

Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

SCHEMA REGIONAL D'ADDICTOLOGIE DE LA REGION CENTRE

2009-2013

SOMMAIRE

TITRE 1 : Consommations, besoins et demandes dans le champ des addictions en région Centre	3
1. Introduction	3
2. Le tabac	4
2.1. Consommation	4
2.2. Morbidité	5
2.3. Accès aux traitements	5
2.4. Mortalité.....	5
3. L'alcool	7
3.1. Consommation	7
3.2. Morbidité	8
3.3. Accès aux traitements	9
3.4. Mortalité.....	9
4. Le cannabis	11
4.1. Consommation	11
4.2. Conséquences associées au cannabis	12
4.3. Accès aux traitements	13
4.4. Interpellations pour usage de cannabis.....	15
4.5. Mortalité.....	15
5. Les autres drogues.....	16
5.1. Consommation	16
5.2. Morbidité et mortalité	17
5.3. Accès aux traitements	17
5.4. Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy.....	18
5.5. Les addictions sans produit.....	18
TITRE 2 : L'ETAT DE L'OFFRE EN REGION CENTRE	19
1. Caractéristiques de l'offre médico-sociale en région Centre.....	19
1.1. Caractéristiques de l'offre médico-sociale des CCAA.....	19
1.2. Caractéristiques de l'offre médico-sociale des CSST	21
1.2.1. CSST sans hébergement :	21
1.2.2. CSST avec hébergement.....	24
1.3. Actions de réduction des risques dirigées vers les usagers de drogues par voie intra veineuse	26
TITRE 3 : LES OBJECTIFS ET STRATEGIES DU SCHEMA	29
1. Préambule :	29
2. Schéma médico-social régional en addictologie : Les objectifs et stratégies du schéma	31
2.1. Les objectifs à atteindre :	31
2.1.1. Objectif principal.....	31
2.1.2. Objectifs secondaires.....	31
2.2. Les stratégies à déployer :	37
2.2.1. La création des CSAPA	37
2.2.2. Les consultations de proximité assurant le repérage précoce des usages nocifs :	39
2.2.3. L'évolution des consultations jeunes consommateurs	39
2.2.4. Le dispositif de réduction des risques :	40
2.2.5. Les structures d'hébergement	41
2.2.6. La prévention primaire	42
2.2.7. La recherche de solutions d'articulation entre le médico-social, le sanitaire, le social et la médecine de ville	42
2.2.8. Les actions de formation	44
2.2.9. La structuration et le développement d'un système d'information au niveau régional	44
TITRE 4 : Critères d'évaluation de la mise en œuvre du schéma médico-social en addictologie.....	45
ANNEXES DU SCHEMA REGIONAL D'ADDICTOLOGIE	47

TITRE 1 : Consommations, besoins et demandes dans le champ des addictions en région Centre

1. Introduction

Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies¹, les substances psychoactives licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes) ont été expérimentées par une grande majorité de la population française adulte (voir tableau). L'alcool et le tabac sont des produits consommés de façon régulière ou quotidienne par de larges fractions de la population. Ils représentent donc une part importante des usages problématiques de drogues.

En dehors du cannabis, expérimenté par un Français sur quatre et consommé régulièrement par 1,2 millions de personnes, les produits illicites ne concernent qu'une part plus faible de la population. Chez les jeunes, l'expérimentation aux quatre substances psychoactives les plus fréquentes se fait, en moyenne, aux âges suivants : l'alcool vers 13 ans, le tabac vers 13 ans et demi et le cannabis et les médicaments psychotropes vers 15 ans et 2 mois.

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine, parmi les 12-75 ans

	Alcool	Tabac	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy
Expérimentateurs ²	42,5 M	34,8 M	12,4 M	1,1 M	0,90 M
Dont occasionnels ³	39,4 M	14,9 M	3,9 M	0,25 M	0,20 M
Dont réguliers ⁴	9,7 M	11,8 M	1,2 M	///	///
Dont quotidiens	6,4 M	11,8 M	0,55 M	///	///

Les conséquences sanitaires de l'usage de drogues peuvent être mesurées par l'approche :

- du nombre de demandes d'aides des consommateurs auprès des professionnels du secteur sanitaire et social ;
- de la morbidité et de la mortalité dans la population.

Ces mesures sont dépendantes de la capacité à recueillir ces informations auprès des différents professionnels. Les données sont systématiquement recueillies auprès des centres de cure ambulatoire en alcoologie et auprès des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Les conséquences de la consommation de ces substances peuvent être immédiates (accidents, violences, suicides, surdoses pour l'alcool et les drogues illicites), peuvent survenir à moyen terme (problèmes sociaux et désocialisation, VIH, problèmes liés à l'injection, problèmes psychiatriques), ou à long terme (cancers, cirrhose liées à l'alcool ou à l'hépatite C, pathologies cardio-vasculaires).

Ce texte ne prétend pas à l'exhaustivité. Il cherche à mettre à disposition des éléments de référence et d'estimations raisonnables concernant les consommations de produits psychoactifs en France et en région Centre de manière à s'appuyer sur des éléments objectifs pour l'élaboration des perspectives d'évolution des dispositifs sanitaire et médicosocial de prise en charge des personnes souffrant d'addictions dans la région Centre. A l'avenir, il serait souhaitable de disposer des données régionales produites par les enquêtes nationales (baromètre santé, enquêtes OFDT...)

¹ OFDT (2007) "Drogues, chiffres clés." Drogues, chiffres clés. 6 pages.

² Définition : au moins un usage au cours de la vie.

³ Définition : au moins un usage au cours de l'année, pour le tabac, les personnes déclarant fumer « de temps en temps ».

⁴ Définition : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabagisme quotidien, au moins 10 consommations de cannabis dans le mois.

2. Le tabac

2.1. Consommation

En 2006, il s'est vendu plus de deux milliards trois cent millions de cigarettes dans la région Centre, soit un peu moins d'un paquet par semaine par habitant, tous âges confondus. La région se situe au neuvième rang national en ce qui concerne le nombre de cigarettes vendues par habitant (930). Elle dépasse de 4,5% le niveau national (890). Tous les départements de la région sont au dessus de la moyenne nationale, à l'exception de l'Indre et Loire.

Vente de cigarettes en région Centre en 2006

	Vente totale (millier)	Cigarette par habitant (tous âges) par an
France	55 772 239	890
Centre	2 321 503	930
Cher	311 326	988
Eure et Loir	404 428	969
Indre	221 207	953
Indre et Loire	491 098	863
Loir et Cher	297 033	923
Loiret	596 553	930

Données Altadis distribution, accessible sur la base Illiad de l'OFDT.

En France, en 2005, parmi les adultes de 18 à 75 ans, 30,3% des hommes et 22,9% des femmes déclarent fumer quotidiennement.

En extrapolant les données nationales à la population de la région Centre âgée de 12 à 74 ans au premier janvier 2005, on peut estimer les consommateurs quotidiens de tabac de la région à plus de 475 000 personnes et les consommateurs de 10 cigarettes ou plus à plus de 260 000 personnes.

Estimation du nombre de consommateurs de tabac en région Centre, en 2005, parmi les personnes âgées de 12-74 ans

	quotidiens	10 cigarette et +
Région Centre	475 492	260 570
Cher	60 024	32 893
Eure et Loir	79 310	43 462
Indre	43 583	23 883
Indre et Loire	109 305	59 899
Loir et Cher	60 546	33 179
Loiret	122 726	67 254

Extrapolations faites sur les 1 909 608 personnes âgées de 12 à 74 ans en région Centre à partir des données du baromètre santé 2005. Ces valeurs ne sont que des ordres de grandeur.

En 2005, parmi les jeunes de 17 ans de la région Centre, 73% déclarent avoir expérimenté le tabac⁵. La consommation quotidienne n'est pas différente selon le sexe, elle concerne 35% des garçons et 33%

⁵ Beck, F., S. Legleye, et al. (2007) "ESCAPAD 2005, exploitation régionale : Centre." OFDT

des filles. Pour cette tranche d'âge, l'usage quotidien de tabac de la région Centre était tout à fait dans la moyenne nationale.

En 2002/2003, en moyenne, les garçons et les filles de la région Centre ont fumé leur première cigarette à 13 ans et demi, le passage à l'usage quotidien (pour les fumeurs quotidiens actuels) s'étant fait, en moyenne, plus d'un an après, à 14 ans et huit mois, sans différence entre les sexes. Cette chronologie s'avère très proche de celle observée dans le reste de la France.

2.2. Morbidité

Le tabac est un facteur de risque de survenue d'un certain nombre de pathologies cancéreuses, cardiovasculaires et pulmonaires. Par ailleurs, la consommation de tabac chez les femmes comporte des risques spécifiques (risque de cancer du col utérin et risque d'accidents vasculaires cérébraux lorsqu'une femme consommatrice de tabac recourt à une contraception orale). Chez la femme enceinte, le tabagisme est associé à un sur-risque de fausse couche spontanée, d'accouchement prématuré et de retard de croissance intra-utérin.

Risque de survenue de certaines pathologies chez un fumeur par rapport à un non fumeur

Cancers	
Poumon, larynx	10
Bouche, pharynx	6
Œsophage	3.5
Vessie	3
Pancréas	2
Maladies circulatoires	3
Cardiopathies ischémiques	2.2
Bronchites chroniques	10

Lecture : le risque de survenue du cancer du poumon ou du larynx est 10 fois plus important chez un fumeur que chez un non fumeur. Source : INSERM-CEPIDC- 2002

Le risque de survenue dépend d'une manière générale de l'ancienneté et de la fréquence de la consommation ainsi que du nombre de cigarettes consommées et de la profondeur de l'inhalation. L'exposition passive à la fumée du tabac provoque également une augmentation du risque.

2.3. Accès aux traitements

En France, en 2003, environ 55 000 nouveaux patients ont été vus dans une consultation spécialisée de tabacologie. En médecine de ville, en 2003, ce seraient près de 84 000 personnes qui seraient prises en charge chaque semaine.

En 2007, plus de 2,2 millions de mois de traitement (substituts nicotiques et Zyban®) ont été vendus contre 1,7 millions de mois de traitement en 2006. On observe une augmentation depuis 2005.

2.4. Mortalité

En 2000, le tabagisme est identifié comme la première cause de mortalité évitable en France. Il est estimé être la cause de 58 000 décès annuels chez les hommes et de 7 800 chez les femmes. Ces décès représentent 21 % des décès masculins et 3 % de la mortalité féminine. La part des décès féminins est en augmentation du fait du développement du tabagisme des Françaises. Les principales causes de

décès attribuables au tabac sont les cancers, notamment ceux des poumons et des voies aérodigestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires ainsi que les maladies respiratoires chroniques.

Tableau 2

Causes de décès	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac
Cancer	86 903	36 %	56 946	4 %
Poumon	20 867	91 %	4 329	44 %
Bouche, pharynx, larynx et œsophage	9 621	61 %	1 588	18 %
Autre	56 415	12 %	51 029	1 %
Maladie cardio-vasculaire	76 075	14 %	88 844	2 %
Maladie de l'appareil respiratoire	22 425	37 %	21 416	10 %
Autre	89 361	9 %	95 489	1 %
Toutes causes	274 764	21 %	262 695	3 %

Sources : Cépidc-Inserm ; Peto R, Lopez AD et al [3]

En Région Centre, en 2005, 1 242 personnes, tous âges confondus, sont décédées par tumeurs de la trachée, des bronches ou des poumons, soit 5,2% de l'ensemble des décès. Parmi celles-ci, 509 personnes sont décédées précocement (avant 65 ans) ce qui représente 13 % des 3 930 décès survenus chez des personnes âgées de 35 ans à 64 ans en région Centre et 15,2% (411/2696) des décès des hommes de cet âge.

Nombre de décès par tumeurs de la trachée des bronches et des poumons en région Centre

	Décès avant 65 ans	Décès
2001	431	1130
2002	447	1120
2003	481	1142
2004	516	1186
2005	509	1242

Données Cépidc, Exploitation DDASS-28.

3. L'alcool

3.1. Consommation

Avec un chiffre de 12,9 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus en 2006, la France reste l'un des pays du monde où l'on consomme le plus d'alcool.

En population générale adulte, en 2005, seuls 7 % des 18-75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boisson alcoolisée (ni même des boissons peu alcoolisées comme le cidre ou le panaché), 37 % en consomment seulement occasionnellement, 35 % au moins une fois par semaine, 15 % tous les jours. Les hommes s'avèrent nettement plus consommateurs que les femmes : ils sont en effet trois fois plus nombreux à être des usagers quotidiens (20,3% versus 7,3 %) et 41 % d'entre eux déclarent une consommation hebdomadaire (mais pas quotidienne) contre 29 % des femmes. À l'inverse, la moitié des femmes disent consommer occasionnellement (48 %) alors que ce n'est le cas que du quart des hommes de 18 à 75 ans (25 %).

Plus d'un tiers des adultes interrogés (35 %) déclare avoir bu, au moins une fois, plus de six verres en une même occasion au cours de l'année écoulée (norme OMS : 4 verres maximum en une même occasion), et 15 % disent avoir connu une telle pratique au moins une fois par mois. Les hommes sont quatre fois plus nombreux que les femmes à indiquer cette pratique mensuellement.

En 2005, 15 % des adultes disent avoir connu au moins un épisode d'ivresse (tel qu'ils l'entendent) au cours des douze derniers mois, 5,5 % déclarant en avoir connu au moins trois. Ces comportements sont restés stables entre 1995 et 2005. L'ivresse au cours de l'année s'avère trois fois plus fréquente parmi les hommes (22 %) que parmi les femmes (7 %) et décroît significativement avec l'âge. Pour ceux qui déclarent avoir été ivres dans l'année, le nombre moyen d'ivresses est de 6,0 avec là encore une nette prédominance masculine.

En extrapolant les données nationales à la population de la région Centre, âgée de 12 à 74 ans, on peut estimer les consommateurs quotidiens d'alcool à plus de 280 000 personnes (tableau).

Estimation du nombre de consommateurs quotidiens d'alcool en 2005 en région Centre

	Hommes		Femmes		Total	
	12-24 ans	25-74 ans	12-24 ans	25-74 ans	12-24 ans	25-74 ans
Région Centre	5100	199 000	1 400	74 100	6 500	275 000
Cher	600	26 800	200	10 000	800	36 800
Eure et Loir	800	32 700	200	11 800	1 100	44 500
Indre	400	20 200	100	7 600	500	27 700
Indre et Loire	1 200	43 600	400	16 500	1 600	60 100
Loir et Cher	600	26 700	200	10 000	700	36 700
Loiret	1 400	49 100	400	18 100	1 800	67 300

Extrapolations faites à partir des estimations du baromètre santé 2005 sur les 1 909 608 personnes âgées de 12 à 74 ans en région Centre. Ces valeurs, arrondies à la centaine, ne sont que des ordres de grandeur, elles ne sont pas le résultat d'une estimation sur un échantillon représentatif.

Le test Audit-C⁶ permet, à l'aide de certaines questions, de repérer six types de buveurs : les abstinents (13.7% des 15-64 ans), les buveurs sans risques occasionnels (34.4%), les buveurs sans risques réguliers (13.0%), les buveurs à risques ponctuels (26.6%), les buveurs à risque chronique (7.6%) et les buveurs à risque de dépendance (0.9%). Ce test a été utilisé lors de l'enquête baromètre santé de 2005 et l'extrapolation des données obtenues au niveau national permet d'estimer que parmi les 15-64 ans de la région Centre, plus de 112 000 hommes et 21 000 femmes présenteraient un risque de dépendance ou un risque chronique.

⁶ Test Audit-C est basé sur trois questions : fréquence des jours de consommation au cours des douze derniers mois, nombre de verres bus un jour typique de consommation, fréquence de consommation d'au moins six verres en une seule occasion

Estimation du nombre de consommateurs d'alcool à risque de dépendance ou à risque chronique parmi les personnes âgées de 15-64 ans selon l'Audit-C

	Hommes		Femmes		Total	
	15-24 ans	25-64 ans	15-24 ans	25-64 ans	15-24 ans	25-64 ans
Région Centre	18 500	94 200	3 100	18 400	21 600	112 600
Cher	2 200	12 100	300	2 300	2 500	14 400
Eure et Loir	3 100	16 000	500	3 100	3 600	19 100
Indre	1 400	8 900	200	1 700	1 700	10 500
Indre et Loire	4 500	21 000	800	4 300	5 300	25 300
Loir et Cher	2 100	12 100	300	2 300	2 500	14 400
Loiret	5 100	24 100	900	4 800	6 000	28 800

Extrapolations faites sur les 1 591 402 personnes âgées de 15 à 64 ans en région Centre. Ces valeurs, arrondies à la centaine, ne sont que des ordres de grandeur, elles ne sont pas le résultat d'une estimation sur un échantillon représentatif.

Les usages de boissons alcoolisées des jeunes de la région Centre restent plus masculins. Si 16 % des garçons disent en boire régulièrement, les jeunes filles ne sont que 7 % à déclarer un tel usage. Comparativement à l'ensemble des jeunes Français, ceux de la région présentent un niveau d'usage au cours du mois supérieur. En revanche, aucune différence n'apparaît pour l'usage régulier, qui semble par ailleurs avoir stagné par rapport au niveau enregistré dans la région en 2002/2003.

Les ivresses alcooliques répétées concernent également plus souvent les garçons (plus d'un sur quatre) que les filles (une sur sept). Par rapport à leurs homologues du reste de la métropole, les adolescents de la région Centre se déclarent moins souvent ivres, et ce quelle que soit la fréquence des ivresses observées. Toutefois, comparativement à 2002/2003, le niveau des ivresses répétées dans la région Centre a nettement augmenté⁷.

Usages d'alcool et ivresses à 17 ans

	Région Centre			2002/2003	Métropole (2005)			
	Escapad 2005				Ensemble	Homme	Femmes	Ensemble
	Hommes	Femmes	Ensemble					
Usage mois	84%	79%	81%	79%	82%	75%	79%	
Usage régulier	16%	7%	12%	12%	18%	6%	12%	
Ivresse vie	59%	47%	53%	49%	63%	50%	57%	
Ivresses répétées	28%	14%	21%	15%	33%	18%	26%	

Usage régulier : au moins dix fois dans le mois ; ivresse répétée : au moins trois fois au cours des 12 derniers mois

Source : ESCAPAD 2002/2003 et 2005, exploitation OFDT

En 2002/2003, 93% des adolescents de 17 ans de la région Centre déclarent avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie, sans différence entre les sexes. Pour les jeunes de 17 ans ayant déjà été ivres, l'âge moyen de la première ivresse est de 15 ans et 2 mois pour les garçons et de 15 ans et demi pour les filles⁸.

3.2. Morbidité

Une étude menée en 2001, estime que 9% des hommes et 2,5% des femmes présenteraient au cours de leur vie des troubles psychiatriques de type abus d'alcool ou dépendance alcoolique.

A la phase aiguë, la consommation d'alcool peut être responsable de troubles du comportement. Il est ainsi fréquemment impliqué dans des accidents (de la route, de la vie courante ou professionnels) et

⁷ BECK F., LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S. Analyse régionale ESCAPAD 2005, OFDT, 2007 <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas/2005.html>

⁸ Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. OFDT, 224 p. Juin 2005. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/atlas05.html>

dans des actes agressifs contre soi ou contre les autres (violence intra conjugale, violence sur la voie publique...).

Au plan chronique, la toxicité est majeure pour le foie (cirrhose, hépatocarcinome), le système nerveux périphérique (polynévrites des membres inférieurs, neuropathies optiques) et central (syndrome cérébelleux, troubles des fonctions intellectuelles, psychose alcoolique) et pour les voies aérodigestives supérieures (cancers). Cette toxicité chronique peut également favoriser l'apparition de pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux) ou d'autres cancers comme celui du sein. La seule information épidémiologique disponible, relative à la morbidité chronique semble être la prévalence des cirrhoses alcooliques en France, estimée entre 1,5 et 2,5 pour mille habitants en 2000.

La consommation chronique d'alcool entraîne à moyen terme des conséquences et des dommages sociaux, judiciaires, familiaux et professionnels.

La consommation d'alcool pendant la grossesse expose l'enfant à divers risques dans le cadre d'un syndrome d'alcoolisation fœtale. Il concernerait 5 pour 1 000 naissances pour les formes modérées et 1 à 2 naissances pour 1 000 pour les formes sévères pour la période 1986-1990, sachant que 1 000 enfants naîtraient avec une forme sévère chaque année en France. Pour la région Centre, cela correspondrait à environ à 164 naissances (5,4 * 30,4) pour l'année 2006.

3.3. Accès aux traitements

Concernant la prise en charge sanitaire, 98 637 hospitalisations en rapport direct avec une consommation excessive d'alcool (diagnostic principal) ont été recensées en France en 2004, dont près de 60 500 pour intoxication aiguë et 27 000 demandes de sevrage.

Environ 126 000 personnes ont, quant à elles, été accueillies dans des structures spécialisées en alcoologie en 2005, soit 3,2 pour 1000 personnes de 20 à 70 ans. En région Centre, le taux varie de 1,5 (Loiret, Indre et Loire) à 7,2 dans l'Indre.

Nombre de buveurs venus consulter en CCAA en région Centre en 2005

	personnes	Taux pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans
France	125 955	3,2
Région Centre	4 523	2,9
Cher	742	3,7
Eure et Loir	1 160	4,4
Indre	1 045	7,2
Indre et Loire	542	1,5
Loir et Cher	419	2,1
Loiret	615	1,5

3.4. Mortalité

En France, « le taux de mortalité directement lié à l'imprégnation éthylique chronique a diminué environ de 40 % en 20 ans. Toutefois, on estime entre 35 000 et 45 000, le nombre de décès par an attribuables à la consommation d'alcool soit environ 10 % de l'ensemble des décès survenant en France. Ainsi en 1999, on recensait encore 22 442 décès directement liés à la consommation chronique excessive d'alcool (environ 12 % par psychose alcoolique et alcoolisme, 38 % par cirrhose alcoolique et 50 % par cancer des voies aérodigestives supérieures). Huit sur dix atteignent les hommes. Dans plus d'un cas sur deux, ces décès touchent des personnes de moins de 65 ans. »⁹

⁹ Haut comité de la santé publique. Recueil des principaux problèmes de santé en France. Décembre 2002. <http://hcspl.ensp.fr/hcspl/docspdf/hcsp/hc001409.pdf>

L'application de fractions attribuables à l'alcool à différentes causes de décès permet d'estimer la part de l'alcool dans les décès survenus dans la région Centre en 2005.

Ainsi, il est possible de considérer que l'alcool est impliqué dans 1626 décès (7,8% de tous les décès) en 2005. La responsabilité de l'alcool dans la mortalité masculine (1393 soit 11,1%) est nettement plus élevée que dans la mortalité féminine (233 soit 2,0%).

Estimation du nombre de décès liés à l'alcool en 2005 en région Centre, selon le sexe

	Hommes		Femmes		Total
	FA	N	FA	N	
Cancers					
- Bouche, pharynx	84%	148	24%	7	155
- Œsophage	86%	124	55%	14	138
- Rectum	12%	11	5%	3	14
- foie	71%	198	54%	46	244
- Larynx	79%	44	15%	1	45
Troubles mentaux					
- Psychose, dépendance alcoolique	100%	131	100%	23	154
Cardio-vasculaire					
- Cardiopathie ischémique*	39%	148	7%	6	154
- Cardiomyopathie alcoolique	100%	7	100%	1	8
- Maladie cérébro-vasculaire*	26%	46	8%	10	56
Respiratoire					
- Pneumonie, grippe*	36%	11	7%	1	12
Digestif					
- Cirrhose du foie	91%	167	69%	61	228
- Pancréatite aiguë*	40%	4	40%	0	4
- Pancréatite chronique	70%	4	55%	3	7
Traumatismes					
- Accidents de la circulation	34%	69	33%	21	90
- Chute accidentelle	49%	60	11%	11	71
- Suicide	53%	215	13%	20	235
- Homicide	50%	6	50%	5	11
Total		1393		233	1626

Les fractions attribuables (FA) sont issues du travail de C Hill (<http://hcspe.ensp.fr/hcspe/docs/pdf/adsp/adsp-30/ad301417.pdf>) et le nombre de décès par catégorie est issu du site du Cépide (<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>) ; exploitation DDASS-28

* : avant 75 ans.

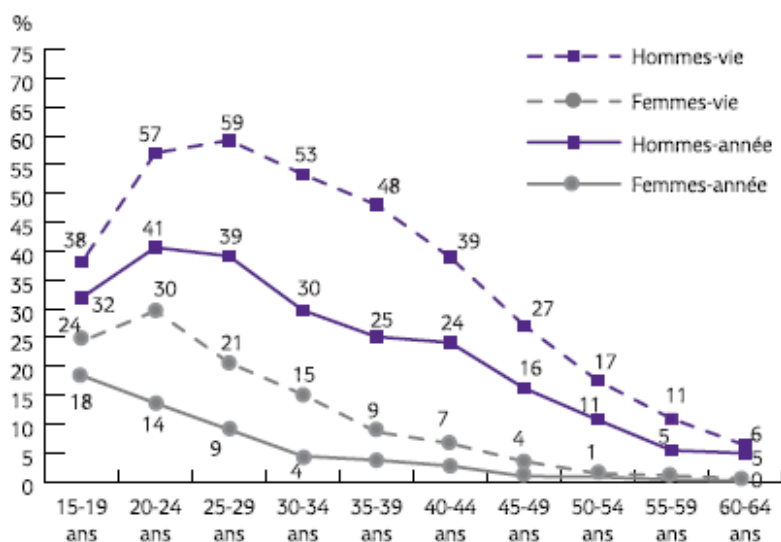
4. Le cannabis

4.1. Consommation

Le cannabis est un produit dont l'expérimentation et l'usage ont connu une progression importante en France entre 1990 et 2005.

En 2005, parmi les 18-75 ans près de trois adultes sur dix (27 %) déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis. Cette proportion tombe à 7% pour les usages au cours de l'année écoulée. Les niveaux de consommation des hommes sont nettement plus élevés que ceux des femmes, même si l'écart tend à se réduire ces dernières années. Le cannabis reste surtout consommé par les jeunes générations (voir figure), même si toutes les tranches d'âge se trouvent concernées par l'expérimentation, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années.

Figure 2 : Usages de cannabis au cours de la vie et de l'année, par sexe et par âge en 2005 (en %)



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

Parmi les 18-64 ans, la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 4 %, ces usages étant principalement le fait des plus jeunes générations : ainsi, 14 % des 18-25 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, 9 % en sont usagers réguliers et 4 % usagers quotidiens¹⁰.

En extrapolant à partir de données nationales, on peut estimer que le nombre de personnes résidant en région Centre et consommant du cannabis 10 fois ou plus dans le mois se situe aux alentours de 44 000 personnes dont 34 000 hommes et 10 000 femmes. Parmi les jeunes adultes de 18 à 24 ans, ce seraient 18 800 personnes qui consommeraient 10 fois ou plus par mois, dont 8 000 quotidiennement.

¹⁰ Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, Tendances, OFDT, N°48, mai 2006. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend48.html>

Estimation du nombre de consommateurs de cannabis en 2005, parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans

	Hommes		Femmes		Total	
	récent	régulier	récent	régulier	récent	régulier
Région Centre	58 200	34 100	20 000	10 300	78 200	44 400
Cher	7 200	4 200	2 500	1 300	9 700	5 500
Eure et Loir	9 800	5 800	3 400	1 700	13 200	7 500
Indre	5 200	3 000	1 800	900	7 000	3 900
Indre et Loire	13 500	7 900	4 600	2 400	18 100	10 300
Loir et Cher	7 300	4 300	2 500	1 300	9 800	5 600
Loiret	15 200	8 900	5 200	2 700	20 400	11 600

Usage récent : au moins un usage au cours du mois. Usage régulier : au moins dix usages au cours du mois écoulé

Extrapolations faites sur les 1 591 402 personnes âgées de 15 à 64 ans en région Centre. Ces valeurs, arrondies à la centaine, ne sont que des ordres de grandeur, elles ne sont pas le résultat d'une estimation sur un échantillon représentatif.

Dans la région Centre, le niveau d'expérimentation du cannabis chez les jeunes de 17 ans apparaît inférieur à celui observé sur le reste du territoire métropolitain. Parmi les jeunes interrogés, 50 % des garçons et 42 % des filles déclarent avoir déjà consommé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie. L'usage régulier (10 fois et plus par mois), est stable par rapport à l'enquête 2002/2003. Il concerne 11 % des jeunes de 17 ans de la région Centre, avec une nette prédominance masculine (un garçon sur six pour une fille sur seize). Ces niveaux sont similaires à ceux de la métropole¹¹.

Usages de cannabis en région Centre à 17 ans

	Région Centre			Métropole (2005)			
	Escapad 2005		2002/2003	Métropole (2005)			
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble	Homme	Femmes	Ensemble
Expérimentation	50%	42%	46%	50%	53%	46%	49%
Usage régulier	16%	6%	11%	11%	15%	6%	11%

Expérimentation : au moins une fois dans la vie ; Usage régulier : au moins dix fois dans le mois

Source : ESCAPAD 2002/2003 et 2005, exploitation OFDT

En 2002/2003, l'âge moyen de consommation du premier joint en région Centre est de 15 ans et 4 mois, se situant dans la moyenne métropolitaine.

4.2. Conséquences associées au cannabis ¹²

Risques somatiques

Le cannabis n'est pas décrit comme donnant lieu à surdose. Les risques de mort violente sont liés aux accidents de la route ou aux suicides.

Le cannabis peut jouer un rôle dans le déclenchement d'infarctus du myocarde pouvant conduire au décès, le THC (principe actif du cannabis, delta 9 tétra hydro cannabino) augmentant la fréquence cardiaque et modifiant la tension artérielle après la prise.

Aucune étude épidémiologique n'a, d'après la revue de littérature effectuée, été réalisée sur les accidents vasculaires cérébraux et le cannabis, même s'il y a de multiples cas publiés, y compris chez des adolescents souvent fortement consommateurs.

¹¹ BECK F., LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S. Analyse régionale ESCAPAD 2005, OFDT, 2007. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas/2005.html>

¹² Costes, J.-M. (2007). Cannabis, données essentielles. Saint Denis, OFDT.

Il a été rapporté des cas cliniques où le cannabis était associé à la survenue de troubles du rythme cardiaque (fibrillations auriculaires paroxystiques, tachycardies ventriculaires, bloc auriculo-ventriculaire) pouvant conduire au décès.

Les effets pulmonaires et respiratoires du cannabis sont semblables à ceux du tabac et se traduisent par une toux et une expectoration, une inflammation des voies respiratoires et une modification de la croissance des cellules bronchiques pouvant mener à une bronchite chronique ou au cancer. Bien que les données soient encore limitées, elles plaident fortement en faveur d'un rôle cancérigène du cannabis pour le poumon.

À l'instar du tabac, le cannabis a été associé dans une étude cas-témoin à un risque de 3,4 pour toute utilisation de cannabis au cours de la vie et de 3,3 pour une utilisation exclusive (sans tabac) de cannabis pour le cancer de la vessie.

Un risque de même grandeur de cancer de la prostate, et plus faible de cancer du col utérin, a été retrouvé dans une étude de cohorte américaine ainsi qu'un risque de gliome malin de l'adulte (tumeur du cerveau au pronostic souvent mauvais).

Risques psychiatriques :

La survenue de symptômes anxieux à type d'attaque de panique représente la complication psychiatrique aiguë la plus fréquente du cannabis, rapportée par au moins un quart des usagers.

Les syndromes psychotiques aigus survenant de manière concomitante à la consommation de cannabis sont classiquement regroupés dans le cadre diagnostique des « psychoses cannabiques ». Ils sont caractérisés par l'apparition d'idées délirantes et/ou d'hallucinations, dans un contexte de grande labilité émotionnelle.

L'usage de cannabis est nettement plus fréquent chez les personnes souffrant de troubles psychotiques que chez les sujets indemnes de ces troubles. D'intenses débats scientifiques sont en cours pour déterminer si la consommation de cannabis peut être considérée comme causale de la schizophrénie ou s'il s'agit d'une plus grande fréquence de consommation chez des personnes à risque de schizophrénie. La fréquence d'usage de cannabis est plus élevée chez les sujets présentant des troubles de l'humeur à type de dépression. Là encore se pose la question concernant la direction de l'association : l'usage de cannabis est-il cause ou conséquence de la dépression ?

Le « syndrome amotivationnel » est classiquement décrit chez les sujets faisant un usage chronique et prolongé de cannabis. Il est caractérisé par une perte d'intérêt généralisée et une apathie, associées à une fatigabilité importante et à une perte d'énergie, à des troubles de la concentration retentissant sur le niveau de fonctionnement socioprofessionnel voire sur la capacité à poursuivre les activités de base telles que le maintien d'une hygiène personnelle.

Chez les sujets présentant un trouble psychiatrique avéré, notamment un trouble psychotique tel qu'une schizophrénie ou un trouble de l'humeur tel qu'un trouble bipolaire, l'usage de cannabis a toujours des conséquences négatives sur l'évolution du trouble. Toutes les études montrent que les sujets poursuivant l'usage de ce produit, une fois le diagnostic posé, ont des récives plus fréquentes et sont plus souvent réhospitalisés, et ce même s'ils continuent le traitement prescrit.

4.3. Accès aux traitements

Les consultations cannabis :

Au cours du second semestre 2004, un dispositif de consultations spécialisées, anonymes et gratuites, destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et d'autres substances psychoactives et à leur famille a été mis en place, en application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Leur objectif est de proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic en cas de consommation nocive ; d'offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risques et une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complications sociales ou psychiatriques ; d'accompagner ou de proposer une orientation aux jeunes en situation d'abus ou de dépendance ; d'offrir, enfin, un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leurs enfants, avec la possibilité de séances conjointes parents-enfants.

Ces consultations jeunes consommateurs ont été adossées aux structures médicales ou médico-sociales spécialisées existantes : 75 % sont rattachées à un centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST),

15 % à un service hospitalier, 8 % à un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et 2 % à une structure mixte CSST-CCAA. En mars 2007, on compte 278 consultations "jeunes consommateurs" en activité. Au début de 2007, 19,5 personnes en moyenne étaient reçues par mois et par consultation.

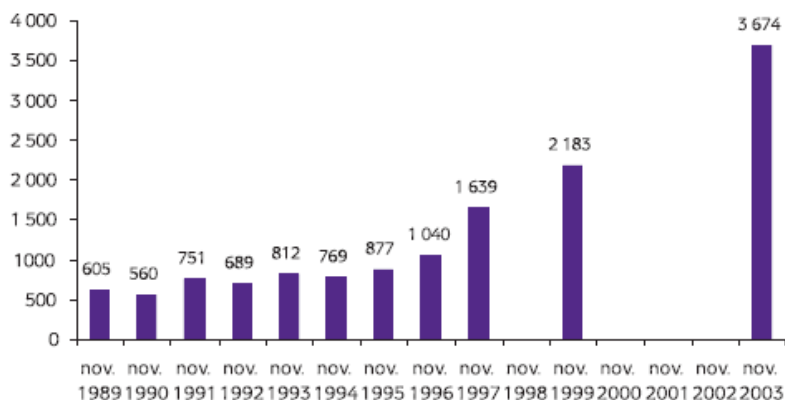
La majorité des personnes rencontrées dans les structures sont des jeunes consommateurs (75 %) qui consultent spontanément, sous l'influence d'un tiers ou qui sont adressés par la justice (Obradovic, 2006). Il peut également s'agir de parents (environ 19 %) ou d'autres profils de clientèle (6 %) : éducateurs, personnes vues avec ou sans le jeune consommateur.

En région Centre, les personnes accueillies étaient des nouveaux consultants dans 29% des cas (35 % en France). Les consommateurs représentaient 73% des consultants (80% en France) et les parents 24% (18% en France). Les structures ouvraient 74 heures en moyenne par mois (66 heures en France).

Les consultations en CSST pour un usage de cannabis :

Les CSST ont été créés dans les années 1970 pour accueillir de façon anonyme et gratuite les consommateurs de drogues illicites, dont ceux de cannabis. Les données issues d'une même enquête, menée régulièrement sur les personnes venues consulter dans ces structures, montrent que le nombre de personnes en difficulté avec le cannabis accueillies pendant le même mois de l'année est passé de 600 en 1989 à 3 700 en 2003 (Figure 31). Cette tendance à l'augmentation du nombre des prises en charge est générale : sur la même période, l'ensemble des recours, quel que soit le produit en cause, a été multiplié par trois. Jusqu'en 1997, l'augmentation des prises en charge liée au cannabis a suivi la tendance globale, la part relative du cannabis étant restée constante autour de 11 %. Depuis 1997, les prises en charge liées à l'usage de cannabis progressent beaucoup plus vite que les autres, la part relative de ce produit atteignant 18 % en novembre 2003.

Figure 31 : Nombre de personnes prises en charge pour usage de cannabis dans les CSST au cours du mois de novembre, 1989-2003



Note : enquête non réalisée en 1998, 2000, 2001 et 2002

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et sociale en novembre, 1989 à 2003, SESI/ DREES.

Depuis 2001, les données issues des rapports d'activité annuels permettent d'estimer le nombre de personnes vues chaque année pour un usage de cannabis dans les CSST : environ 12 000 en 2001 et 23 000 en 2004, soit un quasi doublement en trois ans. Cette tendance se poursuit en 2005 : à partir des données recueillies par les CSST ambulatoires dans le cadre de RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge), le nombre de patients en difficulté avec leur consommation de cannabis rencontrés dans les CSST en 2005 serait de l'ordre de 25 000 à 26 000 personnes (données France entière).

4.4. Interpellations pour usage de cannabis

Les interpellations pour usage de stupéfiants sont en constante augmentation, essentiellement du fait de celles au titre du cannabis qui ont été multipliées par près de 8 en vingt ans. Le cannabis était déjà en cause dans 60 % des interpellations d'usagers en 1985 ; sa part a atteint 90 % au début des années 2000. En 2005, 90 905 usagers de cannabis ont été interpellés.

Les usagers de cannabis interpellés sont nettement plus jeunes que les usagers d'autres produits illicites (à l'exception de l'ecstasy) : ils ont en moyenne 23 ans, contre 30 ans environ pour les usagers d'héroïne, de cocaïne ou de crack et 24 ans pour les usagers d'ecstasy interpellés (données 2005). Bien qu'elle soit importante, la part des mineurs parmi les usagers de cannabis interpellés est en légère baisse : 11 % en 2005 contre 15% en 2000. Le jeune âge des usagers de cannabis interpellés explique la part relativement importante d'étudiants ou de lycéens : 24 % en 2005 contre 5 % environ chez les usagers d'héroïne et de cocaïne et 14 % chez les usagers d'ecstasy.

Les usagers de cannabis interpellés sont principalement des hommes (94 %) et de nationalité française (93 %). Notons toutefois que ce portrait de l'utilisateur de cannabis établi à partir des statistiques policières diffère notablement de celui fourni par les enquêtes en population générale, notamment au niveau du sexe, de l'âge et en termes socio-économiques.

En région Centre, en 2006, plus de 2 700 personnes ont été interpellées¹⁴ pour usage de cannabis. Le taux d'interpellation est en dessous de la moyenne nationale dans tous les départements à l'exception du Cher.

Nombre d'interpellations pour usage de cannabis en région Centre en 2006

	Nombre	Taux pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans
France	83 476	32,8
Région Centre	2728	28,4
Cher	431	37,9
Eure et Loir	368	22,6
Indre	224	28,0
Indre et Loire	680	29,6
Loir et Cher	317	27,2
Loiret	708	27,4

Données OCRTIS, issues de la base ILLIAD, OFDT Ces données reflètent l'activité des forces de police et de gendarmerie

4.5. Mortalité

Le nombre annuel de décès par accidents de la route imputable au cannabis en France a été récemment estimé à 230, soit 2,5%. L'influence du cannabis (dose / risque d'accident mortel) augmente avec le taux de THC.¹³

En 2005, 293 personnes ont été tuées sur les routes de la région Centre¹⁴. En utilisant le ratio produit par l'étude SAM, on peut estimer que 7 personnes ont été tuées dans la région du fait d'une consommation de cannabis à l'occasion d'un accident de la route.

¹³ Alcool et insécurité routière : quelques enseignements de l'étude nationale SAM, France, 2001-2003 . BEH N°34-35. 12 septembre 2006. THC : Tétrahydrocannabinol, molécule psychoactive du cannabis

¹⁴ <http://www.securite-routiere.gouv.fr/onisrpdf/onisrRegion07.pdf>

5. Les autres drogues

5.1. Consommation

« En dehors du cannabis, la consommation de drogues illicites s'avère marginale sur l'ensemble de la population française. Certaines de ces substances ont néanmoins connu une diffusion croissante au cours des années 1990, comme la cocaïne et les principales substances hallucinogènes (LSD et champignons hallucinogènes), dont l'expérimentation déclarée (usage au moins une fois dans la vie) atteint 4,3 % parmi les 18-44 ans en 2005.

Les niveaux d'expérimentation des substances synthétiques telles que l'ecstasy ou les amphétamines, ont fait plus que doubler entre 1995 et 2005, passant, sur cette tranche d'âge, de 0,7 % à 1,6 % chez les femmes et de 1,8 % à 3,5 % chez les hommes. Les niveaux pour l'héroïne sont pour leur part restés relativement stables sur l'ensemble de la période, concernant environ 1 % des 18-44 ans.

Ces résultats proviennent avant tout du fait que la mesure de l'usage au cours de la vie est une mesure de stock montrant plus une diffusion du produit au cours d'une période donnée qu'une réelle augmentation de l'usage.

Si l'on retient l'indicateur d'usage actuel (au moins un usage au cours des douze derniers mois), les niveaux apparaissent nettement plus bas, ne dépassant 0,5 % des 18-44 ans que pour la cocaïne (0,9 %), le poppers (0,8 %) et l'ecstasy (0,8 %).

En terme d'évolution des usages au cours de l'année, il est possible de mesurer, entre 2000 et 2005, une hausse significative de l'usage de cocaïne et d'ecstasy, ainsi qu'une baisse de l'usage de produits à inhaler (type colles et solvants), les autres produits apparaissant stables sur cette période. »¹⁵

En région Centre, les niveaux déclarés d'expérimentation des produits illicites autre que le cannabis se révèlent relativement proches de ceux mesurés dans le reste de la métropole, à l'exception de l'ecstasy et de la cocaïne qui s'avèrent moins expérimentés dans la région.

Expérimentations de produits illicites autres que le cannabis en région Centre à 17 ans

	Région Centre			2002/2003	Métropole (2005)		
	Escapad 2005		Ensemble		Homme	Femmes	Ensemble
	Hommes	Femmes		Ensemble			
Ch hallu	4%	1%	3%	3%	5,2%	2,1%	3,7%
Poppers	8%	4%	6%	4%	6,3%	4,8%	5,5%
Ecstasy	2%	2%	2%	3%	4,2%	2,8%	3,5%
Cocaïne	1%	2%	1%	1%	3,0%	2,0%	2,5%
Héroïne	0%	1%	0%	1%	0,8%	0,6%	0,7%

Expérimentation : au moins une fois dans la vie ; Source : ESCAPAD 2002/2003 et 2005, exploitation OFDT

Un travail d'estimation de la prévalence de l'usage problématique de drogues illicites dont le recueil de données a été mené en 2005/2006 par l'OFDT dans 6 villes de France métropolitaine, montre des taux de prévalence allant de 9,40 pour 1000 personnes de 15 à 59 ans à Rennes à 11,95 pour 1000 personnes à Metz. La prévalence de l'usage problématique en lien avec la consommation d'opiacés et/ou de cocaïne varie de 8,46 à Rennes à 10,83 à Lyon pour 1000 personnes de 15 à 59 ans.

Si l'on applique les estimations rennaises (les plus basses des six agglomérations étudiées) à la population de la région Centre (1 478 142 personnes de 15 à 59 ans), on obtient :

- Usagers problématiques de drogues : 13 900 personnes (IC (intervalle de confiance) : 8 600 à 19 200)
- Usagers problématiques d'opiacés et/ou de cocaïne : 12 500 personnes (IC : 7 700 à 17 300)

¹⁵ Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, Tendances, OFDT, N°48, mai 2006. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend48.html>

Bien sûr, ces estimations sont imparfaites et entachées de biais. Elles permettent de fournir un ordre de grandeur de la population de la région Centre susceptible de recourir à des services plus spécifiques pour usagers de drogues illicites. Toutefois, on peut raisonnablement considérer que la population de personnes ayant un usage problématique d'opiacés et/ou de cocaïne se situe en dessous de 15 000 personnes en région Centre.

5.2. Morbidité et mortalité

La part des usagers de drogues dans les nouvelles contaminations par le VIH est devenue minoritaire. Ils représentent moins de 2% des cas cumulés de contamination déclarés entre 2003 et juin 2007. En région Centre, entre 2003 et mi-2007, sur 393 cas de séropositivité au VIH déclarés, 7 sont rattachés à un usage de drogues (source : site InVS)

En revanche, il persiste un taux extrêmement élevé de contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) parmi les usagers de drogues et plus particulièrement parmi ceux recourant à l'injection. De manière générale, la pratique de l'injection est susceptible d'entraîner de nombreuses complications en particulier à type d'infection (virales, bactériennes ou fongiques).

Les pathologies psychiatriques sont fréquentes chez les usagers de drogues. Elles peuvent préexister à la consommation ou en être consécutives (notamment les psychoses liées aux hallucinogènes ou aux amphétamines).

Pour les usagers les plus marginaux, on observe également une fréquence très élevée de problèmes de santé et sociaux "communs" liés à leurs conditions de vie (problèmes dentaires, perte de poids, dépression, problèmes respiratoires, nutrition, hygiène, logement, insertion sociale et professionnelle...).

En France, le nombre de décès par surdose a diminué de manière importante à partir de 1994. Depuis 2002, en région Centre, aucun décès par surdose n'a été recensé par les forces de l'ordre.

5.3. Accès aux traitements

Nombre d'usagers venus consulter en CSST en région Centre en 2005

	Nombre	Taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans
France	90 790	53,8
Région Centre	2817	44,7
Cher	240	32,8
Eure et Loir	739	69,6
Indre	162	31,0
Indre et Loire	803	52,9
Loir et Cher	212	28,0
Loiret	661	38,6

La région Centre se situe en dessous des taux nationaux, que ce soit pour les ventes de Stéribox®, de Subutex® ou de méthadone (tableau). On observe une grande hétérogénéité selon les départements. L'Eure et Loir a toujours les taux les plus bas, tandis que l'Indre et Loire présente les taux parmi les plus élevés (tableau). Cette situation peut être liée à deux facteurs, une hétérogénéité de la prévalence des personnes dépendantes aux opiacés selon les départements et/ou une offre ou une accessibilité des traitements de substitution et des Stéribox® déficitaire.

Ventes de Stéribox®, Subutex® et méthadone en région Centre en 2006

	Stéribox®		Subutex®		méthadone	
	N unités	Pour 100 hab 20-39 ans	N boîtes	Pour 100 hab 20-39 ans	N flacons	Pour 100 hab 20- 39 ans
France	2 572 632	15.2	6 128 444	36.3	5554 619	32.9
Région Centre	84 250	13.4	195 239	31.0	112 941	17.9
Cher	13 148	18.0	24 858	34.0	11 778	16.1
Eure et Loir	9 656	9.1	17 220	16.2	6 531	6.2
Indre	5 347	10.2	12 347	23.6	6 254	12.0
Indre et Loire	26 349	17.4	69 977	46.1	43 772	28.8
Loir et Cher	7 242	9.6	19 819	26.2	16 566	21.9
Loiret	22 508	13.1	51 018	29.8	28 090	16.4

Usage récent : au moins un usage au cours du mois. Usage régulier : au moins dix usages au cours du mois écoulé

Extrapolations faites sur les 1 591 402 personnes âgées de 15 à 64 ans en région Centre. Ces valeurs, arrondies à la centaine, ne sont que des ordres de grandeur, elles ne sont pas le résultat d'une estimation sur un échantillon représentatif.

5.4. Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy

Le taux d'interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy est relativement homogène dans le temps au sein de la région. En 2006, il se situe à près de la moitié du taux national. Ceci pouvant, indirectement, être la traduction d'une moindre prévalence dans la région que dans des zones fortement urbanisées (région parisienne, agglomérations marseillaise et lyonnaise).

Interpellations pour usages d'héroïne de cocaïne et d'ecstasy en région Centre de 1998 à 2006

	1998	2000	2002	2004	2006
Nombre d'interpellations	171	178	95	158	166
Taux pour 10 000 hab de 20 à 39 ans	2,6	2,7	1,5	2,5	2,6
Rang de classement de la région Centre	16	15	17	19	19

5.5. Les addictions sans produit

Les addictions sans produit (cyberaddictions, addictions aux jeux...) sont une réalité quotidienne en France. Dans les récents plans nationaux et textes réglementaires elles sont mentionnées et prises en compte. Toutefois, les éléments de connaissance de l'épidémiologie de ces addictions sont très parcellaires. Elles devront être documentées à l'avenir.

TITRE 2 : L'ETAT DE L'OFFRE EN REGION CENTRE

1. Caractéristiques de l'offre médico-sociale en région Centre

1.1. Caractéristiques de l'offre médico-sociale des CCAA

L'analyse suivante a pu être réalisée à partir des rapports d'activité 2007 des CCAA.

L'organisation des rubriques suivantes s'appuie sur la présentation du rapport d'activité type des CCAA. Le recueil des données, sur le mode déclaratif, induit inévitablement certaines erreurs liées notamment à la saisie.

Organisation et activité des CCAA

Nombre d'ETP et nombre de patients, en 2007

	CCAA 18	CCAA 28	CCAA 36	CCAA 37 Tours	Antenne 37 Loches	CCAA 41	CCAA 45	Moyenne Régionale par CCAA
Nombre de personnes vues (Tous contacts en face à face, y compris entourage, famille)	820	632	1 096 Y compris consult. tabac	674	110	605	552	641
File active (nombre de patients vus au moins une fois)	784	482	1094	613	87	548	542	593
Dont personnes suivies régulièrement (patients vus plus d'une fois)	536	450	814	529	75	492	416	473
Nombre de nouveaux patients	391	202	646	273	87	244	299	306
Nombre d'ETP	9.67	6.15	6.91	4.5	1.5	6.65	6.39	6
Dont :								
Part des ETP médecins	1,43	1	1	0.9	0.5	0.9	0.74	0.92
Psychologues	2,77	1.60	0.6	0	0	1.5	2.1	1.22
Infirmiers	1.5	1	2.21	1.5	0.5	0.67	1.18	1.22
Diététicien	0.25	0	0	0	0	0	0	0.03
Assistante Sociale	0	1	0	1	0	0.11	0	0.30
Educateur spécialisé	0	0	1	0	0	0	0	0.14
Administratif	3.97	1.55	2.1	1.1	0.5	3.47	2.37	2.15
Nombres de patients par ETP	81	78.4	158	136	58	83	85	99

Source : exploitation des rapports d'activité type des CCAA en ambulatoire en 2007

Le nombre de patients vus au moins une fois est en moyenne de 593 en 2007 contre 647 en 2006. La montée en charge de l'antenne de Loches (37) induit cette baisse en 2007.

Le nombre moyen d'actes par CCAA en région Centre est de 3 562 en 2007 contre 4 548 en 2006.

Le nombre d'ETP et la population du département sont des facteurs influençant l'importance de la file active. Il est nécessaire toutefois de prendre en compte d'autres facteurs tels que l'historique des départements, l'articulation entre le médico-social, les associations, le secteur sanitaire et le secteur libéral, la diversification des lieux de permanence et des antennes (assurant une couverture territoriale) qui nécessite un temps de transport plus important au détriment des heures de travail notamment dans les zones rurales.

A noter en 2007 la montée en charge de l'antenne de Loches en Indre et Loire. Celui-ci ne génère pas pour autant une réduction de la file active de Tours qui passe entre 2006 et 2007 de 571 à 613. Ce CCAA n'est pas autonome, il constitue une antenne du CCAA de Tours.

L'effectif moyen régional des CCAA est de 6 Equivalent Temps Plein (ETP). Des différences significatives sont à noter concernant Loches (1,5 ETP), qui amorce simplement sa montée en charge et à l'opposé le CCAA du Cher avec 9,67 ETP.

Les files actives varient de 110 patients pour Loches à 1 096 pour l'Indre avec une moyenne régionale de 641 patients.

Pour ce qui concerne les effectifs médicaux et para médicaux la moyenne régionale est de 0,92 ETP de médecin, 1,22 ETP de psychologue (aucun en Indre et Loire contre 2,77 dans le Cher) et 1,22 ETP d'infirmier.

Caractéristiques sociodémographiques de la population accueillie (hors entourage)

Le ratio H/F des personnes venant consulter dans un CCAA de la région Centre en 2007 est de 3 (75,5% d'hommes et 24,5% de femmes). Cette proportion varie peu d'un CCAA à un autre.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 40-49 ans avec une moyenne de 32,8 % suivis des 30-39 ans (24,7 %) et des 50-59 ans (22,7 %). Les moins de 20 ans consultent très peu. Ceci se remarque dans tous les CCAA de la région.

97 % des patients venant consulter résident dans le même département que le CCAA .2,10 % viennent d'un autre département de la région et seuls 0.63 % sont originaires d'une autre région. Le CICAT d'Eure et Loire connaît quant à lui un ratio « hors région » de 2,28%.

En 2007, 90,4% des patients de la région Centre venus consulter dans un CCAA disposent d'un logement « durable » alors que 5,96% sont considérés comme occupant un logement précaire (5,7% en 2006) et 0,43% sont sans logement.

En ce qui concerne le logement durable les proportions varient entre 64,37 % pour le CCAA de Loches à 96,88% pour le CCAA de Loir et Cher. La proportion de logement précaire varie de 2,05% pour le Loiret à 35% pour Loches. Les sans domiciles fixes sont assez peu représentés : 0,43% Enfin, les CCAA du Cher et du Loiret présentent la caractéristique d'avoir 9% des patients résidant en établissement pénitentiaire.

Les ressources de 64% des patients des CCAA de la région Centre proviennent de revenus du travail. 17% touchent des revenus issus de transfert sociaux (RMI, AAH, autres prestations sociales) et 11% touchent des revenus issus de l'assurance chômage (ASSEDIC).

En région Centre, plus d'un quart des demandes de consultations (24,2%) sont faites à l'initiative du patient ou des proches.

38,22% des patients sont adressés par des partenaires sanitaires (dont 15,07% par un médecin de ville) contre 36,23% en 2006.

24,54 % viennent consulter suite à une décision de justice ou administrative.

En région Centre, l'alcool est à 89,8% le produit faisant l'objet d'une consultation en CCAA. Le second produit psychoactif est le tabac (9,18%). Certains CCAA prennent en charge exclusivement l'alcool alors que d'autres acceptent d'autres addictions associées.

Nombre de patients ayant bénéficié d'un sevrage, en 2007

	CCAA 18	CCAA 28	CCAA 36	CCAA 37 Tours	Antenne 37 Loches	CCA A 41	CCAA 45	Moyenne Régionale par CCAA
Nombre de patients ayant bénéficié d'un sevrage	114	253	469	152	39	79	21	161
Nombre de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire assuré par le centre	98	193	412	124	15	38	18	128
Nombre de patients ayant suivi un sevrage en milieu hospitalier suivi par le centre	16	70	57	28	24	41	3	34

Source : exploitation des rapports d'activité type des CCAA en ambulatoire en 2007

En moyenne 161 patients par CCAA ont bénéficié d'un sevrage dont 128 en ambulatoire assuré par le centre et 34 en milieu hospitalier suivi par le centre. A noter qu'il peut exister des différences entre les structures dans la manière de comptabiliser les sevrages notamment pour les patients ayant réalisé un sevrage avant d'être suivi par le centre ou pour les patients ayant réalisé un auto sevrage.

1.2. Caractéristiques de l'offre médico-sociale des CSST

Les départements de la région Centre bénéficient tous d'au moins un centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). L'Eure et Loir et le Loiret en disposent de deux. A noter cependant que le Loiret est le seul département à posséder un CSST avec 14 places d'hébergement (APLEAT La Levée).

La structuration des rubriques de ce chapitre s'appuie également sur celle du rapport d'activité type des CSST. Les données présentées sont issues des rapports d'activité 2007.

1.2.1. CSST sans hébergement :

Les éléments d'analyse ci après ne portent que sur les CSST sans hébergement. S'agissant du Loiret, seul le CSST sans hébergement « rue Ste Anne- La station », géré par l'APLEAT est concerné. L'analyse du CSST avec hébergement « La Levée » est traitée par ailleurs.

Le nombre moyen d'ETP pour un CSST de la région Centre est de 7,4 (8,4 en moyenne en France) dont 0,81 d'ETP médicaux. Toutefois, cela est la résultante d'une grande diversité départementale (de 0,35 dans l'Indre à 2,40 en Indre et Loire). Ces variations sont le reflet de compositions diverses des équipes des CSST de la région et traduisent les spécificités de l'offre de chaque CSST.

En 2007, la file active moyenne des CSST de la région Centre est de 489 patients.

La médiane du nombre de patients pris en charge par ETP est de 66. Seuls 2 CSST sont au dessus de ce seuil.

Nombre d'ETP et nombre de patients, en 2007

	CSST 18	CSST 28 Alkinoos	CSST 28 Service de psychiatrie	CSST 36	CSST 37	CSST 41	CSST 45	CSST Région Centre 2007	France 2004
Nombre de personnes vues (Tous contacts en face à face, y compris entourage, famille) Dont suivi en maison d'arrêt ou centre de détenation	409	888	201	210	1016	296	1069	553	
File active (nombre de patients vus au moins une fois)	379	881	201	188	808	280	905	489	435.2
Dont personnes suivies régulièrement (patients vus plus d'une fois)	332	646	169	138	716	245	637	412	
dont nouveaux patients	285	2	78	130	326	123	539	212	
Nombre d'ETP	3.99	6.35	4.55	4.1	14.15	4.94	13.88	7.4	8.4
Dont									
médecins	0.179	0.85	0.6	0.35	2.40	0.72	0.60	0.81	12.4%
psychologues	0.788	1.20	0.75	1	3.35	1	4.18	1.75	
Infirmiers diététicien	0	1	2	0.79	5.5	0.67	2	1.70	
Assistante Sociale				0	0.1	0	0		
Educateur spécialisé	0	0.5	0.25	0	0.8	0	1.25	0.4	
Administratif	1	1	0	1	1	0.25	1	0.75	
	2.02	1.80	0.95	0.96	1	2.3	4.85	1.98	
Nombres de patients par ETP	95	139	44	49	57	56	65	66	51.8

Le nombre moyen d'actes par CSST en 2007 est de 9 274 alors qu'il n'était que de 7 773 en 2006 (8 390 en France).

Les actes médicaux (généralistes et psychiatres) représentent 21,1 % de la totalité des actes (22,3% pour la France) avec 1962 actes en moyenne par CSST (contre 1863 en France).

Les actes infirmiers représentent 53% des actes avec une moyenne de 4 914 par CSST (3 406 en France).

Les psychologues interviennent dans l'ensemble des CSST et représentent près du quart de l'ensemble des ETP. Ils représentent 10,6% des actes totaux en région Centre et les éducateurs spécialisés 12,8%.

Caractéristiques sociodémographiques de la population accueillie (hors entourage)

La population prise en charge par les CSST reste très masculine avec une relative homogénéité entre les structures de la région et une proportion de quatre hommes pour une femme.

Les tranches d'âge les plus représentées concernent les 20/39 ans,

30-39 ans : 30,49 % des consultants en 2007 contre 31,9% en 2006

20-24 ans : 22,8 % en 2007 contre 20,8 % en 2006

25-29 ans : 19,51 % en 2007 contre 18,2% en 2006

En région Centre, les patients de CSST proviennent principalement du même département (90,74 %). 4,04 % viennent des autres départements de la région et 5,22 % appartiennent à une autre région. A noter que le CSST du Cher recrute à 17,94% hors région et que le CSST de Dreux recrute 18,50 % dans les autres départements de la région Centre.

Logement :

Moyennes régionales : Nombre de personnes concernées et ratio

Catégorie de logement	Chiffres	Pourcentage hors non renseigné
Durable	2 365	80,28
Provisoire ou précaire	419	14,22
SDF	55	1,87
Etablissement pénitentiaire	107	3,63
Non renseigné	476	

Origine principale des ressources :

46,45 % des patients venus consulter dans un CSST ont des revenus issus du travail, (35,9% en France) 18,09 % ont des revenus issus de prestations sociales (RMI, AAH et autres prestations sociales) et 12,95 % ont des revenus issus de l'assurance chômage (ASSEDIC, 11,5% pour la France). L'origine de la demande de consultation provient, en région Centre, en 2007, de l'initiative du patient ou de ses proches quatre fois sur dix (45,5%). Pour 17,8% les partenaires sanitaires (médecine de ville, autres structures spécialisées, équipe de liaison, autre hôpital/autre sanitaire) sont à l'origine de cette demande et dans 31,4 % des cas, il s'agit d'une décision de judiciaire ou administrative.

Caractéristiques des consommations à l'origine de la prise en charge

Répartition en % de l'ensemble des patients selon le principal produit à l'origine de la prise en charge, en 2007.

	CSST 18	CSST 28 Alkinoos	CSST 28 Service de psychiatrie	CSST 36	CSST 37 Port Bretagne	CSST 41	CSST 45	CSST Région Centre 2005	CSST Région Centre 2007	France 2004
Alcool	1,5	18.7	8,5	7.9	7.9	6.1	9.9	10,1	8.64	10.8
Tabac		0.9			0.5	0.7	2.6	0.4	0.67	Nd
Cannabis	55,6	41.2	36,3	43.9	27.4	18.9	56.7	48.2	40	28.5
Opiacés	33,3	14.9	47,2	38.8	52.1	43.2	21.8	24.2	35,90	37.9
Cocaïne et crack	2,2	5.4	5.5	3.6	2.1	1.8	2.2	7.2	3,26	5.7
Amphét. Ecstasy	0,6	0.3	0	2.9	1.1		0.4	1.5	0,76	1.7
Méd psychotropes	0.6	2.4	1		1.1	0.3	2.3	3.8	1,10	3.2
Méthadone, BHD	4,3	5.1	1	2.9	7.4	5.7	3.4	4.3	4.26	8.0
Autres Pas de produits	1,9	3.7 7.4	0.5	0	0.5	0	0.2	0.3	0,90 2,13	3.6 Nd
Taux de réponse	100	96.8	100.0	81	99.5	84.2	100.0	81.4	97,61	90.4

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire en 2007 Les cases grisées correspondent à la valeur 0.0

Le produit le plus fréquemment à l'origine de la prise en charge dans un CSST de la région est le cannabis (40% des patients), au dessus de la moyenne nationale (28,5%). Ensuite viennent les opiacés (35,90%) à comparer avec la moyenne nationale (37,9%). A noter que pour 3 CSST, les opiacés sont plus fréquemment à l'origine d'une prise en charge que le cannabis.

61,52 % des patients venus consulter dans un CSST de la région Centre en 2006 n'ont jamais utilisé la voie intraveineuse (56,5% en France), 5,06 % l'ont utilisé dans le mois précédent et 11,54 % l'ont utilisée antérieurement (26,6% en France).

En région Centre en 2007, 311 personnes ont bénéficié d'un sevrage parmi lesquelles 232 ont bénéficié d'un sevrage ambulatoire assuré par le CSST et 65 ont suivi un sevrage hospitalier, suivi par le CSST. La question d'une définition commune du sevrage reste posée (sevrage réalisé/sevrage réussi).

1.2.2. CSST avec hébergement

L'hébergement des patients en CSST peut se concevoir selon diverses modalités. A ce jour le seul CSST avec hébergement de la région Centre, « La Levée », à Orléans dans le Loiret, est géré par l'association APLEAT. Pour mémoire, réglementairement, les CSST avec hébergement ont un recrutement national. Les demandes sont prises en compte en complément des demandes régionales. L'éloignement du domicile de la personne accueillie contribue à la mise en distance des produits, des réseaux de trafic, de la famille et du contexte psycho social et facilite l'implication du patient dans son parcours de soins. L'opportunité d'un accueil de proximité est examinée au cas par cas par les équipes qui orientent et par l'équipe d'accueil.

La levée est un centre thérapeutique résidentiel de 14 places.

Le rapport d'activité 2007 de la structure fait apparaître les éléments suivants :

L'activité du centre vise la prise en charge de personnes en difficulté avec l'alcool, les substances illicites mais aussi les médicaments détournés de leur usage thérapeutique.

Nombre de personnes vues par l'équipe : 61 (tous contacts en face à face, y compris entourage, famille)

Nombre de patients hébergés pendant l'année : 61 dont 48 hommes et 13 femmes.

Parmi ceux-ci 27 ont entre 30 et 39 ans, 16 entre 25 et 29 ans et 1 moins de 20 ans, 9 entre 20 et 24 ans, 8 entre 40 et 49 ans

Origine géographique :

Patients originaires du département : 4

Patients originaires de la région : 8

Patients en provenance d'autres régions : 49

A noter qu'en 2007 cette structure a enregistré 353 demandes d'hébergement dont 18 émanaient de la région Centre.

Domicile des patients :

Durable : 36

Provisoire : 21

SDF : 4

Origine principale des ressources :

RMI : 30

Revenus de l'emploi (y compris retraites, pension d'invalidité) : 9

Ressources provenant d'un tiers : 7

ASSEDIC : 5

Autres ressources (y compris sans revenus) : 5

AAH : 4

Pas renseigné : 1

Origine de la demande de consultation :

Initiative du patient ou des proches	40	Justice, obligation de soins	1
Médecin de ville	0	Autres mesures administratives ou judiciaires	1
Autres structures spécialisées (CCAA, CSST...)	18	Autre hôpital/autre sanitaire	1

Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables

	Premier produit	Deuxième produit
Alcool	10	7
Tabac	0	0
Cannabis	8	18
Opiacés (hors traitement de substitution détourné de son usage)	33	12
Cocaïne et crack	5	6
Amphétamines, ecstasy	2	9
Médicaments psychotropes détournés	1	3
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	1	2
Autres	1	4
Pas de produits		
Non renseigné	0	0
Total	61	61

Voie intraveineuse au moment de l'admission :

Nombre de patients ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent : 5

Patients ayant utilisé la voie intraveineuse antérieurement : 27

Personnel de la structure :

ETP et Nombre d'actes :

	ETP	Nombres d'actes	Nombre de patients
Médecins généralistes	0,1	305	56
Psychiatres	0,18	414	56
Infirmiers	0,6	1 958	54
Psychologues	0,5	705	51
Educateurs spécialisés et animateurs	8,5	6 242	61
Autres (art-thérapie et écriture théâtre)	0,36	850	51

L'effectif total est de 13,54 ETP y compris 1,25 emplois aidés. Outre les effectifs cités dans le tableau il convient d'ajouter en personnel « extérieur » pour 2007: 0,75 direction (DG + DA), 2 surveillants de nuit, 0,25 agent d'entretien et 0,3 comptabilité qui sont mis à dispo par Ste-Anne)

Durée du séjour :

Nombre total des journées d'hébergement réalisées : 4 265

Durée moyenne d'hébergement en jours : 70

Actes de prise en charge réalisés à l'extérieur du centre :

Activités collectives : 3188

Accompagnement des résidents pour démarches extérieures : 1283

Nombre de résidents sortis entre le 1^{er} et le 31 décembre : 51

Répartition de la durée d'hébergement des sortants :

Au plus un mois	18
De 1 à moins de 3 mois	17
De 3 à moins de 6 mois	12
De 6 mois à 1 an	4

Majoritairement les sorties préparées avec les résidents visent l'existence d'un logement autonome : 26 cas ; dans 13 cas la sortie est organisée vers une autre structure sanitaire et/ou sociale.

Le motif de sortie le plus fréquent est le contrat thérapeutique mené à terme, dans 19 cas.

1.3. Actions de réduction des risques dirigées vers les usagers de drogues par voie intra veineuse.

La région Centre possède 5 CAARUD qui ont été autorisés entre novembre 2006 et début 2007 et pour lesquels une montée en charge de l'activité est en cours, compte tenu notamment des dotations budgétaires récentes (2007).

Ils sont répartis de la façon suivante :

Un dans l'Indre (ALIS 36), un en Indre et Loire (AIDES), un dans le Loir et Cher (Vers un réseau de soins) et deux dans le Loiret (APLEAT et ESPACE OASIS).

Il convient de noter la prochaine sortie d'une enquête nationale « une semaine donnée », par l'OFDT. Cette enquête réalisée fin 2006 relative aux personnes accueillies et qui porte sur 114 structures reconnues CAARUD, permettra d'avoir un retour sur l'activité réalisée et des éléments de comparaison utiles.

Modalités d'intervention

	Lieux fixes et permanences extérieures Régulières	Unités mobiles	Equipe de rue	Equipe milieu festif	Intervention en prison
Alis 36	1	Non	Non	1	Non
AIDES (37)	1	Non	1	Non	Non
VRS (41)	Non	Non	1	Non	Non
SACADOS APLEAT (45)	1+5 =6	Non	1	ponctuel	Non
OASIS Montargis (45)	1	1		1	Non

La mission festive est destinée à être dévolue en région Centre à ASUD Orléans, cependant une activité ponctuelle en milieu festif est réalisée par l'APLEAT dans l'agglomération orléanaise, en accord avec ASUD, lorsqu'ils ne sont pas disponibles pour une date donnée, ou lorsque la cohérence d'un projet territorial avec une commune justifie cette intervention. D'autre part, le CAARUD OASIS intervient quant à lui sur l'ensemble de ce département du Loiret, seul ou en lien avec ASUD. De son côté ALIS 36 intervient sur le sud de la région notamment dans le cadre du printemps de Bourges et du festival Saint Chartier.

Nombre de jours d'ouverture pour l'accueil fixe:

	Jours d'ouverture
Alis 36	5 en semaine
AIDES (37)	5 en semaine
VRS (41)	Seule une équipe mobile fonctionne
SACADOS APLEAT (45)	5 en semaine
OASIS Montargis (45)	5 en semaine

L'équipe :

(Equipes réelles en poste éventuellement différentes des effectifs cibles annoncés)

	Alis 36	AIDES (37)	VRS (41)	APLEAT (45)	OASIS (45)
Directeur/ chef de service	1	0,65		1,2	1,20
Secrétariat : personnel administratif	0,5	0,25		0,1	1,38
Entretien		0,11		0,2	
Médecins					
Infirmiers		0,5	0,15	0,5	
Psychologues					
Educateurs	1		0,50		0,15
Animateurs	0	2			0,85
Assistants sociaux				0,75	
Total	2,5	3,51	0,65	2,75	3,58

Nombre de passages et /ou contacts annuels :

	Alis 36	AIDES (37)	VRS (41)	APLEAT (45)	OASIS (45)
Lieux fixes	15	362		3969 (dont 872 en permanences délocalisées)	1579
Unités mobiles					
Equipes de rue		45	86	652	
Equipes milieux festifs	75				68
En prison					
En squat				35	
Total	90	407	86	4656	1647

Caractéristiques de la file active :

	Alis 36	AIDES (37)	VRS (41)	APLEAT (45)	OASIS (45)
Total file active annuelle	2	65	41	1049	150
Dont nouveaux usagers	2	43	18	266	56
Dont femmes	0	11	4	292	36
% injecteurs	100%	63%	5%	54%	24%
% sniffeurs	50%	37%	21%	61%	56%
% d'inhalateurs, fumeurs		3%	0	67%	62%
% 18-25 ans		9%	41%	27%	
%25-35 ans	100%	48%	41%	44%	
%35-45 ans		38%	18%	24%	
%45 ans et plus		5%	0	5%	

Produits : pourcentage au sein de la file active

En %	Alis 36	AIDES (37)	VRS (41)	APLEAT (45)	OASIS (45)
Héroïne	Non renseigné	15	Non renseigné	50	20
Cocaïne		22		34	17
Free base /crack				17	5
Buprénorphine		63		54	
Benzodiazépine		6		20	3
Ecstasy		21		17	7
LSD		12		8	3
Amphétamine		11		10	11
Cannabis		76		68	
Sulfate de morphine				12	
Autre : Kétamine				10	
Alcool				55	

Ces 5 CAARUD ont en commun d'être portés par des associations, de réaliser des permanences, de posséder des équipes de rues et de réaliser la distribution de matériel de prévention. Ils assurent les missions de soins de premier niveau, d'éducation sanitaire, d'atelier santé, d'accompagnement et d'orientation vers le système de soins spécialisés ou non, de diffusion d'informations sur les droits sociaux. Les CAARUD de la région distribuent majoritairement à la fois des kits d'injection et du matériel à l'unité.

La mission obligatoire de distribution de matériel stérile par les CAARUD est effective en région. Par ailleurs, la commission régionale d'addictologie devra examiner le possible développement d'un dispositif d'accès au matériel stérile par distributeurs automatiques afin d'avoir une couverture territoriale satisfaisante, en lien avec les partenaires locaux et notamment les pharmaciens et les hôpitaux.

Conformément à leur cahier des charges l'ensemble des CAARUD de la région ont vocation à réaliser du dépistage (à ce jour cette mission reste encore à développer) ainsi que l'aide et l'orientation à l'accès aux soins.

Les autres tableaux issus de l'exploitation du rapport d'activité 2007 figurent en annexe à ce schéma.

TITRE 3 : LES OBJECTIFS ET STRATEGIES DU SCHEMA

1. Préambule :

Spécificité de la prise en charge médico-sociale dans le cadre global d'une diversification des prises en charge adaptées aux besoins des personnes

Un large consensus se dégage depuis de nombreuses années en France et au plan international sur la répartition des tâches entre les différents cadres de traitement des addictions : hôpitaux, centres de soins ambulatoires, centres résidentiels, communautés thérapeutiques... Depuis les années 1970, les pratiques professionnelles françaises ont fait des CSST et CCAA (futurs CSAPA) le pivot des soins aux toxicomanes et alcooliques. La réduction des risques connaît quant à elle un développement de ses activités avec le lancement des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

Ces structures offrent une approche globale, médico-psycho-socio-éducative interdisciplinaire par une équipe pluridisciplinaire, insérée dans un territoire et permettant un soutien au long cours. Elles s'articulent avec le secteur sanitaire dont le cœur de métier est le médical : prise en charge des intoxications aiguës, des cures de sevrage complexes, des comorbidités psychiatriques ou somatiques nécessitant une hospitalisation, repérage et prise en charge des addictions chez des patients hospitalisés.

Le principe fondamental de choix est le suivant : les patients doivent être traités dans un cadre à la fois sûr et efficace en fonction des nécessités de leur état.

Les cadres de traitement habituellement disponibles sont l'hospitalisation (complète ou partielle), les centres résidentiels et les centres ambulatoires.

Le choix du lieu de traitement doit se fonder sur les capacités du patient à coopérer avec l'offre de traitement, à en bénéficier et à éviter des conduites à risques dans un cadre le moins contraignant possible.

De ce point de vue, au-delà des prises en charge hospitalières abordées dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS addiction) de la région Centre, les modalités suivantes de prise en charge doivent être définies :

1) Le traitement en centre résidentiel est indiqué pour les patients dont l'état ne justifie pas une hospitalisation mais dont la vie et les interactions sociales se sont totalement centrées sur l'usage de substances, qui manquent de compétences sociales et professionnelles et qui manquent d'un soutien psychologique et social susceptible de les aider à maintenir leur traitement dans un simple cadre ambulatoire. Une durée d'au moins 3 mois en cadre résidentiel est associée à de meilleurs résultats pour de tels patients.

2) Les centres de soin en ambulatoire sont un cadre de traitement approprié pour les patients dont l'état clinique ou socio-environnemental ne nécessite pas un niveau plus intensif et contrôlé de prise en charge. Une approche globale y est optimale, susceptible de fournir en tant que de besoin une variété d'approches médicamenteuses, psychothérapeutiques et sociales, dans un cadre contrôlé.

Les trois axes de cette prise en charge globale sont mis en synergie par l'équipe pluridisciplinaire qui les adapte et les priorise selon les besoins du patient tout au long de son parcours de soin.

Cette modalité de prise en charge qui fait l'une des spécificités du secteur médicosocial détermine les conditions de fonctionnement normal d'un CSAPA, à savoir :

- le personnel et ses qualifications : travailleurs sociaux, travailleurs paramédicaux, psychologues et médecins sous la responsabilité d'un directeur garant du projet d'établissement qui assure le fonctionnement du centre, la cohérence d'ensemble de l'activité des personnels ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs. Le directeur est en outre responsable direct des activités psycho sociales, le médecin étant responsable des activités médicales comme précisé dans le décret relatif au fonctionnement des CSAPA.
- Les locaux : les locaux principaux et antennes ou consultations avancées doivent assurer un accès de proximité aux usagers.
- La durée du suivi : le secteur médico-social assure un accueil, un accompagnement et une prise en charge au long cours, pour le patient et son entourage.
- la répartition des effectifs : pour permettre ce mode de prise en charge spécialisée, elle vise à garantir la pluridisciplinarité de la prise en charge en recrutant les professionnels concernés.

En conclusion, la rencontre avec l'utilisateur ne pourrait que gagner à se faire dans ces cadres adaptés de prise en charge, en évitant sur un même territoire toute redondance d'offre de soin, en privilégiant toujours la diversité et les compétences de chacun et en favorisant les mutualisations éventuelles qui permettraient de s'adapter aux réalités locales en terme d'usages, de publics ou de territoires.

Cette complémentarité des missions entre le sanitaire et le médico-social, sans oublier la médecine de ville, est également l'un des axes majeurs développés par le SROS Addiction de la région Centre.

2. Schéma médico-social régional en addictologie : Les objectifs et stratégies du schéma

L'objet de cette troisième partie est d'élaborer une proposition régionale de développement de l'offre médico-sociale, à la fois ambitieuse et originale, qui permette de répondre aux besoins de la population dans le champ des addictions.

Elle doit permettre, à la lumière des constats faits dans les deux parties précédentes, d'identifier les objectifs à poursuivre puis de proposer des stratégies possibles pour les atteindre.

2.1. Les objectifs à atteindre :

2.1.1. Objectif principal

L'objectif principal : déterminer l'offre médico-sociale nécessaire pour satisfaire les besoins de la population de la région Centre dans le champ des addictions.

L'offre médico-sociale se situe en complémentarité des offres existantes dans le champ sanitaire, par la médecine de ville et par les acteurs de prévention.

Elle comprend des aspects relatifs à la prise en charge des patients, à la réduction des risques, au repérage précoce, à la prévention, à l'observation et à la recherche.

2.1.2. Objectifs secondaires

Plusieurs **objectifs secondaires** ont été identifiés :

- A. Offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social ;
- B. Offrir aux usagers de produits psychoactifs de la région un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce ;
- C. Offrir aux usagers de produits psychoactifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques) ;
- D. Offrir des solutions d'hébergement adaptées de type social, médicosocial et sanitaire, réparties de manière harmonieuse sur l'ensemble de la région ;
- E. Assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, pour les jeunes scolarisés de la région, de sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions ;
- F. Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur des problématiques en lien avec les addictions (formation continue...) ;

- G. Participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...);
- H. Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes.

A. La prise en charge

L'objectif est d'offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social.

Dans le champ médicosocial, l'acteur majeur de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction est le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les CSAPA, inscrits au 9° de l'article L.312-1 du CASF, ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, il est désormais prévu que les CSAPA soient financés par l'assurance-maladie. Par ailleurs, le décret du 14 mai 2007 fixe les missions obligatoires et facultatives des CSAPA. Enfin, le décret du 24 janvier 2008 complète le décret précité. Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).

Les CSAPA se caractérisent par :

- leur proximité : le maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées,
- leur pluridisciplinarité : leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative,
- un accompagnement dans la durée : le CSAPA assure le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin autant que de besoin.

La prise en charge dans les CSAPA est multiple. Elle comprend des dimensions médicale, psychologique, sociale et éducative. Celles-ci sont explicitées dans la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 :

« La prise en charge médicale comprend :

- l'évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance,
- la recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques,
- la proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et des comorbidités,
- la proposition d'un sevrage thérapeutique. Si ce sevrage n'est pas directement assuré par le centre, le CSAPA devra accompagner le patient,
- la prise en compte de la santé du patient dans une acception large et pas seulement en tant qu'absence de maladie.

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 (TSO) [...] et assurer notamment la primo-prescription de méthadone. Par ailleurs, l'article L.3411-5 du CSP prévoit que les CSAPA peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leurs missions. Dans la mesure où il est désormais inscrit à l'article D.3411-1 du CSP que les CSAPA assurent la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, les CSAPA

peuvent délivrer l'ensemble des médicaments nécessaires à la prise en charge et plus seulement les traitements de substitution aux opiacés.

La prise en charge psychologique s'appuie sur l'évaluation de la dimension psychologique des consommations et des dépendances qui viennent compléter l'évaluation médicale.

Elle comprend un suivi psychologique et de soutien adapté à la situation et aux besoins de l'utilisateur et doit prévoir la possibilité d'orientation vers le secteur psychiatrique en cas de comorbidités psychiatriques.

La prise en charge sociale et éducative [...] consiste en un accompagnement socio-éducatif visant pour le patient à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre et conforter les conditions de prise en charge thérapeutique. Plus précisément, la prise en charge sociale et éducative comprend :

- des aides au recouvrement et de maintien des droits sociaux,
- des actions ou des orientations visant à l'insertion sociale. »

L'accès à l'insertion – et à la réinsertion – professionnelle est une mission commune des CSAPA et des CAARUD.

Il est donc nécessaire que les établissements médico-sociaux proposent - en interne ou à l'externe - un accompagnement adéquat.

La notion d'accessibilité de la prise en charge implique à la fois la possibilité physique pour la personne de se rendre au lieu de la consultation (accessibilité géographique) et le fait que quel que soit son statut social (personnes incarcérées, personnes sans domicile), tout individu peut accéder à une prise en charge (accessibilité sociale).

Ainsi la circulaire du 28 février 2008 précise : " L'intervention des CSAPA en prison doit permettre la continuité de la prise en charge aussi bien pendant l'incarcération qu'après la sortie. Du fait de leurs missions et de leur intégration dans les réseaux sanitaires et sociaux, les CSAPA assurent les liens entre la personne sortante et les professionnels de santé chargés du suivi à la sortie."

B. Le repérage précoce des usages nocifs et l'intervention précoce

L'objectif est d'offrir aux usagers de produit psychoactifs de la région Centre un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce.

Comme indiqué dans la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, l'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes de la consommation de substances psychoactives avant que celle-ci ne devienne problématique.

L'intervention précoce consiste : "d'une part, dans le repérage initial des personnes rencontrant des difficultés attribuables à leur consommation de substances psychoactives et, d'autre part, dans l'intervention auprès de ces personnes en vue de susciter un changement avant que leur comportement ne s'aggrave ou ne devienne chronique, et/ou pour faciliter le recours au système de soins." Celle-ci consiste en premier lieu en une évaluation de l'usage de substances psychoactives de la personne et vise à l'aider à s'interroger sur son comportement par rapport à sa consommation et aux risques qui y sont associés et à le modifier pour éviter que son comportement ne devienne chronique ou grave.

C. La réduction des risques

L'objectif est d'offrir aux usagers de produits psycho-actifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques).

Qu'est-ce que la réduction des risques ?

Selon le Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique : « [...] La réduction des dommages repose à la fois sur des interventions qui visent directement les consommateurs et sur une mobilisation des services ou des associations qui peuvent favoriser leur inclusion dans la collectivité par la concertation et la médiation au bénéfice des usagers et de l'ensemble des habitants des zones de résidence concernées. [...]

Les actions de réduction des risques auprès des personnes qui consomment des stupéfiants ont pour objectifs :

- 1° De prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection ;
- 2° De prévenir les intoxications aiguës, notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants ou de leur association avec l'alcool ou des médicaments ;
- 3° De prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations ;
- 4° D'orienter vers les services d'urgence, de soins généraux, de soins spécialisés et vers les services sociaux ;
- 5° D'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale (logement, accès aux services et aux dispositifs sociaux notamment). »

Les missions des CAARUD :

Selon la circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n° 2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie :

" L'article R. 3121-33-1 du code de la santé publique (CSP) prévoit que les CAARUD assurent :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

L'article R. 3121-33-2 du CSP précise qu'ils ont également une mission de participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. Cette mission ne doit pas être considérée comme ayant un caractère obligatoire et ne constitue donc pas une condition préalable à la délivrance d'une autorisation en tant que CAARUD.

CSAPA et réduction des risques :

Selon la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 : « Tous les CSAPA, qu'ils soient spécialisés ou non, ont l'obligation de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge. Ainsi, la réduction des risques concerne les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool. Cependant les modalités de réduction des risques pour les personnes en difficulté avec l'alcool seront précisées ultérieurement sur la base d'une expertise scientifique au niveau national. La réduction des risques

s'adresse aux personnes qui, du fait de leur addiction, peuvent avoir des comportements à risques. Ces risques sont liés aux produits eux-mêmes, aux modes d'usage, aux circonstances de consommations. »

D. L'hébergement

L'objectif est d'offrir des solutions d'hébergement adaptées de type social, médicosocial et sanitaire, réparties de manière harmonieuse sur l'ensemble de la région.

Selon la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 : « Les CSAPA fonctionnent soit en ambulatoire, soit avec hébergement, mais ils peuvent également assurer ces deux types de prestation. L'hébergement dans le cadre du CSAPA peut être individuel ou collectif.

Les CSAPA avec hébergement proposent des prestations résidentielles collectives (centres thérapeutiques résidentiels, structures d'hébergement d'urgence ou de transition, communautés thérapeutiques). Le cas échéant, ils peuvent mettre en place des modalités d'hébergement individuel. Les CSAPA ambulatoires peuvent proposer des formes d'hébergement individuel (appartements thérapeutiques résidentiels, chambres d'hôtel, familles d'accueil)."

Les CAARUD peuvent également bénéficier de nuitées d'hôtel.

Les dispositifs d'hébergement possibles :

- Dispositifs médico-sociaux
 - o Le court séjour
 - CSST hébergement d'urgence
 - sleep in,
 - sleep off
 - foyer
 - Nuitées d'hôtel
 - o Le moyen séjour
 - Centres Thérapeutiques Résidentiels
 - Appartements thérapeutiques
 - Familles d'accueil
 - o Communautés Thérapeutiques (établissements expérimentaux)
- Dispositifs sanitaires
 - o sevrages simples et complexes
 - o soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie
- Dispositifs sociaux
 - o CHRS avec une orientation particulière (ex: alcool)

Les spécificités de l'hébergement médicosocial :

Il cherche à consolider la stabilisation des usagers, intégrer la dimension du soin dans un projet de vie, ainsi qu'à soutenir des usagers n'ayant pas ou plus les «compétences psycho-sociales » suffisantes pour les acquérir et s'insérer de façon satisfaisante pour eux.

Pour ce faire, il cherche à :

- éloigner de l'environnement de consommation, soutenir l'effort de l'utilisateur dans un environnement favorable
- fournir des points d'appui émotionnels, relationnels, structurels, pour (re)construire un rapport satisfaisant au monde;
- accompagner le choix et la mise en œuvre d'un projet de vie.

E. La prévention primaire

Selon l'OMS, la prévention primaire est l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont cette prévention empêche l'apparition des maladies, elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population

Dans ce schéma, l'objectif est d'assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, sur tous lieux scolaires et de formation, fréquentés habituellement par des jeunes de moins de 25 ans, des sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions.

Selon la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 : « Les CSAPA peuvent participer ou mettre en œuvre des actions de prévention collectives (en milieu scolaire, au travail...)... ». Toutefois, ces activités devront faire l'objet d'un budget propre.

F. La formation

Celle-ci s'adresse d'une part aux professionnels médicosociaux de l'addictologie et d'autre part aux professionnels ne travaillant pas directement en addictologie mais pouvant être confrontés à des problèmes relatifs aux addictions (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...).

La formation continue :

Un objectif est de promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur des problématiques en lien avec les addictions.

La formation des autres professionnels

Un second objectif est de participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...).

Selon la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 : "Les CSAPA peuvent également participer ou mettre en place des formations. Toutefois, ces activités devront faire l'objet d'un budget propre."

G. Observation et évaluation

L'objectif est de contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes.

Les CSAPA participent notamment à deux dispositifs de recueil de données : le rapport d'activité et le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP).

Les CSAPA sont également des partenaires essentiels du système de veille et d'alerte sur les événements inhabituels liés à la consommation de produits psychotropes.

L'obligation d'évaluation ne s'appliquera aux CSAPA et aux CAARUD qu'à partir de leur deuxième autorisation qui est d'une durée de quinze ans.

Les CAARUD participent également au système de recueil des données.

2.2. Les stratégies à déployer :

La poursuite des objectifs du schéma régional dans chaque territoire de santé (correspondant aux départements dans la région Centre) passera par l'appropriation par leurs acteurs d'une ou de plusieurs stratégies. Certaines de ces stratégies (telle la mise en place des CSAPA) sont obligatoires d'autres sont facultatives et dépendront de l'analyse des besoins de chaque territoire, de l'offre existante et des dynamiques.

2.2.1. La création des CSAPA

La création des CSAPA est une obligation. Elle se réalisera, entre autres, à partir des CSST et CCAA existants dans la région. Selon la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 : " Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun. Il ne s'agit pas d'une fusion administrative obligatoire de ces établissements. Ainsi, pour tenir compte de l'organisation actuelle du dispositif, jusqu'ici structurée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre, les CSAPA peuvent conserver une spécialisation (voir infra). Toutefois, dans le cas d'un gestionnaire qui gèrerait à la fois un CCAA et un CSST, celui-ci a vocation à devenir le gestionnaire d'un seul CSAPA.

L'objectif poursuivi est d'améliorer le service rendu aux usagers en permettant une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins sur un territoire. Pour cela, il est possible de :

- développer des programmes particuliers destinés à une population spécifique (femmes, jeunes, précaires, sortants de prison...) ou pour des consommations déterminées (crack, drogues de synthèse...), dans ce cas un protocole de prise en charge devra être joint et devra préciser les compétences sur lesquelles l'équipe s'appuie. Sont également concernées les addictions sans produit.
- mettre en place des collaborations entre différentes structures (sociales, de prise en charge, de dépistage, de réduction des risques...) qui devront être formalisées par des conventions jointes au dossier de demande d'autorisation ou dans le cadre de groupement (exemple : groupement de coopération sociale ou médico-sociale) ;
- procéder à des fusions.

Enfin, en tant qu'établissement médico-social, les CSAPA se caractérisent par :

- leur proximité : le maillage territorial des CSAPA doit leur permettre d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes, soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées,
- leur pluridisciplinarité : leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique sociale, et éducative,
- un accompagnement dans la durée : le CSAPA assure le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin autant que de besoin.

Selon la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 :

« Les missions obligatoires et facultatives des CSAPA doivent pouvoir être réalisées dans le respect de l'anonymat, s'agissant de l'usage de stupéfiants, si la personne le demande conformément à l'article L.3414-1 alinéa 2 du CSP.

A. Missions obligatoires

Le décret du 14 mai 2007 prévoit quatre missions obligatoires que doivent proposer tous les CSAPA à tous les publics qui se présentent et indépendamment de leur éventuelle spécialisation.

1. L'accueil

Cette mission consiste à accueillir toute personne se présentant au CSAPA ou le contactant (par exemple, par téléphone) qu'il s'agisse de l'intéressé ou d'un membre de son entourage. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes. L'accueil ne peut se réduire à la prise d'un rendez-vous.

Afin de garantir un accueil réussi, certaines conditions doivent être réunies :

- un accès facile de par leur implantation géographique et de par des horaires adaptés aux contraintes des différents publics accueillis (jeunes, personnes en activité), en tenant compte des obligations et des contraintes du public accueilli telles celles de la vie professionnelle,
- des locaux permettant l'accueil des personnes handicapées,
- l'obligation d'assurer l'anonymat pour les consommateurs de stupéfiants qui le demandent,
- la simplification des formalités d'accueil,
- un espace adapté au respect de la confidentialité.

Il appartient aux CSAPA de présenter, dans leur demande d'autorisation, les modalités d'accueil permettant de respecter ces conditions.

2. L'information

Cette mission s'adresse au patient ou à son entourage dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité. Il peut s'agir d'information sur ses droits ou sur les modalités de prise en charge. L'information peut se présenter sous forme écrite (brochures...) ou orale, mais elle doit toujours être accompagnée et explicitée.

3. L'évaluation médicale, psychologique et sociale

Cette mission consiste à évaluer la demande et les besoins du patient ou de son entourage.

Concernant le patient, il s'agit de déterminer le niveau de sa consommation, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins.

Concernant les personnes de l'entourage, il s'agit d'évaluer les conséquences notamment sociales et psychologiques des pratiques addictives de la personne au sujet de laquelle elles consultent ainsi que leur besoin d'aide et d'accompagnement.

4. L'orientation

Toute personne accueillie dans le CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation de prise en charge par le CSAPA ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins. Ainsi, lorsque le CSAPA accueille un patient qu'il ne peut prendre en charge en raison de sa spécialisation, il a l'obligation de l'orienter vers une autre structure mieux adaptée. Cela suppose donc que le CSAPA s'inscrive dans un fonctionnement partenarial avec les autres structures de prise en charge en addictologie (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social...).

B. Missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation

Les CSAPA doivent assurer la prise en charge et la réduction des risques :

- soit pour toutes les addictions,
- soit pour l'alcool,
- soit pour les drogues illicites.

Quelle que soit la spécialisation du CSAPA, celui-ci doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, y compris le tabac, de préférence directement, soit en lien avec une autre structure."

En région Centre, les CSAPA ne pourront se spécialiser que s'il existe une offre médicosociale complémentaire au sein de leur territoire d'intervention. En l'absence de cette offre, il est attendu que le CSAPA développe une offre médicosociale pour tous les types d'addiction.

2.2.2. Les consultations de proximité assurant le repérage précoce des usages nocifs :

Si elles n'en sont pas le lieu exclusif, les "consultations de proximité ont pour but d'assurer le repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce." Les consultations de proximité s'adressent à des personnes dans leurs premières étapes de la consommation et dont la consommation de substances psychoactives peut être qualifiée d'usages à risque, d'usage nocif, d'abus ou d'usages problématiques selon les classifications.

Pour permettre le repérage, les consultations de proximité doivent aller à la rencontre de ce public (par exemple : les jeunes, les personnes sous main de justice, les personnes en situation de précarité...) en intervenant dans les lieux fréquentés par ces personnes (services éducatifs, sociaux, sanitaires, judiciaires...), à l'exemple des consultations pour jeunes consommateurs et des consultations avancées en direction des personnes en situation de précarité.

Le repérage précoce des personnes en difficulté suppose un étroit travail de collaboration et d'information avec les personnels des lieux et des services d'implantation, pour que l'ensemble des acteurs agissent de façon cohérente et soient en mesure d'orienter vers la consultation.

Cette phase de repérage est complétée par l'intervention de proximité dans une démarche brève de quelques entretiens. Celle-ci consiste en premier lieu en une évaluation de l'usage de substances psychoactives de la personne et vise à aider la personne à s'interroger sur son comportement par rapport à sa consommation et aux risques qui y sont associés et à le modifier pour éviter que son comportement ne devienne chronique ou grave... »

2.2.3. L'évolution des consultations jeunes consommateurs

Les consultations pour jeunes consommateurs sont une évolution des consultations souvent nommées "consultations cannabis". Les éléments qui suivent, décrivant leurs modalités de fonctionnement, sont extraits de l'annexe n°4 de la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008.

Elles doivent être désormais rattachées formellement aux CSAPA, pour celles adossées jusqu'à présent à une structure médico-sociale, et aux consultations hospitalières d'addictologie pour celles adossées à un centre hospitalier. Les consultations, jusqu'ici rattachées à un établissement médico-social sont placées sous la responsabilité du directeur ou responsable du CSAPA. Leur financement relève de la dotation globale de fonctionnement du CSAPA. A contrario, les consultations destinées aux jeunes consommateurs du secteur sanitaire, sont regroupées dans la consultation hospitalière d'addictologie dans le cadre des structures de niveau 1 du plan addictions 2007-2011.

Ces consultations :

- réalisent une évaluation de la situation médico-psycho-sociale du consommateur et repèrent un éventuel usage nocif,
- offrent une information et un conseil personnalisés, une prise en charge brève aux consommateurs à risque ou nocifs selon leurs besoins,
- accompagnent ou proposent une orientation aux personnes en difficulté lorsque la situation le justifie (complications somatiques ou psychiatriques, dépendance, prise en charge au long cours, etc.),
- offrent un accueil et une information à l'entourage,
- proposent un accueil conjoint du consommateur et de son entourage,

- vont à la rencontre des personnes en difficultés potentielles et se font connaître des partenaires et institutions telles que : éducation nationale, éducation spécialisée, professionnels de santé, notamment de ville,
- reçoivent les personnes orientées par l'autorité judiciaire,
- peuvent participer à des actions d'information et de prévention collective et les mettre en œuvre. Dans ces cas, ces actions ne sont pas financées par l'ONDAM.

Les consultations sont gratuites et doivent garantir la confidentialité. S'agissant de l'usage de stupéfiants, les personnes se présentant spontanément peuvent demander à bénéficier de l'anonymat conformément à l'article L.3421-4 du code de la santé publique.

Le lieu de la consultation est accessible facilement, notamment par les transports de voyageurs. Les horaires sont adaptés au public reçu (scolarisés, actifs). Chaque consultation propose au moins une demi-journée d'accueil par semaine, dont une en dehors des horaires de classe ou de travail (le mercredi après midi et/ou le samedi). Les formalités d'accès sont réduites au minimum.

L'ensemble des professionnels intervenant au sein de la consultation doit attester d'une compétence en matière d'addictions, les publics jeunes et l'accueil de l'entourage. Un responsable de la consultation doit être désigné par le directeur du CSAPA ou celui du service auquel est rattachée la consultation hospitalière.

Afin de réduire les inégalités territoriales d'accès à la prévention et aux soins, des consultations avancées peuvent être développées dans d'autres structures à vocation sociale et médico-sociale.

Le responsable de la consultation doit régulièrement diffuser une information sur son existence, ses missions et ses modalités de fonctionnement, auprès des structures accueillant des adolescents et des jeunes.

Les données d'activité seront suivies annuellement dans le cadre de l'annexe Consultation jeunes consommateurs du rapport d'activité type des CSAPA. Les caractéristiques des personnes accueillies seront récoltées dans le cadre de RECAP à l'aide d'un questionnaire simplifié.

2.2.4. Le dispositif de réduction des risques :

Le dispositif de réduction des risques de la région Centre repose sur de nombreux acteurs. Les CAARUD dispose d'une spécificité d'action sur la réduction des risques, les CSAPA ont une obligation d'action dans le champ de la réduction des risques, des associations développent des activités de réduction des risques (échange de seringues, interventions en milieu festif...), enfin des professionnels (pharmaciens) permettent un accès à des matériels de réduction des risques.

L'accessibilité au matériel d'injection stérile a démontré son efficacité dans la diminution drastique de l'incidence du VIH chez les usagers de drogues par voie injectable. Elle doit être développée et réelle sur toute la région. Ceci passe par les actions des structures spécialisées mais également par une animation et une mobilisation des pharmaciens de ville.

Selon le Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique : « Les modalités d'intervention peuvent comporter :

- La prise de contact dans des lieux fréquentés par le public cible ou dans des locaux dédiés ;
- L'accueil ;
- La distribution et la promotion du matériel d'hygiène et de prévention ;
- L'information sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention ;
- Les conseils personnalisés sous forme d'entretiens, d'information ;
- L'orientation et l'accompagnement vers les services de soins généraux ou spécialisés ;

- L'orientation et l'accompagnement vers les services sociaux ;
- La mise à disposition d'espaces de repos ;
- La distribution de boissons et de nourriture ;
- L'offre de services d'hygiène : toilettes, douches, machines à laver, matériel de repassage, etc. ;
- L'organisation de l'entraide et du soutien par les pairs ;
- L'hébergement d'urgence ;
- L'aide à l'accès aux droits ;
- La dispensation de soins infirmiers ;
- L'éducation pour la santé ;
- La mise à disposition de consignes pour les effets personnels pour les personnes sans domicile ;
- La récupération du matériel usagé et le traitement des déchets septiques ;
- L'installation de distributeurs de matériel de prévention.

L'analyse des produits sur site, permettant uniquement de prédire si la substance recherchée est présente ou non, sans permettre une identification des substances entrant dans la composition des comprimés (notamment réaction colorimétrique de type Marquis), n'est pas autorisée. »

La survenue régulière d'événements festifs (printemps de Bourges, Teknival ...) regroupant de nombreux participants sur la région impose la réalisation d'actions de réduction des risques durant ces événements. Celles-ci doivent être adaptées aux populations et aux consommations. Il serait souhaitable de disposer d'une capacité d'intervention au niveau régional qui pourrait s'appuyer sur une ou plusieurs associations. La commission régionale addiction devra préciser ses objectifs et modalités d'intervention.

Lorsque les modalités de réduction des risques pour les personnes en difficulté avec l'alcool seront précisées au niveau national, la commission régionale addiction devra proposer une déclinaison régionale permettant leur mise en application au sein de la région Centre.

2.2.5. Les structures d'hébergement

Sur la région, il existe un déficit de capacité d'hébergement de personnes consommant ou ayant consommé des produits psychoactifs. Ce déficit global s'associe à un déficit de structures spécifiques permettant de répondre aux besoins identifiés en hébergement de certaines populations :

- Pour les personnes en situation de précarité et de consommation de substances en particulier illicites ;
- Pour les personnes sortant de prison ;
- Pour les femmes, avec ou sans enfants ;
- Pour les plus jeunes usagers ;
- Pour les personnes souffrant de comorbidités psychiatriques ;
- Pour les personnes souffrant de troubles neurologiques irréversibles.

L'hébergement peut passer par un partenariat entre le médico-social et des structures d'hébergement sociales et/ou sanitaires ou par le développement de structures d'hébergement médico-sociales.

A : les dispositifs sociaux d'hébergement : Centres d'Hébergement d'Urgence, Résidences sociales, Maisons relais, Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)... Les professionnels intervenant dans ces structures ne sont généralement pas formés aux problèmes d'addiction. Afin de faciliter l'accueil des usagers de drogues dans ces dispositifs d'insertion sociale, il est nécessaire de :

- augmenter les compétences des professionnels de ces structures par des formations en addictologie ;

- développer des partenariats entre les structures sociales et les CSAPA d'un même département (consultations avancées, soutien technique des équipes, accompagnement coordonné);
- Ouvrir des places en maisons relais « généralistes » pour les « vieux usagers » stabilisés
- Ouvrir des places de stabilisation (places dédiées à des usagers encore actifs, dans structures existantes de type CHR) en amont du soin.

B : les dispositifs médico-sociaux d'hébergement : l'hébergement thérapeutique médico-social a pour mission d'offrir à un patient un accompagnement de quelques semaines à plusieurs mois dans un cadre de vie et de prise en charge psycho-socio-éducative et médicale avec l'objectif de travailler sur sa trajectoire de vie avec les substances psychoactives, sur l'étape à laquelle il est parvenu, et sur ses projets et les moyens de les atteindre.

B-1 : le court séjour : il est nécessaire de disposer d'un dispositif de transition qui permette d'accueillir les personnes sortantes de prison ainsi que les personnes en situation de grande précarité. L'analyse des rapports d'activité des CSST et des CCAA met en évidence que 72 personnes prises en charge en 2007 sont des SDF requérant donc des solutions d'hébergement.

B-2 : le moyen et long séjour :

- a) les appartements thérapeutiques
- b) les centres thérapeutiques résidentiels : une consolidation du CTR d'Orléans est nécessaire.
- c) la région nécessite des solutions durables pour les personnes en situation de précarité et sortant de sevrage.
- d) des solutions interrégionales d'hébergement spécifiques de moyen et long séjour pour les plus jeunes usagers et pour les femmes (avec ou sans enfants) sont nécessaires. Celles-ci pourraient répondre aux besoins de trois ou quatre régions.

B-3 : les communautés thérapeutiques : la création d'une communauté thérapeutique interrégionale permettrait de répondre aux besoins de la région pour ce type de prise en charge.

C : le dispositif de droit commun : il est nécessaire de favoriser l'accès au logement, comme pour l'ensemble de la population. Les CSAPA de la région devront développer des conventions avec les bailleurs publics ou privés de leur département afin de permettre à des patients stabilisés d'accéder à un logement. Le dispositif des baux glissants apparaît particulièrement intéressant pour ce type d'action.

La connaissance des besoins et des capacités en hébergement est une problématique complexe. La commission régionale d'addictologie assurera la promotion d'outils d'évaluation auprès des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social afin, à terme, de disposer d'éléments plus précis qui guideront l'évolution du dispositif d'hébergement.

Un annuaire des offres d'hébergement sur la région devra être réalisé, de même qu'un suivi des places disponibles selon des modalités à définir dans le cadre de la Commission Régionale d'Addictologie

2.2.6. La prévention primaire

Pour faciliter l'évaluation du schéma il est recommandé d'élaborer un cahier des charges associé à un rapport type d'activité pour les actions de prévention primaire et d'éducation à la santé.

2.2.7. La recherche de solutions d'articulation entre le médico-social, le sanitaire, le social et la médecine de ville

La région Centre se caractérise par un territoire étendu pour une population d'environ deux millions et demi de personnes. De nombreuses zones d'emploi ne disposent pas d'une offre de prise en charge en

addictologie effectivement accessible à leur population. Il s'agit d'une part d'une accessibilité géographique, d'autre part d'une accessibilité effective.

- Il apparaît donc nécessaire de disposer d'une structure au sein de chaque zone d'emploi et que celles-ci soient ouverte au moins cinq jours sur sept.
- Pour les personnes incarcérées, une prise en charge médicosociale doit être possible dans toutes les maisons d'arrêt et centre de détention de la région.

La recherche de formes de partenariat avec les établissements sanitaires et la médecine de ville apparaît primordiale au développement de l'offre. A ce jour trois solutions (non contradictoires) émergent : la mise en place de groupement de coopération et le développement d'un réseau tel que cela s'est déroulé en Loir et Cher.

A : GCS et GCSMS : la mise en synergie des acteurs peut notamment être réalisée grâce à de nouveaux dispositifs juridiques tel que le Groupement de Coopération Social et Médico-Social (GCSMS) ou le Groupement de Coopération Sociale (GCS). Ces groupements de coopération sanitaire ou sociale et médico-sociale visent à favoriser une collaboration dynamique entre les professionnels.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi « handicap » du 11 février 2005 ont précisé le cadre de la coopération en matière sociale et médico-sociale (art. L.312-7 et suivants du code de l'action sociale et des familles - CASF). Le décret du 6 avril 2006 pris pour l'application de la loi du 2 janvier 2002 a inséré dans le livre III du CASF une section dédiée aux différents groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

Le GCSMS peut regrouper des établissements, sans perdre pour autant leur identité juridique, des personnes gestionnaires de services sociaux et médico-sociaux, des établissements de santé, des professionnels issus de l'un de ces trois secteurs (sanitaire, social, médico-social) ou des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux. Il peut être constitué sans établissement de santé.

Ces deux types de groupement disposent d'une organisation souple : une assemblée générale et un administrateur élu en leur sein.

Le GCS et le GCSMS ont pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de leurs membres (art. L.6133-1 du CSP et L.312-7 du CASF). A cet effet, ils prévoient des interventions communes de professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, que ceux-ci soient salariés du groupement ou associés par convention.

S'agissant du régime des autorisations le code de l'action sociale et des familles s'applique. Lorsque le Groupement prévoit d'exercer directement les missions et prestations de ses membres, cette décision s'analyse comme une cession d'autorisation, qui ne requiert, conformément au régime de l'autorisation, que l'accord de l'autorité qui a initialement délivré l'autorisation. En cas de modification des catégories de bénéficiaires ou avec extension de la capacité dans les conditions réglementaires : la demande portée par le Groupement s'analyse comme une demande d'autorisation (avis du CROSMS et nouvel arrêté d'autorisation par l'autorité du siège du Groupement)

Dans ces deux cas le Groupement devient le titulaire de l'autorisation.

B : La structuration et le développement d'un réseau partenarial entre les professionnels du médico-social, du sanitaire et de la médecine de ville (expérience du Loir et Cher « réseau addiction »).

Le Réseau Addictions 41 est né sous l'impulsion du centre hospitalier de Blois, du CCAA et du CSST qui ont formalisé leur partenariat dans une charte constitutive au printemps 2000. Ce partenariat s'est développé en direction de la médecine libérale et a conduit à la création de l'association de médecins généralistes MGADDOC en 2003. MGADDOC 41 est désormais le porteur juridique du Réseau Addictions 41.

Ce réseau est constitué de nombreux partenaires disséminés sur l'ensemble du département, issus des champs médico-psycho-sociaux, d'institutions, d'organismes publics et privés, d'associations ...

C : Les conventions :

Une convention de partenariat est un accord entre deux ou plusieurs structures qui choisissent de s'entendre sur un sujet précis et défini pendant une période donnée. Les avantages de la convention sont multiples et notamment la souplesse de sa mise en œuvre ou encore la capacité à détailler les obligations et devoirs de chacune des parties.

Contrairement aux groupements de coopération sociale et médico-sociale, les conventions ne nécessitent pas de dépôt des statuts en préfecture. Chaque entité conserve son identité propre.

2.2.8. Les actions de formation

A: la formation à destination des professionnels de l'addictologie

Deux volets de formation apparaissent souhaitables : un volet régional et un volet départemental. Un groupe régional doit être le promoteur d'axes de formation professionnelle continue qui permettent l'introduction et la diffusion de méthodes et de techniques innovantes dans le champ des addictions ainsi que la réactualisation des connaissances des professionnels devant élargir leurs palettes d'activités du fait du passage des CSST et CCAA aux CSAPA.

Le volet départemental peut s'entendre sous forme de réunions périodiques associant les acteurs départementaux dans le but d'aborder des cas cliniques exemplaires ou particulièrement difficiles, d'innovations thérapeutiques...

Ces réunions doivent également contribuer à l'entretien d'une culture commune et à la consolidation d'un réseau professionnel départemental.

B: la formation à l'addictologie à destination des autres professionnels

Pour dépister et intervenir, les professionnels de l'addictologie s'appuient régulièrement sur des professionnels d'autres champs. Il est nécessaire qu'ils dédient une partie de leurs activités à une offre de formation adéquate en direction des professionnels avec lesquels ils collaborent. La commission régionale addiction pourrait proposer des priorités et des modalités d'intervention en ce sens.

2.2.9. La structuration et le développement d'un système d'information au niveau régional

Les CSAPA, les consultations jeunes consommateurs, les CAARUD doivent contribuer à différents systèmes d'information.

Une formation commune des professionnels chargés d'alimenter ces différents systèmes d'information sur les modalités de remplissage permettra une meilleure homogénéité des réponses.

L'adoption de standards informatiques communs facilitera la construction de référentiels communs.

La réalisation d'analyse de ces données au niveau régional permettra de disposer d'informations plus fiables qu'actuellement.

TITRE 4 : Critères d'évaluation de la mise en œuvre du schéma médico-social en addictologie

Les critères d'évaluation se rapportent successivement aux objectifs secondaires du schéma que abordés dans le présent schéma.

Objectifs secondaires du schéma :

1-Offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social.

Nombre d'arrondissements de la région couverts par un CSAPA

Nombre d'arrondissements disposant de l'ensemble des professionnels requis pour une prise en charge médico-sociale

Nombre de lieux d'incarcération couverts par un CSAPA

Délai moyen d'attente pour les premières consultations visées en a et b

Type de prise en charge par arrondissement (Tabac, alcool, stupéfiants, médicaments détournés de leur usage, addictions sans produit)

Nombre de jours d'ouverture sur chaque arrondissement, par structure

Accessibilité du lieu : système de transport ou déplacement de la consultation

Nature du public reçu : Origine géographique (arrondissement ou hors arrondissement), type d'usage

Nature et nombre d'actes réalisés par usager suivi en CSAPA.

2- Offrir aux usagers de produits psychoactifs de la région un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce.

Nombre de professionnels, référents par arrondissement, formés au repérage précoce et à l'intervention précoce

Nombre de professionnels relais, formés au repérage précoce, par arrondissement

Liste nominative des établissements d'intervention des professionnels relais

Nombre de consultations réalisées

Nombre de personnes orientées vers les consultations de proximité.

3- Offrir aux usagers de produits psychoactifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques).

Nombre d'arrondissements de la région disposant de prestations de réduction des risques (CAARUD, CSAPA, autres)

Nombre de lieux d'incarcération disposant de prestations de réduction des risques (CAARUD, CSAPA, autres)

Nombre de jours et horaires d'ouverture sur chaque arrondissement, par structure

Accessibilité du lieu : système de transport ou déplacement de la consultation

Nature du public reçu : Origine géographique (arrondissement ou hors arrondissement), type d'usage
Nature, type et nombre de prestations réalisés au titre de la réduction des risques

4- Offrir, à l'échelle régionale, des solutions de prise en charge médico-sociale avec hébergement.

Nature et nombre des modalités d'hébergement, par arrondissement,
Nombre et type d'usagers accueillis par type d'hébergement,
Demandes d'hébergement non satisfaites par type d'hébergement,
Nombre de conventions actives passées avec le secteur social

5- Assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, pour les jeunes scolarisés de la région, de sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions.

Création d'un rapport d'activité type (actions de prévention, actions de formation)
Les indicateurs élaborés dans le cadre d'un rapport d'activité type de prévention du GRSP seront utilisés pour documenter ces activités

Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur les problématiques en lien avec les addictions (formation continue...)

Participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire, ...).

6- La formation :

Formation continue :

L'objectif est de promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur les problématiques en lien avec les addictions :

Nombre et type de salariés formés chaque année et type de formation suivie (initiale, continue, spécialisation) et sa thématique.

Nombre de réunions départementales et régionales d'échanges de pratiques

La formation des autres professionnels :

Un second objectif est de participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire,...) :

Nombre de formations en addictologie proposées en région

Nombre et type de participants aux formations.

Nombre de personnes relais formées en addictologie (repérage précoce, hébergement...)

Elaboration d'un référentiel formation dans le champ de l'addiction

Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes.

7- Observation et évaluation :

Nombre et type de personnes formées au mode de remplissage des questionnaires types supports des rapports d'activité

Nombre de structures disposant de personnes formées au remplissage des données

Analyse régionale des données des rapports type des CSAPA

Analyse régionale des données des rapports type des CAARUD

ANNEXES DU SCHEMA REGIONAL D'ADDICTOLOGIE

Liste des annexes :

- 1- Liste des membres du groupe régional de travail
- 2- Liste des textes de référence
- 3- Liste des annexes départementales
- 4- Tableaux complémentaires issus de l'analyse des rapports d'activité 2007

Annexe 1 : Liste des membres du groupe régional de travail ayant participé à l'élaboration du schéma régional d'addictologie de la région Centre :

Chefs de projets :

Pierre-Yves BELLO, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS d'Eure et Loire,
Edmond GUILLOU, inspecteur principal, DRASS du Centre

Membres :

Mme Maria MALON, procédures budgétaires, représentante de la DDASS du Loiret
Mme Hélène CONS, Infirmière de santé publique, représentante de la DDASS de Loir et Cher
Mme Florence DURANDIN, médecin inspecteur de santé publique, DDASS du Loiret
Mme Catherine REA, échelon régional du service médical de l'assurance maladie
Mme Christine TELLIER, directrice de l'APLEAT à Orléans
Mme Anne CLERC, directrice de l'association ESPACE à Montargis
Mme Christelle QUESNEY, directrice de l'ANPAA du Loiret
M Benoît BELLANGER, Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre
M Rémy DUGUE, directeur du CICAT d'Eure et Loir
M Jérôme BACHELLIER, chef de service au CHRU de Tours, responsable du CSST

Annexe 2 : Mots-clés et liste des textes en vigueur :

Mots-clés :

Centre spécialisé de soins aux toxicomanes, (CSST)
Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA),
Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD),
Schéma régional d'addictologie,
Commission régionale addiction

Textes et documents de référence :

La prise en charge et la prévention des addictions- Plan 2007-2011- Conseil des ministres du 15 novembre 2006
Articles L.312-1 à L.314-13 du code de l'actions sociale et des familles ;
Articles L.3311-2, L.3411-2 et L.3411-5 du code de la santé publique;
Article L 3121-5 du code de la santé publique ; politique de réduction des risques ; Création des CAARUD
Articles L.162-24-1, L.174-7, L.174-8 et L.174-9-1 du code de la sécurité sociale ;
Article 92 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 ;
Articles R.311-1 à R.311-37, D.312-153, R.313-1 à R.314-110 du code de l'action sociale et des familles
Articles R.3121-33-3, D.3411-1 à R.3411-10, R.5121-85, R.5121-88, R.5124-45, R.5126-3, R.5132-10, R. 5132-76, R.5132-112 du code de la santé publique
Articles R.3121-33-1 du code de la santé publique définit les missions des CAARUD
Articles D.385 et D.390-1 du code de procédure pénale
Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 : missions des CAARUD
Circulaire du 23 septembre 2004 relative à la mise en place des consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille
Circulaire du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques
Circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie
Note interministérielle du 9 août 2001 d'orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommations abusive

ANNEXE DEPARTEMENTALE DU CHER

A. Objectif principal du schéma

Objectif principal : déterminer l'offre médico-sociale nécessaire pour satisfaire les besoins de la population de la région Centre dans le champ des addictions.

L'offre médico-sociale se situe en complémentarité des offres existantes dans le champ sanitaire, par la médecine de ville et par les acteurs de prévention. Elle comprend des aspects relatifs à la prise en charge des patients, à la réduction des risques, au repérage précoce, à la prévention, à l'observation et à la recherche.

B. Objectifs secondaires

- I. Offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social.

Recommandations du groupe de travail régional :

- Parvenir à une offre de prise en charge dans chaque zone d'emploi du département, comprenant une ouverture effective de 5 j par semaine.
- Assurer une offre effective de prise en charge en direction des populations détenues et précarisées.

Questions à traiter :

1-A Quelle organisation départementale vous paraît souhaitable lors du passage aux CSAPA. ?

Dans le département du Cher , il existe deux structures autour de l'addiction permettant d'offrir deux types de prise en charge :

- Un CCAA géré par l'ANPAA 18, qui accueille les usagers d'alcool /tabac
- Un CSST géré par le CAET , qui accueille les usagers de produits illicites.

Au vu de l'organisation actuelle du dispositif, structurée autour de l'alcool, des polyconsommations d'un coté et des drogues illicites de l'autre, il est souhaitable pour le département du Cher d'avoir une autorisation pour deux CSAPA spécialisés. Il n'y aura donc pas de fusion administrative pour les établissements, mais il est privilégié une convention de coopération médico-sociale qui vise à favoriser une collaboration dynamique entre les professionnels.

A noter qu'il existe un travail en collaboration des deux structures :

- par des réunions trimestrielles de partage des pratiques
- par des réunions de synthèse et d'orientation des patients poly-consommateurs
- par des actions communes en prévention/formation

1-B Quelles évolutions du dispositif médico-social vous paraissent possible jusqu'au terme du schéma (2009-2013) ?

L'évolution actuelle envisagée est de développer le dispositif médico-social dans des secteurs isolés : le Nord et l'Est du département. L'effectif du personnel des structures impliquées dans la prise en charge des addictions ne permet pas de créer d'antenne locale sur le secteur, les tentatives d'ouverture de consultation décentralisée en zone rurale n'ont pas été des succès. Il semble plus opérationnel d'essayer d'amener les patients vers les structures existantes.

Il s'agira également de développer les comités techniques prévention Addictions déjà existants dans différentes zones du département (Bourges, Vierzon, les Terres vives, ...) vers les zones les plus isolées.

1-C Comment sera assurée l'accessibilité aux soins en addictologie dans les différentes zones d'emploi de votre département.

Pour favoriser l'accès au soin en addictologie, il serait souhaitable d'envisager un rapprochement vers le Conseil général pour développer les lignes de bus « ligne 18 » vers les zones isolées.

Dans le cadre de la mise en place de traitement sous méthadone, il est envisagé d'étendre le réseau avec les pharmaciens et médecins de ville pour assurer une continuité dans la prise en charge médicale des patients tout en poursuivant l'accompagnement psycho-éducatif mis en place au sein du CAET.

1-D Quelles réponses seront données aux populations précaires et détenus pour garantir leur accessibilité aux soins ?

Dans le cadre du programme départemental d'insertion, une convention établie, depuis 1993, entre l'ANPAA 18 et le Conseil Général du Cher propose l'intervention de la psychologue sur l'ensemble du département au profit des personnes allocataires du revenu minimum d'insertion et leur famille en difficulté avec l'alcool ou le tabac. Elle vise à permettre un accès au soin et la prévention des conduites. Un partenariat a été créé avec « les boutiques Solidarité » de Bourges et Vierzon, le foyer de jeunes travailleurs « La Charmille » et la communauté « Emmaüs ». Les interventions sont réalisées à la demande.

En ce qui concerne les détenus de la Maison d'Arrêt de Bourges, le CAET et l'ANPAA 18 travaillent étroitement avec l'UCSA. Une coordination « Prévention des Addictions » a été mise en place avec l'administration pénitentiaire, la PJJ, le SPIP, la coordination MILDT.

Ces liens doivent être renforcés afin de favoriser la coordination des soins autour d'une culture commune dans le champ de l'addictologie, notamment dans le cadre de la concertation pour préparer la sortie du détenu. Actuellement, l'ANPAA18 et le CAET sont présents deux demi journées par semaine, afin d'assurer l'accompagnement individuel du détenu.

Le monde carcéral est marqué par une forte consommation de tabac, il serait intéressant d'étudier les possibilités de limiter le frein financier pour l'engagement d'un détenu dans une cure de sevrage par substitut nicotinique.

- 2- Offrir aux usagers de produits psychoactifs de la région un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce

Recommandations du groupe régional :

- Parvenir à une offre d'intervention précoce dans chaque zone d'emploi du département, comprenant une ouverture effective de 5 j par semaine.
- S'assurer de la présence permanente d'un professionnel formé au repérage précoce dans chaque établissement d'enseignement secondaire du département.

Questions à traiter :

2-A Comment sera assurée l'accessibilité à l'intervention précoce dans les différentes zones d'emploi de votre département ?

Présence d'un professionnel en addictologie formé au repérage précoce auprès des établissements à la demande sous forme d'atelier interactifs : information, prévention, en addictologie. Ce professionnel pourra orienter vers une consultation plus spécialisée si nécessaire.

D'autre part, des formations RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) seront mises en place par l'ANPAA du Cher.

2-B Quelles stratégies de formation initiale et d'entretien du lien avec les professionnels de l'enseignement secondaire vont être développées dans le département ?

Dans le cadre du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, tabac et l'alcool du Cher, et en association avec l'Inspection Académique, des actions de prévention ont lieu sur plusieurs établissements scolaires : Saint Amand, Vierzon, Le Chatelet ...

L'implication des équipes éducatives et de direction permet d'entretenir le lien d'une année scolaire sur l'autre avec les intervenants en addictologie.

Pour le milieu scolaire, on a noté une forte mobilisation de l'inspection Académique en lien avec les chefs d'établissements (intervention lors des réunions semestrielles des proviseurs et principaux, lors des regroupements des médecins et infirmières scolaires ou lors des séances du Réseau CPE...).

L'objectif est aussi d'inscrire le développement de formations initiales en cohérence avec :

- le projet d'établissement via les CESC
- les comités techniques prévention territoriaux (voir question 5.A)

Ce partenariat sera poursuivi et renforcé en lien avec le plan départemental MILDT.

Des formations négociées internes à l'Education Nationale continueront aussi à être mises en place à partir des demandes des établissements (par exemple sur la tabacologie, la psychologie des adolescents.)

- 3- Offrir aux usagers de produits psychoactifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques).

Recommandations du groupe régional :

- Assurer l'accessibilité aux matériels d'injection stérile sur l'ensemble du territoire du département, le réseau des pharmacies libérales apparaissant comme essentiel en ce domaine.
- Disposer d'une équipe d'intervention en réduction des risques et de matériels mobilisables lors de la survenue d'événements festifs importants dans la région.

Questions à traiter :

3-A Quel dispositif de réduction des risques envisagez-vous dans votre département (avec ou sans CAARUD) et avec quels acteurs ?

La structure qui est prête à approfondir son rôle dans la réduction des risques serait le CAET à Bourges qui n'est pas reconnu CAARUD pour l'instant mais qui en a manifesté le projet.

- ***3-A.1 Comment assurer l'accès aux matériels d'injection stérile dans votre département ?***

- Les pharmacies du département participent à l'accès aux matériels stérile, ce système a des limites lors de la fermeture en soirée et jour de fermeture. Le projet envisagé serait de mettre en place des automates distributeurs et récupérateurs de seringues, les zones ciblées seraient Bourges et Vierzon
- **3-A.2 Quels sont les besoins de votre département en matière de lieux d'accueil («boutiques») pour usagers de produits psychoactifs ?**
- Dans le Cher il existe deux « Boutiques Solidarités » Bourges et Vierzon pour les usagers ou non de produits psychoactifs.

3-B Quelles peuvent être les contributions du département en faveur d'une équipe régionale de réduction des risques en milieu festif ?

Il y a possibilité de mobiliser du personnel qualifié en prévention et réduction des risques pour renforcer l'équipe régionale. Il s'agit d'un personnel habitué au milieu festif de part leur intervention régulière au Printemps de Bourges.

4- Offrir, à l'échelle régionale, des solutions de prise en charge médicosociale avec hébergement.

Questions à traiter, cf annexe 5 de la circulaire : les modalités d'hébergement) :

4-A Quels sont les besoins départementaux ?

- *Quels outils spécifiques collectifs : (Centres thérapeutiques résidentiels, communauté thérapeutiques) ou individuels : (familles d'accueil, appartements thérapeutiques, nuitées d'hôtel) serait-il opportun de prévoir ?*
- *Prévoir une estimation départementale des besoins par type d'hébergement.*

Le court séjour est le mode d'hébergement qui semble le plus adapté pour les patients pris en charge par l'ANPAA et le CAET. Ce mode d'hébergement permet une période de rupture et /ou de transition (initiation d'un traitement par méthadone, attente de sevrage,...) favorable à l'initiation d'une démarche de prise en charge.

Actuellement pour faire face à la demande en 2007, pour le CAET :

- 3 personnes ont été orientées vers des appartements thérapeutiques (hors département)
- 4 personnes ont été orientées vers des communautés thérapeutiques (hors départements)
- 1 personne en foyer Sonacotra de Bourges (Aide au Logement Temporaire)
- 3 personnes orientées vers des CHRS du département

Des conventions ont été établies avec certains hôteliers afin de bénéficier des nuitées d'hôtel financées au titre de l'ALT.

Pour le département du Cher un projet de communauté thérapeutique est en cours d'étude.

4-B Quelle coopération construire avec les acteurs sociaux (CHRS, etc ...) ?

A ce jour, les interventions se font à la demande auprès des travailleurs sociaux sur les centres d'hébergement. Il serait peut être à envisager un temps de présence, en formalisant une permanence sur le CHRS, le foyer le Relais ou autre lieu d'hébergement.

- 5- Assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, pour les jeunes scolarisés de la région, de sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions.

Questions à traiter :

5-A Quelle stratégie mener sur 5 ans, en partenariat avec d'autres acteurs, pour offrir des activités de prévention primaire en faveur de 2 publics cibles

- *les jeunes scolarisés*
- *le milieu professionnel*

La stratégie sur 5 ans est de développer des actions de prévention primaire en s'appuyant sur une dynamique territoriale qui associe établissements scolaires, élus, travailleurs sociaux et animateurs jeunesse...

Le plan départemental MILDT mobilise fortement les partenaires du Cher en organisant :

- Phase 1 : des rencontres locales pour la prévention des consommations à risques chez les jeunes
- Phase 2 : des journées de formation sur les problèmes d'addiction
- Phase 3 : des « comités techniques prévention Addictions » pour réunir des élus, des travailleurs sociaux, des animateurs...
*Comités Prévention Addictions réunis à : Vierzon, Aubigny sur Nère, Bourges, Avord et communauté de communes La Septaine, Communauté de communes des Terres Vives.
A relancer : St Amand MONTROND, La Guerche sur l'AUBOIS.*
- Phase 4 : mise en place de projets de prévention dans les structures d'accueil de jeunes
- Phase 5 : création d'un collectif départemental Prévention des addictions.

Le développement d'actions de prévention primaire sur les 5 ans à venir sera réalisé en poursuivant et en intensifiant aussi la formation des adultes intervenant auprès des jeunes. Les projets de prévention devront valoriser les compétences psycho sociales des jeunes participants tout en assurant une information actualisée sur les phénomènes de consommation.

Concernant le milieu professionnel, le CODES met en place des actions de prévention sur la thématique Tabac, au sein des entreprises, à la demande du directeur d'établissement.

- 6- Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur des problématiques en lien avec les addictions (formation continue...).

Recommandation du groupe régional : le développement d'une stratégie départementale commune de formation continue des professionnels d'addictologie du champ médico-social est essentiel. Chaque fois que cela est possible, elle doit intégrer les professionnels des champs sanitaires et libéraux.

Question à traiter :

6-A Quelle organisation prévoyez-vous dans votre département en matière de formation continue des professionnels en addictologie du département ?

Le plan MILDT a permis de structurer un réseau de professionnels autour des 3 thématiques suivantes que sont : le soin, la prévention et l'application de la Loi.

Il sera prévu de mettre en place une action de formation continue destinée aux professionnels du département.

Un collectif départemental Prévention des Addictions a été ainsi mis en place.

- Objectifs du collectif Prévention Addictions :
 - Créer un groupe référent sur le département
 - Mettre en place une coordination avec un modèle opératoire (cohérent mais pas trop contraignant) entre plusieurs associations reconnues.

- Déclencher une dynamique (avec l'aide des référents institutionnels) auprès des élus et responsables de structures puis mobiliser, sur le terrain, les acteurs locaux.
- Faire partager l'intérêt d'un processus de prévention (travail aussi sur les représentations)
- Missions du collectif Prévention Addictions :
 - Proposer un cadre de réflexion départemental
 - Faire des propositions sur l'accompagnement de projets de prévention et de formation.
 - Construire différentes méthodologies de terrain en utilisant les compétences de chacun et en faisant appel aux partenaires locaux.

7- Participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie mais y étant confrontés (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...).

Question à traiter :

7-A Quelle sera l'implication des professionnels du médico-social de votre département à ces formations durant les 5 ans à venir ?

Le volet départemental du Cher, en articulation avec le plan MILDT, proposera un cycle de formations sur plusieurs niveaux :

- des formations de 2 jours (sensibilisation et présentation d'outils)
- des formations de 5 jours de niveau 1 sur la prévention des Addictions
- des formations de 5 jours de niveau 2 sur la mise en place de projets de prévention
- des formations de 5 jours de niveau 2 sur la relation d'aide.

8- Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes.

Questions à traiter :

8-A Comment imaginez-vous une contribution départementale à ce titre ?

Dans le Cher, les acteurs de prévention ont développé depuis plusieurs années une réflexion sur les consommations en milieu festif.

Depuis plusieurs années, un travail spécifique est conduit notamment lors du Printemps de Bourges. En effet, des modifications dans les modes de consommation lors d'événements festifs (alcoolisation massive et rapide des jeunes, usage précoce de cannabis, addition de plusieurs produits) ont fortement questionné les élus locaux, les services de l'Etat et les partenaires prévention du Cher.

Les structures du département seraient intéressées pour participer à une observation régionale sur ce thème.

De manière générale, il serait pertinent de maintenir des réunions régionales d'échange et de coordination en distinguant une à trois fois par an des temps de réflexion sur les prises en charge innovantes.

8-B Des acteurs de votre département envisagent-ils de mener des travaux particuliers d'observation ?

1) Dans le cadre de la délégation de crédits au titre des projets innovants de la MILDT, une expérimentation sur le thème "**prévention, grands rassemblements festifs et nouveaux comportements de consommation**" a été coordonnée par la DDJS autour de trois actions :

- étude plus approfondie sur le thème "prévention, grands rassemblements festifs et nouveaux comportements de consommation",
- mise en place d'une équipe de prévention itinérante lors du Printemps de Bourges,
- la modélisation des modes d'intervention pouvant être partagés par la suite avec d'autres départements.

2) La DDJS du Cher, coordonnant le plan MILDT, fait partie du groupe de travail national « Alcoolisation des jeunes et Binge Drinking en milieu festif » mis en place par la direction de la jeunesse du Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Notre souhait serait ainsi d'organiser en 2009 une réunion nationale des villes festivières pour aborder cette problématique. Il serait intéressant de relier ce projet à une dynamique régionale.

ANNEXE DEPARTEMENTALE D'EURE ET LOIR

- 1- Offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social.

1-A Quelle organisation départementale vous paraît souhaitable lors du passage aux CSAPA. ?

Actuellement, il existe une association (CICAT) qui gère un CCAA avec un service à Chartres et un service à Dreux et un CSST à Chartres. Par ailleurs, il existe un CSST géré par le centre hospitalier de Dreux. Afin de permettre une synergie des équipes drouaises et le développement d'une offre plus conséquente sur les arrondissements de Nogent le Rotrou et de Châteaudun, il est souhaitable qu'une seule autorisation de CSAPA soit délivrée pour le département d'Eure et Loir. Pour ce faire, le CICAT et le CH de Dreux devront trouver un format administratif adéquat qui pourrait être celui d'un groupement de coopération social ou médicosocial (GC-SMS).

1-B Quelles évolutions du dispositif médico-social vous paraissent possible jusqu'au terme du schéma (2009-2013) ?

Il est prioritaire de parvenir à un développement de l'offre médico-sociale et sanitaire en addictologie sur les arrondissements de Nogent le Rotrou et de Châteaudun. Dans chacune de ces villes un lieu clairement identifié par la population regroupera les prises en charges en addictologie. Celles-ci seront réalisées par les personnels disponibles du CSAPA, ceux du CMP (personnels du CH Bonneval) et du centre hospitalier. L'objectif, à terme, est de parvenir à un accueil, une offre de prise en charge d'au moins une demi-journée par jour du lundi au vendredi. Ces missions se feront en articulation avec les missions sanitaires en addictologie (équipe de liaison, prise en charge des détenus à Châteaudun). Les équipes de Dreux et de Chartres ont également vocation à être renforcées au vu de l'importance des populations desservies et du faible dimensionnement des équipes. Dans chaque arrondissement se mettra en place une commission de coordination entre l'ensemble des acteurs en addictologie afin de parvenir à une synergie au bénéfice des patients.

1-C Comment sera assurée l'accessibilité aux soins en addictologie dans les différentes zones d'emploi de votre département.

La mise en place de consultations délocalisées d'addictologie, en dehors des antennes de chaque chef lieu d'arrondissement, semble difficile à envisager au vu des personnels disponibles à ce jour. Afin de favoriser l'accessibilité des personnes aux consultations des quatre arrondissements, une priorité est donnée au développement de solutions de transport des patients vers les lieux de consultation. Actuellement, deux expériences pourraient servir de références pour un futur développement de l'offre de transports sur le département, l'une dans le drouais (association GRACE), l'autre sur le nogentais (service de "transports à la carte).

1-D Quelles réponses seront données aux populations précaires et détenus pour garantir leur accessibilité aux soins ?

A ce jour, afin d'assurer le suivi des traitements de substitution aux détenus, le CICAT assure une vacation d'une heure, le mardi matin, à la maison d'arrêt de Chartres (101 patients en 2007) et une vacation de deux heures, le lundi après midi, au centre de détention de Châteaudun (123 patients en 2007).

La recherche d'une coordination des actions entre le CSAPA, le SPIP et les équipes des UCSA de la maison d'arrêt de Chartres et du centre de détention de Châteaudun doivent permettre une amélioration de la prise en charge des problèmes d'addiction durant la détention mais également au moment de la sortie de détention.

A terme, les professionnels en addictologie (médico-sociaux et sanitaires) intervenant à Châteaudun devront fournir les prestations nécessaires aux détenus du centre de détention.

- 2- Offrir aux usagers de produits psychoactifs de la région un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce.

2-A Comment sera assurée l'accessibilité à l'intervention précoce dans les différentes zones d'emploi de votre département ?

Des professionnels en addictologie formés à l'intervention précoce seront intégrés dans chacune des quatre équipes départementales. Ils pourront recevoir des jeunes pour un accueil, une aide au repérage, à l'auto-évaluation, aux changements et un accompagnement vers une consultation spécialisée si nécessaire. Toutefois, une priorité sera donnée au déplacement de ces professionnels vers les lieux d'activité de leurs patients (en particulier les structures d'enseignement secondaire mais aussi les CMP et communautés de communes). C'est la sensibilisation des services de proximité et l'existence d'un réseau intra communautaire qui faciliteront l'intervention précoce.

2-B Quelles stratégies de formation initiale et d'entretien du lien avec les professionnels de l'enseignement secondaire vont être développées dans le département ?

Un coordinateur départemental et trois ou quatre professionnels des arrondissements seront chargés de renforcer et développer la formation et le suivi des professionnels des structures d'enseignement secondaire. Une priorité sera donnée aux lycées (lycées d'enseignement général, professionnel, agricole, CFA) du fait de l'âge des élèves. L'objectif est d'avoir deux correspondants dans chaque structure scolaire et, au-delà d'une formation initiale au repérage précoce et aux principes de l'intervention précoce, de garder un contact régulier avec ces personnes.

- 3- Offrir aux usagers de produits psychoactifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques).

3-A Quel dispositif de réduction des risques envisagez-vous dans votre département (avec ou sans CAARUD) et avec quels acteurs ?

- *3-A.1 Comment assurer l'accès aux matériels d'injection stérile dans votre département ?*
 - Poursuite et développement du programme d'échange de seringues géré par l'association VIH-VHC 28 s'appuyant sur des automates distributeurs et récupérateurs de seringues et sur des pharmaciens relais. Un effort particulier apparaît nécessaire sur les arrondissements de Châteaudun et Nogent le Rotrou.
 - Une réflexion avec les équipes des UCSA, du SPIP et de l'administration pénitentiaire devra s'engager sur la réduction des risques au sein du centre de détention et de la maison d'arrêt afin de trouver des solutions pragmatiques et efficaces.
- *3-A.2 Quels sont les besoins de votre département en matière de lieux d'accueil («boutiques») pour usagers de produits psychoactifs ?*
 - Chartres : il existe un accueil non spécifique : Le Point Refuge. Il faudrait travailler avec l'équipe de cette structure pour la former aux stratégies de réduction des risques en direction des usagers de produits.
 - Dreux : il existe un point d'accueil géré par le GIP relais logement. Les besoins doivent être estimés. Il est envisagé de s'appuyer sur les premiers résultats et sur la dynamique de l'ASV (atelier santé-ville).
 - Châteaudun et Nogent : à déterminer par la commission de coordination des acteurs en addictologie de l'arrondissement.

3-B Quelles peuvent être les contributions du département en faveur d'une équipe régionale de réduction des risques en milieu festif ?

Constituer un stock de matériels de prévention (documents, préservatifs féminins, préservatifs masculins) et de réduction des risques (éthylotests, Stéribox®) qui soit mobilisable dans un délai très court.

4- Offrir, à l'échelle régionale, des solutions de prise en charge médicosociale avec hébergement.

4-A *Quels sont les besoins départementaux ?*

- *Quels **outils spécifiques** collectifs : (Centres thérapeutiques résidentiels, communauté thérapeutiques) ou individuels :(familles d'accueil, appartements thérapeutiques, nuitées d'hôtel) serait-il opportun de prévoir ?*
 - o Places d'urgences
 - o Places de stabilisation en appartements sociaux
 - o Places en CHRS spécialisé
- *Prévoir une estimation départementale des besoins par type d'hébergement.*
 - o Eure et Loir : 20 places de CHRS spécialisé dans la prise en charge de personnes souffrant de problèmes d'addiction (prévu dans le plan MILDT d'Eure et Loir)
 - o Châteaudun :
 - 2 places d'urgence (partenariat avec l'auberge sociale de Châteaudun ?)
 - 2 places de stabilisation (bailleurs sociaux)
 - o Nogent le Rotrou :
 - 2 places d'urgence (partenariat avec la Croix Rouge ?)
 - 2 places de stabilisation (bailleurs sociaux)

4-B *Quelle coopération construire avec les acteurs sociaux (CHRS , etc ...) ?*

Cette coopération est essentielle pour l'amélioration des capacités d'offre d'hébergement de l'Eure et Loir en direction de ces publics. Les acteurs spécialisés en addictologie chercheront à développer des conventions avec les bailleurs sociaux des différents arrondissements du département, avec les CCAS des municipalités, avec les structures d'hébergement d'urgence, les réseaux santé-social de Nogent le Rotrou et de Châteaudun.

5- Assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, pour les jeunes scolarisés de la région, de sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions.

5-A *Quelle stratégie mener sur 5 ans, en partenariat avec d'autres acteurs, pour offrir des activités de prévention primaire en faveur de 2 publics cibles*

- a. *les jeunes scolarisés*
- b. *le milieu professionnel*

Le plan départemental MILDT d'Eure et Loir et le volet addictologie du SROS 3 prévoient la mise en place d'un réseau départemental d'addictologie. Celui-ci devra assurer :

- Une coordination des acteurs de prévention primaire en addictologie
- L'élaboration de la stratégie eurélienne de prévention primaire en direction des jeunes scolarisés (identification des populations particulièrement ciblées par les actions, description des actions attendues). Deux points ont été particulièrement soulignés : la nécessité de l'implication des adultes intervenant régulièrement auprès des jeunes scolarisés et des membres des CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) dont l'engagement actif est primordial pour mener à bien ces actions.

La prévention des addictions dans le cadre professionnel est une activité qui se développe en Eure et Loir. Une des priorités est le renforcement de l'articulation des acteurs de prévention avec les professionnels de la médecine du travail du département.

- 6- Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur des problématiques en lien avec les addictions (formation continue...).

6-A Quelle organisation prévoyez-vous dans votre département en matière de formation continue des professionnels en addictologie du département ?

Le réseau eurélien en addictologie élaborera régulièrement un programme de partage des connaissances et d'échanges de pratiques pour les professionnels en addictologie du département. Les temps de rencontre se dérouleraient sur une demi-journée, deux à trois fois par an. Ils pourront porter sur des éléments techniques innovants, sur des cas cliniques exemplaires, sur des études locales ou sur l'évolution de la politique publique. Ils doivent permettre le renforcement d'une culture commune, l'appui aux professionnels les plus isolés et le développement du réseau. Les formations développées permettront une mise à jour et un partage des connaissances au-delà des spécificités professionnelles de chacun et ainsi, le développement d'une culture commune.

- 7- Participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie mais y étant confrontés (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...).

7-A Quelle sera l'implication des professionnels du médico-social de votre département à ces formations durant les 5 ans à venir ?

Depuis 2007, un partenariat ADAEL/CESEL, à l'aide d'un financement MILDT, permet la réalisation d'une journée de d'informations et d'échanges en addictologie en direction des professionnels non spécialisés.

Le réseau eurélien en addictologie du département élaborera des programmes de formations pour différentes catégories de professionnels régulièrement confrontés à des personnes ayant des problèmes d'addiction (professionnels du social, de l'éducation, de la santé...). Ces programmes seront adaptés à chaque univers professionnel. Ils seront organisés au plus près des terrains d'intervention afin de développer un langage et une culture communs, ainsi que de favoriser des partenariats et la mutualisation de certaines actions.

- 8- Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes.

8-A Comment imaginez-vous une contribution départementale à ce titre ?

Il semble complexe de surajouter d'autres recueils que ceux existants du fait de la saturation des professionnels. Deux axes de travail apparaissent possibles :

- l'amélioration de la qualité et de l'homogénéité du recueil systématique d'information ;
- l'appropriation des résultats d'analyses nationales et régionales au niveau départemental pour faire évoluer les stratégies d'intervention des professionnels.

8-B Des acteurs de votre département envisagent-ils de mener des travaux particuliers d'observation ?

Des études ont été déjà menées ou sont en cours sur le département :

- Etude TABASCOL « Prévention : impact chez les jeunes » réalisée par Commission prévention du RST 28 (Réseau santé ou Tabac 28).
- Etude ADAEL en collaboration avec l'ORS de la région Centre

ANNEXE DU DEPARTEMENT DE L'INDRE

- 1- Offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social.

1-A Quelle organisation départementale vous paraît souhaitable lors du passage aux CSAPA. ?

L' ANPAA 36 gère actuellement sur le département de l'Indre, un CCAA et un CSST ,le passage en CSAPA ne pose donc pas de problème particulier. Il s'oriente vers un CSAPA généraliste.

1-B Quelles évolutions du dispositif médico-social vous paraissent possible jusqu'au terme du schéma (2009-2013) ?

Renforcement du partenariat avec les hopitaux du département et le secteur psychiatrique sous la forme d'un conventionnement..

*Renforcement du partenariat avec les médecins libéraux par le biais d'un travail en réseau
Poursuivre et améliorer l'organisation départementale des consultations avancées.*

1-C Comment sera assurée l'accessibilité aux soins en addictologie dans les différentes zones d'emploi de votre département.

Des antennes départementales de l'ANPAA 36 sont déjà organisées au sein des Centres d'Action Sociale pour la plupart.:

Issoudun : 3 permanences par mois

Buzançais/Châtillon : 1 jour par mois

Valençay : 2 demies journées par mois

La Châtre : 3 permanences par mois

Le Blanc : 3 permanences par mois

Argenton sur Creuse : 2 permanences par mois

Aigurande :1 permanence par mois

Des visites à domicile sont organisées lorsque cela s'avère nécessaire.

1-D Quelles réponses seront données aux populations précaires et détenus pour garantir leur accessibilité aux soins ?

L'accessibilité aux soins pour les publics précaires est garantie en partie par le nombre de consultations de proximité initiées par l'ANPAA 36 sur le département.

Certaines visites sont faites à domicile mais trop rarement par manque de temps et de moyens. Elles favorisent la prise de contact du patient dans son environnement et permet ainsi une prise en charge adaptée.

Développer des solutions de transport vers les centres de consultations

Concernant les détenus ,l'ANPAA travaille déjà en collaboration avec le Service Médico-Psychologique Régional en assurant le relais pour les détenus en semi-liberté ou sortant de prison.

.Il semble indispensable que la collaboration avec le CSAPA intervienne avant la sortie de prison afin d'établir les contacts et assurer un meilleur suivi.

- 2- Offrir aux usagers de produits psychoactifs de la région un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce

2-A Comment sera assurée l'accessibilité à l'intervention précoce dans les différentes zones d'emploi de votre département ?

L'accessibilité sera assurée par la poursuite du plan de formation au Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) déjà initié par l'ANPAA 36 par le biais de leurs 2 formateurs RPIB. Etendre ce plan de formation à d'autres professionnels tels les infirmiers libéraux et scolaires, les médecins du travail etc...

Augmentation du temps d'ouverture des permanences si les moyens le permettent.

Renforcement du partenariat avec l'Equipe de Liaison en Addictologie (ELA) du Centre Hospitalier de Châteauroux afin de faciliter les prises en charges post hospitalières. Il serait souhaitable que le CSAPA puisse intervenir avant la sortie du patient pour favoriser une première prise de contact .

Développement des consultations « jeunes consommateurs » dans les permanences existantes sur le département.

Développement d'un partenariat avec le commissariat par l'intermédiaire de leur assistante sociale.

2-B Quelles stratégies de formation initiale et d'entretien du lien avec les professionnels de l'enseignement secondaire vont être développées dans le département ?

L'ANPAA 36 organise déjà des sessions de formation pour les enseignants intervient déjà dans la formation des enseignants.

Renforcement du lien avec les infirmières scolaires

3- Offrir aux usagers de produits psychoactifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques)

3-A Quel dispositif de réduction des risques envisagez-vous dans votre département (avec ou sans CAARUD) et avec quels acteurs ?

- 3-A.1 Comment assurer l'accès aux matériels d'injection stérile dans votre département ?

-

- *L'accès aux matériels d'injection stérile existe déjà par l'intermédiaire d'un échangeur de seringues situé à Châteauroux.*

L'installation de nouveaux échangeurs sur le département est envisagée.

Des « Kits gratuits » pourraient être proposés par l'intermédiaire des pharmacies libérales.

Un partenariat est envisagé entre l'ANPAA 36 et le CAARUD pour la distribution de matériel (seringues et préservatifs)

-

- 3-A.2 Quels sont les besoins de votre département en matière de lieux d'accueil («boutiques »)pour usagers de produits psychoactifs ?

-

3-B Quelles peuvent être les contributions du département en faveur d'une équipe régionale de réduction des risques en milieu festif ?

Mutualisation des moyens au cours d'actions ponctuelles et évènementielles

Elle existe déjà entre le Cher et l'Indre lors « du Printemps de Bourges »

4- Offrir, à l'échelle régionale, des solutions de prise en charge médicosociale avec hébergement

4-A *Quels sont les besoins départementaux ?*

- *Quels **outils spécifiques** collectifs : (Centres thérapeutiques résidentiels, communauté thérapeutiques) ou individuels :(familles d'accueil, appartements thérapeutiques, nuitées d'hôtel) serait-il opportun de prévoir ?*

Il serait opportun de prévoir des appartements thérapeutiques pour les patients les plus autonomes, des familles d'accueil pour les plus dépendants, ce qui leur permettrait d'évoluer dans un cadre structurant . Ces familles pourraient être sollicitées parmi d'anciens patients sevrés.

- *Prévoir une estimation départementale des besoins par type d'hébergement.*

4-B *Quelle coopération construire avec les acteurs sociaux (CHRS , etc ...)*

Il existe déjà un partenariat entre l'ANPAA 36 et les structures d'hébergement?

- 5- *Assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, pour les jeunes scolarisés de la région, de sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions.*

5-A *Quelle stratégie mener sur 5 ans, en partenariat avec d'autres acteurs, pour offrir des activités de prévention primaire en faveur de 2 publics cibles*

les jeunes scolarisés

Promouvoir les actions de prévention en direction des plus jeunes, notamment les 8-12 ans.

Diversifier les propositions d'offres d'intervention

Former des adultes relais au sein des équipes éducatives

Un partenariat entre les établissements scolaires et l'ANPAA 36 existe déjà. ,mais les moyens actuels ne suffisent pas à répondre à l'ensemble des demandes des établissements. Il faudrait donc renforcer et pérenniser les moyens alloués au service prévention afin de répondre aux besoins exprimés.

- a. *le milieu professionnel*
- b. *Développer la communication et l'information en direction des PME*
- c. *Renforcer le travail déjà existant en direction des Centres de Formation pour Apprentis*
- d. *Accentuer la collaboration avec la médecine du travail*

- 6- *Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur des problématiques en lien avec les addictions (formation continue...).*

6-A *Quelle organisation prévoyez-vous dans votre département en matière de formation continue des professionnels en addictologie du département ?*

Les deux formateurs RPIB de l'ANPAA 36 interviennent déjà dans le cadre de la formation médicale .continue

Poursuite de la formation des professionnels de l'ANPAA 36

- 7- *Participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie mais y étant confrontés (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...)*

7-A Quelle sera l'implication des professionnels du médico-social de votre département à ces formations durant les 5 ans à venir ?

*Poursuivre et renforcer les partenariats existants dans le cadre des cursus de formation tels que les IFSI, les IFAS, l'Insertion Professionnelle, IUT carrières sociales, assistants familiaux etc.
Développement du service formation du futur CSAPA*

8- Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes.

8-A Comment imaginez-vous une contribution départementale à ce titre ?

Statistiques annuelles des décès avant 65 ans dûs ou consécutifs à une addiction,

8-B Des acteurs de votre département envisagent-ils de mener des travaux particuliers d'observation ?

L'ANPAA 36 a accepté pour l'année à venir de participer à une étude commandée par l'INSERM et concernant l'alcoologie.

Département d'INDRE-ET-LOIRE

A- Objectif principal du schéma

Objectif principal : Déterminer l'offre médico-sociale nécessaire pour satisfaire les besoins de la population de la région Centre dans le champ des addictions.

L'offre médico-sociale se situe en complémentarité des offres existantes dans le champ sanitaire, par la médecine de ville et par les acteurs de prévention. Elle comprend des aspects relatifs à la prise en charge des patients, à la réduction des risques, au repérage précoce, à la prévention, à l'observation et à la recherche.

B- Objectifs secondaires

1- Offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social.

Recommandations du groupe de travail régional :

- Parvenir à une offre de prise en charge dans chaque zone d'emploi du département, comprenant une ouverture effective de 5 j par semaine.
- Assurer une offre effective de prise en charge en direction des populations détenues et précarisées.

1-A Organisation départementale envisagée lors du passage à un C.S.A.P.A.

Conformément aux dispositions réglementaires, les unités spécialisées intervenant dans le champ médico-social de l'addictologie (CCAA et son antenne de Loches, CSST) conviennent de se regrouper en une même entité juridique pour constituer un CSAPA pour le département d'Indre-et-Loire.

Réunissant et fédérant ainsi ces structures existantes, le CSAPA constituera une unité de prise en charge médico-sociale et de coordination des actions de prévention, de dépistage et de soins en addictologie au niveau du département.

Le champ d'action du CSAPA est pluridisciplinaire. Il s'adresse aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psycho-actives (licites ou non) et évoluera vers la prise en charge des addictions sans substance.

Il serait organisé autour d'un pivot central de coordination rattaché et géré par le CHRU de Tours, complété par des antennes spécialisées sur l'agglomération Tourangelle et des antennes généralistes localisées dans les principales villes du département (Loches en complément des prestations actuelles, Chinon et Amboise).

Ses activités et son développement seront suivis au sein d'un Comité de Coordination réunissant les différents partenaires directs (CAARUD, Centre Hospitalier Spécialisé "Louis Sevestre", le Château du "Courbat", le Centre de Malvau, l'Unité de Coordination Tabacologique du CHRU, Résist'37 ...) pour garantir la complémentarité des actions, en présence d'un représentant départemental de l'Agence Régionale de la Santé.

Les missions du CSAPA seront les suivantes :

- Réaliser les missions obligatoires conformément aux dispositions de la circulaire du 28 février 2008, soit l'accueil, l'information, l'évaluation, l'orientation et la prise en charge sur les plans médical, psychologique, social et éducatif des personnes en difficulté avec leurs consommations

de substances psycho-actives licites ou non, ou souffrant d'une addiction sans substance. Par ailleurs le CSAPA mènera des actions de réduction des risques au profit des personnes qu'il prend en charge.

- Réaliser les missions facultatives, telles que citées par ladite circulaire et impérativement intégrées à la demande d'autorisation, soit les consultations de proximité et de repérage précoce des mésusages, la prise en charge des addictions sans substance et l'intervention auprès des personnes détenues et sortant de prison. Les activités de prévention, de formation et de recherche seront également déployées en fonction de l'organisation globale du CSAPA et des financements disponibles.

- Informer, conseiller et former la population et les professionnels de santé (mise en place d'une permanence téléphonique d'information, d'évaluation et d'orientation)

- Coordonner les différents professionnels (hospitaliers, médico-sociaux, libéraux et associatifs) en phase avec le volet « addictologie » du SROS 3 et développer un partenariat avec les réseaux existants.

- Elaborer ou susciter des actions, et des évolutions de prises en charge et d'accompagnement des patients dans le département,

- Participer à l'observation de l'évolution des profils de patients accueillis et orientés en lien avec l'ELSA

- Veiller à inciter les acteurs sanitaires et médico-sociaux à développer des échanges professionnels afin de décloisonner les structures pour mieux répondre aux besoins des patients.

Les missions du CSAPA seront pilotées par un médecin coordonnateur ayant un DESC d'addictologie si possible.

1-B Evolutions possibles du dispositif médico-social jusqu'au terme du schéma (2009-2013)

Trois évolutions sont souhaitées :

→ une prise en charge pluridisciplinaire des adolescents et des jeunes adultes en prise à une addiction, quelle qu'en soit la cause, sans en être au stade de la dépendance ~~totale~~, en faisant intervenir dans un dispositif unique, des professionnels appartenant à des structures différentes, tant sanitaires que médico-sociales.

Cette prise en charge pourra s'adosser sur une structure spécifique aux adolescents existante (éventuellement la Maison des adolescents).

→ Une évolution des structures actuelles afin d'accroître les possibilités d'intervention (ex : addictions sans produit) en suscitant ou identifiant des offres spécifiques à partir de compétences identifiées. Les modes de réponse seront variables selon le volume des demandes : déplacement de professionnels de santé, recours à un professionnel libéral, création ou confirmation d'antennes.

→ Le développement des liens et des partenariats avec les structures sanitaires existantes, la médecine de ville (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers libéraux) et les réseaux existants.

1-C Accessibilité aux soins en addictologie dans les différentes zones d'emploi du département.

Le CSAPA devra identifier, mettre en œuvre et coordonner le repérage précoce, l'accessibilité aux soins en addictologie et la réduction des risques.

Différentes solutions sont à envisager pour faciliter l'accessibilité aux soins et à la réduction des risques :

✓ **Des modalités nouvelles de prises en charge et d'accompagnement :**

- Mise en place d'un numéro d'accueil téléphonique unique
- Développement d'antennes généralistes dans les principales villes du département, hors agglomération tourangelle
- Consultations avancées de préférence au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, antennes ou microstructures avec déplacement des personnels des unités spécialisées, en fonction des besoins repérés
- Développement des actions de réduction des risques au profit des personnes prises en charge, en lien avec le CAARUD.

✓ **Le développement d'activités existantes :**

- Développement de partenariats notamment avec l'ELSA, la médecine de ville...
- Activation des réseaux informels à caractère professionnel d'addictologie
- Développement d'une démarche de prévention et d'information, en lien avec les professionnels de la prévention
- Elaboration et diffusion de protocoles pour harmoniser la prise en charge.

1-D Réponses données aux populations précaires et aux détenus pour garantir leur accessibilité aux soins

Il est envisagé de développer l'action du CSAPA afin de renforcer son rôle en faveur de **l'accessibilité des populations précaires** aux soins et à la réduction des risques.

Pour cela, le CSAPA développe :

- la mise en place des mécanismes de coordination favorisant l'accès aux soins,
- le développement des interventions / informations auprès des professionnels de la précarité,
- le recours à des référents dans les administrations pour optimiser l'accès des précaires aux soins de base.
- le développement de partenariats avec les acteurs de tout statut investis dans le domaine de la précarité

S'agissant des **détenus**, après un repérage d'usages à risque, nocifs ou de dépendances par l'UCSA, le CSAPA devra assurer la prise en charge spécialisée des détenus, le développement de la prévention tertiaire et la préparation à la sortie.

Le suivi des détenus en semi liberté fera l'objet d'une réflexion particulière concertée pour aboutir à un protocole de nature à garantir la continuité de leurs prises en charge compte tenu de la spécificité de leur statut.

2- Offrir aux usagers de produits psycho-actifs de la région un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce

Recommandations du groupe régional :

- Parvenir à une offre d'intervention précoce dans chaque zone d'emploi du département, comprenant une ouverture effective de 5 j par semaine.
- S'assurer de la présence permanente d'un professionnel formé au repérage précoce dans chaque établissement d'enseignement secondaire du département.

2-A Accessibilité à l'intervention précoce dans les différentes zones d'emploi du département

Structurer une offre d'intervention précoce dans chaque zone d'emploi du département en fonction des besoins par une antenne généraliste ou microstructure

(cf 1C)

2-B Stratégies de formation initiale et d'entretien du lien avec les professionnels de l'enseignement secondaire

Plusieurs actions seront mises

en place et/ou développées pour améliorer le repérage précoce :

- des formations à destination des personnels de l'Education Nationale (enseignants, infirmières, conseillers pédagogiques d'éducation...)

Actuellement réalisée par le CDES, cette action sera, en collaboration avec le CSAPA :

- pérennisée et renouvelée,
 - étendue à l'Université, aux établissements scolaires du Ministère de l'Agriculture (MFR, Lycées agricoles), aux établissements secondaires de l'enseignement privé, aux établissements spécialisés sociaux, médico-sociaux, culturel et sportifs,
 - adaptée et étendue aux organismes de médecine du travail.
-
- des formations au profit des professionnels de santé.
 - un renforcement des relations avec les points d'accueil et d'écoute jeunes
 - l'élaboration et la diffusion d'outils d'aide au repérage précoce tant pour les professionnels que pour les publics
 - la mise à disposition des compétences des professionnels du CSAPA en cas de problème individuel complexe.

3- Offrir aux usagers de produits psychoactifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques).

Recommandations du groupe régional :

- Assurer l'accessibilité aux matériels d'injection stérile sur l'ensemble du territoire du département, le réseau des pharmacies libérales apparaissant comme essentiel en ce domaine.
- Disposer d'une équipe d'intervention en réduction des risques et de matériels mobilisables lors de la survenue d'événements festifs importants dans la région.

3-A Dispositif et acteurs de la réduction des risques

3-A.1 L'accès aux matériels d'injection stérile

Trois dispositifs permettent actuellement l'accès aux matériels d'injection stérile en Indre-et-Loire :

- le CAARUD, porté par AIDES, assurant l'accueil, l'accompagnement à la réduction des risques des consommateurs de produits illicites dans les locaux de l'Association situés 6 avenue de la Tranchée à Tours :
 - le jeudi de 16h à 20h lors d'une permanence d'accueil
 - du lundi au vendredi en entretien individuel de 9h à 18h.

Le CAARUD développera progressivement des actions de terrain (1 à 2 sorties extérieures par semaine) dans Tours et son agglomération, puis ensuite dans d'autres villes du département concernées par cette population, en fonction des besoins préalablement repérés. Il pourra s'appuyer sur ses contacts dans une démarche communautaire d'approche des consommateurs de produits.

Pour assurer l'accès aux matériels d'injection et de sniff, ainsi que leur collecte, le CAARUD interviendra en coordination avec le réseau de pharmaciens du département déjà mobilisés sur Tours et son agglomération, avec les pharmaciens du reste du département, à mobiliser davantage, ainsi qu'avec les communes.

- Deux automates acquis par La Mairie de Tours et implanté sur le territoire communal

La pérennisation ou l'extension de ce mode d'accès aux matériels reste à évaluer en collaboration avec le CAARUD, le CSAPA et les autres partenaires.

- La délivrance ou la distribution de matériels injectables stériles, en l'échange des jetons distribués par les automates, et les conseils de prévention dispensés par les pharmaciens d'officine, avec le soutien de l'Association Résist'37.

Le CSAPA a l'obligation de mettre en oeuvre des mesures de réduction des risques à destination du public qu'il prend en charge, en coordination avec les autres acteurs. Cette prestation concerne les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool (le tabac n'est pas inclus). Il est à relever que les modalités de réduction des risques pour les personnes en difficulté avec l'alcool seront précisées ultérieurement sur la base d'une expertise scientifique au niveau national.

3-A.2 Besoins de lieux d'accueil pour usagers de produits psychoactifs

Le choix du CAARUD, pour certaines prestations, telles que l'hygiène corporelle, n'est pas d'ouvrir une structure sous la forme de « boutique » mais, par convention, de recourir aux infrastructures existantes, gérées par les acteurs locaux spécialisés (exemples : Entr'Aide Ouvrière-CASOUS, Etape-halte de jour...), auxquels les usagers ont déjà accès.

L'accueil des personnes continuera à avoir lieu dans les locaux de la Délégation Départementale AIDES 37 concernant la réduction des risques, les soins infirmiers de première nécessité, l'accompagnement social et l'accessibilité aux soins spécialisés.

L'hébergement d'urgence paraît relativement insuffisant pour les besoins du département, et inadapté pour les personnes accompagnées de chiens. Aussi les besoins non satisfaits devront être recensés par le CSAPA notamment pour moduler et diversifier les réponses actuelles d'hébergement, en lien avec les partenaires locaux.

3-B Contributions du CSAPA en faveur d'une équipe régionale de réduction des risques en milieu festif

Le CAARUD a signé une convention avec ASUD Loiret concernant les événements festifs du département d'Indre-et-Loire. Cet accord bilatéral devra être présenté aux autres partenaires départementaux intervenant sur les milieux festifs (planning familial, LGBT...) afin d'assurer une meilleure coordination des interventions entre les différents acteurs. Le CSAPA pourra apporter son expertise à travers des actions de formation ou lors de réflexions menées sur les pratiques en fonction des évolutions notamment des modes de consommation.

4- Offrir, à l'échelle régionale, des solutions de prise en charge médico-sociale avec hébergement.

4-A Besoins départementaux

Actuellement sur le département, l'hébergement spécifique pour les patients présentant des conduites addictives est constitué :

- en court séjour, de nuitées d'hôtel possibles mais non mobilisées
- en moyen et long séjour : de deux appartements d'hébergement dit thérapeutique (F2 et F3) rattachés au CSST.

L'Appartement de Coordination Thérapeutique, géré par l'Association CORDIA, constitue pour les patients stabilisés une possibilité d'hébergement à moyen et long terme supplémentaire. Il appartient au CSAPA de définir les profils et les modalités d'admission de ses patients

Par ailleurs, le CSAPA s'attachera à définir précisément les besoins quantitatifs en hébergement de longue durée.

Des pistes de réponses sont néanmoins d'ores et déjà possibles pour les moyen et long séjours :

→ au niveau régional avec :

- un recentrage des capacités d'accueil du Centre thérapeutique résidentiel d'Orléans (La Levée) sur les résidents de la région Centre la création,
- dans un esprit régional ou inter-régional, une communauté thérapeutique pour d'une part des adultes et d'autre part pour des adolescents

→ pour le département :

- des appartements thérapeutiques à place unique ou collectifs avec présence de professionnels. Ce dispositif devrait être pensé en prenant en compte les particularités du département (forte densité de la population sur l'agglomération tourangelle).
- un appartement de "transition" permettant un séjour court, en sortie de détention

En dehors de ces hébergements spécifiques dans le champ des addictions, il est opportun de pouvoir conventionner avec les autres dispositifs d'hébergement, type « maisons relais » portés par d'autres professionnels. En effet ces structures de petite taille permettent d'alterner des espaces communs et individuels répondant parfaitement à la pathologie des patients.

4-B Coopération à construire avec les acteurs sociaux

Le CSAPA devra définir avec les acteurs sociaux d'hébergement les modalités de suivi, d'intervention, de participation aux synthèses concernant les patients communs, en échange de places d'hébergement qui devraient être réservées ou rendues prioritaires (notamment en sortie de détention).

5- Assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, pour les jeunes scolarisés de la région, de sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions.

5-A Stratégie menée sur 5 ans, en partenariat avec d'autres acteurs, pour offrir des activités de prévention primaire en faveur de 2 publics cibles

- a. les jeunes scolarisés***
- b. le milieu professionnel***

Coordonnée par le CDES, et plus spécifiquement par la personne recrutée en son sein comme opératrice départementale en toxicomanies, cette activité est décrite au point 2B. Le CSAPA interviendra, en qualité d'expert, dans la définition du contenu des programmes, et en qualité de prestataire.

6- Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur des problématiques en lien avec les addictions (formation continue...).

Recommandation du groupe régional : le développement d'une stratégie départementale commune de formation continue des professionnels d'addictologie du champ médico-social est essentiel. Chaque fois que cela est possible, elle doit intégrer les professionnels des champs sanitaires et libéraux.

6-A Organisation en matière de formation continue des professionnels en addictologie

Dans le département d'Indre-et-Loire, il est prévu :

- la transformation du DU d'alcoologie en DU d'addictologie
- le rattachement du DESC à une filière interrégionale permettant d'atteindre une masse critique d'étudiants et l'accès à plus de stages validants.
- le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

7- Participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie mais y étant confrontés (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...).

7- Implication des professionnels du secteur médico-social à ces formations durant les 5 ans à venir ?

A partir d'un recensement des enseignements déjà assurés, le CSAPA définira un cahier des charges, établira un programme coordonné de formations afin de l'inclure dans les formations initiales et continues existantes. Il veillera à leur réalisation par les différentes unités spécialisées ou généralistes.

Le CSAPA mettra à la disposition des professionnels de santé, des étudiants en formation et des populations, un catalogue de formations à caractère initial et continu.

8- Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes.

8-A Contribution départementale

Le CSAPA participera aux deux dispositifs obligatoires de recueil de données que sont le recueil d'activité et le Recueil commun sur les addictions et les prises en charges (RECAP). Il semble complexe de surajouter d'autres recueils que ceux existants.

Deux priorités vis-à-vis de ces recueils méritent l'implication du CSAPA :

- l'amélioration de la qualité et de l'homogénéité du recueil systématique d'informations ;
- l'appropriation des résultats d'analyses nationales et régionales au niveau départemental pour faire évoluer les stratégies d'intervention des professionnels.

En cas de besoin ou sur demande régionale, le CSAPA participera à l'observation des pratiques addictives du département d'Indre-et-Loire en lien avec l'ELSA.

8-B Travaux particuliers d'observation des acteurs du département

En l'état actuel de la situation, aucune spécificité ou démarche innovante n'existe dans le département, ce qui ne nécessite pas de recourir à des études de terrain, dans l'immédiat.

Un bilan de l'organisation et du fonctionnement du CSAPA sera réalisé au terme de la première période d'autorisation de trois années, lors d'une visite de conformité préalable à la reconduction tacite de ladite autorisation. Une évaluation sera conduite, selon des modalités qui restent à définir au niveau national, à partir de la deuxième période d'autorisation d'une durée de quinze années.

ANNEXE 7

Département de LOIR-ET-CHER

Cette annexe départementale au schéma régional médico-social d'addictologie a été élaborée après consultation de l'ensemble des partenaires intervenant dans le champ de l'addictologie sur les stratégies à développer.

Les propositions d'orientations à cinq ans qui suivent, s'appuient sur l'analyse des besoins et de l'offre existante, et sur les observations apportées par les acteurs.

1-Offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social.

1-A Organisation départementale souhaitable lors du passage aux CSAPA.

Compte-tenu de l'existence sur Blois de deux structures spécialisées, l'une dans la prise en charge des problématiques alcool / tabac (CCAA porté par l'ANPAA41) et l'autre dans celles des drogues illicites (CSST porté par l'association Vers un Réseau de Soins), disposant déjà d'une direction et d'un accueil administratif communs dans des locaux partagés, il est préconisé de poursuivre ce rapprochement en autorisant, dans un premier temps, deux CSAPA spécialisés, l'un alcool / tabac et l'autre drogues illicites. Une convention de fonctionnement entre les deux CSAPA précisera les complémentarités et moyens nécessaires à la prise en charge de toutes les addictions sur le département.

1-B Evolutions possibles du dispositif médico-social jusqu'au terme du schéma (2009-2013).

Cette organisation en deux CSAPA spécialisés est toutefois transitoire et ne devrait pas perdurer au-delà de trois ans mais évoluer vers un regroupement des compétences et moyens au sein d'un seul CSAPA généraliste à vocation départementale.

En effet, il est prioritaire de parvenir à un développement de l'offre médico-sociale et sanitaire en addictologie sur les trois arrondissements du département en rayonnant à partir des sites et antennes préexistantes. Les moyens des trois sites (Blois, Vendôme et Romorantin) devront être réorganisés et renforcés pour permettre, à court terme, un fonctionnement régulier avec un accueil commun et une prise en charge médico-psycho-sociale de toutes les addictions. La constitution à terme de 3 équipes autonomes est souhaitable. Leur temps d'intervention sur site et hors antennes sera à adapter en fonction de l'évolution de leur file active respective. Des temps de concertation régulier au siège social du CSAPA seront également à prendre en compte.

A court terme sur Blois, l'augmentation régulière des files actives du CCAA et du CSST justifie de prévoir un renforcement des équipes afin de maintenir un accueil quotidien et une prise en charge médico-psycho-social dans des délais acceptables. Les équipes des CSAPA de Blois devront assurer également le fonctionnement de l'antenne de Mer qui draine la population située plus à l'est. Le maintien d'une ouverture une demi-journée par semaine est préconisée.

A moyen terme sur Romorantin, il est recommandé d'augmenter progressivement d'ici à trois ans les périodes d'accueil et de prise en charge afin de proposer une ouverture de 3 à 4 demi-journées par semaine. L'accueil et la prise en charge sur le site de Saint-Aignan sont à maintenir au moins à hauteur d'une demi-journée par semaine. La répartition du nombre de demi-journées d'ouverture sur chacun des sites sera à adapter en fonction de l'évolution des files actives respectives. A terme, une seule et même équipe positionnée sur Romorantin devra gérer ces deux sites et rayonner sur le sud du département.

Quant à l'arrondissement de Vendôme, les préconisations sont identiques :

- Augmenter d'ici à trois ans les périodes d'ouverture de l'antenne de Vendôme et proposer 4 demi-journées d'ouverture par semaine.
- Etendre l'offre d'accueil et de prise en charge sur le nord du département en consacrant à terme au moins deux demi-journées par semaine à des interventions hors de Vendôme.

L'objectif, à cinq ans, sur les trois sites est de parvenir à un accueil et une offre de prise en charge d'au moins une demi-journée par jour du lundi au vendredi, assurés par des équipes distinctes sur chacun des sites et mobiles sur chaque zone d'emploi.

Enfin, les coordinations « addictions » instaurées par le Réseau Addictions sur Romorantin, Vendôme et Saint-Aignan devront être confortées.

1-C Accessibilité aux soins en addictologie dans les différentes zones d'emploi de votre département.

La ressource que représentent les médecins généralistes adhérents du réseau Addictions 41 constitue un point d'ancrage dans le maillage territorial pour la prise en charge des soins en addictologie sur lequel il est indispensable de s'appuyer. Ce maillage territorial est à renforcer par la création d'équipes mobiles intervenant en amont et / ou en soutien des médecins du réseau. L'équipe interviendrait à la demande de patients, familles, professionnels relais du réseau addictions ou non, afin de réaliser, en collaboration avec les médecins du réseau et les travailleurs sociaux du secteur, un bilan médico-psycho-social et de proposer des orientations compatibles avec le projet de soins du patient. Outre ce premier bilan, l'équipe peut proposer d'assurer elle-même la prise en charge et le suivi du patient avec les autres ressources du réseau Addictions. En fonction du lieu d'intervention et des ressources locales existantes (médecins et infirmiers du réseau) la configuration de l'équipe serait à adapter. Cette équipe mobile CSAPA serait composée à minima d'un infirmier et d'un psychologue, renforcée d'un médecin CSAPA lorsqu'il n'existe pas à proximité de référent médical du réseau Addictions 41, voire, si besoin, d'un travailleur social. Dès que les moyens des sites de Vendôme et de Romorantin auront été renforcés et permettront de fonctionner sur chaque site de façon autonome, chaque équipe ainsi constituée devra pouvoir rayonner sur les zones d'emploi correspondantes pour les personnes ne disposant pas de moyens de transport. Cependant, ces équipes mobiles ne pourront répondre en tout lieu du département, et des solutions de transport vers les lieux de soins devront compléter cette offre.

1-D Réponses données aux populations précaires et aux détenus pour garantir leur accessibilité aux soins ?

Une équipe mobile (VRS - CAARUD / ONS / CCAS) assure sur Blois le repérage, l'orientation et la prise en charge des publics précaires en difficultés avec les substances psychoactives.

Ce dispositif est à adapter sur Romorantin en s'appuyant sur la coordination santé-précarité déjà existante et est également à développer sur Vendôme.

Une extension de ce type d'intervention pourrait être envisagée sur les territoires ruraux avec le soutien de travailleurs sociaux préalablement sensibilisés aux problématiques d'addictions.

Quant aux détenus, le CCAA et le CSST interviennent déjà au sein de la maison d'arrêt de Blois. Une nouvelle convention devra être établie entre les CSAPA et la maison d'arrêt afin de redéfinir les modalités d'intervention et de coordination des différents personnels des CSAPA, de l'UCSA, du service de psychiatrie et du SPIP dans la prise en charge des problèmes d'addiction durant la détention mais également au moment de la sortie de détention. Le service de psychiatrie devra être conforté dans son rôle de pilote pour assurer cette réorganisation et formaliser la coordination.

2- Offrir aux usagers de produits psychoactifs de la région un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce

Recommandations du groupe régional :

- Parvenir à une offre d'intervention précoce dans chaque zone d'emploi du département, comprenant une ouverture effective de 5 j par semaine.
- S'assurer de la présence permanente d'un professionnel formé au repérage précoce dans chaque établissement d'enseignement secondaire du département.

2-A Accessibilité à l'intervention précoce dans les différentes zones d'emploi de votre département.

Des professionnels en addictologie formés à l'intervention précoce seront intégrés dans chacune des trois équipes départementales. Ils pourront recevoir des jeunes pour un accueil, une aide au repérage, à l'auto-évaluation, aux changements et un accompagnement vers une consultation spécialisée si nécessaire. La sensibilisation des services de proximité et l'existence d'un réseau intra communautaire faciliteront l'intervention précoce.

2-B Stratégies de formation initiale et d'entretien du lien avec les professionnels de l'enseignement secondaire à développer dans le département.

La commission formation du Réseau portée par l'association Vers un Réseau de Soins assure depuis de nombreuses années le développement de formations adaptées aux professionnels de l'enseignement secondaire. Cette dynamique doit être poursuivie. Une évaluation régulière du nombre de personnes ressources formées et de l'actualisation de leurs connaissances, au sein de chaque établissement secondaire pourrait être assurée annuellement par l'Inspection académique. Par ailleurs, l'existence d'une coordination départementale « Addictions » déclinée sur les villes de Blois, Vendôme et Romorantin, permet de garantir ce lien. Le maintien, voire le développement de ces coordinations locales est indispensable, ainsi que la participation des personnels des établissements secondaires impliqués sur cette problématique. Dans le cadre de ces coordinations, une formalisation des modalités d'orientation de jeunes en difficultés devrait être travaillée afin d'assurer « un passage de relais » efficace avec un intervenant spécialisé. De même, la participation de professionnels du réseau Addictions aux réunions de bassin des CESC renforcerait ce lien.

3- Offrir aux usagers de produits psychoactifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques).

Recommandations du groupe régional :

- Assurer l'accessibilité aux matériels d'injection stérile sur l'ensemble du territoire du département, le réseau des pharmacies libérales apparaissant comme essentiel en ce domaine.
- Disposer d'une équipe d'intervention en réduction des risques et de matériels mobilisables lors de la survenue d'évènements festifs importants dans la région.

3-A Développement et acteurs du dispositif de réduction des risques dans le département (avec ou sans CAARUD).

3-A.1 Accès aux matériels d'injection stérile dans votre département.

Poursuite et développement du programme d'échange de seringues géré par l'association Vers un Réseau de Soins (CAARUD) s'appuyant sur un automate distributeur, des récupérateurs de seringues et sur des pharmaciens relais à Blois. Le CAARUD doit développer un dispositif de réduction des risques adapté aux besoins identifiés sur Romorantin et Vendôme. Ses moyens doivent être renforcés en conséquence.

- **3-A.2 Besoins du département en matière de lieux d'accueil («boutiques »)pour usagers de produits psychoactifs.**

Il n'existe plus de lieu d'accueil spécifique (boutique) depuis la fermeture de l'antenne AIDES 41 au 31/12/2005.

Le CAARUD est chargé de mener une étude de besoins qui permettra d'apprécier la pertinence de l'implantation d'un tel lieu ou la recherche de solutions substitutives.

3-B Possibilité de contributions du département en faveur d'une équipe régionale de réduction des risques en milieu festif.

Les moyens actuels du CARRUD sont insuffisants pour envisager toute contribution au niveau régional.

4- Offrir, à l'échelle régionale, des solutions de prise en charge médicosociale avec hébergement.

La prise en charge médicosociale avec hébergement doit être prise en compte dans un cadre régional en fonction des places autorisées. (cf annexe 5 de la circulaire : les modalités d'hébergement).

La réflexion quant à la coopération à construire entre partenaires du réseau Addictions, CSAPA et acteurs sociaux (CHRS, maison-relais et bailleurs sociaux ...) est à poursuivre.

5- Assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, pour les jeunes scolarisés de la région, de sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions.

5-A stratégie à mener sur 5 ans, en partenariat avec d'autres acteurs, pour offrir des activités de prévention primaire en faveur de 2 publics cibles.

Il s'agit de s'appuyer sur les objectifs fixés dans le plan MILDT départemental 2006/2008 en direction de ces publics.

❖ les jeunes scolarisés

- *Prévenir les risques liés à l'usage des substances psychoactives en et hors milieu scolaire. (Action 1.1)*
 - Développer le programme d'interventions en milieu scolaire auprès des élèves du primaire au second degré.
 - Accompagner la Loi Evin dans les établissements scolaires.
 - Dynamiser les CESC.
 - Relayer le programme d'intervention auprès des jeunes dans les structures éducatives d'accueil collectif hors du temps scolaire.
 - Renforcer le rôle éducatif des parents dans la prévention (informer, sensibiliser par des conférences / accueillir dans les lieux d'écoute tels que la maison des adolescents ou les consultations cannabis).
 - Faciliter l'accès des jeunes à une information et une documentation actualisée sur les addictions dans le réseau des Points Information Jeunesse.

- *Prévenir les risques liés à l'usage des substances psychoactives auprès des jeunes en formation / insertion professionnelle (Action 1.2).*
 - Développer un programme de prévention des consommations des substances psycho-actives en direction des jeunes avec les foyers des jeunes travailleurs, les centres de formation professionnelle, la Mission Locale et les PAIO.
 - Sensibiliser et former les animateurs socio-éducatifs à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des jeunes en difficultés avec les substances psychoactives.

❖ *Le milieu professionnel*

- *Prévenir les risques liés à l'usage des substances psychoactives en milieu du travail (Action 1.5).*
 - Développer les actions de prévention collectives en entreprises pour réduire les accidents du travail en lien avec les consommations d'alcool, de cannabis et autres produits (comportements à risques).
 - Développer les démarches de prévention concernant le tabagisme dans les entreprises.

6- Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur des problématiques en lien avec les addictions (formation continue...).

Recommandation du groupe régional : le développement d'une stratégie départementale commune de formation continue des professionnels d'addictologie du champ médico-social est essentiel. Chaque fois que cela est possible, elle doit intégrer les professionnels des champs sanitaires et libéraux.

6-A Organisation prévue dans le département en matière de formation continue des professionnels en addictologie du département.

La formation continue des professionnels en addictologie est assurée par la plateforme du réseau Addictions 41 qui a une mission d'expertise et de formation spécifique et pluridisciplinaire à destination des professionnels et bénévoles adhérant au Réseau. Un plan de formation est formalisé annuellement après évaluation des besoins des professionnels. Une diffusion et communication de ce programme est à organiser via les sites internet du réseau et de l'ADES (portail).

7- Participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie mais y étant confrontés (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...).

7-A Implication des professionnels du médico-social du département à ces formations durant les 5 ans à venir.

La participation des professionnels du médico-social aux formations a fait l'objet d'objectifs spécifiques dans le cadre du plan MILDT départemental 2006/2008. Ces objectifs sont à reconduire pour les 5 ans à venir.

- Sensibiliser et former les professionnels de la communauté éducative, les cadres et les animateurs socio-éducatifs et socio-culturels professionnels et bénévoles à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des jeunes en difficultés avec les substances psychoactives.

- Former à la prévention, au repérage, à l'orientation et l'accompagnement des personnes en difficultés avec les substances psychoactives, les médecins et infirmiers en entreprises.

8- Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes.

8-A Contribution départementale.

L'exploitation au niveau régional des rapports d'activités des CSAPA et des ELSA complétés sur la base de définitions communes devrait contribuer à une meilleure connaissance des pratiques existantes.

Cette mission d'observation relève du niveau régional via le CIRRD, non mis en place actuellement dans la région. .

8-B Travaux particulier

ANNEXE 8

DEPARTEMENT DU LOIRET

1- Offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social.

1-A Quelle organisation départementale vous paraît souhaitable lors du passage aux CSAPA. ?

Actuellement, une association (l'APLEAT) gère sur le bassin d'Orléans 1 CSST ambulatoire, 1 CSST avec hébergement (de 14 places) et 1 CAARUD.

Une autre association, (ESPACE) gère 1 CAARUD sur l'est du département, bassin de Montargis et de Gien.

Par ailleurs, l'ANPAA 45 gère sur le bassin d'Orléans 1 CCAA, avec des antennes sur les autres bassins.

A terme, les recommandations sont de disposer de :

- 2 CSAPA sur l'agglomération orléanaise, répondant aux besoins du bassin d'Orléans, avec une convention entre l'APLEAT et l'ANPAA 45 pour la répartition des publics et des prises en charges spécialisées entre les deux CSAPA.
- Coopération locale envisagée entre l'APLEAT, l'ANPAA et le centre hospitalier pour animer l'antenne sur Pithiviers.
- 1 CSAPA sur l'est du département avec une antenne mobile sur Gien, en s'appuyant également sur une coopération entre les acteurs médico-sociaux et les centres hospitaliers.

1-B Quelles évolutions du dispositif médico-social vous paraissent possibles jusqu'au terme du schéma (2009-2013) ?

- Il est nécessaire de structurer et renforcer l'offre sur l'est du département et sur le bassin de Pithiviers. Pour ce faire, des complémentarités devront être formalisées entre les acteurs du champ médico-social qui interviennent déjà sur ces bassins. De même, la coopération avec les acteurs du secteur sanitaire devra être renforcée et formalisée sous forme de conventions.
- Une coordination est nécessaire avec le secteur social pour l'alcoologie dans l'Est du Loiret. Il existe par ailleurs un projet de mise en place d'une ELSA entre les hôpitaux de Montargis, Gien et Pithiviers.
- Il est à prévoir une augmentation des places du centre thérapeutique résidentiel d'Orléans qui aura une vocation locale et nationale, avec une préférence régionale dans le cadre de son projet thérapeutique.
- La coopération avec le secteur social doit être développée (cf. objectif n° 4-B) sans se substituer aux prises en charge thérapeutiques.
- Par ailleurs, le besoin est identifié pour une structure régionale de prise en charge à long terme pour les patients souffrant de complications neuropsychiatriques liées à leur addiction, et/ou présentant des troubles psychiatriques associés, notamment pour les patients substitués sous méthadone.

1-C Comment sera assurée l'accessibilité aux soins en addictologie dans les différentes zones d'emploi de votre département.

L'organisation départementale projetée prévoit une réponse dans chaque bassin du département, sous forme de structure, d'antenne, d'équipes mobiles ou de consultations avancées.

1-D Quelles réponses seront données aux populations précaires et détenues pour garantir leur accessibilité aux soins ?

A ce jour, l'ANPAA offre des consultations avancées dans les CCAS, les CHRS et envisage une coopération avec la Croix Rouge afin de répondre aux besoins des personnes les plus précaires.

L'APLEAT et ESPACE accueillent des populations précaires dans le cadre du CAARUD notamment.

Une amélioration de la coopération avec les acteurs sociaux est nécessaire.

En ce qui concerne la population carcérale, l'offre existante est la suivante.

- L'ANPAA 45 propose des consultations individuelles et des animations collectives au sein de la maison d'arrêt d'Orléans (1.5 J/semaine)
- L'APLEAT offre un accompagnement individuel aux détenus de maison d'arrêt d'Orléans (2/semaine), en particulier pour la préparation à la sortie et assurer la continuité de la prise en charge, ainsi que des interventions collectives.
- ESPACE, en partenariat avec le SPIP, et en lien avec le centre hospitalier d'Amilly Montargis (CHAM) offre un suivi pour les personnes du centre de semi-liberté de Montargis, en particulier pour l'accès au traitement de substitution.

A Orléans comme à Montargis, il conviendra d'établir ou de renforcer la coopération des acteurs qui interviennent auprès des personnes détenues afin d'assurer une meilleure complémentarité et coordination des acteurs au sein de la prison, sous forme de conventions de partenariat avec l'UCSA et le SPIP.

2- Offrir aux usagers de produits psychoactifs de la région un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce

2-A Comment sera assurée l'accessibilité à l'intervention précoce dans les différentes zones d'emploi de votre département ?

Sur l'orléanais, l'APLEAT est labellisée « consommation jeunes consommateurs » et a acquis une expérience professionnelle en matière de repérage précoce et d'intervention précoce, en particulier auprès des jeunes en milieu scolaire.

Sur le montargois, ESPACE accueille les jeunes consommateurs.

Dans le cadre de la mise en place des CSAPA et des antennes, ces interventions précoces devront être étendues dans les différents bassins du département, des coopérations entre acteurs devront être élaborées afin de former les différents professionnels en addictologie à l'intervention précoce.

2-B Quelles stratégies de formation initiale et d'entretien du lien avec les professionnels de l'enseignement secondaire vont être développées dans le département ?

Les professionnels du champ médicosocial en addictologie du département interviennent toutes en milieu scolaire, et proposent des formations aux professionnels de première ligne de l'Education Nationale. Chaque association entretient des liens avec les établissements qu'elle connaît et/ ou offre des formations ouvertes à tous.

Dans le cadre du schéma, il conviendra de recenser ces formations initiales délivrées à destination des professionnels de l'enseignement secondaire et s'assurer d'une coordination plus étroite avec l'Education Nationale afin de garantir une couverture territoriale satisfaisante et une cohérence des actions de formation proposées.

3- Offrir aux usagers de produits psychoactifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques).

3-A Quel dispositif de réduction des risques envisagez-vous dans votre département (avec ou sans CAARUD) et avec quels acteurs ?

3-A.1 Comment assurer l'accès aux matériels d'injection stérile dans votre département ?

- L'accès est assuré par les CAARUD, au lieu fixe, à l'antenne ou par les équipes mobiles, ainsi que par d'autres associations telles qu'ASUD LOIRET qui intervient plus particulièrement en milieu festif.
- Il est nécessaire de poursuivre le travail avec les pharmaciens d'officine du département en les sensibilisant à leur rôle d'acteur de prévention.
- La réflexion doit être poursuivie en ce qui concerne l'implantation éventuelle d'automates dans les différents bassins et s'appuyer sur une étude plus précise en termes de besoins et de faisabilité.
- Le besoin a été identifié de plus de partage d'expérience entre les acteurs sur les pratiques de réduction des risques (sous forme de rencontres, journée d'échanges de pratiques).

3-A.2 Quels sont les besoins de votre département en matière de lieux d'accueil («boutiques») pour les usagers de produits psychoactifs ?

Les deux CAARUD du département devraient pouvoir répondre à ces besoins dans leur bassin d'intervention respectif, sous réserve que les financements correspondants leur soient octroyés pour pouvoir répondre à toutes les missions de ces structures.

3-B Quelles peuvent être les contributions du département en faveur d'une équipe régionale de réduction des risques en milieu festif ?

- Le département du Loiret dispose d'une association, ASUD Loiret, spécialisée en matière de réduction des risques en milieu festif. Cette association intervient déjà à hauteur de 80% sur les principaux événements festifs de la région.
- Participation renforcée des associations locales, telle que APLEAT et l'équipe du CAARUD OASIS et du camping-car pour constituer une équipe mobile régionale lors de grandes manifestations.
- Renforcer la coordination entre les partenaires institutionnels et associatifs pour l'organisation, la gestion et le bilan des événements festifs, notamment l'articulation avec les structures départementales.
- Contribuer à l'analyse des retours d'expérience au niveau régional.

5- Offrir, à l'échelle régionale, des solutions de prise en charge médicosociale avec hébergement.

4-A Quels sont les besoins départementaux ?

- *Quels outils spécifiques collectifs : (Centres thérapeutiques résidentiels, communauté thérapeutiques) ou individuels :(familles d'accueil, appartements thérapeutiques, nuitées d'hôtel) serait-il opportun de prévoir ?*
- *Prévoir une estimation départementale des besoins par type d'hébergement.*

Proposition d'extension du dispositif d'hébergement thérapeutique actuel géré par l'APLEAT (14 places existantes du centre thérapeutique résidentiel) par augmentation des places d'hébergement du futur CSAPA et création de places d'appartements thérapeutiques. Une évaluation chiffrée de ces besoins devra être réalisée.

Sur l'est du département, le CAARUD existant estime à 200 le nombre annuel de nuitées d'hôtel nécessaires (équivalent à 1 place). Le besoin en nuitées d'hôtel n'a pas été chiffré sur les autres bassins.

Par ailleurs, il existe des besoins en place d'accueil d'urgence, en places de stabilisation et en hébergement des usagers ayants des animaux (besoins non chiffrés).

4-B Quelle coopération construire avec les acteurs sociaux (CHRS , etc...) ?

Il est indispensable de renforcer la coopération entre les structures médicosociales de l'addictologie et les acteurs sociaux pour répondre aux besoins d'hébergement du public du Loiret, à court et moyen terme. Il sera donc nécessaire de développer et renforcer des actions de sensibilisation et de formation en direction des professionnels sociaux de première ligne.

Cette coopération devra s'appuyer sur des conventions précisant les modalités d'interventions des équipes spécialisées en addictologie dans les structures d'hébergement et les modalités d'accès à ces structures pour les usagers de produits psychoactifs.

6- Assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, pour les jeunes scolarisés de la région, de sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions.

5-A Quelle stratégie mener sur 5 ans, en partenariat avec d'autres acteurs, pour offrir des activités de prévention primaire en faveur de 2 publics cibles

- a. les jeunes scolarisés*
- b. le milieu professionnel*

Les actions de prévention primaire en direction des jeunes scolarisés développées dans le Loiret s'inscrivent dans les priorités du plan MILDT et du PRSP.

Les acteurs du Loiret devront s'engager dans une réflexion pour améliorer la coordination et la cohérence de ces interventions en milieu scolaire.

Au-delà des actions ponctuelles menées par chaque acteur dans les établissements scolaires, un partenariat plus structuré avec l'Education Nationale, devra permettre de mieux cibler ces actions vers des publics prioritaires et de renforcer la coordination avec les équipes des CESC.

Un appui méthodologique par les professionnels de l'éducation pour la santé, notamment via la FRAPS, sera encouragé.

Des modalités d'évaluation externe de ces actions devront être favorisées.

En ce qui concerne les interventions en milieu professionnel, le partenariat avec la médecine du travail doit être poursuivi pour la mise en œuvre de ces actions.

7- Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur des problématiques en lien avec les addictions (formation continue...).

6-A Quelle organisation prévoyez-vous dans votre département en matière de formation continue des professionnels en addictologie du département ?

Poursuivre la mise en œuvre de journées d'échange de pratiques ouvertes à tous les acteurs du champ de l'addictologie (cf. journées animées par l'ANITEA).

Développer les rencontres des professionnels en addictologie et / ou avec les autres professionnels concernés.

8- Participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie mais y étant confrontés (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...).

7-A Quelle sera l'implication des professionnels du médico-social de votre département à ces formations durant les 5 ans à venir ?

A ce jour, chacun des principaux acteurs du département développe et propose des actions de formation en direction des professionnels de première ligne, chacun sur la base de sa spécificité, de son expérience et de son réseau. Il y a toutefois peu d'échanges, de coordination et d'évaluation croisée sur les actions de formation menées localement.

Dans le cadre du schéma, l'engagement doit être pris de contribuer à l'élaboration d'un cahier des charges, dans un périmètre régional, pour ces actions de formation de première ligne.

A minima, des espaces de partage d'expérience et d'échanges de pratique en matière de formation devront être offerts, avec l'appui d'un acteur régional reconnu (FRAPS).

9- Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes.

8-A Comment imaginez-vous une contribution départementale à ce titre ?

Il semble complexe de surajouter d'autres recueils que ceux existants du fait de la saturation des professionnels. Deux axes de travail apparaissent possibles :

- l'amélioration de la qualité et de l'homogénéité du recueil systématique d'information qui s'imposera aux CSAPA;
- l'appropriation des résultats d'analyses nationales et régionales au niveau départemental pour faire évoluer les stratégies d'intervention des professionnels.

Les associations du département peuvent relayer auprès de leurs collègues, par le biais, notamment des journées d'échanges, les données auxquelles ils ont accès du fait de leur expérience propre et/ou de leur appartenance à des réseaux professionnels régionaux et nationaux.

8-B Des acteurs de votre département envisagent-ils de mener des travaux particuliers d'observation ?

Il sera également proposé des projets d'évaluation et de recherche qui contribueraient à cette observation en lien avec le GRSP et le plan MILDT départemental, dont la vocation s'oriente vers des projets innovants.

Les acteurs départementaux ont exprimé un intérêt particulier sur les thèmes suivants :

- Les addictions sans produits
- Les hépatites (dépistage, accès aux soins, vaccination)
- L'accès à la substitution
- insertion et accès aux droits des usagers de drogue ;
- évaluations des pratiques, en particulier auprès des jeunes ;
- mise en œuvre et évaluation d'ateliers d'insertion de bas seuil pour les usagers très marginalisés.
- Formation des professionnels des CSAPA
- Formation des acteurs de première ligne

ANNEXE 9 :

Tableaux complémentaires issus de l'analyse des rapports d'activité
2007 pour les CCAA de la région Centre

ANNEXE 10 :

Tableaux complémentaires issus de l'analyse des rapports d'activité
2007 pour les CSST de la région Centre

