soient toutes effectivement pluridisciplinaires (comme il est prévu dans les décrets les définissant). Il est indispensable de trouver **au minimum dans chaque CSAPA** un accueil avec un secrétariat, des postes de médecin, d'infirmier, de travailleur social et de psychologue, de façon à :

- améliorer la qualité des accueils et des accompagnements ambulatoires ainsi que certaines prises en charge spécifiques : traitements de substitution, prise en charge des pathologies infectieuses (hépatites, SIDA...) et psychiatriques,
- mettre en œuvre les droits des usagers,
- développer l'évaluation et répondre aux demandes plus précises de suivi des activités.

Les CAARRUD doivent également sortir de leur sous-dotation actuelle qui menace la survie de plusieurs structures. Ils doivent en outre bénéficier de moyens spécifiques à leur mission d'accueil et d'accompagnement des usagers les plus précaires.

La remise à niveau minimum des structures existantes pour permettre de répondre à l'état des besoins nationaux est estimée à environ 10 % des crédits actuellement alloués.

- **habiliter explicitement les CSAPA pour qu'ils puissent détenir et délivrer tous les médicaments utiles en addictologie** (y compris les patches nicotiques...) ainsi que les psychotropes (avec des financements assurés sur dotation globale ou par convention avec la Sécurité Sociale) ;
- **rapprocher les secteurs sanitaire (hospitalier, universitaire), médecine de ville et médico-social** au travers de conventions de partenariats et/ou des réseaux formalisés, structurés et bénéficiant des moyens nécessaires à un fonctionnement pérenne, dans le cadre de coordination, voire de planification, afin d'améliorer la qualité des prises en charge (décloisonnement, formation et expérimentations évaluées, recherches cliniques...).

Les CAARRUD doivent établir des partenariats actifs avec les CSAPA et promouvoir des innovations dans le champ de la RdR en complémentarité avec les structures de soin.

2) La prévention de proximité et l'intervention précoce

A) Etat des lieux

L'intervention précoce, la prévention des dommages et l'accès aux soins, notamment pour les jeunes usagers et les personnes en situation de précarité, est **un axe stratégique essentiel** pour faire baisser les incidences négatives sur la santé publique des conduites addictives.

Il s'agit en priorité d'agir précocement pour éviter le passage d'un usage occasionnel à une addiction de plus en plus sévère. Il s'agit d'éviter ou, au moins, de réduire les dommages provoqués par un accès tardif aux soins ainsi que les risques directs ou associés facteurs d'aggravation des dommages (poly-consommations fréquentes de produits, addictions associées à des troubles de l'adolescence, autres addictions comme les conduites de jeu pathologiques et les troubles alimentaires mineurs).

Ces actions sont engagées par des équipes de CSST ou de CCAA qui ont adapté leurs pratiques pour répondre à l'évolution des contextes d'usage (usagers plus jeunes, poly-consommations de tabac, alcool, cannabis, augmentation des usages à problèmes, accueil d'usagers non demandeurs de soins...).

S'inscrivent dans cette perspective :

- *les consultations destinées aux jeunes consommateurs* de cannabis et autres produits psychoactifs et leurs familles, de création récente,
- *les consultations avancées*, notamment auprès des personnes en situation de précarité et des publics vulnérables ou confrontés à des difficultés spécifiques (personnes sous main de justice incarcérées ou non),
- des consultations d'aide au sevrage tabagique, mais peu nombreuses.

Le dispositif « Consultations Jeunes usagers de cannabis et autres substances psychoactives » institué depuis 2004 par la MILDT et la DGS permet de recevoir l'utilisateur et/ou sa famille, dès les premières alertes sociales (scolaires, familiales ou judiciaires), suivant des méthodes adaptées à la grande diversité des situations. Des modalités appropriées d'accueil et de suivi, comme les approches motivation

nelles, ont ainsi pu être promues. Ce dispositif, positionné entre la prévention et le soin, constitue un lieu essentiel pour construire des pratiques médico-sociales innovantes. Toutefois, comme l'indiquent les premières évaluations, ces consultations ne fonctionnent véritablement que là où elles sont intégrées à un travail de réseau (auprès des établissements scolaires, des centres sociaux, des services de la justice, des structures pour jeunes en difficultés, etc). Or ni les CSST ni les CCAA ont une mission reconnue dans ce domaine et disposent de financements pérennes pour le réaliser.

Cela aboutit à une incapacité du dispositif entier pour intervenir de façon structurée entre la prévention primaire et les soins aux personnes déjà dépendantes.

Plus on intervient tôt, plus on est efficace. L'intervention précoce est la première étape du parcours de soin, elle doit être financée et reconnue comme telle.

Les structures à bas seuil d'exigence, CAARUD ou programmes de proximité, réalisent des observatoires des pratiques émergentes qui doivent participer au dispositif d'intervention précoce.

B) Propositions :

- **Établir des schémas régionaux (et départementaux) de prévention** garant de la cohérence et de la complémentarité des réponses entre les trois pôles de l'addictologie ;
- **Renforcer et pérenniser les consultations jeunes usagers et développer des programmes d'intervention précoce**, pour développer notamment :
 - des actions en milieu scolaire et auprès des structures recevant des jeunes (centres de formations des apprentis, services médico-sociaux des établissements scolaires, centres de placements immédiats, ...);
 - des formations de relais professionnels dans le cadre du repérage précoce, de l'accès aux soins et de la prévention des risques ;
 - des consultations avancées auprès de publics en situation de précarité et de populations spécifiques (population carcérale, sous main de justice...).
- **Inscrire clairement dans les missions des CSAPA l'intervention précoce et la réduction des dommages**

L'intervention précoce et la réduction des risques doivent être des missions explicites des CSAPA

- **Créer des postes de chargé de mission de la prévention secondaire et de l'intervention précoce** pour chaque « Consultation Jeunes usagers de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille », afin de réaliser par des moyens spécifiques pérennes le travail en réseau d'amont et d'aval indispensable pour faire fonctionner de telles consultations

Financer dans la base structurelle des CSAPA un demi équivalent TP de chargé de mission de la prévention secondaire et de l'intervention précoce pour chaque consultation jeune usager agréée, soit environ 100 ETP au niveau national

- **Soutenir les approches groupales**, notamment celles associant les familles, pour mieux répondre à la forte attente des familles ;
- **Elaborer un programme spécifique de recherche-action** pour les équipes agissant en direction des jeunes les plus désocialisés ;
- **Permettre aux CSAPA l'accueil et l'accompagnement des personnes présentant des addictions comportementales** :
 - les addictions aux jeux, compte tenu du nombre de personnes concernées et de l'association fréquente de ces conduites avec les consommations de substances psychoactives,
 - les personnes présentant des troubles alimentaires mineurs (excluant les anorexies les plus graves qui relèvent du champ de la psychiatrie).
- **Développer les consultations de tabacologie.**

- **Des expérimentations pilotes** doivent être développées et évaluées en bénéficiant de véritables **programmes de recherche**, de façon à être moteurs de l'évolution du secteur. À ce titre, la **complémentarité entre secteur du soin et dispositif universitaire** encore embryonnaire pourrait être améliorée sur le modèle de ce qui se fait au Canada ou aux Etats-Unis par exemple.

3) *L'hébergement thérapeutique et les prises en charge résidentielles*

A) Etat des lieux

L'accueil et le traitement avec hébergement est *une étape indispensable* de la trajectoire de soins pour les patients présentant les troubles les plus sévères avec des parcours émaillés de rechutes et qui, malgré des traitements bien conduits en ambulatoire, évoluent sur un mode péjoratif.

Ce dispositif vise à répondre à des objectifs ou des moments différents : séjours de rupture, suivis de sevrage, processus de reconstruction, accompagnement intensif, traitement global, au long cours, en milieu contenant, réinsertion.

De manière générale, deux situations sont à l'origine du besoin d'hébergement :

- *le besoin d'un cadre « maîtrisé »* permettant la mise en œuvre de l'action thérapeutique,
- *la nécessité de résoudre un problème préalable de logement* pour rendre possible un parcours de soins.

L'hébergement thérapeutique est à l'intersection de ces deux types de besoins – médical et social – et concerne :

- *les personnes dépendantes et désocialisées* dont le traitement passe par une réadaptation profonde à des conditions de vie permettant une réelle insertion ;
- *les personnes qui, à un moment de leur parcours, ont besoin d'entrer dans un programme thérapeutique à distance de leur milieu habituel de vie.*

Cet hébergement thérapeutique vise à répondre aussi aux besoins spécifiques de certaines populations :

- *les adolescents* ainsi que des adultes pour lesquels un *séjour de rupture* est nécessaire pour rompre avec des pratiques et un environnement problématique (facteurs pathogènes) et qui peuvent avoir besoin d'un cadre structurant pour progresser ;
- *les mères avec leurs jeunes enfants* qui ont besoin d'un cadre spécifique pour rendre possible, dans de bonnes conditions, un travail sur les personnes prenant en compte la relation parentale, facteur et contexte du projet thérapeutique ;
- *les consommateurs de crack* pour lesquels il faut prévoir un lieu capable de « supporter » les comportements et les risques particuliers liés à la consommation de ces produits et d'organiser les soins en conséquence (cf. le plan crack actuellement élaboré par la DRASS d'Ile-de-France et autres services déconcentrés de l'État, la MILDT et les associations concernées) ;
- *les personnes souffrant de troubles cognitifs* pour lesquelles il est nécessaire de prévoir un accompagnement garantissant le maintien de l'abstinence pour assurer l'efficacité du soin par une durée de séjour suffisante pour permettre la récupération des troubles et d'une réadaptation.

Les hébergements thérapeutiques médico-sociaux n'existent à ce jour que pour les personnes toxicomanes, la postcure en alcoologie s'étant jusqu'ici réalisée essentiellement en services de suite et de réadaptation (SSR), c'est-à-dire dans des structures hospitalières et pour des séjours de 1 à 3 mois.

On compte actuellement, répartis de façon très inégale sur le territoire, une trentaine de Centres Thérapeutiques Résidentiels (10 places en moyenne), des réseaux d'appartements thérapeutiques, quelques réseaux de familles d'accueil et quelques services d'Appartements de Coordination Thérapeutique accueillant des personnes présentant une addiction grave et une ou plusieurs maladies chroniques (Sida, hépatites, maladie mentale,...). Cette énumération est trompeuse : les capacités d'accueil sont en réalité très faibles et relativement stéréotypées. Les capacités d'accueil en hébergement collectif ont di

minué de près de 30 % ces dix dernières années. Les délais d'attente sont très longs et beaucoup ne peuvent y accéder.

*Le dispositif français d'hébergement thérapeutique est actuellement très insuffisant en nombre de places et en diversité : seulement 500 places existantes, de longues files d'attente dé-mobilisatrices, des ruptures de soins.
Tous les pays comparables disposent de capacités au moins 10 fois supérieures.*

B) Propositions :

Le dispositif spécialisé d'hébergements thérapeutiques et de prise en charge résidentielles doit être énergiquement développé pour doubler ses capacités par :

- **L'ouverture de 3 nouvelles communautés thérapeutiques par an** (sur les bases du processus entamé par le programme gouvernemental 2004-2008, structures de 35 places fondées sur la fonction d'entraide du groupe, pour des séjours allant jusqu'à 2 ans, n'excluant pas la prescription de TSO et l'accueil de personnes présentant une dépendance principale à l'alcool) ;
- **L'ouverture d'hébergements thérapeutiques collectifs de 10 à 20 places pour des populations spécifiques** (centre d'accueil rapide demandé dans le cadre du « plan crack », personnes présentant des troubles cognitifs majeurs liés notamment à l'alcool-dépendance, adolescents toxicomanes en grande difficulté, mères avec enfant, patients présentant une forte comorbidité...) ;
- **L'ouverture d'appartements thérapeutiques, d'appartements de coordination thérapeutique, d'appartements relais, de places en familles d'accueil**, notamment pour les services ambulatoires prenant en charge des personnes alcool-dépendantes et qui n'en disposent pas actuellement et pour les CAARUD qui en sont presque totalement dépourvus (création de 100 places par an).
- **le développement de l'évaluation externe**, en lien avec les laboratoires de recherche, notamment à l'occasion du lancement du programme de communautés thérapeutiques.

Doublement des capacités d'accueil pour passer en 3 ans de 500 à 1 000 places, par l'ouverture de structures diversifiées : communautés thérapeutiques, hébergements thérapeutiques pour populations spécifiques, hébergement « bas seuil », appartements thérapeutiques, appartements de coordination thérapeutique, familles d'accueil.

VOLET« VILLE »

Le dispositif ambulatoire non spécialisé

- La médecine générale	50
- Les autres professionnels du champ sanitaire et social.....	51
- Les associations d'entraide	52
- Développer les réseaux de prévention et de soins en addictologie	52

LE VOLET VILLE : Le dispositif ambulatoire non spécialisé

Il est essentiel, pour une bonne efficacité du dispositif global de prévention et de soins en addictologie, de coordonner les pôles hospitalier et médico-social spécialisés avec la ville, pôle qui occupe une place essentielle, notamment dans le repérage et l'intervention précoces.

La médecine générale

A) Etat des lieux

- 18 % des patients en médecine générale ont un mésusage d'alcool, 30 % sont fumeurs dont les 3/4 sont dépendants ;
- seulement 1 % des patients consultent pour le motif alcool, 2 % pour le tabac, 0,5 % pour les drogues illicites ;
- 60 % des médecins ont pris en charge dans l'année une dépendance tabagique, 50 % un problème d'alcool et 40 % un toxicomane.

Le repérage précoce, les interventions brèves et les prises en charge en réseau permettent d'obtenir des résultats très encourageants sur la diminution de chacune de ces dépendances.

L'ensemble des médecins généralistes peut être mobilisé du fait de leur proximité et de leur connaissance du patient et de son entourage.

Certains d'entre eux ayant développé une pratique et des compétences en addictologie peuvent offrir des compléments, des relais ou des alternatives particulièrement adaptées aux structures spécialisées dans le dispositif général.

B) Propositions

*** Auprès de l'ensemble des médecins généralistes libéraux : favoriser le dépistage et les interventions brèves**

- Créer un bilan de santé obligatoire à 16 ans lors du choix médecin traitant rémunéré 2C ;
- Formation :
 - Inclure l'addictologie dans les thèmes prioritaires de FMC officielle et en formation initiale ;
 - Fournir des outils pour la formation à l'intervention brève dans les FMC habituelles.
- Sensibilisation :
 - Diffuser des outils de repérage et d'intervention brève auprès de tous les médecins généralistes, y compris ceux qui ne viennent pas aux formations, en utilisant toutes les méthodes adaptées, notamment des contacts personnalisés par des visiteurs de santé publique.
- Structuration :
 - Soutenir la création, la valorisation et la diffusion de ces outils auprès des organismes de formation et de sensibilisation.

*** Auprès de certains généralistes : favoriser les prises en charge**

- Législation :

- Créer une liste annuelle par département de médecins ayant une compétence en addictologie, mise à jour par la DDASS et avalisée par le Conseil de l'Ordre ;
 - Ouvrir le bénéfice de l'ALD 30 aux patients relevant de TSO ;
 - Rendre possible l'initialisation des traitements méthadone en ville dans le cadre d'un travail formalisé en réseau.
- Structuration :
- Faciliter le fonctionnement des réseaux en rendant les modes de financements simples et pérennes ;
 - Soutenir l'originalité des réseaux créant des microstructures ;
 - Soutenir les activités de lien au niveau local, régional et national.

Les autres professionnels du champ sanitaire et social

Ils peuvent jouer et jouent souvent un rôle essentiel dans le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives.

Propositions

- **Rendre plus pertinente l'intervention des acteurs des champs sanitaire et social : former les acteurs de première ligne.**

Il s'agit d'un point essentiel qui présente cependant des difficultés de mise en œuvre. Les différents acteurs de première ligne devront prendre en compte aussi bien les différents comportements de consommation que les problématiques médicales, psychologiques ou psychiatriques et sociales et contribuer à une prise en charge ambulatoire de qualité.

Pour que ce pôle « ville » puisse répondre à ces missions, il faut, et c'est la mission des acteurs spécialisés médicosociaux ou hospitaliers :

- sensibiliser et développer les compétences de tous les partenaires médico-sociaux (missions locales, éducateurs, travailleurs sociaux...), tant en ce qui concerne l'information, la prévention, le repérage et l'orientation que l'aide de chacun peut apporter à son niveau, en encourageant notamment la formation par les pairs. A cet égard, le rôle de certains jeunes acteurs peut se traduire par une validation sous une forme à déterminer ;
- sensibiliser et former les médecins scolaires, les médecins du travail..., et au delà, les professionnels de santé de proximité (pharmaciens, infirmières libérales, kinésithérapeutes...). Ces actions ont pour objet d'apporter des éléments de connaissances communes sur les produits et les comportements, et de développer les capacités de prévention, de repérage, de suivi ;
- développer des réseaux de coopération entre les intervenants non spécialisés et les centres spécialisés, hospitaliers et médico-sociaux, en définissant les missions et rôles de chacun.

Les associations d'entraide

Les Associations d'entraide doivent être soutenues, qu'elles s'adressent aux alcoolodépendants (Alcooliques Anonymes, Croix Bleue, Alcool Assistance – La Croix d'Or,...), aux toxicomanes (Narcotiques Anonymes, ASUD,...) ou aux autres addictions : leur utilité, dans l'accompagnement, le soutien

et la prise en charge des patients, ne fait pas de doute et a, par exemple, été mise en valeur et intégrée dans la Conférence de Consensus sur le traitement des patients alcoolodépendants.

Ces associations ont besoin d'être aidées, y compris financièrement, pour mieux se structurer et se faire connaître.

Une formation de leurs adhérents et une coordination avec le reste du dispositif addictologique est indispensable, ce qui nécessite une définition de leurs missions et champ de compétence dans le dispositif de soin et d'accompagnement.

Développer les réseaux de prévention et de soins en addictologie

L'objectif général des réseaux est d'améliorer la qualité des actions et des résultats dans le champ addictologique, depuis la prévention jusqu'aux soins et à l'accompagnement. Ils permettent de :

- coordonner les actions et les acteurs dans le champ addictologique ;
- coordonner les actions et les acteurs autour du patient et de son médecin traitant ;
- favoriser la circulation des informations et plus spécifiquement des informations locales ;
- former les partenaires du réseau ;
- favoriser l'appropriation des projets par le plus grand nombre de professionnels locaux.

Ils constituent un enjeu essentiel pour la coordination des acteurs aussi bien dans le domaine de la prévention que des soins.

Il doit exister **un réseau addictologique départemental au minimum**, mais plusieurs réseaux peuvent être envisagés, en fonction des spécificités du territoire : un maillage plus fin selon les besoins des territoires de santé et les motivations des acteurs. Les choix doivent se faire en cohérence avec le dispositif spécialisé, ambulatoire et hospitalier, tant actuel qu'en préparation. Les usagers et les soignants libéraux doivent être associés à la mise en place de ces réseaux.

Une coordination régionale des réseaux est nécessaire.

Cette organisation doit être élaborée dans le cadre du SROS, en prenant en compte les priorités du PRSP.

ENSEIGNEMENT - FORMATION

- L'enseignement médical.....	54
- L'enseignement et la formation des autres professions de santé	57
- La formation des travailleurs sociaux	58
- La formation des magistrats.....	59

ENSEIGNEMENT – FORMATION

L'ENSEIGNEMENT MEDICAL

A) Etat des lieux

Il est, à l'heure actuelle, dramatiquement inadapté et totalement insuffisant pour permettre l'acquisition des bases nécessaires au repérage précoce, au diagnostic et à la prise en charge.

Il se résume à une rubrique sur les 345 thèmes qui sont enseignés durant le 2^{ème} cycle et évalués lors de l'examen national classant (ENC). Ceci permet, selon les facultés, de 8 à 20 heures de cours pour enseigner tout ce qu'un médecin devrait savoir sur les addictions : épidémiologie, neurobiologie, clinique et traitement des problèmes d'alcool, de tabac, de cannabis et des autres drogues incluant également le dopage et les addictions comportementales ! Ce qui constitue 20 % de la pratique médicale correspond à 3 millièmes du temps d'enseignement.

Le peu d'intérêt porté à l'alcool et aux autres addictions ne se traduit pas que par le très faible nombre d'heures de cours mais aussi, parallèlement, par le très petit nombre d'enseignants intéressés et compétents et donc de médecins correctement formés.

La demande de formation est en revanche très forte chez les généralistes installés (et ce malgré le peu de valorisation médicale et sociale de l'addictologie) et chez les médecins du travail et les médecins scolaires. Elle correspond à un besoin important perçu par ces acteurs de premier niveau.

B) Propositions

*** Développer l'enseignement de l'addictologie dans les premier, deuxième et troisième cycles**

- **dans le premier cycle** pourront être abordés les éléments de base épidémiologiques, socio-économiques et neurobiologiques.
- **dans le deuxième cycle**, l'ensemble de la clinique et de la théorie devra être traité. Cet objectif correspond à un enseignement de 30 à 60 heures qui permettra de traiter :
 - les données épidémiologiques et neurobiologiques générales (1 rubrique) ;
 - les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques concernant :
 - l'alcool (1 rubrique et 4 sous-rubriques),
 - le tabac (1 rubrique et 4 sous-rubriques),
 - le cannabis (1 rubrique et 4 sous-rubriques),
 - les autres drogues (1 rubrique et 4 sous-rubriques),
 - les addictions comportementales (1 rubrique) et le dopage (1 rubrique)
 - les bases de la prise en charge : repérage précoce et intervention brève, entretien motivationnel (1 rubrique) et prises en charge complexes (1 rubrique).

L'évaluation de l'acquisition des connaissances addictologiques théoriques et pratiques sera intégrée dans les procédures d'évaluation du deuxième cycle.

Les dossiers transversaux, correspondant à l'évaluation globale des compétences cliniques et paracliniques lors de l'ECN, comporteront obligatoirement au moins une question d'addictologie.

- **dans le troisième cycle :**
 - une formation à l'addictologie sera intégrée dans les cursus des spécialités concernées (médecine interne, psychiatrie, neurologie, hépato-gastro-entérologie, pneumologie, gynécologie)

gie-obstétrique, urgentistes, oncologie, pédiatrie, santé publique, médecine du travail, médecine légale...);

- en ce qui concerne plus spécifiquement le 3^{ème} cycle de médecine générale, les étudiants devront avoir une formation théorique et pratique évaluée. Ils pourront effectuer un stage validant dans un service d'addictologie.

* **Ouvrir et valoriser les formations universitaires spécialisées** : DESC, Capacité, Diplômes Inter Universitaires.

- le **Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire d'Addictologie** (2 années de pratique clinique) doit être ouvert à tous les DES, y compris ceux de médecine générale. Il permet de former, au terme de deux années de pratique clinique dans des services validant, les médecins spécialistes en addictologie ;
- les **Capacités d'addictologie** permettent de former, avec 80 demi-journées de stages, des médecins compétents en addictologie, le plus souvent pour une pratique mixte ;
- les **Diplômes Universitaires (DU) ou Inter-Universitaires (DIU)** de tabacologie, sur le cannabis, les thérapies cognitivo-comportementales... permettent aux médecins d'acquérir des compétences dans un domaine spécifique de l'addictologie. Ils sont également ouverts aux professions soignantes ou sociales pour leur permettre d'acquérir des compétences générales ou spécialisées en addictologie.

Ces formations universitaires doivent donner lieu, pour les médecins, à une reconnaissance officielle : c'est déjà le cas des DIU de tabacologie qui sont reconnus par le Conseil de l'Ordre des Médecins. Elles doivent également permettre une **tarification spécifique des actes d'addictologie pratiqués par les médecins ayant validé ces cursus universitaires** (ce qui est déjà le cas, de façon expérimentale, en tabacologie).

* **Intégrer l'actualisation ou l'acquisition des compétences addictologiques dans la formation médicale continue**

- cette formation doit devenir un des thèmes prioritaires pour tous les spécialistes concernés (cf liste ci-dessus), hospitaliers ou libéraux ;
- et, là encore, plus spécifiquement pour les médecins généralistes, médecins scolaires et médecins du travail. Ce sont, en effet, les premiers médecins en contact avec les patients "addicts" et donc les mieux placés pour le repérage et l'intervention précoce mais ils doivent également pouvoir prendre en charge les patients dépendants et savoir comment les orienter vers des structures spécialisées et travailler en collaboration.

* **Mise en place d'une filière d'enseignement pérenne**

- l'organisation et la dispensation de ces enseignements et formations par des enseignants spécialisés et compétents impliquent la mise en place **d'une structure d'enseignement et de recherche stable et clairement définie dans chaque faculté**. Celle-ci doit logiquement se composer pour chaque université d'1 PU-PH et être basée sur une équipe d'1 MCU-PH et de 2 chefs de clinique assistant (ou d'un CCA et d'un assistant régional) ;
- pour répondre à la volonté de **création de 26 services d'addictologie dans les CHU**, il apparaît en effet nécessaire de mettre en place l'encadrement universitaire de ces services. Le plan addiction devant s'étaler sur trois ans, il apparaît possible de :
 - individualiser, ou renforcer et pérenniser les services existants en 2007 : soit une dizaine de services ; ceci impliquera la parution de 5 postes de PU-PH, de 4 postes de MCU-PH et de 4 postes de CCA ;
 - individualiser 8 autres services en 2008 ;
 - essayer de mobiliser les 8 universités restantes pour 2009. Cette troisième « vague » nécessitera un travail incitatif et prospectif avec les universités concernées.

- **les postes de CCA**, très demandés, seront extrêmement utiles pour commencer à mettre en place une filière pérenne d'enseignants.
La création de **postes d'assistants régionaux** (qui ne sont pas des postes HU mais purement hospitalier à mi-temps sur un service universitaire et à mi-temps sur un CHG ou un CHS) est également extrêmement intéressante. Dans une discipline comme l'addictologie où il y a très peu de services universitaires formateurs et une très forte demande de formation, cela pourrait être une bonne façon de former des spécialistes pour les hôpitaux généraux. Cela permettrait également de répondre à la nécessité d'une année post-internat pour les DESC.
- **Création d'une option addictologie au sein des sous-sections directement concernées** (la médecine interne, la psychiatrie, l'hépatogastro-entérologie, la pneumologie, la santé publique).

Les candidats seront évalués (après avis de la Commission d'Audition) par un **jury d'intersection** composé de membres des sous-sections précédentes et de représentants du Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie.

Certains candidats pourraient également appartenir à des sous-sections moins directement concernées telles que la gynéco-obstétrique, les urgentistes, l'oncologie, la pédiatrie, la médecine du travail et la médecine légale.

L'ENSEIGNEMENT ET LA FORMATION DES AUTRES PROFESSIONS DE SANTE

La formation des professionnels de santé spécialisés ou non est absolument fondamentale. C'est elle qui permet la reconnaissance des compétences spécifiques (et donc la reconnaissance des équipes et des services) ainsi que l'acceptation et le traitement des patients.

Propositions

* Développer l'enseignement de l'addictologie

En concertation avec leurs instances universitaires et pédagogiques il conviendra de développer l'enseignement universitaire et post-universitaire de l'addictologie :

- des pharmaciens,
- des sages-femmes,
- des psychologues.

* L'enseignement de l'addictologie aux étudiants infirmiers

Il s'effectue déjà sur un module de 80 heures, et de façon transversale dans d'autres modules. Il conviendrait donc, dans cette formation, de développer les stages pratiques et l'évaluation de l'acquisition des compétences par des formateurs spécialisés.

* Un plan de formation addictologique dans tous les hôpitaux

- chaque hôpital devra avoir dans son plan de formation la possibilité réelle de formations en addictologie ;
- la formation des équipes d'addictologie devra s'appuyer sur des enseignements validés, si possible universitaires. Les compétences et les titres devront être des critères principaux de recrutement du personnel et des équipes addictologiques ;
- compte tenu de l'évolution de la démographie médicale actuelle et dans le cadre de la délégation de certaines compétences des médecins vers les para-médicaux, **la formation « d'infirmiers addictologues » doit être encouragée ;**
- enfin, la mise en place d'une politique « *Hôpital sans addictions* », sur le mode retenu pour « *Hôpital sans tabac* », est une très bonne façon de sensibiliser les soignants aux problématiques addictives.

LA FORMATION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

La formation des travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, assistants de service social, animateurs, etc.) dans le domaine des addictions, de leur prévention et de leurs soins est très disparate et souvent extrêmement réduite.

Les Instituts et Écoles de travail social ne dispensent pas toujours des enseignements dans ce domaine ou le font sous forme de quelques conférences.

Pourtant, les travailleurs sociaux sont nombreux dans les équipes des centres spécialisés et, d'une façon générale, leur rôle est majeur au sein du pôle « Ville » dans la prévention, le repérage et l'accès aux soins. Les besoins de formation sont donc très importants dans ces professions.

Propositions

*** Développer l'enseignement de l'addictologie dans tous les instituts et écoles de travail social**

Il convient de sensibiliser et de mobiliser les responsables pédagogiques de ces établissements pour développer l'enseignement de l'addictologie de façon adaptée à chaque métier du social.

Pour les éducateurs spécialisés et les assistants de service social en particulier, cet enseignement devra porter non seulement sur les addictions, les substances, les dispositifs spécialisés et les modalités de soins mais aussi plus particulièrement sur la place des intervenants sociaux et leurs modes d'intervention spécifiques dans la prévention et les soins pluridisciplinaires.

Un accent particulier devra être mis sur la formation à l'entretien motivationnel, à la réduction des risques et à l'accompagnement socio-éducatif par des outils spécifiques (hébergement thérapeutique, insertion par l'économique, relation d'aide, groupes, ...).

Le programme doit s'étaler sur la durée du cursus de formation et permettre des options d'approfondissement pour les étudiant(e)s qui veulent avoir une approche plus précise.

*** Susciter la généralisation de conventions entre instituts de formation et CSAPA pour la réalisation d'un plan de formation théorique et pratique**

Comme cela se fait aujourd'hui dans certains instituts de formation, l'organisation d'un programme théorique et pratique de formation en collaboration et par convention avec un CSAPA doit se généraliser. Le CSAPA pouvant fournir des intervenants dans la formation, proposer un lieu de stage et participer à l'évaluation de l'étudiant(e).

LA FORMATION DES MAGISTRATS

Il convient de développer l'enseignement de l'addictologie à l'Ecole Nationale de la Magistrature ainsi que dans la formation continue des magistrats : substituts, juges d'instruction, juges de l'application des peines, juges des enfants.

RECHERCHE

RECHERCHE

ETAT DES LIEUX

La recherche en addictologie en France est largement éclatée en fonction d'une part des différents produits et d'autre part des différents domaines de recherche. Elle est à l'heure actuelle très limitée du fait de la faiblesse des budgets qui lui sont alloués (10 fois moins qu'en Allemagne et 100 fois moins qu'aux USA). Néanmoins, les possibilités de développement sont très importantes. Ainsi, le développement de l'imagerie dynamique (IRMf), de la génétique et de la pharmacogénétique, de la protéomique, et des modèles animaux en addictologie a d'ores et déjà un impact important sur cette spécialité. Par ailleurs, il convient de noter l'excellence des recherches dans le domaine des neurosciences dans lequel de nombreuses équipes françaises ont une activité majeure à un niveau international, la diversité des recherches en sciences humaines et sociales au sein desquelles certaines dimensions devraient être approfondies et plus structurées (histoire, domaine juridique par exemple) mais aussi les grandes difficultés de la recherche clinique.

Depuis 1999, la MILDT s'attache à développer et à coordonner au niveau national une politique pérenne d'incitation à la recherche sur les addictions en lançant chaque année un appel d'offres multithématique et multidisciplinaire en collaboration avec l'Inserm et, à partir de cette année, avec l'Inca sur les dimensions "alcool" et "tabac". Des initiatives du même type ont été prises certaines années par le Ministère de la recherche et par le PHRC qui sont venues renforcer ce dispositif récurrent. Ces mesures ont été réalisées essentiellement sous forme ponctuelle, ce qui ne facilite pas la pérennisation des recherches dans le domaine de l'addictologie. Notons également que la France devrait prendre des initiatives pour que la thématique de l'addictologie devienne une composante à part entière du 7^e PCRD pour la prochaine période (2007-2013) dans la mesure où l'accent est mis sur l'amélioration de la santé des citoyens européens par le développement de la prévention et la traduction de la recherche clinique dans les pratiques de soins.

PROPOSITIONS

Il nous semble cependant que d'autres mesures visant à mieux structurer les milieux de recherches en addictologie devraient pouvoir être prises :

- **la poursuite des appels d'offre sus-cités MILDT, INSERM, INCA, INRA ;**
- **pour les trois ans de la durée du plan, il convient que les PHRC nationaux retiennent la thématique de l'addictologie ;**
- en ce qui concerne **l'Agence Nationale de la Recherche**, la thématique addictologique doit figurer en temps que telle si l'on veut inciter les équipes de recherches à s'engager dans cette voie (la thématique neuro-sciences est par trop restrictive et incite de manière indéniable à donner la priorité à des travaux de neurobiologie fondamentale). De plus, l'ANR axant ses appels d'offres sur des projets intégrant plusieurs laboratoires, l'affichage d'un intérêt pour l'addictologie permettra de favoriser la mise en place de collaboration sur l'addictologie, avec des laboratoires dont ce n'est pas forcément l'axe principal.
- **il faut également sensibiliser et impliquer l'Agence de l'Innovation Industrielle ;**

- depuis 2001 la **MILDT** a initié une politique **d'allocations de recherche fléchées "drogues - conduites addictives"** au travers d'un appel d'offres spécifique vers les Ecoles Doctorales (14 allocations distribuées depuis 2001). Afin de parvenir à une masse critique de thèses de bon niveau, il convient d'amplifier ce dispositif et d'avoir une politique ciblée d'allocations de recherche et de bourses, tant au niveau des M2 que des bourses post-doctorales ; cela pourra se faire par appels d'offre auprès des écoles doctorales ayant identifié en leur sein la thématique addictologique. C'est en incitant les étudiants d'aujourd'hui à se former dans le champ de l'addictologie que ce champ pourra recruter des jeunes chercheurs ou universitaires et construire des équipes solides et compétitives au plan international. C'est en incitant les étudiants d'aujourd'hui à faire des travaux de recherche dans ce domaine, que l'importance de la recherche addictologique apparaîtra plus nettement aux yeux de tous ;

- pour assurer le développement de la recherche clinique des mesures pourraient être prises pour faciliter **la constitution d'un réseau de recherche clinique** susceptible de mener à bien des travaux d'évaluation, des enquêtes observationnelles et prospectives, des essais thérapeutiques mais également des recherches allant de la socio-anthropologie à la génétique. Ce réseau devrait intégrer des unités hospitalières mais également des unités médico-sociales qui forment aujourd'hui le socle des prises en charge au long cours prévalant dans le champ des addictions. Pour ce faire, **des moniteurs et techniciens d'étude clinique** sont absolument nécessaires. Ces derniers pourraient être rattachés aux différentes directions régionales de recherche clinique.

La réalisation d'essais cliniques à dimension nationale peut en effet, comme on l'a vu dans le cas de l'ANRS antérieurement, faciliter la structuration des milieux de recherche clinique, accroître la qualité des études réalisées et améliorer la qualité des soins en intégrant rapidement les avancées scientifiques. Des études de cohorte portant sur les trajectoires thérapeutiques et mesurant la morbi-mortalité à long terme (en étroite relation avec l'InVS) doivent être également entreprises ;

- comme l'INSERM l'a tenté en 2005 avec succès dans d'autres domaines, la mise sur pied d'un **appel d'offres destiné spécifiquement à susciter des rapprochements entre équipes de recherche et services de soins dans le champ de l'addictologie**, en amont de la construction de projets de recherche, pourrait être proposé afin également de faciliter ce développement ;

- **les ATC conduites sous l'égide de l'INSERM** doivent être lancées ou réactivées (l'Action Transversale Concertée sur l'alcool a par exemple été gelée après un an d'activité sur les trois ans prévus) ;

- **l'INRA** (par exemple sur les marchés de l'alcool ou du tabac) et **l'IRD** (sur la problématique des cultures de substitution) mériteraient d'être également mobilisés.

- diverses **études épidémiologiques** sont conduites par des unités et laboratoires en France. L'immense majorité d'entre elles évalue de manière succincte les usages du tabac et de l'alcool et parfois d'autres substances. Il serait souhaitable qu'un registre de ces différentes enquêtes puisse être actualisé en temps réel et surtout que lors du lancement d'enquêtes des indicateurs addictologiques puissent être intégrés dans ces études (le nombre de verres consommés reflétant mal voire pas du tout, par exemple, le diagnostic de dépendance ou d'abus d'alcool).

La seule manière d'évaluer de manière rigoureuse et puissante les facteurs de risque et de protection des comportements addictifs est l'approche prospective. Les addictions sont très peu évaluées par cette approche, vu le coût de ce type d'études. Il semble donc particulièrement important d'envisager une intégration de la dimension addictologique dans des cohortes en voie de constitution de l'enfance à l'âge adulte, tels par exemple la cohorte ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance).

- il convient de même d'envisager une politique de promotion et de valorisation des actions de recherche (publications, séminaires etc...) tant au plan des professionnels qu'au niveau plus général du grand public.

ANNEXES

ANNEXE 1

DEFINITIONS

Critères pour le diagnostic de trouble addictif (d'après Goodman, 1990)

- A - Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.
 B - Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement.
 C - Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement.
 D - Sentiment de perte ou de contrôle pendant la réalisation du comportement.
 E - Au moins cinq des items suivants :
1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation.
 2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée.
 3. Efforts répétés pour réduire contrôler ou arrêter le comportement.
 4. Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.
 5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies.
 6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.
 7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques, ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement.
 8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.
- F - Certains symptômes de trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Critériologie de l'abus et de l'utilisation nocive pour la santé à une substance psychoactive

CIM 10 (1992) <i>Critères de l'utilisation nocive pour la santé = F1x.1</i>	DSM-IV (1994) <i>Critères de l'abus d'une substance</i>
<p>Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (p. ex. hépatite consécutive à des ingestions) ou psychiques (p. ex. épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).</p> <p><i>Directives pour le diagnostic</i></p> <p>Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.</p> <p>Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives (p. ex. une arrestation, la perte d'un emploi ou des difficultés conjugales), ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.</p> <p>De même, une intoxication aiguë (F1x.0) ou une "gueule de bois" n'est pas en elle-même "nocive pour la santé", selon la définition donnée ici.</p> <p>Enfin, on ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance (F1x.2), un trouble psychotique (F1x.5) ou un autre trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives</p>	<p>A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (p. ex. : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) (2) utilisation répétée d'une substance dans des situations ou cela peut être physiquement dangereux (p. ex. : lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence de la substance) (3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (p. ex. : arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) (4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (p. ex. : disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres) <p>B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance.</p>

Critériologie de la dépendance à une substance psychoactive

CIM 10 (1992) <i>Critères du syndrome de dépendance = F1x.2x</i>	DSM-IV (1994) <i>Critères de dépendance à une substance</i>
<p>Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c.-à-d. après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.</p> <p>Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :</p>	<p>Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou d'une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :</p>
<p>(a) désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;</p> <p>(b) difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;</p> <p>(c) syndrome de sevrage physiologique (voir F1x.3 et F1x.4) quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;</p> <p>(d) mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substances psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non-dépendants) ;</p> <p>(e) abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;</p> <p>(f) poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (p. ex. atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.</p>	<p>1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance <p>2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique) b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage <p>3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu</p> <p>4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance</p> <p>5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuité), ou à récupérer de ses effets</p> <p>6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance</p> <p>7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (p. ex., poursuite de la cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).</p>
	<p><i>Spécifier si :</i></p> <p>Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c.-à-d. des items 1 ou 2)</p> <p>Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c.-à-d. tant de l'item 1 que de l'item 2)</p>

ANNEXE 2

LES CATEGORIES D'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Comme cela a été vu dans le chapitre « présentation », ces catégories ne concernent que les consommations de substances psychoactives. Elles ne résument pas l'ensemble des conduites addictives car elles ne concernent pas les addictions comportementales.

NON USAGE

= Absence de consommation

- *Primaire* = non-usage initial
- *Secondaire* = le non-usage survient le plus souvent après une période de mésusage (abstinence) ou d'usage

La personne est dite non-consommateur

USAGE SOCIAL OU A FAIBLE RISQUE

Caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications, ni dommages. Elle repose sur :

- L'absence de risque individuel
- L'absence de risque situationnel
- Une quantité modérée

Des seuils ont été définis selon les produits.

- Il en va ainsi pour l'alcool (seuils OMS) :
- . Pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme
 - . Pas plus de 14 verres par semaine chez la femme
 - . Pas plus de 4 verres par occasion
 - . Pas de consommation dans certaines situations à risque : conduite auto, conduite de machines, grossesse, prise de médicaments psychotropes...

La tolérance est aussi fonction des produits, des pays et des cultures

L'usage peut être occasionnel ou régulier mais modéré (selon les produits).

La personne est dite consommateur modéré.

MESUSAGE

* Usage à risque, modéré à fort

Augmentation du risque dû à la quantité consommée et/ou consommation dans des situations à risque :

Risque individuel

- . Précocité
- . Conduites d'excès (recherche de "défonce", ivresses répétées...)
- . Autotraitement
- . Association de plusieurs substances

Risque situationnel

- . Grossesse
- . Médicaments psychotropes
- . Conduite automobile ou de machines...

Cette consommation n'est pas encore associée à un quelconque dommage, médical, psychologique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme.

L'usage à risque peut être ponctuel (risque aigu) ou régulier (risque chronique).

La personne est dite consommateur à risque.

* Usage nocif pour la santé (ou abus)

Il est défini non pas par la quantité consommée, mais par

- * l'existence d'un ou plusieurs dommages (médicaux et/ou psychologiques et/ou sociaux)
- * et l'absence de dépendance

Référence au DSM-IV ou à la CIM-10 (cf annexe I).

La personne est dite consommateur à problème(s).

* Dépendance

Elle est définie non pas par la quantité consommée, mais par l'existence d'une perte de maîtrise de la consommation = " Perte de la liberté de s'abstenir de consommer " (P. Fouquet)

Il n'y a pas, dans la définition, de critère impliquant que la consommation soit quotidienne ou habituelle.

Référence au DSM-IV ou à la CIM-10 (cf annexe I).

La personne est dite consommateur dépendant.

On distingue schématiquement :

- *La dépendance physique* définie par la survenue d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation sans précaution.
- *La dépendance psychique* qui est la pulsion à consommer une substance ou à reproduire un comportement pour en retrouver les effets. Cette dépendance a pour traduction principale le « craving » ou recherche compulsive de la substance ou du comportement, expression d'un besoin majeur et incontrôlable.

Ces différentes catégories de conduites de consommation et les principales voies de passage de l'une à l'autre doivent se concevoir de façon dynamique : une personne peut passer d'une catégorie à une autre (dans les 2 sens sauf pour la dépendance), sans que les déterminants de ces changements de catégories soient clairement identifiés actuellement.