

Document de politique transversale sur les addictions

SOMMAIRE

I. PREAMBULE	3
L'AMBITION EN PICARDIE : UNE APPROCHE GLOBALE DE LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS	4
LA METHODOLOGIE D'ELABORATION.....	4
LES PRINCIPES GENERAUX.....	4
II. ETAT DES LIEUX.....	6
I LE CADRE EUROPEEN ET NATIONAL	7
II LE CONTEXTE DE LA PICARDIE	7
II-1 : Données épidémiologiques	7
II-2 : Les actions développées et l'équipement en Picardie	10
III. OBJECTIFS CIBLES D'ORGANISATION	19
I. DES OBJECTIFS GENERAUX D'ORGANISATION	20
I-1 : Renforcer l'articulation des acteurs	20
I-2 : Organiser un dispositif complet de prise en charge dans chaque territoire de santé	22
I-3 : Renforcer la formation des acteurs et des professionnels autour des addictions.....	35
I-4 : Développer la communication sur la politique régionale et l'offre existante	36
II. DES OBJECTIFS DE STRUCTURATION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE	37
II-1 : Territoire Somme	37
II-2 : Territoire Aisne-Nord-Haute-Somme :	38
II-3 : Territoire Aisne-Sud :	40
II-4 : Territoire Oise-Est :	41
II-5 : Territoire Oise-Ouest :	43
III. DES OBJECTIFS D'ADAPTATION DE L'OFFRE AUX PUBLICS VULNERABLES	44
III-1 : Les jeunes :	44
III-2 : Les femmes enceintes et/ou avec enfants	46
III-3 : Les personnes en situation de précarité.....	47
III-4 : Les personnes placées sous main de justice.....	48
III-5 : Les personnes présentant des comorbidités psychiatriques	49
III-6 : Les patients chroniques.....	50
IV. EVALUATION	51
EVALUATION D'ACTIVITE :	52
EVALUATION DE RESULTAT :	52
EVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTE DES POPULATIONS:	52
V. ANNEXES	53

I. PREAMBULE

L'AMBITION EN PICARDIE : UNE APPROCHE GLOBALE DE LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

La lutte contre les addictions constitue un enjeu primordial de santé publique tant individuel que collectif. L'objectif principal poursuivi par l'Agence Régionale de Santé de Picardie est d'améliorer le parcours de l'utilisateur et la continuité de sa prise en charge. Pour y répondre, elle a décidé d'élaborer un document de politique transversale distinct des schémas, qui organise l'ensemble des dispositifs : de la prévention, du médico-social et des soins hospitaliers et ambulatoires. L'approche sociale nécessaire à une bonne prise en charge globale, et à la lutte contre les rechutes, a également été prise en compte.

En effet, le parcours de soins des patients ayant une conduite addictive transcende les frontières administratives et financières du sanitaire, du médico-social et de la ville. La planification de la prise en charge des addictions se doit d'être transversale à ces différents champs pour mieux les articuler. Cette décision entre en cohérence avec les orientations nationales qui confirment la nécessité d'une approche globale des conduites addictives dans la circulaire du 16 mai 2007.

De par sa nature, ce document se coordonne avec les schémas du Projet Régional de Santé picard : le Schéma Régional de Prévention, le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale, et le Schéma Régional de l'Organisation des Soins hospitaliers.

LA METHODOLOGIE D'ELABORATION

Un Schéma Régional Addictions de Picardie avait été adopté en 2009 par le Préfet de région et le Directeur de l'ARH, après une large concertation. La création des Agences Régionales de Santé en 2010 a modifié la stratégie régionale de santé et notamment l'organisation territoriale. Les principales priorités et principes généraux d'organisation mis en exergue dans ce schéma restent d'actualité et s'intègrent dans les axes du nouveaux PSRS. Cependant, depuis 2009, l'offre existante a été modifiée, ce qui a rendu nécessaire un nouvel état des lieux de l'offre existante, et une nouvelle analyse des besoins. Le nouveau découpage territorial a impliqué quant à lui une actualisation de l'organisation cible prévue en 2012.

Le document de politique transversale sur les addictions 2012-2017 a été élaboré à partir du bilan du schéma de 2009, et des travaux d'actualisation et d'analyse réalisés au sein du Comité Technique Régional Addictions. Ce comité, présidé par le Pr Naassila, expert indépendant, est composé d'une quinzaine d'experts professionnels dans le soin et la prévention des conduites addictives.

LES PRINCIPES GENERAUX

Les orientations de ce document s'inscrivent dans les priorités régionales inscrites dans le Plan Stratégique Régional de Santé, notamment :

- Améliorer l'accès à la santé, en adaptant l'offre aux besoins et en facilitant la prise en charge de proximité ;
- Renforcer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement, en améliorant la continuité du parcours de santé.

La politique menée devra suivre de grands principes généraux : s'adresser à tous, concerner l'ensemble des addictions, et impliquer tous les acteurs.

- **Une politique de lutte contre les conduites addictives à l' intention de tous :**

Les conduites addictives peuvent toucher tout individu, quel que soit son âge, son sexe ou sa situation sociale. Il est donc important que le dispositif mis en place en Picardie réponde aux demandes de tous, tout en étant capable de s'adapter pour prendre en charge les spécificités de certains publics plus vulnérables. Afin de ne pas exclure certaines personnes, notamment en zone rurale, le dispositif proposé devra offrir des services de proximité pour favoriser l'accessibilité.

- **Une politique de lutte contre l'ensemble des conduites addictives y compris les addictions consécutives à une prise de médicaments :**

L'organisation prévue vise l'ensemble des addictions :

- les addictions à un produit (substance psychoactive) : tabac, alcool, drogues illicites, médicaments

Les substances psychoactives sont consommées pour leur effet immédiat sur les perceptions, l'humeur et le comportement. Ces effets varient selon les substances, les quantités, la fréquence et la durée des consommations et sont aussi modulés par des facteurs individuels. Leur consommation régulière peut avoir des conséquences négatives sur les activités, les relations, la vie personnelle et la santé mentale. De plus, certaines substances comportent des risques à court terme (overdose, accidents, violence) ou à long terme pour l'organisme, notamment des cancers, des maladies respiratoires ou cardiovasculaires.

- les addictions sans substance : jeux, internet

La place grandissante du jeu dans la vie sociale est envisagée dans une perspective de santé publique avec une prise en compte des problèmes personnels et sociaux potentiellement engendrés par cette activité en cas de pratique excessive.

- **L'implication de tous les acteurs dans la mise en œuvre de cette politique :**

Pour toucher le public concerné de manière efficace et réactive, chaque acteur en contact à un moment ou un autre avec un usager peut être, selon son champ de compétence, un maillon actif du dispositif. Les acteurs du champ de la prévention, du soin (médecine de ville et hospitalière), de l'insertion sociale, de l'hébergement, de la justice, des loisirs doivent s'investir dans cette politique dans la mesure de leurs moyens et s'organiser en conséquence.

L'investissement de tous permettra la mise en place d'un dispositif qui assure une prise en charge dans la continuité, facteur essentiel à sa réussite.

Dans ce dispositif, il est important aussi d'associer systématiquement les usagers et/ou leurs représentants aux modes d'organisation et de prise en charge mis en place pour s'assurer que ceux-ci correspondent à leurs attentes.

II. ETAT DES LIEUX

I Le cadre européen et national

La politique de lutte contre les addictions est une priorité nationale et européenne. Un « plan d'action drogues 2009-2012 », issu de la stratégie anti drogues illicites de l'Union Européenne, présente des orientations visant à offrir un niveau élevé de protection, de bien-être et de cohésion sociale par la prévention et la réduction des consommations de drogues.

Au niveau national, la loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique de lutte contre les drogues. Les orientations nationales ont par la suite été précisées dans plusieurs lois : loi Evin du 10 janvier 1991, loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009, loi « Fourcade » du 10 août 2011. Des priorités d'organisations sont décrites dans le plan de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie 2008-2012, et dans le Plan Gouvernemental de prise en charge des addictions 2007-2011. Un programme addictions 2012-2016 est en cours de finalisation. Un dispositif réglementaire conséquent vient préciser les conditions de mise en œuvre de l'offre, notamment le décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des CSAPA et la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins hospitaliers en addictologie mettant en place un dispositif gradué en trois niveaux de prise en charge.

II Le contexte de la Picardie

II-1 : Données épidémiologiques

L'**alcool** constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique de la région picarde. Les conséquences sont diverses mais graves : cirrhoses hépatiques, psychoses alcooliques, cancers, syndromes d'alcoolisation fœtale... Les conséquences sociales sont également très lourdes. La Picardie présente le troisième taux de mortalité tous âges le plus important des régions de France hexagonale pour une cause liée à la consommation d'alcool (cancers des voies aérodigestives supérieures, cirrhoses du foie et psychoses alcooliques). Cette surmortalité est constatée dans tous les territoires de santé de Picardie, sauf l'Oise Est. Le territoire Aisne-Nord-Haute-Somme présente quant à lui les indicateurs les plus mauvais (+47,1% de surmortalité par rapport au niveau national). Les nouvelles admissions en affection longue durée permettent d'aborder la morbidité liée à l'alcool. En moyenne annuelle sur la période de 2005 à 2009, ce sont 1000 personnes, dont 77 % d'hommes, qui ont été admis.

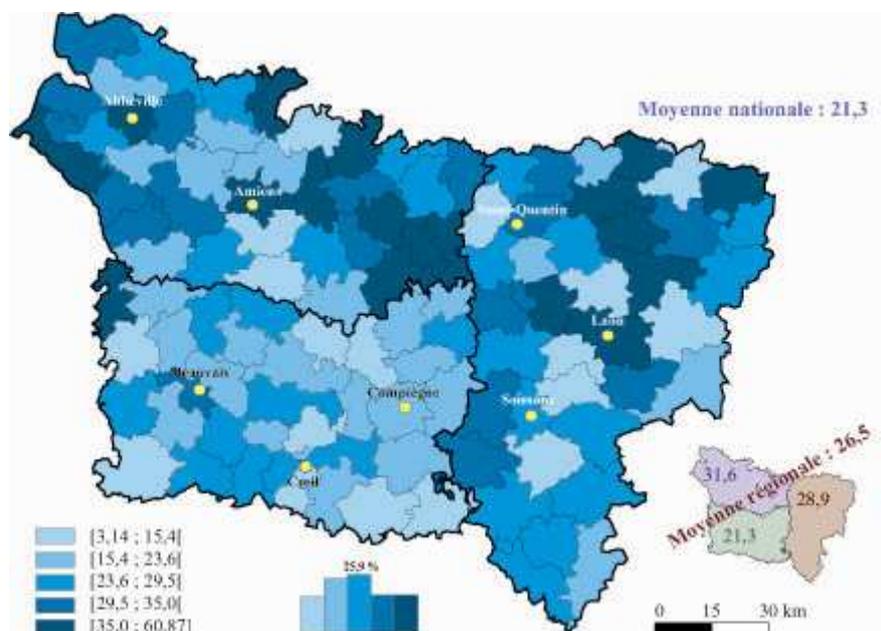
A tous les âges, les conséquences liées aux consommations d'alcool sont plus fortes chez les hommes que chez les femmes.

Chez les **jeunes**, le Baromètre santé pour les 15-34 ans, 2010 (données OR2S), fait apparaître que la consommation d'alcool quotidienne ou hebdomadaire au cours de l'année concerne 48% des jeunes hommes et 18 % des jeunes femmes. Pour les 15 à 19 ans, trois hommes sur dix indiquent consommer de l'alcool de manière quotidienne ou hebdomadaire contre une femme sur dix. En revanche, aussi bien pour les consommations régulières que pour les ivresses, les indicateurs sont plus faibles en Picardie que dans le reste de la France. L'étude des consommations à risque de dépendance montre une fois encore une grande différence en homme (11%) et femme (1.4%).

L'étude du phénomène d'alcoolisation massive (dite parfois « binge drinking ») montre une différence importante entre la consommation des hommes et celle des femmes. 30 % des jeunes picards annoncent consommer 6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par mois, contre 8 % des femmes. Le nombre est plus élevé dans la tranche des 20-24 ans. Au niveau des catégories professionnelles, le phénomène est plus important chez les cadres et artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

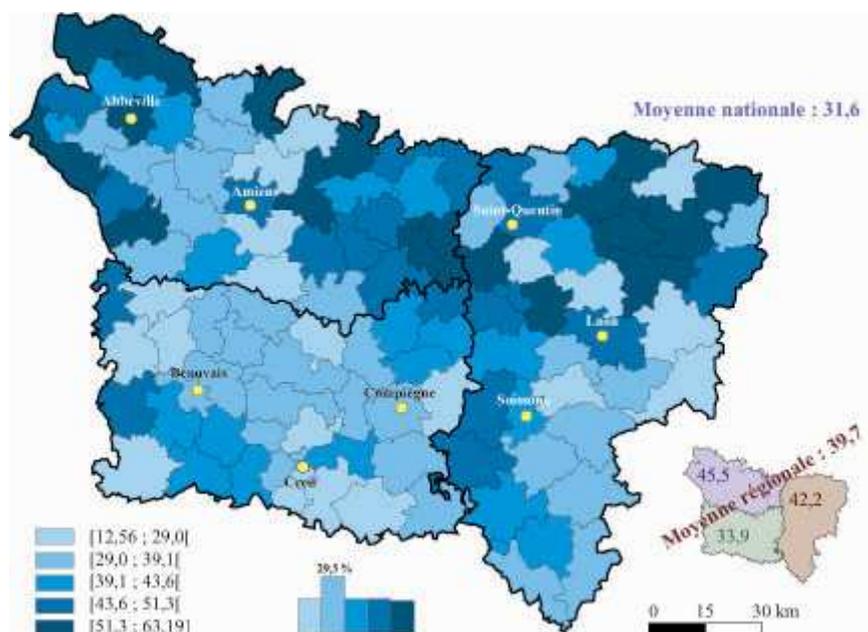
Le recueil « je sais »¹ fait apparaître quant à lui que les consommations chez les très jeunes restent très élevées : en sixième un garçon sur quatre et une fille sur six ont déclaré avoir déjà bu des boissons alcoolisées. En seconde générale, le quart des garçons et une fille sur cinq ont déclaré avoir déjà eu une ivresse.

Taux standardisé de mortalité prématurée par causes liées à l'alcool en 2005-2009 (pour 100 000 habitants)



¹ Enquête réalisée par les infirmiers scolaires auprès des élèves de sixième

Taux standardisé de mortalité générale par causes liées à l'alcool en 2005-2009 (pour 100 000 habitants)



Source Inserm CépiDc, Insee, exploitation OR2S

La région est également touchée par des consommations excessives de **tabac**. Avec 14,3% de surmortalité par rapport au niveau national, la Picardie présente le quatrième taux de mortalité le plus important de la France hexagonale pour une des causes liées à une consommation tabagique (cancers de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathies ischémiques et bronchites chroniques ou maladie pulmonaire obstructive). Cette surmortalité est constatée dans les cinq territoires de santé. Les nouvelles admissions en affection longue durée permettent d'aborder la morbidité liée au tabac. En moyenne annuelle sur la période de 2005 à 2009, ce sont 3 895 personnes, dont 70 % d'hommes, qui ont été admis.

Le baromètre santé fait apparaître un pourcentage de fumeur régulier supérieur à celui de la France (33,7% contre 31,8%). On constate également une petite différence territoriale entre l'Oise (32%) et la Somme et l'Aisne (35%). 38% des hommes fument contre 28 % des femmes. Au niveau de l'âge des fumeurs quotidiens, on constate entre 19,8 % de fumeurs entre 15 et 19 ans, et 38,6 % de fumeurs entre 30 et 34 ans, avec un pic entre 25 et 29 ans (43,3%). Le passage de la première cigarette à un usage régulier est d'environ deux ans. A part la classe d'âge des 15-19 ans qui est moins fumeuse que dans le reste de la France, toutes les autres catégories sont plus fumeuses. L'analyse de l'activité professionnelle montre qu'il y a davantage de fumeurs quotidiens chez les chômeurs, employés, ouvriers, artisans et commerçants que chez les cadres et agriculteurs.

Les données épidémiologiques pour la **toxicomanie** ont des sources diverses (enquêtes auprès des populations, rapports d'activités des structures, données de la justice ou commerciale ...). Elles ne permettent pas d'avoir une image très précise des consommations mais donne des tendances importantes dans le type de consommation et un comparatif avec la France entière. Le baromètre santé jeunes 2010 fait ressortir le cannabis comme la première drogue illicite consommée. Près de deux picards de 15 à 34 ans sur cinq déclarent l'avoir expérimenté. Les consommations récentes concernent un homme sur 10 entre 20 et 29 ans. Les indicateurs sont globalement meilleurs que la moyenne française.

Données 2009 de l'OFDT (observatoire français des drogues et de la toxicomanie :

Indicateurs	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France
Taux de consultations dans les CSAPA spécialisés alcool pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans	8.8	6.6	3.8	6.4	3.5
Interpellations pour ivresse sur la voie publique par 10 000 habitants de 20 à 70 ans	26.6	11.7	14.7	16.8	19.1
Décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose sur 10 000 habitants	4.3	2.9	4.7	3.8	3.3
Vente de cigarettes par habitants en 2009	851	999	988	954	860
Décès avant 65 ans par tumeur de la trachée, des bronches et des poumons, par 10 000 habitants de 40 à 64 ans	6.7	6	5.7	6.1	5.7
Usage régulier du cannabis à 17 ans	4%	9%	5%	6%	7%
Interpellations des usagers de drogues illicites (héroïne, cocaïne, ecstasy) pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans	11.8	6.8	11.6	9.6	6.7

Certains de ces indicateurs peuvent dépendre de plusieurs facteurs (ex : le nombre d'interpellation dépendra également du nombre d'agents sur le terrain). Avec toute la prudence nécessaire face à ces variables, il apparaît quand même que pour l'alcool et le tabac la Picardie a des indicateurs moins bons que pour le reste de la France. Par le nombre de décès par alcoolisme et cirrhose, elle se classe 7^{ème} de toutes les régions françaises. Ces indicateurs font également apparaître des disparités infra régionales en défaveur de l'Aisne et de la Somme pour l'alcool. En revanche, la consommation de cannabis serait plus élevée chez les jeunes de 17 ans dans l'Oise.

Les données disponibles sur les consommations et leurs effets ne sont pas très détaillées. Afin de répondre à l'axe stratégique « améliorer l'observation sanitaire et sociale » du PSRS, la mise en place d'une observation en addictologie régionale permettra d'affiner les données.

II-2 : Les actions développées et l'équipement en Picardie

Territoire Somme :

- **Offre hospitalière :**

ELSA : 6 établissements à Amiens (CHU et CHS), Montdidier, Doullens, Abbeville et Saint-Valéry.

Consultations hospitalières : 8 établissements à Amiens (CHU et CHS), Montdidier, Albert, Doullens, Rue, Abbeville et Saint-Valéry.

Sevrages simples : 7 établissements à Amiens, Montdidier, Corbie, Albert, Doullens, Abbeville, et Saint-Valéry.

Sevrages complexes : 1 établissement (CHS) à Amiens.

Hôpital de jour : Aucun établissement.

SSR addictions : 1 établissement à Roye.

- **Offre médico-sociale :**

Un CSAPA spécialisé alcool composé de 4 antennes à Amiens, Abbeville, Friville-Escarbotin, Roye et des 6 consultations extérieures à Albert et Montdidier (consultations pluridisciplinaires) et à Corbie, Doullens, Saint-léger-lès-Domart, Flixecourt (consultations de proximité, un seul professionnel).

Un CSAPA spécialisé toxicomanie dont le siège est à Amiens, et les 4 antennes et consultations extérieures à Abbeville, Flixecourt, Albert et Roye.

Soit **15 lieux de consultations médico-sociales**. Avec les consultations hospitalières, le territoire compte 23 lieux de consultation. Les villes d'Amiens, Abbeville, Doullens, Albert et Montdidier comptent plusieurs consultations différentes.

1 CSAPA avec hébergement à Amiens (11 places) et une antenne hébergement femmes-enfants (5 places).

2 CAARUD à Amiens et Abbeville, et trois totems².

3 consultations jeunes consommateurs à Amiens, Abbeville, et Albert.

- **Offre en matière de prévention :**

Deux associations sont principalement présentes sur le territoire, et bénéficient d'un financement de l'ARS par conventions pluriannuelles.

Les actions de l'ANPAA 80 concernent :

- la prévention des consommations en milieu scolaire ;
- la prévention des consommations en milieu du travail ;
- la prévention des consommations chez les publics précaires ;
- la prévention des consommations chez les femmes enceintes ;
- la mise en place du module alcool et justice.

Les actions de l'association Le Mail concernent :

- la prévention vers les jeunes à Amiens, en milieu rural et en CFA (centre de formation des apprentis) ;
- la prévention globale (tout public) en milieu rural ;
- les publics précaires à Amiens métropole.

- **Éléments d'analyse :**

Le territoire est globalement bien couvert par les lieux de consultation. La coexistence de plusieurs acteurs sur une même ville appelle des coopérations et organisations en complémentarité. Une zone non couverte reste identifiée sur les cantons du sud (Gamache, Oisemont, Hornoy-le-bourg, Poix-de-Picardie, Conty, Ailly-sur-Noye). Une offre minimale est cependant présente sur ce territoire, notamment par la présence du bus de l'association Le Mail, et par la présence d'une consultation avancée psychiatrie et addictions du CHS de P. Pinel à Poix-de-Picardie.

L'offre en hôpital de jour est manquante.

² Un totem est un distributeur installé dans les villes avec l'accord des mairies. Il permet aux usagers de déposer leur seringue usagée, et de récupérer un kit neuf avec du matériel stérile

Territoire Aisne-Nord Haute-Somme

- **Offre hospitalière :**

ELSA : 3 établissements à Ham, Chauny et Hirson. L'ELSA de Ham intervient également à Saint-Quentin et Péronne.

Consultations hospitalières : 6 établissements à Péronne, Ham, Chauny, Saint-Quentin, Vervins, Hirson.

Sevrages simples : 8 établissements à Péronne, Ham, Chauny, Saint-Quentin, Guise, Vervins, Hirson, et Nouvion en Thiérache.

Sevrages complexes : 1 établissement à Ham.

Hôpital de jour : 1 établissement à Ham.

SSR addictions : aucun établissement. CH d'Hirson autorisé.

- **Offre médico-sociale :**

Un CSAPA spécialisé alcool composé de 4 antennes à Saint-Quentin, Bohain-en-Vermandois, Guise, Hirson. Il y a également 2 antennes d'un CSAPA alcool de la Somme à Péronne et Roisel.

Un CSAPA spécialisé toxicomanie à Saint-Quentin, avec deux antennes à Bohain-en-Vermandois et Guise. Il y a également une antenne du CSAPA toxicomanie de la Somme à Péronne.

Un CSAPA généraliste à Chauny.

Soit 11 lieux de consultations médico-sociales dans le territoire. Avec les consultations hospitalières, le territoire compte 17 lieux de consultations. Les villes de Saint-Quentin, Hirson, Guise, Bohain-en-Vermandois et Péronne comptent plusieurs consultations différentes.

Il n'y a **pas de CAARUD** implanté sur ce territoire. Seules les villes de Péronne, Ham et Roisel bénéficient de l'intervention des travailleurs de rue de l'association Le Mail.

Une consultation jeunes consommateurs à Saint-Quentin.

- **Offre en matière de prévention :**

Sur l'est du territoire, correspondant au département de la Somme, les mêmes actions de prévention que pour le territoire Somme sont en place. L'ANPAA 02 bénéficie également d'une convention pluriannuelle avec l'ARS, sur les mêmes thématiques que l'ANPAA 80 :

- prévention des consommations en milieu scolaire ;
- prévention des consommations en milieu du travail ;
- prévention des consommations chez les publics précaires ;
- prévention des consommations chez les femmes enceintes ;
- mise en place du module alcool et justice pour les personnes ayant commis une infraction liée à l'alcool.

L'association CHA de l'Aisne est une association portant également plusieurs actions de prévention, notamment en milieu scolaire. Elle porte aussi des formations tabac et alcool pour les professionnels.

- **Éléments d'analyse :**

Le territoire est globalement bien couvert par des lieux de consultation. La coexistence de plusieurs acteurs sur une même ville appelle des coopérations et organisations en complémentarité.

En revanche, il n'y a aucun CAARUD, ni totem et donc un manque important en matière de réduction des risques, seul l'est du territoire bénéficiant du travail de rue de l'association Le Mail.

Un manque est également identifié au niveau des consultations jeunes consommateurs.

L'offre en soins de suite et de réadaptation addictions est manquante.

Territoire Aisne-Sud

- **Offre hospitalière :**

ELSA : 3 établissements à Laon, Soissons et Château-Thierry.

Consultations hospitalières : 4 établissements à Laon, Prémontré, Soissons, Château-Thierry.

Sevrages simples : 3 établissements à Laon, Soissons, Château-Thierry.

Sevrages complexes : 1 établissement (EPSMD Prémontré)

Hôpital de jour : Aucun établissement

SSR addictions : un établissement à Bucy-le-Long.

- **Offre médico-sociale :**

4 antennes de CSAPA spécialisé alcool à Laon, Soissons, Villers-Cotterêts et Château-Thierry.

Pas de CSAPA ambulatoire spécialisé toxicomanie.

Soit 4 lieux de consultations médico-sociales. Avec les consultations hospitalières, 8 lieux de consultations au total. Les villes de Laon et Soissons comptent plusieurs consultations différentes.

Un CSAPA hébergement généraliste à Bucy-le-long.

Un CAARUD composé de deux antennes à Soissons et Château-Thierry.

4 consultations jeunes consommateurs à Villers-Cotterêts, Soissons, Laon et Sissonne. Seule celle de Sissonne est portée par un CSAPA, les autres sont hospitalières.

Un groupement de coopération sanitaire et médico-social s'est constitué dans le sud de l'Aisne, entre les Hôpitaux de Soissons, Laon, Château-Thierry, les associations Aurore, SATO et CHA

- **Offre en matière de prévention :**

L'ANPAA 02 bénéficie d'une convention pluriannuelle avec l'ARS sur:

- la prévention des consommations en milieu scolaire ;
- la prévention des consommations en milieu du travail ;
- la prévention des consommations chez les publics précaires ;
- la prévention des consommations chez les femmes enceintes ;
- la mise en place du module alcool et justice pour les personnes ayant commis une infraction liée à l'alcool.

L'association CHA de l'Aisne est une association portant également plusieurs actions de prévention, notamment en milieu scolaire. Elle porte aussi des formations tabac et alcool pour les professionnels.

Le groupement de coopération sanitaire et médico-social peut porter de manière commune et coordonnée des projets de prévention.

Le CIJ (centre information jeunesse) de Laon porte également des actions de prévention des addictions chez les jeunes.

- **Éléments d'analyse :**

Le territoire n'a pas un très bon maillage en consultations. Les cantons de Sissonne, Montcornet et de Marles notamment ne sont pas couverts, ainsi que le sud-est, entre Soissons et Château-Thierry. Pour les consultations existantes, la coexistence de plusieurs acteurs sur une même ville appelle des coopérations et organisations en complémentarité.

Il n'y a pas actuellement de CSAPA ambulatoire spécialisé toxicomanie sur le territoire.

L'offre en hôpital de jour est manquante.

Territoire Oise-est

- **Offre hospitalière :**

ELSA : 4 établissements à Noyon, Compiègne, Creil et Senlis.

Consultations hospitalières : 3 établissements à Noyon, Compiègne et Creil.

Sevrages simples : 4 établissements à Noyon, Compiègne, Senlis et Creil.

Sevrages complexes : 1 établissement à Compiègne.

Hôpital de jour : 1 établissement à Compiègne.

SSR addictions : 6 lits spécialisés addictions à Gouvieux.

- **Offre médico-sociale :**

4 antennes de CSAPA spécialisé alcool à Noyon, Compiègne, Crépy-en-Valois et Creil.

3 antennes de CSAPA spécialisé toxicomanie à Noyon, Compiègne et Creil.

Soit **7 lieux de consultations médico-sociales**. Avec l'offre hospitalière, le territoire compte 10 lieux de consultations. Les villes de Noyon, Compiègne et Creil comptent plusieurs lieux de consultations différents.

Des **appartements thérapeutiques (huit places)** sont installés à Compiègne (statut CSAPA avec hébergement).

2 consultations jeunes consommateurs à Compiègne et Creil.

3 antennes CAARUD à Noyon, Compiègne et Montataire.

- **Offre en matière de prévention :**

L'ANPAA 60 bénéficie d'une convention pluriannuelle avec l'ARS. Elle intervient sur :

- la prévention en milieu du travail ;

- la prévention auprès des jeunes ;
- la prévention auprès des publics précaires, et formations des travailleurs sociaux ;
- la participation aux réseaux alcool ;
- la tenue de points écoute pour les jeunes.

L'association SATO met également en place des actions de prévention sur le territoire.

- **Éléments d'analyse :**

Le territoire est assez bien couvert, les quelques zones semblant plus éloignées au sud est et au nord ouest du territoire étant plutôt bien desservies par des transports en commun. Pour les consultations existantes, la coexistence de plusieurs acteurs sur une même ville appelle des coopérations et organisations en complémentarité.

Territoire Oise-ouest

- **Offre hospitalière :**

ELSA : 2 établissements à Clermont et Beauvais.

Consultations hospitalières : 3 établissements à Clermont (CH et CHI) et Beauvais.

Sevrages simples : 3 établissements à Clermont, Beauvais et Chaumont-en-Vexin.

Sevrages complexes : 1 établissement à Clermont.

Hôpital de jour : aucun établissement

SSR addictions : aucun établissement

- **Offre médico-sociale :**

Un CSAPA spécialisé alcool à Beauvais, avec une antenne à Méru.

Un CSAPA spécialisé toxicomanie à Beauvais, avec une antenne à Méru.

Soit **4 lieux de consultations médico-sociales**. Avec l'offre hospitalière, le territoire compte 7 lieux de consultation. Les villes de Beauvais et Clermont comptent plusieurs consultations différentes.

Un CSAPA avec hébergement à Saint-Martin-le-Nœud.

Un CAARUD à Beauvais.

Trois consultations jeunes consommateurs à Clermont, Beauvais et Formerie/Grandvilliers.

- **Offre en matière de prévention :**

L'ANPAA 60 bénéficie d'une convention pluriannuelle avec l'ARS. Elle intervient sur :

- la prévention en milieu du travail ;
- la prévention auprès des jeunes ;
- la prévention auprès des publics précaires, et formations des travailleurs sociaux ;
- la participation aux réseaux alcool ;
- la tenue de point écoute pour les jeunes.

L'association SATO met également en place des actions de prévention sur le territoire.

- **Éléments d'analyse :**

Plusieurs zones du territoire ne sont pas couvertes en consultations, notamment au nord, dans les cantons de Grandvilliers, Crèvecœur-le-Grand et Breteuil.

Il n'y a pas d'offre d'hôpital de jour ni de soins de suite et de réadaptation addictions.

Territoire régional

Le Comité Technique Régional (COTER) Addictions :

Le COTER addictions a été mis en place suite à la création de l'agence régionale de santé de Picardie. Composé d'une quinzaine de membres professionnels du champ des addictions, il doit apporter une expertise professionnelle sur l'offre globale de prise en charge en addictions:

- Avis consultatif et propositions sur les sujets proposés par l'ARS ;
- Avis et propositions sur des sujets pouvant être mis à l'ordre du jour du COTER indépendamment de l'ARS. Il peut en effet initier des réflexions ou groupes de travail sur des thématiques qu'il a identifiées comme prioritaires.

Il a un rôle important sur le suivi de la mise en œuvre du document de politique transversale sur les addictions et notamment des orientations relatives à l'articulation des soins de ville, médico-sociaux et hospitaliers et au développement des réseaux.

L'équipe de recherche INSERM sur l'alcoolodépendance

Au niveau régional, l'université de médecine/pharmacie héberge une équipe de recherche INSERM ERI-24. Les activités du Groupe de Recherche sur l'Alcool & les Pharmacodépendances (GRAP) portent sur les facteurs génétiques et environnementaux et plus particulièrement sur la précocité de l'exposition (*in utero*/adolescence) qui sont impliqués dans vulnérabilité à l'alcoolodépendance.

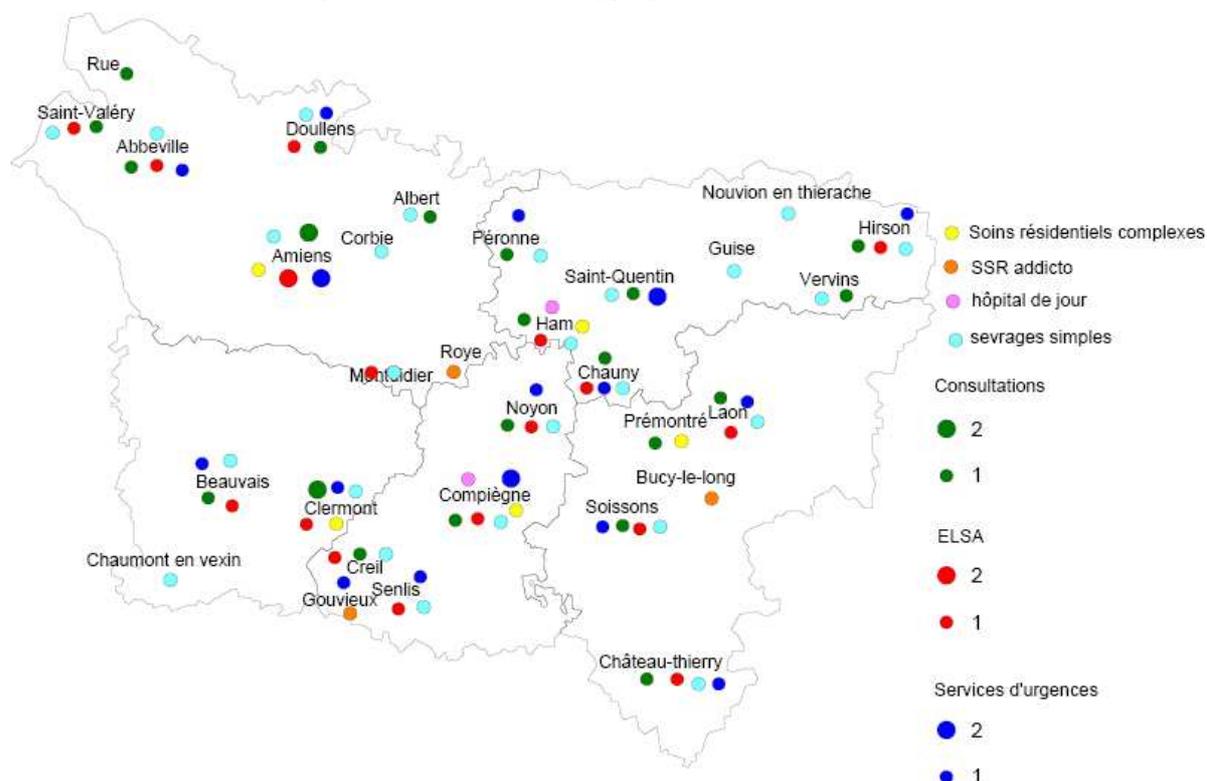
La « Task Force Alcool »

Mise en place début 2008, la task force alcool visait l'expérimentation d'une coordination des actions de lutte contre l'alcoolisme ciblée sur les jeunes inscrits dans un parcours d'enseignement et leur entourage. Elle a été mise en œuvre dans trois territoires (Laon-Hirson + Picardie maritime + Oise occidentale) choisis en raison de leurs indicateurs de santé publique défavorables et de la présence d'acteurs investis. Après évaluation, la Task Force Alcool s'est étendue et intervient également au niveau régional (charte étudiante, action en CFA) et sur de nouveaux territoires porteurs d'une dynamique relative à la santé.

Le réseau Picard pour la Prévention et l'Éducation Thérapeutique du Patient

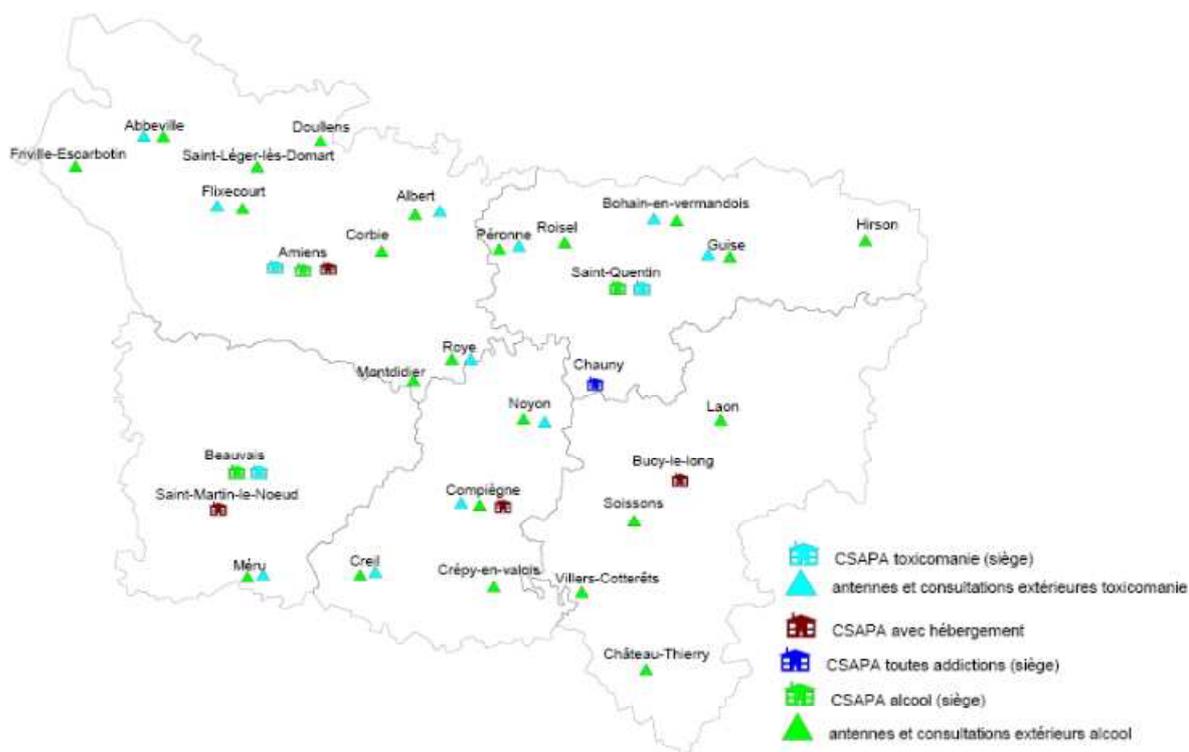
Ce réseau s'est constitué officiellement le 20 février 2007, date de la signature de la charte constitutive. Les signataires de cette charte sont les huit Centres Hospitaliers suivants : Abbeville, le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens, Beauvais, Compiègne, Laon, Saint Quentin, Senlis et Soissons.

Offre hospitalière en addictologie, Picardie 2012



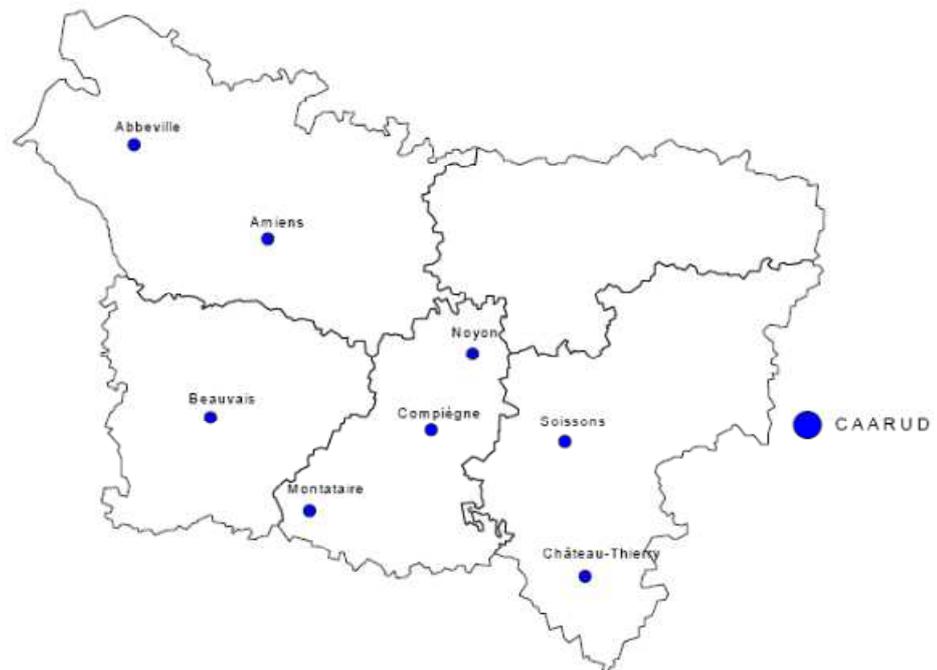
Réalisation ARS Picardie.OSA (juin 2012). Sources ARS (juin 2012). « Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés »

Implantation des Centres de Soins, d'Accompagnement et de prévention en Adicctologie, Picardie



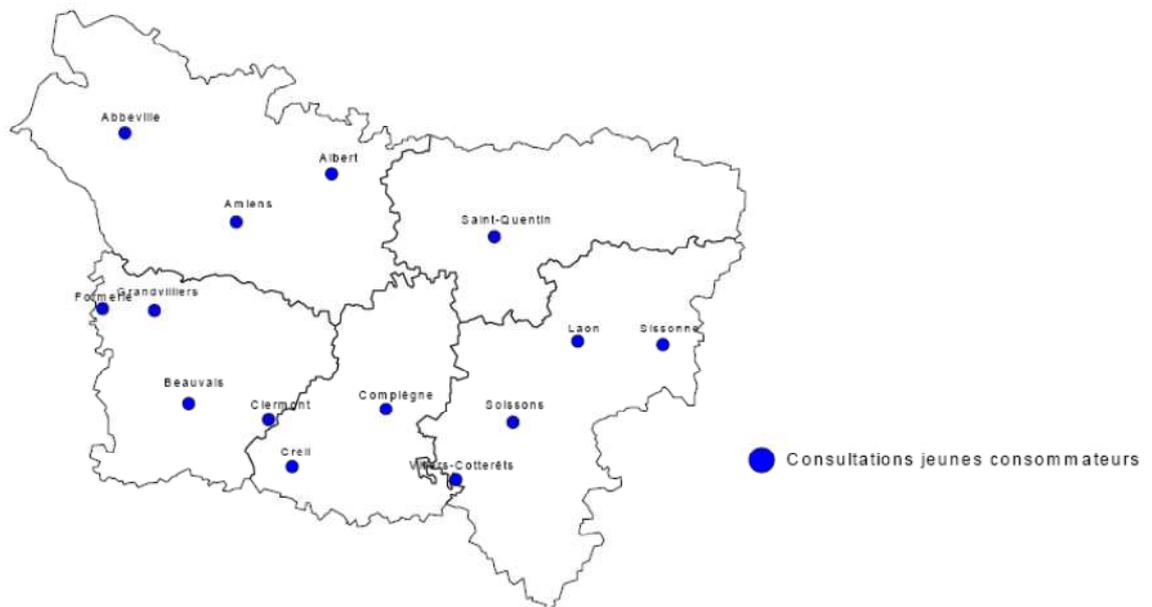
Réalisation ARS Picardie.OSA (octobre 2011). Sources ARS (octobre 2011). « Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés »

Implantation des CAARUD en Picardie



Réalisation ARS Picardie.O.S.A (juin 2011). Sources ARS (juin 2011). « Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés »

Implantation des consultations jeunes consommateurs en Picardie



Réalisation ARS Picardie.O.S.A (juin 2011). Sources ARS (juin 2011). « Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés »

III. OBJECTIFS CIBLES D'ORGANISATION

I. Des objectifs généraux d'organisation

I-1 : Renforcer l'articulation des acteurs

Cette partie vient décliner l'axe stratégique du PSRS (Plan Stratégique Régional de Santé) « encourager la coordination des politiques publiques et acteurs de terrain ». Elle contribue également aux axes « diversifier et graduer les modes de prise en charge », « renforcer la formation des professionnels », « développer le partage d'information ».

Une mise en réseau formalisée des acteurs sur un territoire de santé permet l'inscription dans le temps de l'organisation, au delà des personnes qui la soutiennent. De plus, l'accès et la continuité des soins pour tous nécessitent une organisation graduée coordonnée entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux au sein de la région et dans chacun des territoires de santé afin de disposer d'une filière de soins cohérente et lisible.

Le rapprochement des structures et des équipes ayant des expériences et des savoirs différents favorisera la diversification des réponses thérapeutiques à des problématiques de plus en plus variées (tabac, alcool, drogues illicites, mésusage de médicaments, addictions sans produits et modes de consommation divers selon les populations).

Plusieurs outils pourront être envisagés pour aider à la formalisation des partenariats : les groupements de coopérations sanitaires et médico-sociaux, les communautés hospitalières de territoire, les fédérations médicales, les réseaux de santé, les conventions de coopération entre structures.

Dans le cas des réseaux, leur formalisation prendra la forme d'une charte de réseau déterminant les objectifs du réseau. L'adhésion au réseau sera matérialisée par la signature de cette charte.

Cette formalisation est attendue au niveau régional et territorial.

1) La mise en réseau au niveau régional

L'objectif à ce niveau territorial est de :

- développer une approche globale des addictions,
- diffuser les protocoles de prise en charge et de fonctionnement,
- organiser des échanges de pratiques,
- informer le public et les professionnels de l'offre existante,
- dynamiser la formation des professionnels,
- développer le suivi épidémiologique, la veille et l'alerte sanitaire,
- développer la recherche en addictologie.

Des thématiques plus précises peuvent également être abordées :

- Proximité de l'offre de soins/ développement de microstructures;
- Lien addictions et psychiatrie;
- Prise en charge des publics précaires;
- Suivi des patients en aval d'une hospitalisation ou d'une incarcération;
- Délivrance de produits de substitutions...

La mise en place de réflexions et de groupes de travail sur ces thématiques pourra être initiée par le Comité TEchnique Régional (COTER) Addictions.

⇒ **Objectif prioritaire : Mettre en réseau les acteurs au niveau régional, notamment autour des pratiques professionnelles, de la formation, de la recherche**

2) La mise en réseau des acteurs dans les territoires de santé

L'objectif est d'encourager les coopérations et complémentarités entre la prévention, la médecine de ville, l'offre de soins médico-sociale et l'offre de soins sanitaire (y compris la psychiatrie). Une meilleure information, la coordination des prises en charges et des échanges de pratiques sont recherchés. Les coopérations permettent en effet d'aboutir à une filiarisation du parcours du patient évitant les délais d'attente et les ruptures de soins.

L'implication de la médecine de ville et des officines en pharmacie est nécessaire pour assurer l'accès et la bonne continuité des soins.

Ces partenariats permettront une réponse de proximité et des réponses spécialisées aux besoins de prise en charge complexe ou à ceux de certaines populations (jeunes, femmes enceintes, personnes sous main de justice).

⇒ **Objectif prioritaire : Formaliser les coopérations et complémentarités au niveau territorial entre professionnels de la prévention, du médico-social et du sanitaire, pour mieux filiariser le parcours du patient**

Il est également important d'assurer des liens avec les acteurs du champ social et une articulation avec les autres réseaux existants (périnatalité, cancer...).

Dans ce cadre, les CSAPA devront s'articuler avec les établissements de santé de niveaux 1 et 2 pour :

- l'accueil, l'information et l'orientation,
- les consultations,
- les sevrages simples en ambulatoire et l'accompagnement des sevrages résidentiels dans les établissements de santé.

Les CSAPA devront également assurer des collaborations avec les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, pour le recours à un avis psychiatrique et pour la prise en charge des personnes présentant des comorbidités somatiques et psychiatriques.

Les équipes sanitaires et médico-sociales pourront notamment définir leurs modalités de collaboration par convention pour :

- le partage de locaux,
- l'accueil des patients suivis en ambulatoire ou hospitalisés,
- la gestion des dossiers de consultation,
- la gestion du planning des admissions,
- l'activité de consultations médicales de pré-admission, de suivi postcure ou de suivi ambulatoire des patients non hospitalisés,
- l'organisation des entretiens de psychologues,
- l'organisation des visites à domicile.

Afin de répondre à l'axe stratégique « améliorer l'observation sanitaire et sociale » du PSRS, l'objectif est de mettre en place une observation en addictologie régionale permettant d'affiner les

données disponibles. Un travail régional devra être mené avec l'OR2S, dans le cadre de son conventionnement avec l'ARS, pour organiser l'observation. La plateforme sanitaire et sociale de Picardie, animée par l'OR2S, pourra en être l'outil. Elle repose sur le partage d'informations et d'études entre les partenaires et rassemble les principaux acteurs locaux de l'action sanitaire et sociale (ARS, services de l'Etat, collectivités locales, organismes de protection sociale, secteur associatif). La participation des structures médico-sociales et hospitalières d'addictions à cette plateforme permettra une meilleure lisibilité sur les besoins de prise en charge de la population et la manière dont le dispositif en place y répond.

⇒ **Objectif prioritaire : Améliorer l'observation sanitaire et sociale régionale des addictions dans le cadre partenarial de la plateforme sanitaire et sociale animée par l'OR2S**

I-2 : Organiser un dispositif complet de prise en charge dans chaque territoire de santé

Cette partie vient décliner principalement les priorités régionales « améliorer l'accès à la santé » et « renforcer la qualité de la prise en charge », les orientations stratégiques « adapter l'offre aux besoins », « faciliter la prise en charge de proximité » et « assurer la continuité du parcours de santé » et l'axe stratégique du PSRS « diversifier et graduer les modes de prise en charge ».

Par territoire, le dispositif de droit commun devra assurer trois types de missions :

- prévenir et repérer ;
- accueillir, évaluer et orienter ;
- prendre en charge : consultations, prise en charge aux urgences et par les équipes de liaison et de soins en addictologie, sevrage, réduction des risques, soins de suite et de réadaptation, hébergement en CSAPA.

1) Des missions de prévention et de repérage

- Quelles actions ?

Les actions de prévention préconisées doivent toucher toutes les catégories de population mais en portant une attention toute particulière aux publics fragiles, traités plus loin dans ce document. Elles doivent traiter de toutes les addictions avec ou sans produit. Il s'agit d'actions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

- Quels acteurs ?

Une priorité sera donnée aux actions assurées par des professionnels avec l'appui, selon les cas, des associations d'usagers et des familles.

Les acteurs identifiés en matière de prévention et de repérage sont nombreux et répartis sur tous les territoires. Une bonne coordination est à organiser afin de mailler au mieux les cinq territoires. Peuvent être cités plus particulièrement et sans exhaustivité les associations de prévention et CSAPA, les points-écoute, les pôles de prévention, les consultations jeunes consommateurs, les maisons des adolescents, les missions locales, le dispositif sanitaire (maternités, Equipes de Liaison en Soins et en Addictologie...), les équipes éducatives des établissements scolaires, les centres sociaux, les communes, les services de Protection Maternelle et Infantile, la médecine de ville, les centres de santé, les écoles de formation paramédicales, la médecine du travail, la Brigade de Prévention de la Délinquance de la Jeunesse, les centres de formation des apprentis...

L'éducation nationale, la DRJSCS et la DIRECCTE sont des partenaires institutionnels essentiels à la bonne mise en œuvre d'actions de prévention.

Certaines Equipes de Liaison en Soins et en Addictologie assurent des actions de prévention hors établissement hospitalier. Il a été constaté par enquête que les missions de prévention et de formation en interne n'étaient pas toujours très développées. Les actions de prévention menées par les ELSA doivent être recentrées en intra-hospitalier, conformément à leurs missions réglementaires. Il faut renforcer les sollicitations internes, en informant davantage l'ensemble des services, en formalisant au sein de chaque pôle des protocoles d'appel connus du personnel. Les ELSA doivent également former les équipes des services hospitaliers. Leurs objectifs doivent être inscrits au projet d'établissement.

Le rôle des pôles de prévention et d'éducation du patient en matière de consultation tabacologique doit être réaffirmé en lien avec les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie. Chaque Pôle a une activité de tabacologie : consultation individuelle, groupe de parole... Ces structures sont ouvertes à tous, sur rendez-vous. Les équipes de tabacologie sont constituées de médecins, infirmiers, psychologues et diététiciens.

Les actions de prévention et de repérage menées par des médecins généralistes et les pharmaciens de ville sont à rechercher dans les partenariats qui seront construits. Des formations au repérage précoce et à l'intervention brève ou aux entretiens motivationnels doivent être proposées.

- Quelles modalités de mise en œuvre ?

Les actions devront s'inscrire dans les orientations nationales et régionales.

Elles pourront être assurées au siège de la structure chargée de la prévention ou sous la forme d'intervention ou de permanence de cette structure.

Tout intervenant en établissement scolaire devra suivre les indications du guide d'intervention en milieu scolaire-prévention des conduites addictives- élaboré par la Dgesco³ en partenariat avec la MILDT. Les actions de prévention scolaires doivent notamment s'inscrire dans la durée de la scolarité et impliquer les équipes éducatives.

En milieu du travail, il est intéressant que les actions impliquent les équipes de directions et qu'elles soient travaillées avec les comités d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT).

En milieu rural et dans les quartiers, il est intéressant d'intégrer les actions de prévention à des projets de territoires, en concertation avec les acteurs locaux et notamment avec les élus.

⇒ **Objectif prioritaire : Favoriser les actions de prévention coordonnées menées par des professionnels, en direction des publics vulnérables : jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité, personnes sous main de justice.**

(Objectif développé dans la partie III sur les publics vulnérables)

2) Des missions d'accueil, d'évaluation et d'orientation

³ Direction générale de l'enseignement scolaire

➤ Les acteurs :

Les médecins généralistes, les CSAPA, les points-écoute, les consultations jeunes consommateurs, les Maisons des Adolescents, les services sociaux, les services de Protection Maternelle et Infantile, et toute autre structure ou professionnel amenés à évaluer une problématique liée à une conduite addictive sont potentiellement chargés de ces missions.

➤ Les modalités de mise en œuvre :

Ces missions seront assurées par, ou en lien avec, une équipe pluridisciplinaire et nécessitent une proximité géographique.

Les acteurs devront s'attacher à connaître au mieux l'équipement du territoire pour orienter de la façon la plus pertinente la personne et amorcer ainsi sa prise en charge dans les conditions qui éviteront toute rupture dans son parcours.

3) Des missions de prise en charge

a) L'organisation d'un dispositif addictologique hospitalier en trois niveaux :

Les patients présentant une conduite addictive doivent pouvoir bénéficier, selon la gravité de leurs troubles, d'un dispositif gradué en trois niveaux.

Cette graduation permet la mise en place de filière addictologique hospitalière, composée des structures suivantes :

- consultations ;
- équipes de liaison et de soins en addictologie ;
- hôpital de jour ;
- lits d'hospitalisation complète pour sevrages simples,
- lits d'hospitalisation complète pour soins résidentiels complexes, appelés aussi « sevrages complexes »,
- soins de suite et de réadaptation orientés en addictologie.

La liaison est une mission essentielle des filières hospitalières. Les patients de n'importe quel service et les équipes soignantes doivent être en mesure de bénéficier de l'avis addictologique d'une équipe de liaison. Les rôles des ELSA sont l'aide à la prise en charge de patients, la formation des équipes soignantes et le lien avec les partenaires extérieurs. Elles doivent rendre compte de leur activité dans des rapports d'activité annuels.

Les Communautés Hospitalières de Territoires, issues de la loi « Hôpital Patient Santé Territoire », seront l'outil privilégié pour offrir une plateforme de services coordonnés et complémentaires au bénéfice des différents acteurs et des usagers ainsi que des collectivités locales. L'objectif est de procurer lisibilité et cohérence de leurs actions aux divers acteurs, également par des formules de coopération déjà existantes (fédérations médicales par exemple).

NIVEAU 1 :

Il comporte :

- consultation hospitalière d'addictologie ;
- équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ;
- service d'hospitalisation permettant de réaliser des sevrages simples.

Il peut être atteint par tout établissement hospitalier avec ou sans service d'urgences.

Tout établissement disposant d'un service d'urgences doit disposer d'un niveau 1 complet. Il pourra être atteint par convention avec d'autres établissements proches géographiquement. L'objectif est de permettre la continuité du parcours d'un patient repéré aux urgences.

Ces établissements doivent disposer de personnels compétents en addictologie et doivent pouvoir faire appel à une activité de psychiatrie.

Les établissements privés à but lucratif disposant d'un service d'urgences doivent assurer le niveau 1 complet ou par convention avec l'Etablissement Public de Santé le plus proche disposant du niveau 1 - pour organiser les orientations de patients, mais également pour envisager l'intervention de l'ELSA dans leur établissement.

NIVEAU 2

Il comporte :

- consultation hospitalière d'addictologie ;
- équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ;
- service d'hospitalisation permettant de réaliser des sevrages simples ;
- hospitalisation de jour ;
- hospitalisation complète pour sevrage et soins résidentiels complexes ;
- soins de suite et de réadaptation orientés en addictologie.

Il pourra être atteint par convention avec d'autres établissements du même territoire de santé, si la prise en charge continue du patient est bien assurée.

NIVEAU 3

Il comporte les équipements du niveau 2 et constitue un niveau de référence régional addictologique en assurant la coordination de l'enseignement, de la formation et de la recherche. Ce niveau pourra être atteint par convention, notamment avec le CHU et la faculté de médecine.

L'objectif, pendant la période de mise en œuvre du PRS, est d'arriver à la reconnaissance contractuelle des niveaux des établissements de santé ayant une activité de prise en charge des addictions.

Les objectifs des établissements relatifs à leur activité en addictologie devront être inscrits dans les CPOM (contrat pluriannuel d'objectif et de moyen).

⇒ **Objectif prioritaire : Reconnaître les niveaux de prise en charge dans les établissements de santé ayant une activité addictions**

b) L'organisation d'un dispositif complémentaire aux différentes étapes du parcours de l'utilisateur

1 La réduction des risques

La réduction des risques est un ensemble de stratégies visant à limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues (licites/illicites). Les usagers concernés ne sont pas encore entrés dans une démarche de soins. Il s'agit d'informer pour limiter les risques et accompagner les usagers de drogues pour les aider à éviter la consommation abusive et les pratiques à risques.

Ces missions doivent être remplies par les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues), établissements médico-sociaux créés par la loi du 4 août 2004. Ils doivent notamment :

- faciliter l'accessibilité aux dépistages (HIV, VHC, VHB) et aux soins ;
- mettre à disposition du matériel stérile notamment pour les injecteurs (kits seringues, stérifilts, préservatifs, etc.) ;
- faciliter, favoriser, développer sous toutes ses formes l'accessibilité au logement notamment, pour les populations en grande précarité sociale, en lien avec les structures du réseau accueil, hébergement et insertion et avec les lits haltes soins santé ;
- développer les rencontres de proximité en allant directement à la rencontre des usagers, (dans la rue, dans les soirées festives, etc.) ;
- développer la réduction des risques en milieu carcéral ;
- développer le travail en réseau avec la médecine de ville et les officines ;
- informer/former le public cible sur la réduction des risques...

La réduction des risques doit être entendue de manière large en intégrant les risques psychosociaux. Elle doit contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social.

Toutefois, les CAARUD ne sont pas les seuls investis de la mission de réduction des risques. Les CSAPA, qu'ils soient spécialisés ou non, ont comme mission réglementaire de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge. L'ensemble des acteurs du dispositif devra, notamment lors d'une première rencontre avec un usager, informer sur la réduction des risques concernant chaque produit utilisé. L'objectif final reste d'inciter l'utilisateur à abandonner sa consommation pour entrer dans une démarche de soins. Les formations à l'entretien motivationnel et/ou d'autres outils des thérapies comportementales et cognitives sont encouragées, afin de compléter l'aide et l'écoute.

Les pharmaciens sont des acteurs incontournables de la réduction des risques. Ils ont l'obligation de récupérer le matériel usagé, et de fournir du matériel stérile. Leur présence dans les petites villes où la présence de CAARUD ou de totems n'est pas envisageable permet d'assurer la réduction des risques à proximité. Cette mission inquiète certains pharmaciens et nécessite une réflexion sur les pratiques à adopter et les partenariats possibles, notamment avec l'ordre régional des pharmaciens

Il est nécessaire sur chacun des cinq territoires de santé d'avoir un dispositif de réduction des risques. Un CAARUD, ou une antenne de CAARUD, doit intervenir dans chacun des territoires. En complément, l'installation de totems⁴ dans les grandes villes est à encourager, en lien avec les élus. Il est également nécessaire de développer les interventions en dehors des centres spécialisés pour aller à la rencontre des usagers ; en

⁴ Un totem est un distributeur installé dans les villes avec l'accord des mairies. Il permet aux usagers de déposer leur seringue usagée, et de récupérer un kit neuf avec du matériel stérile.

particulier des personnes en situation de grande précarité et des jeunes en errance. La création ou le renforcement d'équipe de travail de rue, par redéploiement des centres lorsque cela est possible, doit permettre d'aller au devant des personnes en difficulté. Ce dispositif n'existe pas pour l'instant dans l'Aisne Nord.

⇒ **Objectif prioritaire : Développer un dispositif de réduction des risques dans le territoire Aisne-Nord-Haute-Somme**

2 les consultations

Les consultations peuvent être hospitalières ou médico-sociales. Elles ont lieu dans les locaux de l'établissement hospitalier ou du CSAPA, ou dans d'autres lieux sociaux ou sanitaires sous forme de consultations avancées.

Les consultations médico-sociales ont pour spécificité d'assurer une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche de l'utilisateur, la précocité et la continuité des interventions, la diversité de la prise en charge et l'accompagnement psychosocial et l'aide à l'insertion. Les équipes sont pluridisciplinaires: médicale, psychologique, éducative, sociale.

Les consultations hospitalières sont des structures de première ligne, pour l'accueil, l'écoute, l'évaluation et l'accompagnement des patients présentant des conduites addictives. Elles travaillent en partenariat avec un service hospitalier capable de réaliser des sevrages simples.

Sur chaque territoire, deux à trois CSAPA doivent permettre de :

- favoriser la mise en place d'équipes pluridisciplinaires suffisamment importantes pour accueillir tous types de demandes de prise en charge ;
- assurer une cohérence d'intervention dans les territoires de santé ;
- permettre souplesse et réactivité suffisantes pour s'adapter à l'évolution des besoins dans les territoires ;
- favoriser les coopérations entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux et mailler le territoire sous forme d'antennes.

Ce nombre de CSAPA doit permettre d'assurer d'une part les missions obligatoires pour toutes les addictions et d'autre part si nécessaire la spécialisation de certaines prises en charge pour l'alcool ou les drogues illicites.

Ces CSAPA pourront mettre en place des antennes et des consultations avancées en fonction des besoins recensés afin de mailler l'ensemble du territoire régional.

Les consultations avancées doivent permettre dans chaque territoire de santé de favoriser la prévention secondaire⁵ des conduites addictives, quel que soit le produit, et si besoin, une orientation vers une prise en charge.

Des partenariats, en particulier entre les CSAPA et les structures intervenant auprès des publics, doivent être développés (centres médico-sociaux, mairies, points écoute, hôpitaux locaux, établissements pour personnes âgées, pour personnes handicapées et établissements d'hébergement social...) pour offrir des réponses au plus près de la population.

Pour les établissements de santé de niveau 1, des consultations avancées d'addictologie dans chacun des établissements de santé doivent s'organiser de manière à offrir une offre de proximité. Ces consultations doivent s'organiser en complémentarité avec l'offre de consultation des CSAPA

⁵ Ensemble d'actes destinés à diminuer la [prévalence](#) d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.

et des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie lorsqu'elle existe, ou être effectuées par un CSAPA lorsqu'il est proche géographiquement.

Pour la couverture des zones très rurales, l'expérimentation d'équipes mobiles pourra être soutenue en partenariat avec les collectivités locales et la MILDT.

Les projets de microstructures sont également à développer pour mieux couvrir les secteurs ruraux d'une offre de soins pluridisciplinaire : il s'agit d'organiser l'intervention d'équipes de CSAPA, avec leurs compétences médico-socio-psycho-éducatives dans des cabinets médicaux. Ces microstructures permettent notamment d'aider les médecins généralistes qui suivent des toxicomanes sous traitement de substitution.

La formalisation des coopérations :

L'amélioration de l'organisation de l'activité de consultation en addictologie suppose une meilleure articulation des acteurs sanitaires et médico-sociaux par la formalisation des coopérations et un développement des liens avec les acteurs de la ville (médecins et pharmaciens).

Dans les localités où des acteurs sanitaires et médico-sociaux réalisent une activité de consultation, des coopérations doivent être formalisées par convention pour éviter la concurrence entre les structures et proposer une organisation mutualisée ou complémentaire (partage de locaux et de personnels...).

Les conventions devront prévoir les complémentarités concernant les jours et horaires de consultations de manière à assurer un accès aux soins maximum et la continuité des prises en charge.

Ce partage des activités permettra d'offrir une diversité de consultations (généralistes, spécialisées pour certains publics ou produits) et lorsque cela sera possible des redéploiements au profit d'activités hors centre de consultation.

Les consultations hospitalières qui se mettent en place dans les établissements de santé ainsi que toute nouvelle implantation de CSAPA ou d'antenne doivent impérativement s'articuler avec les professionnels et dispositifs médico-sociaux et sanitaires existants.

Les modalités d'accès aux consultations psychiatriques doivent être prévues.

La pluridisciplinarité des équipes permettra des prises en charge individuelles et collectives et favorisera la prise en compte de l'entourage des patients.

Les consultations hospitalières d'addictologie, actuellement spécifiques à certains produits, envisageront, à terme, d'offrir aux patients une prise en charge plus large (identification, mise en lien des secrétariats et des équipes, locaux).

⇒ **Objectifs prioritaires :**

Améliorer le maillage du territoire par des consultations addictions et/ou des microstructures dans les cantons du sud-ouest du territoire Somme, du nord-est du territoire Aisne-sud et du nord du territoire Sud-ouest.

Formaliser les coopérations entre consultations présentes dans une même ville afin de proposer une organisation complémentaire et/ou mutualisée

La délivrance de produit de substitution en partenariat avec la médecine de ville et les pharmacies :

L'activité de substitution concerne à la fois la substitution nicotinique et la substitution aux drogues par la prescription de Méthadone® ou de Subutex®.

Dans chaque territoire de santé, au titre de la prise en charge médicale, les CSAPA accueillant des usagers de drogues doivent assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés et assurer la primo prescription de méthadone. La substitution peut également être mise en place par les équipes en addictologie des établissements de santé. Un médecin ne peut initier que les traitements au subutex. Pour la méthadone, il doit orienter son patient vers un centre habilité, et pourra prendre le relai pour la poursuite du traitement.

Concernant le tabac, comme dans les autres lieux de prise en charge, les établissements de santé assurent l'accès aux produits de substitution.

L'organisation de la substitution aux opiacés peut être améliorée par une coordination des acteurs impliqués : médecins généralistes, CSAPA, établissements de santé, pharmaciens. Les CSAPA pourront être les acteurs à l'initiative de réunions d'échange à la fois sur les consignes médicales de prescription, sur l'orientation des usagers, sur les pratiques de prise en charge. L'objectif est notamment de diminuer les craintes des professionnels de la santé face à un public qu'ils connaissent mal, mais aussi de les sensibiliser sur l'importance de la vérification des dosages. Ils pourront, par exemple, proposer des coopérations entre acteurs et des formations sur la prescription. Des réflexions pourront être menées sur les modes de délivrance des médicaments, par semaine, voir par jour. Des liens pourront être organisés avec les institutions des secteurs de la sécurité et de la justice.

3 L'accueil aux urgences hospitalières en lien avec les Equipes de Liaison et de Soins et en Addictologie

Les services d'urgence accueillent une part importante d'usagers ayant des troubles liées à une consommation de substances ou ayant d'autres types de comportement d'addictions sans substance. Ils demeurent parfois démunis au moment de l'accueil comme de l'orientation.

Tout établissement de santé disposant d'une structure d'urgences (dès le niveau 1) doit s'assurer d'une organisation pour l'accueil et la prise en charge de ces patients, en lien avec l'Equipe de Liaison et de Soins et en Addictologie de son établissement (ou par convention), et l'équipe de liaison en psychiatrie (notamment pour la permanence des soins aux urgences).

Les modalités de cette organisation (permanence des addictologues aux urgences, transfert des patients vers un service dédié ou relais ambulatoire, le cas échéant) devront être formalisées dans ces établissements et portées à connaissance des acteurs impliqués (intra hospitalier, CSAPA, médecine de ville et ensemble du réseau).

Afin d'assurer une vigilance et un accueil spécifique, des formations seront régulièrement proposées aux personnels des urgences par les Equipes de Liaison et de Soins et en Addictologie. L'objectif est notamment d'inciter les patients à prendre conscience de leur état et de les inscrire dans un parcours de suivi (soins ou relais en CSAPA ambulatoire ou consultations hospitalières, dont psychiatrie).

⇒ **Objectif prioritaire : Assurer dans tout établissement de santé ayant un service d'urgence une organisation pour l'accueil et la prise en charge de patients ayant une problématique addictive, en lien avec les ELSA**

4 Organiser l'activité de sevrage

Dans chaque territoire de santé, l'objectif est que l'activité de sevrage s'organise de manière graduée entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux pour offrir des prises en charge de proximité et de recours.

Elle devra s'appuyer sur un plateau technique suffisant en fonction des besoins des patients (ex : avis psychiatrique pour le niveau 2). Les établissements et structures assurant des sevrages doivent organiser, avec d'autres structures ou avec des médecins libéraux, les partenariats nécessaires aux prises en charge en amont et en aval du sevrage afin d'éviter les ruptures dans le parcours du patient et les risques de rechute.

L'activité de sevrage peut être réalisée en ambulatoire ou sous forme résidentielle.

En ambulatoire, la prise en charge de proximité pourra être assurée par :

- un médecin généraliste avec un partenariat organisé avec un CSAPA ou une Equipe de Liaison en Soins et en Addictologie,
- un CSAPA,
- une consultation hospitalière avec, si besoin, une hospitalisation de jour,
- une consultation mixte CSAPA / établissement de santé.

L'hospitalisation de jour permet un accompagnement médical, psychologique et social similaire à celui proposé lors d'une hospitalisation, tout en maintenant les patients dans leur environnement. Elle constitue une alternative à l'hospitalisation temps plein ou un relais de celle-ci. **Un service d'hôpital de jour doit être proposé dans tous les territoires de santé.**

⇒ **Objectif prioritaire : Proposer une offre d'hôpital de jour dans les territoires Somme, Aisne-sud et Oise-ouest**

En résidentiel, l'activité sera assurée par :

- un établissement de santé de niveau 1 ou 2 pour les sevrages simples et de niveau 2 pour les sevrages complexes,
- un CSAPA résidentiel.

Pour les patients suivis par le CSAPA, mais pris en charge pour leur sevrage par un établissement de santé, l'accompagnement du patient par le CSAPA doit être poursuivi dans le cadre d'une convention de collaboration avec l'établissement de santé.

L'équipe du CSAPA assurera notamment :

- des temps d'animation et d'information destinés aux patients et à leurs familles,
- des groupes de paroles animés,
- des entretiens individuels.

➤ Les sevrages simples hospitaliers :

Conformément à la circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, dans tout établissement de santé disposant d'une autorisation de médecine, l'unité de sevrage simple accueille des patients ayant une conduite addictive pour une durée de séjour de 5 à 10 jours.

Cette unité devra bénéficier au minimum d'une équipe soignante sensibilisée à l'addictologie et recevra le soutien de l'Equipe de Liaison et de Soins et en Addictologie pour la prise en charge en addictologie.

➤ Les sevrages et soins résidentiels complexes

Ces sevrages sont proposés aux patients les plus en difficultés, du fait de la sévérité de la dépendance, de la gravité des troubles somatiques, neuro-psychiatriques et cognitifs. La durée de

l'hospitalisation est de 2 à 4 semaines. L'équipe pluridisciplinaire composée de médecin, infirmier, aide-soignant, doit pouvoir s'appuyer également sur des temps de psychologue, assistant social, diététicien, kinésithérapeute, psychomotricien.

La cible retenue est de disposer d'un service de soins résidentiels complexes par territoire. Le besoin devra être identifié plus précisément par une évaluation.

⇒ **Objectif prioritaire : Organiser les partenariats nécessaires aux prises en charge en amont et en aval des sevrages afin d'éviter les ruptures dans le parcours du patient**

5 Un accueil en Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé addictions

La durée de prise en charge varie de quelques semaines à trois mois. Le patient bénéficie d'un projet thérapeutique personnalisé et est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire⁶. Chaque territoire de santé doit être couvert par un équipement en Soins de Suite et de Réadaptation addictologie d'une capacité de 15 à 20 lits, sauf besoin identifié spécifiquement. Une unité disposant d'un minimum de 20 lits pourra couvrir à elle seule deux territoires de santé.

Les services de Soins de Suite et de Réadaptation qui auront la mention « affections liées aux conduites addictives » devront accueillir tous les publics concernés par toute conduite addictive, y compris sans produit. Ils seront vigilants à poser des conditions d'admission à la prise en charge suffisamment ouvertes qui garantissent l'accès aux soins pour chaque type de public, y compris toxicomane.

Le besoin est identifié d'accueil spécifique, sous forme d'unité de 5 places dans les SSR existants, pour les jeunes de 16 à 25 ans et pour les femmes avec ou sans enfant et femmes enceintes. Il convient de s'appuyer sur des établissements de santé qui disposent de compétences conjointement en périnatalité et/ou en psychiatrie pour adolescents, ainsi qu'en addictologie.

Les Soins de Suite et de Réadaptation doivent être complètement intégrés dans la filière de soins en addictologie :

- l'entrée des patients devra être réalisée en lien avec, soit le médecin traitant, soit un CSAPA, soit une unité d'hospitalisation de niveau 1 ou 2.
- pendant la prise en charge pour les patients orientés par un CSAPA, les modalités d'accompagnement par le CSAPA devront être définies par convention. L'équipe du CSAPA assurera: des temps d'animation et d'information destinés aux patients et à leurs familles, des groupes de paroles animés, des entretiens individuels.
- pour la sortie, notamment vers un CSAPA avec ou sans hébergement, ou une autre structure d'hébergement social ou de droit commun, le projet thérapeutique de chaque patient impliquera la collaboration entre les différentes structures du dispositif de prise en charge.

L'accueil des patients de la région Picardie devra être privilégié. Toutefois, lorsque le projet de soins requiert un éloignement de la personne de ses habitudes de vie, des conventions avec des établissements hors région peuvent être conclues pour permettre l'accueil de patients de ces régions et pour la prise en charge de patients de Picardie.

⇒ **Objectif prioritaire : Développer l'activité en SSR pour arriver à un minimum de 20 lits pour deux territoires**

6 La prise en charge avec hébergement en CSAPA

⁶ Conformément à la circulaire DHOS du 26 septembre 2008

Les CSAPA avec hébergement peuvent accueillir des patients sortant directement d'une cure de sevrage ou d'un service de soins de suite et de réadaptation.

L'indication du CSAPA avec hébergement est très pertinente pour le suivi des soins ambulatoires pour des pathologies associées ou consécutives à l'addiction (troubles psychiatriques, hépatite, VIH) nécessitant une prise en charge en continu. Le CSAPA avec hébergement sera garant du bon suivi du traitement lui-même, indispensable à la réussite du projet de réinsertion.

L'hébergement en CSAPA prend la forme d'une diversité de dispositifs et répondant à des besoins différents (des hébergements collectifs ou appartements éclatés).

Une offre d'hébergement médico-social doit être prévue sur chacun des trois départements. Elle doit permettre d'accueillir prioritairement les personnes dont l'accueil dans un centre d'hébergement et de réinsertion n'est pas compatible avec la démarche de soins. Ces structures doivent s'organiser en complémentarité avec les structures sociales existantes, mobilisées en première intention pour l'hébergement des patients suivis.

Comme pour l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation, les centres résidentiels thérapeutiques ne se limiteront pas à des recrutements régionaux de manière à respecter le projet de soins des personnes concernées pour lesquelles une rupture avec l'environnement habituel est préconisée. Des conventions interrégionales pourront être signées pour favoriser l'accueil de personnes d'autres régions en Picardie et de personnes picardes dans d'autres régions.

La période d'hébergement en structure médico-sociale doit être le moment à privilégier pour engager des démarches de réinsertion sociale (accès aux droits, logement autonome...), d'accès aux soins (somatiques, psychiatriques) et professionnelle. A ce titre, le CSAPA peut être amené à proposer des projets innovants d'insertion par l'économique.

Les CSAPA doivent organiser les partenariats nécessaires aux prises en charge en amont et en aval de l'hébergement afin d'éviter les ruptures dans le parcours du patient et les risques de rechute.

Les partenariats avec les CHRS, les associations caritatives, les travailleurs sociaux, les pôles emplois, les Caisses Primaires d'Assurance-Maladie et les services sociaux doivent être développés afin de préparer la sortie de la personne du dispositif spécialisé et son entrée soit dans un dispositif de droit commun, soit dans un autre dispositif spécialisé qui ne relève plus du traitement des addictions (court séjour avec des structures d'urgence ou de transition : foyer, nuitées d'hôtel, familles d'accueil, Lits halte soins santé, maisons relais, ...).

Un CSAPA avec hébergement peut prendre la forme d'une **communauté thérapeutique**⁷. Elle s'adresse à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives et propose un hébergement collectif. Sa spécificité est de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale avec l'objectif d'abstinence des substances psychoactives dont la personne est dépendante à l'admission. La participation au groupe selon des règles de vie collective représente le moteur du changement, de l'abstention de toute consommation, de l'abandon des comportements associés et du maintien de comportements de modes de vie adaptés. La présence d'une communauté thérapeutique dans la région permettra d'offrir une diversité de prise en charge dans l'hébergement proposé (avec ou sans substitution).

Un CSAPA peut développer des **appartements thérapeutiques**. Ce sont des unités de soins à visée d'autonomie sociale mises à disposition de toxicomanes majeurs, dont l'intégration au sein

⁷ Circulaire du 24 octobre 2006

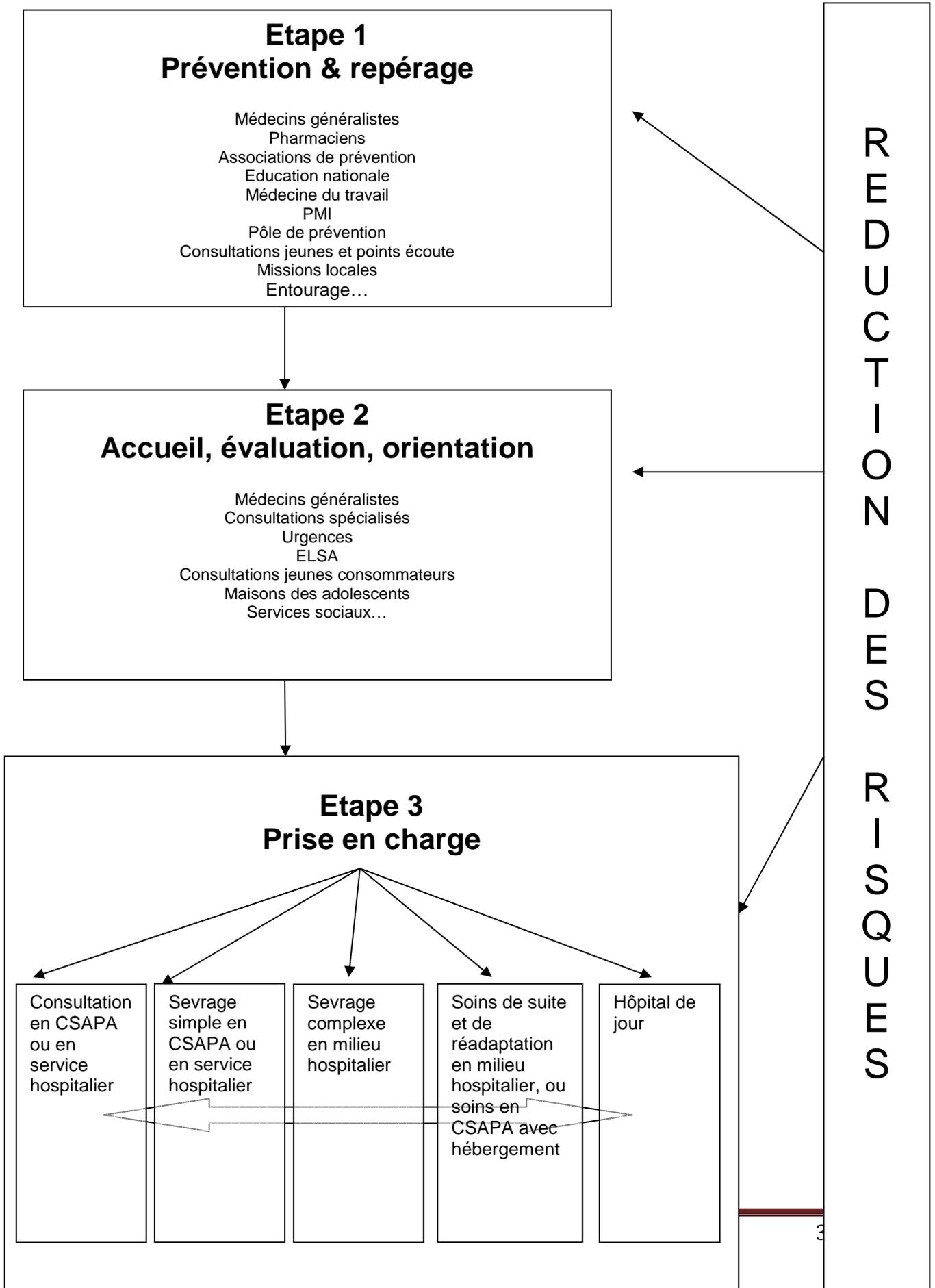
d'un groupe dans un centre d'hébergement collectif n'est pas requise. Ils fonctionnent avec un encadrement en personnel soignant. Ils s'inscrivent dans une dynamique de socialisation en vue d'une restauration de la capacité du toxicomane à maîtriser sa situation d'abstinence et à agir de manière autonome.

A côté des CSAPA, le secteur médico-social offre aussi la possibilité de création d'**appartements de coordination thérapeutique (ACT)**. Ce sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale.

Offre préconisée sur chaque territoire :

Une mise en réseau territorial des acteurs en addictologie
3 à 4 consultations jeunes consommateurs
1 dispositif de réduction des risques (CAARUD/Totem)
ELSA/consultations hospitalières/sevrage simple
2 à 3 CSAPA
Hôpital de jour
Sevrage complexe
Lits de soins de suite et de réadaptation

Parcours de l'utilisateur



4) Le financement du dispositif

Concernant les actions relevant de la prévention, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article 65) a créé le fonds d'intervention régional (FIR), qui vise à donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits, au service d'une stratégie régionale de santé transversale. La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et de la sécurité sanitaire est concernée.

Les crédits qui lui sont affectés sont protégés par une fongibilité asymétrique et ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux. Ils sont attribués annuellement et ne font pas l'objet de reconduction. L'ARS ne peut pas avoir de vision pluriannuelle sur ces crédits.

Concernant les établissements relevant du secteur médico-social (CSAPA, CAARUD, consultation jeune consommateur, communauté thérapeutique), un arrêté fixe annuellement l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Une circulaire budgétaire vient fixer un taux de reconduction pour les crédits reconductibles de ces établissements et fixe annuellement des mesures nouvelles pour du renforcement d'activité ou des créations. L'ARS ne peut pas avoir de vision pluriannuelle sur ces mesures nouvelles.

Concernant les établissements hospitaliers, plusieurs financements de l'Assurance Maladie sont sollicités selon les services. Les consultations et les ELSA sont financées sur des crédits « MIG » (mission d'intérêt général). Les hôpitaux de jour, sevrages simples et complexes sont financés en fonction de l'activité par la T2A. Les SSR dépendent quant à eux d'une dotation annuelle de financement. Les mesures nouvelles sont accordées annuellement.

I-3 : Renforcer la formation des acteurs et des professionnels autour des addictions

Cette partie s'inscrit dans l'axe stratégique du PSRS : « renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement en santé ».

Sont mis en avant dans ce document les coopérations, les complémentarités et les partenariats entre de multiples acteurs d'horizons divers. Afin que leur rapprochement se fasse au mieux dans l'intérêt de la prise en charge de la personne et pour lui assurer un parcours de prise en charge continu, il est nécessaire d'offrir à ces professionnels les moyens de se construire une culture commune, des lieux de connaissances mutuelles et d'échanges de pratiques.

Il est donc dans un premier temps nécessaire d'intégrer dans les dispositifs de formation initiale et continue la thématique des conduites addictives. Un travail, en lien avec le Centre Hospitalier Universitaire, la faculté et le Conseil Régional devra être mené au niveau régional, notamment par le COTER, pour construire ce dispositif de formation spécifique à l'intention de tous les types de professionnels susceptibles de prendre en charge des personnes ayant une problématique de santé liée à une conduite addictive.

Dans le cadre des formations initiales, une réflexion doit être menée afin que l'addictologie ait une place plus importante dans les programmes de la faculté de médecine, de pharmacie, et dans les IFFSI et autres écoles paramédicales, voir sociales. Des postes d'internes pourraient également être créés dans des services concernés par l'addictologie. Il est également préconisé de développer des lieux de stage en structures d'addictologie : en services hospitaliers pour les internes de médecine et en CSAPA pour les futurs professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs.

Dans le cadre des formations continues, la mise en place de DU (Diplôme Universitaire) ou de capacités en addictologie doit être encouragée. Il faudra également développer des formations croisées permettant aux professionnels de secteurs différents de se rencontrer, de faire connaissance et d'aborder ensemble la question des conduites addictives. La présence à ces formations croisées des médecins généralistes, des pharmaciens et des représentants des collectivités locales devra être une préoccupation majeure.

Les formations de type « Repérage Précoce et Intervention Brève », et/ou les formations à l'entretien motivationnel et aux thérapies cognitivo-comportementales, sont à développer ou à renforcer chez les médecins traitants, les gynécologues obstétriciens, les sages-femmes, les médecins et infirmières scolaires et les médecins du travail.

Enfin, les addictions sans produit devront faire l'objet d'une formation auprès des professionnels qui prennent en charge tant les adultes que les adolescents. Il a en effet été estimé que les troubles liés aux addictions sans produit ne nécessitaient pas de consultations spécifiques sur la région. Il s'agit d'une prise en charge globale de la dépendance, qui doit s'appuyer comme pour les autres addictions, sur une équipe pluridisciplinaire. Les professionnels des addictions intervenant dans les CSAPA ou consultations hospitalière sont donc incités à se former sur la particularité de ces addictions : pas de prescription possible, pas de produit de substitution. Ce sont principalement les conséquences sociales et les pathologies dépressives qui sont à envisager.

La mise en réseau des acteurs pourra leur permettre de proposer des cahiers des charges correspondant aux besoins de formations.

⇒ **Objectifs prioritaires :**

Former les professionnels au RPIB et à l'entretien motivationnel

Intégrer les addictions dans les dispositifs de formation initiale et continue

Former les professionnels aux spécificités des addictions sans substance

I-4 : Développer la communication sur la politique régionale et l'offre existante

Cette partie s'inscrit dans l'axe stratégique du PSRS : « développer le partage d'information ».

La collaboration des acteurs suppose leur connaissance réciproque. Pour cela, il est nécessaire d'améliorer la communication sur les ressources existantes dans chaque territoire. Il s'agira d'utiliser tous les supports de communications possibles (internet, lettres d'information, plaquettes...). Les réunions locales de professionnels pourront également être des relais pour diffuser l'information sur l'offre existante.

Un guide pratique à disposition des médecins généralistes, pharmaciens, services d'urgences, travailleurs sociaux... pourra être un outil permettant d'identifier les portes d'entrée dans le dispositif de soins en addictologie.

Une information à destination des usagers est primordiale et prioritaire. Un guide/annuaire de l'offre existante devra être mis à disposition des gestionnaires de sites internet des institutions et structures partenaires. Les numéros verts existants au niveau national devront être clairement identifiés.

⇒ **Objectif prioritaire : Créer des outils d'information sur l'offre existante à l'attention des professionnels et usagers**

II. Des objectifs de structuration de l'organisation territoriale

Si l'organisation au niveau du territoire de santé constitue le cadre de référence, les coopérations entre des acteurs situés dans des zones frontalières de plusieurs territoires de santé devront être soutenues si elles permettent une amélioration de la prise en charge des usagers.

Une organisation régionale sera privilégiée pour les aspects du dispositif qui ne nécessitent pas une présence sur chaque territoire, au regard de besoins insuffisants ou pour une prise en charge où la proximité immédiate n'est pas nécessaire.

II-1 : Territoire Somme

Mise en réseau des acteurs :

Les établissements sanitaires et les structures médico-sociales et de prévention devront formaliser leurs coopérations, en particulier entre :

- CH d'Abbeville, CH de Saint-Valéry, HL de Rue, ANPAA80, Le Mail
- CHU, CHS P. Pinel, CH de Montdidier, CH de Roye, CH d'Albert, CH de Doullens, CH de Corbie, ANPAA80, Le Mail

Avec un partenariat avec le CHS P. Pinel pour les comorbidités psychiatriques.

Les pôles de prévention et d'éducation thérapeutique du patient d'Abbeville et d'Amiens devront être associés à ces réseaux territoriaux. Un lien est aussi à créer avec le réseau hépato-Picardie au CHU.

Organisation des activités de consultations :

Pour les villes d'Amiens, Abbeville, Albert, Doullens et Montdidier, une consultation généraliste doit être mutualisée ou organisée en complémentarité entre les différents acteurs.

Les cantons du sud et sud-ouest du territoire (Gamaches, Oisemont, Hornoy le Bourg, Poix-de-Picardie, Conty et Ailly sur Noye) n'étant pas actuellement couverts, ils seront prioritaires pour le développement de consultations et/ou de microstructures.

Les trois consultations pour les jeunes d'Amiens, Abbeville et Albert doivent être des lieux de référence identifiés sur le territoire.

Gradation des prises en charge par niveau :

Les établissements disposant de l'ensemble des activités hospitalières correspondant à un niveau de prise en charge sont automatiquement classés dans ce niveau. Il s'agit pour ce territoire de :

Niveau 1 :

- CH d'Abbeville ;
- CHU ;
- CH de Doullens ;
- CH de Montdidier.

Les autres peuvent entrer dans le classement par convention avec d'autres établissements assurant les activités qui leur manquent. Ces établissements devront bien préciser les modalités de partenariat (intervention d'équipe externe, orientation du patient, transport, quotité en temps...). L'objectif pendant la période de mise en œuvre du PRS est d'arriver à la reconnaissance officielle des niveaux suivants :

Niveau 1 par convention:

- Hôpital de Saint-Valéry ;
- Pôle privé d'Amiens.

Niveau 2 par convention:

- CH de Montdidier (par CH intercommunal Montdidier-Roye au 1^{er} janvier 2013).

Niveau 3 par convention :

- CHU d'Amiens ou un établissement en convention avec le CHU

Hôpital de Jour :

Un hôpital de jour est à mettre en place sur ce territoire. Il participera au niveau 2 de prise en charge.

Organisation de l'activité de sevrage :

Une activité de sevrage ambulatoire est actuellement assurée par le CSAPA spécialisé alcool.

Afin de garantir la mise en œuvre de la filière de prise en charge, des coopérations devront être établies entre les CSAPA et les établissements de santé, y compris ceux gérant une activité de psychiatrie.

Pour les sevrages complexes, actuellement seul le CHS P. Pinel en propose, et seulement pour les patients ayant une comorbidité psychiatrique. Il n'y a pas sur le territoire d'activité de sevrage complexe, avec prise en charge des comorbidités somatiques. L'offre du territoire devrait être complétée en ce sens.

Organisation de l'activité SSR :

Le territoire est équipé de 20 lits de SSR addictions au CH de Roye (CH intercommunal Montdidier-Roye au 1^{er} janvier 2013).

Organisation de la réduction des risques :

Un CAARUD est en place à Amiens et Abbeville. Des totems sont installés à Amiens. L'installation d'un totem serait nécessaire à Péronne.

II-2 : Territoire Aisne-Nord-Haute-Somme :

Mise en réseau des acteurs :

Les établissements sanitaires et les structures médico-sociales et de prévention devront formaliser leurs coopérations, en particulier entre :

- CH de Ham, CH de Péronne, CH de St-Quentin, CH de Guise, CH de Chauny et l'ANPAA 02 et CHA de l'Aisne ;

- CH d'Hirson, CH de Vervins, et l'ANPAA 02 et CHA de l'Aisne, en lien avec le CH de Guise. Ces coopérations devront s'articuler avec les objectifs du contrat local de santé interrégional de Thiérache.

Pour les comorbidités psychiatriques, les partenariats devront être formalisés avec l'EPSMD de l'Aisne et le CH de Pinel pour les secteurs de psychiatrie relevant du département de la Somme.

Le pôle de prévention et d'éducation thérapeutique du patient de Saint-Quentin devra être associé à ces réseaux territoriaux.

Organisation des activités de consultations:

Pour les villes de St Quentin, Hirson, et Péronne, une consultation tous produits doit être mutualisée ou organisée en complémentarité entre les différents acteurs.

La consultation pour les jeunes existant à Saint-Quentin doit être un lieu de référence identifié sur le territoire. Deux autres consultations jeunes consommateurs sont à mettre en place sur ce territoire.

Gradation des prises en charge par niveau :

Les établissements disposant de l'ensemble des activités hospitalières correspondant à un niveau de prise en charge sont automatiquement classés dans ce niveau. Il s'agit pour ce territoire de :

Niveau 1 :

- CH d'Hirson ;
- CH de Chauny.

Les autres peuvent entrer dans le classement par convention avec d'autres établissements assurant les activités qui leur manquent. Ces établissements devront bien préciser les modalités de partenariat (intervention d'équipe externe, orientation du patient, transport, quotité en temps...). L'objectif pendant la période de mise en œuvre du PRS est d'arriver à la reconnaissance officielle des niveaux suivants :

Niveau 1 par convention :

- CH de Saint-Quentin (convention avec le CH de Ham pour l'ELSA) ;
- CH de Péronne (convention avec le CH de Ham pour l'ELSA) ;
- CH de Vervins (convention avec le CH d'Hirson)
- Polyclinique Sainte-Claude.

Niveau 2 par convention :

- CH d'Ham.
- CH d'Hirson

Organisation de l'activité de sevrage :

Une activité de sevrage ambulatoire devra être proposée dans le territoire par au moins un CSAPA.

Afin de garantir la mise en œuvre de la filière de prise en charge, des coopérations devront être établies entre les CSAPA et les établissements de santé, y compris ceux gérant une activité de psychiatrie.

Pour les comorbidités psychiatriques, les partenariats devront être formalisés avec l'EPSMD de Prémontré et les secteurs de psychiatrie adultes rattachés au CH de Saint- Quentin et du CH de Péronne.

Hôpital de Jour :

L'hôpital de jour de Ham doit être bien identifié sur le territoire, notamment au niveau des modalités d'admission.

Organisation de l'activité SSR :

15 à 20 lits de SSR seraient nécessaires.

Organisation de la réduction des risques :

Aucun CAARUD n'étant présent sur le territoire, un dispositif CAARUD est à installer. L'installation de totems serait nécessaire à Péronne, Saint-Quentin et Guise.

II-3 : Territoire Aisne-Sud :

Mise en réseau des acteurs:

Les établissements sanitaires et les structures médico-sociales et de prévention suivantes devront développer leurs coopérations existantes, notamment dans le cadre du GCSMS :

- CH de Soissons, l'association Aurore, l'association SATO, le CH de Château-Thierry, le CH de Laon, l'association CHA de l'Aisne.

Les pôles de prévention et d'éducation thérapeutique du patient de Laon et de Soissons devront être associés à ce réseau territorial.

Pour les comorbidités psychiatriques, les partenariats devront être formalisés avec l'EPSMD de l'Aisne.

Organisation des activités de consultations :

Pour les villes de Laon, Soissons et Château-Thierry, une consultation tous produits doit être mutualisée ou organisée en complémentarité entre les différents acteurs.

Les cantons de Sissonne, Marles et Montcornet seront prioritaires pour le développement de consultations et/ou de microstructures.

Des consultations ambulatoires spécialisées sur la toxicomanie seraient à développer.

Les quatre consultations pour les jeunes existantes à Laon, Sissonne, Soissons et Villers-Cotterêts doivent être des lieux de référence identifiées sur le territoire.

Gradation des prises en charge par niveau :

Les établissements disposant de l'ensemble des activités hospitalières correspondant à un niveau de prise en charge sont automatiquement classés dans ce niveau. Il s'agit pour ce territoire de :

Niveau 1 :

- CH de Laon ;
- CH de Soissons ;
- CH de Château-Thierry.

Les autres peuvent entrer dans le classement par convention avec d'autres établissements assurant les activités qui leur manquent. Ces établissements devront bien préciser les modalités de partenariat (intervention d'équipe externe, orientation du patient, transport, quotité en temps...). L'objectif pendant la période de mise en œuvre du PRS est d'arriver à la reconnaissance officielle des niveaux suivants :

Niveau 2 par convention:

- GCSMS addictions

Organisation de l'activité de sevrage :

Une activité de sevrage ambulatoire devra être proposée dans le territoire par au moins un CSAPA.

Afin de garantir la mise en œuvre de la filière de prise en charge, des coopérations devront être établies entre les CSAPA et les établissements de santé, y compris ceux gérant une activité de psychiatrie.

Pour les comorbidités psychiatriques, les partenariats devront être formalisés avec l'EPSMD de Prémontéré.

Seul l'EPSMD propose des sevrages complexes. Mais il n'a pas le plateau technique nécessaire pour l'aspect somatique. L'offre du territoire devrait être complétée en ce sens.

Hôpital de Jour :

Un hôpital de jour est à mettre en place sur ce territoire.

Organisation de l'activité SSR :

L'association Aurore développe une activité de SSR de 9 lits, à développer pour arriver à un minimum de 20 lits.

Organisation de la réduction des risques :

L'antenne du CAARUD du SATO doit développer et renforcer son activité sur le territoire. L'installation de totems est nécessaire sur Laon et Château-Thierry.

II-4 : Territoire Oise-Est :

Mise en réseau des acteurs :

Les établissements sanitaires et les structures médico-sociales et de prévention devront formaliser leurs coopérations, en particulier entre :

CH Compiègne, CH Noyon, CH de Creil et CH de Senlis dans le cadre du GHPSO, fondation Rothschild de Gouvieux, ANPAA 60 et SATO.

Pour les comorbidités psychiatriques, les partenariats avec le CHSI de Clermont de l'Oise devront être formalisés.

Organisation des activités de consultations:

Pour les villes de Compiègne, Creil et Noyon, une consultation tous produits doit être mutualisée ou organisée en complémentarité entre les différents acteurs.

Les trois consultations pour les jeunes existantes doivent être des lieux de référence identifiés sur le territoire.

Gradation des prises en charge par niveau :

Les établissements disposant de l'ensemble des activités hospitalières correspondant à un niveau de prise en charge sont automatiquement classés dans ce niveau. Il s'agit pour ce territoire de :

Niveau 1 :

- CH de Compiègne ;
- CH de Creil dans le cadre du GHPSO;
- CH de Noyon ;

Les autres peuvent entrer dans le classement par convention avec d'autres établissements assurant les activités qui leur manquent. Ces établissements devront bien préciser les modalités de partenariat (intervention d'équipe externe, orientation du patient, transport, quotité en temps...). L'objectif pendant la période de mise en œuvre du PRS est d'arriver à la reconnaissance officielle des niveaux suivants :

Niveau 1 par convention :

- CH de Senlis dans le cadre du GHPSO;
- Clinique Saint-Côme de Compiègne.

Niveau 2 par convention :

- CH de Compiègne.

Organisation de l'activité de sevrage :

Une activité de sevrage ambulatoire est actuellement assurée par le CSAPA spécialisé alcool. Afin de garantir la mise en œuvre de la filière de prise en charge, des conventions de coopération devront être établies entre les CSAPA et les établissements de santé, y compris ceux gérant une activité de psychiatrie.

Pour les comorbidités, psychiatriques les partenariats devront être formalisés avec le CHI de Clermont de l'Oise.

Hôpital de Jour :

L'hôpital de jour de Compiègne doit être bien identifié sur le territoire, notamment au niveau des modalités d'admission.

Organisation de l'activité SSR :

Seule la fondation Rothschild de Gouvieux propose des lits de SSR à orientation addictions, mais en faible nombre (environ 6). Une vingtaine de lits de SSR sont à installer, afin de couvrir les deux territoires de l'Oise.

Organisation de la réduction des risques :

Un CAARUD est en place à Compiègne, Noyon et Montataire. Des totems sont installés à Compiègne et Creil. Un totem pourrait être installé à Noyon et Senlis.

II-5 : Territoire Oise-Ouest :

Mise en réseau des acteurs:

Les établissements sanitaires et les structures médico-sociales et de prévention devront formaliser leurs coopérations, en particulier entre :

Le CH de Beauvais, le CH de Clermont, l'ANPAA 60 et le SATO.

Pour les comorbidités psychiatriques, les partenariats devront être formalisés avec le Centre Hospitalier Interdépartemental de Clermont de l'Oise.

Le pôle de prévention et d'éducation thérapeutique du patient de Beauvais devra être associé à ces réseaux territoriaux.

Organisation des activités de consultations :

Pour les villes de Beauvais et Clermont, une consultation tous produits doit être mutualisée ou organisée en complémentarité entre les différents acteurs.

Les cantons du nord du territoire Sud – Ouest (Grandvilliers, Crèvecoeur le Grand et Breteuil), dans lesquels l'offre de soins est actuellement très limitée, seront prioritaires pour le développement des consultations avancées et/ou microstructures.

Les trois consultations pour les jeunes existantes doivent être des lieux de référence identifiées sur le territoire.

Gradation des prises en charge par niveau :

Les établissements disposant de l'ensemble des activités hospitalières correspondant à un niveau de prise en charge sont automatiquement classés dans ce niveau. Il s'agit pour ce territoire de :

Niveau 1 :

- CH de Beauvais ;
- CH de Clermont.

Les autres peuvent entrer dans le classement par convention avec d'autres établissements assurant les activités qui leur manquent. Ces établissements devront bien préciser les modalités de partenariat (intervention d'équipe externe, orientation du patient, transport, quotité en temps...). L'objectif pendant la période de mise en œuvre du PRS est d'arriver à la reconnaissance officielle des niveaux suivants :

Niveau 2 par convention :

- CH de Clermont.

Organisation de l'activité de sevrage :

Une activité de sevrage ambulatoire est actuellement assurée par le CSAPA spécialisé alcool. Afin de garantir la mise en œuvre de la filière de prise en charge, des conventions de coopération devront être établies entre les CSAPA et les établissements de santé, y compris ceux gérant une activité de psychiatrie, et pour les comorbidités psychiatriques, avec le CHI de Clermont de l'Oise.

Hôpital de Jour :

Un hôpital de jour est à mettre en place sur ce territoire.

Organisation de l'activité SSR :

Un partenariat sera à mettre en place avec la fondation Rothschild ou avec un autre porteur des 20 lits supplémentaires à mettre en place pour les deux territoires de l'Oise.

Organisation de la réduction des risques :

Un CAARUD est en place à Beauvais. Un totem est installé à Beauvais. L'installation d'un totem serait nécessaire à Clermont.

III. Des objectifs d'adaptation de l'offre aux publics vulnérables

Au delà du dispositif de droit commun, une vigilance accrue de l'ensemble des acteurs doit aboutir à la mise en place de dispositifs organisés autour de la prise en charge spécifique de publics vulnérables.

III-1 : Les jeunes :

➤ La prévention

Les actions en milieu scolaire doivent être concertées (prioritairement dans le cadre des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté), dans le cadre d'un territoire, et sur la durée de la scolarité, avec l'implication de la communauté éducative et l'identification de personnes relais par les jeunes. Ces personnes peuvent être le référent addictions des établissements. L'ensemble de l'équipe éducative, et notamment les infirmiers scolaires, ont un rôle important en terme de repérage des jeunes consommateurs. Leurs qualifications peuvent être renforcées par des formations spécifiques au repérage.

Les actions hors milieu scolaire, quant à elles, devront être encouragées. Le développement d'activités regroupant les jeunes (ex : forum, rencontres ludiques, sportives, ou culturelles) par les missions locales, les centres sociaux, les collectivités locales permettra aux acteurs de la politique de prévention des conduites addictives d'entrer en contact avec les jeunes non scolarisés. Il est préconisé de mener les actions en lien étroit avec l'entourage familial.

Pour les jeunes en insertion professionnelle, un partenariat avec la médecine du travail, les centres de formation des apprentis, les entreprises les accueillant en stage ou les engageant, est

préconisé pour développer des actions de prévention sur les risques au travail d'une conduite addictive.

Une attention devra être portée aux jeunes particulièrement fragiles tels que ceux pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance, la Protection Judiciaire de la Jeunesse et les jeunes de 18 à 25 ans en situation précaire.

Les acteurs de prévention recommandés pour ce public sont les associations de professionnels, la communauté éducative, les professionnels de santé une fois sensibilisés et/ou formés (détection des signes de « décrochage » chez les jeunes, techniques d'écoute...) avec dès que possible un référent en la matière dans chaque institution.

Les points-écoute sont un des outils de repérage et de prévention privilégié pour les acteurs de cette politique :

- Les consultations jeunes consommateurs doivent être des lieux de référence pour les points écoute en faveur des jeunes scolarisés. Il est préconisé que les missions, l'implantation, les partenariats nécessaires des points écoute soient précisés dans chaque territoire par un collectif d'acteurs composé des infirmières et médecins scolaires, des chefs d'établissements, des centres sociaux ruraux, des missions locales, des délégations territoriales de l'ARS, des collectivités locales... L'implantation doit se faire à partir d'une étude de besoin, d'une analyse commune avec les équipes éducatives en lien avec les conseillers d'orientation. Ils peuvent se trouver également à proximité des établissements scolaires, pour permettre une permanence durant les vacances scolaires.
- pour toute implantation en faveur des jeunes hors milieu scolaire, les missions locales et/ou des centres sociaux peuvent être des lieux pertinents d'accueil.

Quel que soit le public cible, les points-écoute peuvent être fixes ou mobiles.

➤ Les consultations :

Les jeunes consommateurs doivent pouvoir avoir accès à des consultations jeunes consommateurs. Ils peuvent également être accueillis dans d'autres structures qui offrent des consultations (avancées ou pas). Dans chaque territoire de santé, l'intervention auprès des jeunes doit donc dépasser le cadre sanitaire et médico-social pour s'articuler avec d'autres acteurs comme les maisons des adolescents, les missions locales... Pour les jeunes les plus fragiles, les équipes de consultation doivent se rapprocher des services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, de l'Aide Sociale à l'Enfance, de la pédopsychiatrie, des structures de l'urgence sociale.

Les consultations jeunes consommateurs constitueront des lieux de références pour l'ensemble des différents lieux d'écoute pour les jeunes, sur chacun des territoires, l'intérêt étant que tous se complètent. Trois à quatre consultations jeunes sont préconisées par territoire de santé.

Les activités permettant d'aller à la rencontre des jeunes sont encouragées, notamment pour ceux qui sont sans domicile fixe ou en rupture sociale. Le travail de rue, par des équipes composées si possible d'infirmier, psychologue et/ou éducateur, est un des outils permettant de répondre à cet objectif.

La mise en place de consultations (fixes ou mobiles) dédiées suppose, pour qu'elles soient reconnues par les jeunes comme des lieux d'accueil, un travail en amont avec les jeunes pour établir un lien de confiance. Cette préparation peut être réalisée par des personnes relais (formées et supervisées) intervenant dans les lieux fréquentés par les jeunes pour faciliter les orientations vers la consultation.

⇒ **Objectif prioritaire : Créer deux à trois consultations jeunes consommateurs dans le territoire Aisne Nord**

Concernant le secteur hospitalier, la collaboration entre les équipes de pédiatrie, de pédopsychiatrie et d'addictologie doit permettre l'intervention de l'équipe spécialisée auprès des jeunes et des parents. Des consultations spécialisées addictions peuvent être mises en place dans les services pédiatrie, en partenariat avec les consultations médico-sociales. Actuellement, il en existe deux dans les CH de Beauvais et Laon. L'intervention auprès des jeunes devra, autant que possible, s'appuyer sur la dynamique familiale et éviter toute rupture du lien familial, ceci en évitant au maximum une hospitalisation. Toutefois, si celle-ci s'impose, elle sera à privilégier dans les établissements ayant un service de pédiatrie, voire de pédo-psychiatrie.

- La réduction des risques : comme pour les consultations, il est nécessaire de développer les interventions en dehors des centres, notamment dans les lieux de rassemblement où les conduites à risques sont nombreuses tels que les « rave party », les discothèques, les bals et festivals... L'intervention sous forme de stands ou d'équipe mobile est préconisée.
- L'hébergement et l'accompagnement : les jeunes âgés de moins de 25 ans, déscolarisés, isolés et sans revenu seront hébergés dans le dispositif social de droit commun correspondant à leurs problématiques. Il appartient aux CSAPA de développer avec ces structures des modes de prise en charge ambulatoires adaptés à leur conduite addictive. Ils développeront également en partenariat avec ces structures des actions en faveur de leur réinsertion sociale et/ou professionnelle.

III-2 : Les femmes enceintes et/ou avec enfants

➤ La prévention

Les conduites addictives sont à l'origine de nombreux problèmes au cours de la grossesse et après la naissance. Il est donc important de diffuser une **information précoce** quant aux risques d'une conduite addictive sur les fœtus, les bébés, les jeunes enfants et la maman.

Des actions de préventions collectives dès le collège, notamment auprès des jeunes filles, mais aussi en université et en centres de formation doivent être menées, en lien avec la médecine scolaire.

La prévention des conduites addictives doit être systématique, en amont de la grossesse. En effet, l'évocation lors de la déclaration de grossesse, des entretiens prénataux précoces chez la femme enceinte ou lors de l'entretien du 4ème mois est trop tardive pour permettre la prévention nécessaire à la bonne santé de la mère et de l'enfant.

Les médecins traitants, les centres périnataux de proximité, le personnel menant ces entretiens, ainsi que les personnels des équipes hospitalières (maternité, périnatalité ou autres), de la Protection Maternelle et Infantile et des centres de planification familiale doivent être formés afin de ne pas aboutir à une simple information délivrée à la femme sur le fait qu'il ne faut pas consommer. Le personnel doit être capable de repérer une difficulté empêchant la femme d'arrêter sa consommation et pouvoir l'orienter vers un CSAPA ou une consultation hospitalière.

Les liens entre Equipes de Liaison et de Soins et en Addictologie, les services de maternité, de gynéco-obstétrique et de pédiatrie sont à renforcer systématiquement en ce sens. La formation de type « Repérage Précoce et Intervention Brève » chez les médecins traitants, les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes est à développer.

Pour favoriser la prévention et la prise en charge précoce des addictions de la femme enceinte, des initiatives créant des liens entre sages-femmes, Education Nationale, Caisses Primaires d'Assurance-Maladie, médecin et autres professionnels sont à encourager. Des procédures de coopération entre les structures et les réseaux d'addictologie et de périnatalité doivent être élaborées pour faciliter le repérage, l'orientation et la prise en charge des patientes par les structures les plus adaptées.

➤ les consultations et la prise en charge

Les femmes enceintes doivent pouvoir être orientées vers une consultation en ambulatoire si elles souhaitent s'engager dans une démarche de soins, comme tout autre public ayant une problématique liée à une conduite addictive.

Tout établissement de santé de niveau 1 et 2 doit organiser la prise en charge des femmes enceintes. Une unité de Soins de Suite et de Réadaptation dédiée aux femmes avec ou sans enfant doit s'inscrire dans la continuité de la prise en charge hospitalière.

➤ L'hébergement médico-social et l'accompagnement

Dans la continuité de la prise en charge, certains CSAPA doivent pouvoir offrir un hébergement spécifique pour femmes enceintes ou avec jeunes enfants et développer des équipes de prise en charge précoce parent-enfant.

III-3 : Les personnes en situation de précarité

La prise en charge des addictions doit aussi bien toucher les personnes en situation de précarité prises en charge par le dispositif d'hébergement social, et celles qui n'y sont pas et se trouvent dans la rue. Les préconisations ci-jointes sont déclinées dans le PRAPS de Picardie.

Pour favoriser leur prise en charge, les dispositifs de prévention, de soins et d'accompagnement doivent s'articuler avec les dispositifs d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion afin de proposer une organisation articulée, sous la forme de conventions par exemple.

Compte tenu des difficultés de mobilité et de l'absence de demande de soins pour une partie de ce public, il convient d'organiser les modalités d'interventions spécialisées dans leurs lieux de vie.

Ces interventions pourront prendre la forme :

- de points-écoute à localiser en ville ou dans les lieux de vie,
- d'équipes mobiles intervenant sous forme de permanences dans les structures sociales et/ou dans la rue, par territoire de santé.

Il faut également promouvoir la conclusion, entre organismes concernés, de protocoles d'intervention pour les moments particuliers de la nuit et du week-end, les acteurs de la prise en charge (Service d'Aide Médicales Urgente social, services des urgences, police...) étant parfois très démunis dans la prise en charge de ces publics.

L'importance du rôle des élus est soulignée pour la mise en œuvre de tous ces dispositifs communs.

La collaboration entre les équipes d'addictologie et les équipes intervenant auprès des personnes en situation de précarité doit être renforcée et formalisée dans tous les territoires de santé.

Cette collaboration doit exister tout au long du parcours de prise en charge de la personne pour lui assurer un accès aux soins, une continuité des soins mais également une prise en charge sociale adaptée à la sortie des soins. Les permanences d'accès aux soins de santé, lorsqu'une

hospitalisation a eu lieu, doivent être actrices à part entière de la prise en charge globale de la personne.

Afin de faciliter les interventions communes entre les personnels du soin et du secteur social, il est préconisé de développer des formations communes.

Quant aux démarches d'insertion sociale ou professionnelle, les CSAPA doivent accompagner les autres acteurs de droit commun sans s'y substituer mais être présents dans les moments de crise et de conflits liés à la conduite addictive de la personne.

Pour les personnes devenues handicapées du fait de conduites addictives, et notamment les malades atteints du syndrome de KORSAKOFF (personnes alcooliques stabilisées mais handicapées), il conviendra de faciliter l'accès aux structures de vie et services médico-sociaux, comme les Services d'Aide Médico-Sociale pour Adultes Handicapés. Ils font actuellement trop souvent l'objet d'une mauvaise orientation en psychiatrie.

A cette précarité dans les conditions de vie, s'ajoute aujourd'hui une précarité assurantielle. Certaines mutuelles ne prennent pas en charge les sevrages, ce qui freine l'accès aux soins de certains malades. Une observation plus pointue de ce phénomène sera à mener pendant la durée du PRS, afin d'évaluer l'ampleur des refus de soins.

⇒ **Objectif prioritaire : Favoriser la prise en charge des addictions chez les publics précaires en améliorant l'articulation entre les dispositifs d'accueil, de soins et d'accompagnement « addictions » avec les dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'insertion.**

III-4 : Les personnes placées sous main de justice

➤ La prévention

Les personnes placées sous main de justice en milieu ouvert doivent pouvoir bénéficier du dispositif de droit commun.

En milieu fermé, les acteurs doivent se coordonner pour offrir aux personnes détenues des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Les acteurs de prévention recommandés pour ce public sont les CSAPA ou les associations qui ont conventionné avec l'Administration Pénitentiaire en lien avec les Unités de Consultation de Soins Ambulatoires et le SMPR⁸, les Procureurs sensibilisés et les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation.

➤ Consultations et prise en charge

En milieu ouvert, le dispositif de droit commun prend en charge les personnes placées sous main de justice. Les structures médico-sociales accueillent les personnes placées sous main de justice au sein de leur consultation ambulatoire mais très peu en hébergement. Des expérimentations pourraient être mises en place.

En milieu fermé, c'est l'Unité de Consultation et de Soins en Ambulatoire qui est responsable des soins diligentés, en partenariat avec l'équipe du Service Médico Psychologique Régional avec laquelle elle doit élaborer **un projet médical commun**. Elle est donc l'acteur principal de la prise en charge sanitaire de la personne détenue. Sa présence au sein de la commission pluridisciplinaire unique, lorsque la question des soins, et plus particulièrement des addictions, est

⁸ Service médico- psychiatrique régional

abordée, permet de diffuser l'information entre professionnels prenant en charge la personne détenue et d'instaurer un secret professionnel partagé. Mais cette commission ne peut pas être le seul lien entre les acteurs concernés.

Le dépistage des conduites addictives doit être systématisé à l'entrée en détention. L'organisation des UCSA doit ensuite être assez réactive pour proposer un suivi le plus tôt possible après le repérage.

Le sevrage et la substitution sont proposés dans chaque établissement pénitentiaire. Les UCSA sont les référentes.

D'autre part, la coordination avec les services de justice et pénitentiaire est renforcée par des journées annuelles de rencontre sur la santé des personnes détenues.

Un travail doit avoir lieu, notamment entre les Caisses Primaires d'Assurance-Maladie et la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires de Lille, afin de systématiser l'immatriculation des personnes détenues afin que leur suivi soit assuré par l'Assurance-Maladie dès l'incarcération et jusqu'à la sortie.

Pour préparer au mieux la sortie, une collaboration doit s'organiser entre les UCSA, les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation, les juges et les CSAPA pouvant ensuite assurer le relais de la prise en charge en ambulatoire. Ceci favorisera l'articulation nécessaire des acteurs avant la sortie de la personne détenue, et évitera une rupture dans la prise en charge.

Les commissions pluridisciplinaires associeront, autant que de besoin, les structures accueillant les personnes détenues après leur sortie. Un des facteurs de réussite de la continuité de la prise en charge après la sortie réside également dans une articulation forte avec l'Administration Pénitentiaire, les structures de placement extérieur, les logements sociaux et les médecins traitants. La continuité des soins à la sortie est la première priorité, notamment pour la substitution aux opiacés.

Des expérimentations d'assouplissement d'admission en Soins de Suite et de Réadaptation ou en hébergement médico-social pourraient être tentées afin de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle de ces personnes. Des dispositifs d'accueil des sortants de prison sous la forme d'unités d'accueil court et d'accès rapide, telles que la MILDT le préconise, peuvent être une solution.

III-5 : Les personnes présentant des comorbidités psychiatriques

La prise en compte des addictions suppose de prendre en charge l'addiction mais également la personne souffrant de conduites addictives. Pour les patients ayant des états pathologiques constitués, le seul traitement de la consommation n'est pas suffisant et un traitement médical spécialisé est nécessaire.

Les modalités de collaboration entre les équipes psychiatriques et les équipes d'addictologie doivent donc être formalisées pour permettre l'accès à un avis médical spécialisé, l'accès aux soins (consultations en Centre Médico-Psychologique) et la cohérence des prises en charge.

Plusieurs mesures doivent faciliter ce travail partenarial :

- **identifier des référents au sein des équipes de psychiatrie** de manière à faciliter les contacts avec les structures médico-sociales. Ces référents peuvent être des psychiatres ou des professionnels non médicaux de la psychiatrie ayant une formation ou une expérience en addictologie ; Leur intervention peut prendre la forme de vacation, ou simplement d'avis téléphonique.
- **identifier des référents au sein des CSAPA**, ou des services hospitaliers de prise en charge des addictions, de manière à faciliter les contacts avec les services psychiatriques qui pourraient avoir besoins d'un avis addiction.

- S'appuyer sur les équipes mobiles existantes « santé mentale et précarité » ;
- organiser des réunions de synthèses communes permettant d'aborder ensemble le suivi des patients, mais également les nouvelles prises en charge ;

⇒ **Objectif prioritaire : Favoriser la prise en charge des personnes présentant des comorbidités psychiatriques en améliorant la collaboration entre les équipes psychiatriques et les équipes d'addictologie**

III-6 : Les patients chroniques

Souvent âgés de plus de 35 ans, ces usagers ont des profils divers : héroïnomanes substitués, alcooliques chroniques avec fréquentes rechutes, personnes présentant des troubles mentaux associés, des dépendances aux psychotropes notamment chez les femmes, et des poly-consommations.

L'ancienneté des addictions, leurs conséquences physiques et psychiques, associées à un faible niveau socio-éducatif, compromettent gravement les chances de réinsertion.

Les solutions passent par une prise en charge de long cours adaptée, des partenariats renforcés (psychiatrie, médecine ambulatoire et hospitalière, centres médico-sociaux...), et la proposition de structures intermédiaires que ce soit au niveau du logement (notamment formules de CSAPA avec hébergement) ou de l'insertion professionnelle (exemple des associations d'insertion).

Pour certaines personnes, pour lesquelles les maisons départementales des personnes handicapées ont reconnues le handicap, il est possible d'en certains cas d'avoir droit à des prestations (comme l'Allocation Adultes Handicapés) et d'accéder à des solutions d'hébergement adaptée. Cela nécessite une connaissance mutuelle des deux secteurs et le renforcement du partenariat en développant les possibilités d'intervention pour la prise en charge des addictions dans les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes handicapées.

IV. Evaluation

EVALUATION D'ACTIVITE :

Plusieurs indicateurs permettront de suivre l'activité liée à la mise en œuvre des objectifs prioritaires cités en annexe 1 :

- Nombre de nouveaux cadres de coopérations permettant une organisation en complémentarité de l'offre ;
- Nombre de consultations prévoyant une organisation complémentaire ou mutualisée ;
- Nombre de CPOM reconnaissant un niveau de prise en charge hospitalière en addictologie ;
- Désignation de référents addictions en équipes psychiatriques ou d'addictologie pour favoriser la prise en charge des comorbidités psychiatriques ;
- Nombre d'actions de prévention des addictions en direction des publics vulnérables ;
- Existence de procédures internes aux urgences hospitalières ;
- Fiches actives des lieux de consultations et de sevrage (nouveaux ou existants) ;
- Nombre de professionnels formés au RPIB ou entretien motivationnel et aux spécificités des addictions sans substance ;
- Nombre de modules ou diplômes addictions créés ;

Ces indicateurs seront relevés en grande partie par les services de l'ARS, et pourront faire l'objet d'analyse, de travaux et rapports du COTER addictions.

EVALUATION DE RESULTAT :

Plusieurs indicateurs permettront d'évaluer l'atteinte des objectifs prioritaires cités en annexe 1 :

- Journées régionales d'échanges ;
- Développement de l'offre en SSR ;
- Création d'hôpitaux de jour ;
- Création d'un dispositif de réduction des risques sur l'Aisne Nord
- Nouvelles consultations avancées ou microstructures dans les zones non couvertes ;
- Nouvelles consultations jeunes consommateurs ;
- Création de guide et pages internet.

EVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTE DES POPULATIONS:

L'évaluation d'impact de la politique régionale est indissociable de l'objectif prioritaire relatif à l'amélioration de l'observation sanitaire et sociale régionale des addictions. En effet, la réalisation de cet objectif permettra d'avoir des données affinées pour la Picardie rendant compte, soit par enquête, soit par collectes de données relevant des rapports d'activité des structures, soit par données de morbidité, de la consommation des picards.

L'impact sur la mortalité ne pourra lui se mesurer que sur une dizaine d'années, sachant que les facteurs influant sur la mortalité sont souvent multiples.

V. ANNEXES

Annexe 1 : Objectifs prioritaires

Principes généraux d'organisation	Objectifs prioritaires
Une articulation des acteurs formalisée	Mettre en réseau les acteurs au niveau régional, notamment autour des pratiques professionnelles, de la formation, de la recherche
	Formaliser les coopérations et complémentarités au niveau territorial entre professionnels de la prévention, du médico-social et du sanitaire, pour mieux filiariser le parcours du patient
	Formaliser les coopérations entre consultations présentes dans une même ville afin de proposer une organisation complémentaire et/ou mutualisée
	Favoriser la prise en charge des addictions chez les publics précaires en améliorant l'articulation entre les dispositifs d'accueil, de soins et d'accompagnement « addictions » avec les dispositifs d'accueil, hébergement et insertion.
	Favoriser la prise en charge des personnes présentant des comorbidités psychiatriques en améliorant la collaboration entre les équipes psychiatriques et les équipes d'addictologie.
	Améliorer l'observation sanitaire et sociale régionale des addictions dans le cadre partenarial de la plateforme sanitaire et sociale animée par l'OR2S
L'organisation d'un dispositif complet de prise en charge	Favoriser les actions de prévention coordonnées menées par des professionnels, en direction des publics vulnérables : jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité, personnes sous main de justice
	Reconnaitre les niveaux de prise en charge dans les établissements de santé ayant une activité addictions
	Développer un dispositif de réduction des risques dans le territoire Aisne-Nord-Haute-Somme
	Améliorer le maillage du territoire par des consultations addictions et/ou

L'organisation d'un dispositif complet de prise en charge	microstructures dans les cantons du sud-ouest du territoire Somme, du nord-est du territoire Aisne-sud, et du nord du territoire Sud-ouest.
	Créer deux à trois consultations jeunes consommateurs dans le territoire Aisne Nord
	Assurer dans tout établissement de santé ayant un service d'urgence une organisation pour l'accueil et la prise en charge de patients ayant une problématique addictive, en lien avec les ELSA
	Proposer une offre d'hôpital de jour dans les territoires Somme, Aisne-sud et Oise-ouest
	Organiser les partenariats nécessaires aux prises en charge en amont et en aval des sevrages afin d'éviter les ruptures dans le parcours du patient
	Développer l'activité en SSR pour arriver à un minimum de 20 lits pour deux territoires
Une meilleure formation des acteurs et des professionnels	Former les professionnels au RPIB et à l'entretien motivationnel
	Intégrer les addictions dans les dispositifs de formation initiale et continue
	Former les professionnels aux spécificités des addictions sans substance
Communiquer et informer sur la politique régionale et l'offre existante	Créer des outils d'information sur l'offre existante à l'attention des professionnels et usagers

Annexe 2 : Glossaire

AAH : Allocation pour Adultes Handicapés

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues

CH : Centre Hospitalier

CHRS : Centre d'hébergement et de Réinsertion Sociale

CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPOM : Contrat pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHPSO : Groupement Hospitalier Public du Sud de l'Oise

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OR2S : Observatoire Régional de Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PRAPS : programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Projet Régional de Santé

SAF : Syndrome d'Alcoolisme Fœtal

SAMSAH : Services d'Aide Médico-Sociale pour Adultes Handicapés

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

UCSA : Unité de Consultation en Soins Ambulatoire

SATO : Service d'Aide aux Toxicomanes de l'Oise

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation