



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DU PUY-DE-DÔME

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA MUTUALISATION INTERMINISTERIELLE

Recueil

Des Actes Administratifs

RECUEIL Spécial 2012-L du 11 mai 2012

La version intégrale du recueil est consultable

- sur support papier dans le hall d'accueil du public en préfecture et sous-préfecture.
- sur le site internet de la Préfecture à l'adresse suivante :
<http://www.puy-de-dome.pref.gouv.fr>

En application de l'article 4 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 relatif aux modalités de communication des documents administratifs, toute personne demandant copie d'un document administratif peut obtenir cette copie :

- soit sur papier ;
- soit sur support informatique ;
- soit par messagerie électronique.

SOMMAIRE

AGENCE REGIONALE DE SANTE D'Auvergne

ARRETE N° 2012-132 du 25 avril 2012 Relatif à l'adoption de l'annexe relative à la lutte contre les addictions en région Auvergne, contribution aux trois schémas régionaux

Annexe de l'arrêté 2012-132 du 25 avril 2012 Projet Régional de Santé. Lutte contre les addictions en Région Auvergne. 2012-2016 Contribution aux trois schémas régionaux

ARRETE N° 2012-132 du 25 avril 2012 Relatif à l'adoption de l'annexe relative à la lutte contre les addictions en région Auvergne, contribution aux trois schémas régionaux

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE D'AUVERGNE,

ARRETE

Article 1 : L'annexe relative à lutte contre les addictions, comportant des objectifs d'organisation dans le domaine de la prévention, des soins et de l'accompagnement médico-social, constitue un additif à chacun des schémas. Elle est arrêtée au titre du projet régional de santé de la région Auvergne 2012-2016, dans la forme qu'elle présente en annexe.

Article 2 : Cette annexe constitue la dernière composante du projet régional de santé. Le projet régional de santé d'Auvergne, désormais complet, est ainsi réputé adopté dans son ensemble, à la date du 25 avril 2012.

Article 3 : Le projet régional de santé, ainsi arrêté, dans ses différentes composantes, est consultable sur le site internet de l'agence régionale de santé www.ars.auvergne.sante.fr :

- Plan stratégique régional de santé
- Schéma régional de prévention, schéma régional de l'organisation médico-sociale et schéma régional de l'organisation des soins avec l'annexe relative à la lutte contre les addictions
- Les programmes suivants :
 - ✓ programme régional de télémedecine,
 - ✓ programme régional d'accès à la prévention et aux soins,
 - ✓ programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie,
 - ✓ programme pluriannuel de gestion du risque,
 - ✓ programme d'appui à l'offre libérale de premier recours,
 - ✓ programme d'initiative régionale « contribuer à la réduction des principaux facteurs de risque pour la santé des Auvergnats »
 - ✓ et programme dédié au parcours de la personne âgée et à l'accompagnement de la dépendance,

Ce projet peut également être consulté :

- a) au siège de l'agence régionale de santé d'Auvergne (mission stratégie régionale de santé), 60 avenue de l'Union Soviétique-63 000 CLERMONT-FERRAND
- b) ainsi que dans ses délégations territoriales (secrétariat de direction) :
 - délégation territoriale de l'Allier : 20, rue Aristide Briand- 03 400 YZEURE
 - délégation territoriale du Cantal : 1, rue Rieu- 15 000 AURILLAC
 - délégation territoriale de Haute Loire : 8, rue de Vienne CS 70 315- 43 00 LE PUY EN VELAY
 - délégation territoriale du Puy de Dôme : même adresse que pour le siège de l'ARS
- c) à la préfecture de région d'Auvergne : 18, Boulevard Desaix- 63 033 CLERMONT-FERRAND Cedex
- d) ainsi qu'aux préfectures de départements
 - préfecture de l'Allier : 2, rue Michel de l'Hospital- 03 016 MOULINS Cedex
 - préfecture du Cantal : Cours Monthyon- 15 006 AURILLAC Cedex
 - préfecture de Haute Loire : Avenue de Général de Gaulle- 43 011 Le PUY EN VELAY Cedex
 - préfecture du Puy de Dôme : 18, Boulevard Desaix- 63 033 CLERMONT-FERRAND Cedex

Article 4 : Le directeur général adjoint, le chef de la mission Stratégie et Performance ainsi que chaque chef de service de l'agence sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et des préfectures des départements de la région.

Le directeur général,

François Dumuis



PROJET REGIONAL DE SANTE

LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

en REGION AUVERGNE

2012 – 2016

Contribution aux trois schémas régionaux

Vu pour être annexé à mon arrêté en date du 25 avril 2012

Le directeur général
de l'ARS d'Auvergne,

François DUMUIS

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
OBJECTIF GENERAL	6
Construire un dispositif intégré, coordonné et gradué de lutte contre les conduites addictives, en particulier en direction des jeunes, des personnes de tous âges présentant des comportements de mésusage (consommations à risque, usage nocif ou dépendance)	
Objectif opérationnel 1	6
Mobiliser les acteurs de proximité autour de l'éducation pour la santé et du dépistage pour des interventions le plus précocement possible.	
Objectif opérationnel 2	9
Améliorer la fluidité des parcours de soins des personnes souffrant de conduites addictives en favorisant les passerelles entre les dispositifs de prise en charge	
Objectif opérationnel 3	11
Adapter les prises en charge aux caractéristiques de certaines populations et comportements spécifiques	
Objectif opérationnel 4	21
Améliorer les dispositifs d'observation, de veille, de coordination des décideurs de manière à mieux connaître, prévenir et agir.	
TABLEAUX DE SYNTHESE (objectifs, actions, indicateurs)	23
ANNEXES	39
Annexe 1 : état des lieux Auvergne	
Annexe 2 : textes et documents de référence	

INTRODUCTION

Ce document consacré à la lutte contre les addictions en région Auvergne constitue un additif aux trois schémas d'organisation (schéma régional de la prévention, schéma régional de l'offre de soins, schéma régional de l'offre médico-sociale).

Le thème de la lutte contre les addictions se prête particulièrement bien à la démarche, voulue par l'Agence régionale de santé dans ce premier projet régional de santé, d'une approche transversale des questions de santé.

En effet, la lutte contre les addictions mobilise des acteurs venus d'horizons très divers - éducation pour la santé, dépistage, acteurs des champs sanitaire, médico-social et social- dans un même objectif de réduction des consommations et de leurs effets délétères sur la santé.

L'addiction se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement,
- la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives,
- un comportement qui vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

La notion d'addiction doit être appréhendée de façon large, en raison :

- du degré ou de la sévérité de la perte de contrôle qui va de l'usage à risque, à l'usage nocif ou abus et à la dépendance. Cette classification est cependant appelée à évoluer : disparition des notions d'abus et de dépendance au profit d'un continuum de gravité de la consommation.
- de l'objet du comportement addictif : les conduites addictives recouvrent aussi bien :
 - les conduites de consommation de substances psychoactives quel que soit le statut légal de celle-ci
 - les addictions dites comportementales - ou addictions sans substance - qui comprennent le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, les cyberaddictions, entre autres.
- de la pluralité et de la diversité des déterminants des conduites addictives qui sont de 3 ordres :
 - les facteurs propres aux substances psychoactives (effet psychoactif et ses caractéristiques variant avec les substances, pouvoir addictogène et nocivité immédiate et différée), et/ou à l'expérience addictive (jeu excessif ou pathologique, anorexie, boulimie, etc.)
 - les facteurs d'environnement : facteurs historiques, culturels et sociétaux, facteurs socioéconomiques et professionnels, précarité, législation et réglementation, disponibilité et accessibilité des produits, etc.
 - les déterminants individuels de la vulnérabilité/protection d'ordre biologique (constitutionnel et génétique), psychologique (antécédents familiaux et personnels, organisation de personnalité et psychopathologie, difficultés actuelles) et socio-économique (stress professionnel, précarité réelle ou ressentie, etc.)

Les politiques publiques ont ainsi évolué d'une approche par produit vers une approche globale des addictions en fonction des comportements plutôt que des seules substances.

La notion d'addiction repose sur une approche plurifactorielle et appelle des stratégies de prévention et de prise en charge pluridisciplinaires, graduées et coordonnées.

Un état des lieux de la lutte contre les addictions en région figure en annexe 1. Il a porté sur les actions d'éducation pour la santé, l'offre de réponse dans toutes ses composantes : réseaux, offre médico-sociale (centres de soins, d'accompagnement de prévention en addictologie ou CSAPA, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues ou CAARUD, les communautés thérapeutiques), offre hospitalière avec les consultations d'addictologie, les équipes de liaison en addictologie ou ELSA, les lits dédiés, les services de soins de suite et de réadaptation ou SSR.

Il s'en dégage les principaux éléments d'analyse suivants :

en termes d'atouts pour la région :

Chaque département de la région bénéficie de la présence de structures et de professionnels compétents dans la prise en charge des différents types d'addiction ; les équipes sont pluridisciplinaires, en particulier dans le secteur médico-social.

Des efforts constants au cours du temps ont permis d'améliorer la continuité et la coordination des réponses :

-la création de réseaux « addictions » dans 3 départements sur 4 (le Cantal constituant l'exception)

-des acteurs intervenant tant dans le domaine de l'éducation-promotion de la santé que dans le domaine des soins

-la signature d'un accord cadre sur la prise en charge des addictions en Haute-Loire

-des complémentarités en cours de finalisation entre le CHU et l'association nationale de prévention en alcoologie-addictologie (ANPAA)

La formation des acteurs s'est appuyée sur des ressources diverses :

-la création d'un diplôme universitaire d'addictologie

-des formations pluriprofessionnelles dispensées par l'unité mixte de formation en santé sous l'égide de l'université

-des formations organisées au sein des réseaux

-des échanges interprofessionnels (réunions du collège des addictologues d'Auvergne, journée sur les troubles des conduites alimentaires).

Des évolutions dans le paysage institutionnel vont dans le sens d'un développement des approches « comportement » plutôt que des approches « produits » avec la transformation des structures médico-sociales, structurées à l'origine sur le thème alcool mais qui s'orientent désormais vers la prise en compte de toutes les formes d'addiction.

Enfin, la création, longtemps retardée, intervenue en 2011 du « Centre régional Auvergne addiction » ou CRAA, dispositif d'appui aux chefs de projet MILDT¹ de la région devrait contribuer à faciliter la coordination et la complémentarité des stratégies, en particulier avec les correspondants locaux de la MILDT sur les aspects soins et prévention et les services de l'Etat en charge de la cohésion sociale.

¹ MILDT : mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies

en termes de pistes d'amélioration :

La question de la pérennisation des actions de prévention dont le financement fluctue régulièrement au cours du temps, doit susciter un travail de clarification des missions des acteurs de la prévention auprès des publics et sur les territoires.

La mobilisation des professionnels de santé libéraux dans le repérage et la prévention des addictions, en particulier de l'alcoolisme, reste à améliorer. Une enquête récente auprès des généralistes montrait leur malaise devant ces phénomènes, seul l'interrogatoire sur la consommation de tabac leur apparaissant aisé.

Le maillage territorial tant en structures médico-sociales que sanitaires est à poursuivre :

- par le déploiement de l'offre médico-sociale de proximité (antennes et consultations des CSAPA).
- par la déclinaison territoriale de la filière hospitalière de soins (équipements de niveaux 1 et 2 et territoires concernés)
- par l'amélioration de la prise en charge des comorbidités psychiatriques

Enfin la dimension « qualité » doit être mieux prise en compte :

- l'adaptation des réponses aux besoins des publics spécifiques : jeunes, personnes en situation de précarité, personnes sous main de justice
- l'émergence de nouveaux modes de comportements addictifs (jeux notamment)
- l'homogénéisation des pratiques de prescription des médicaments de substitution aux opiacées (MSO)
- l'évaluation qualitative de la prise en charge des addictions

ORIENTATIONS

OBJECTIF GENERAL

Construire un dispositif intégré, coordonné et gradué de lutte contre les conduites addictives, en particulier en direction des jeunes, des personnes de tous âges présentant des comportements de mésusage (consommations à risque, usage nocif ou dépendance)

OBJECTIF OPERATIONNEL 1

Mobiliser les acteurs de proximité autour de l'éducation pour la santé et du dépistage pour des interventions le plus précocement possible.

La prévention des addictions vise à décourager l'initiation, repousser l'âge des premières consommations, éviter l'usage nocif et réduire les conséquences sanitaires et sociales des consommations au plan individuel et collectif.

La prévention en addictologie, individuelle ou collective, s'étend à tous les âges de la vie et en tout lieu. Chacun des éléments du dispositif addictologique : la ville, l'entraide, le médico-social, le sanitaire et les réseaux, a un rôle à jouer en matière de prévention.

1-1 en développant les actions d'information et d'éducation pour la santé adaptées aux publics à atteindre

- relayer des actions d'information grand public dans les 4 départements de la région : rôle du CRAA, de l'IREPS, de l'ANPAA, des Relais Santé et Ateliers Santé Ville comme relais dans la diffusion des messages nationaux.
- améliorer la visibilité des dispositifs de prise en charge par des actions d'information de la population générale, des professionnels du premier recours, des services santé au travail, des travailleurs sociaux par tout moyen et support : média, plaquettes, sites internet, réunions dans le cadre de l'élaboration des programmes territoriaux de santé.
- promouvoir des actions d'éducation-promotion de la santé à destination des jeunes visant à décourager l'initiation, repousser l'âge des premières consommations, éviter l'usage nocif :

Il s'agira de commencer dès le primaire par des programmes de promotion de la santé s'attachant à développer les compétences psychosociales² et l'estime de soi pour introduire, suivant la maturité des publics, l'abord de questions thématiques.

- Collégiens, lycéens, jeunes en BTS, en enseignement professionnel (lycées agricoles, métiers du bâtiment) ou hors système scolaire (apprentissage, insertion...) et étudiants font tous partie des populations à atteindre en particulier sur les thèmes binge

² Aptitudes personnelles qui permettent de prendre des décisions, de faire des choix

drinking³, cannabis et tabac. Des actions croisées de prévention seront privilégiées : conduites addictives / risque suicidaire / hygiène et santé, et former les intervenants en conséquence.

Le pilotage doit être assuré dans chaque département par l'Inspection d'Académie, sous la coordination régionale du Rectorat, afin d'articuler les actions, les intervenants, les établissements et niveaux scolaires concernés. En collège, il convient de privilégier les actions inscrites dans le cadre des CESC (comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté) tandis qu'une convention pluriannuelle avec le service de santé universitaire (SSU) sera par ailleurs négociée.

Il faut rappeler dans ce cadre l'importance des formations d'intervenants en milieu scolaire à la prévention des conduites addictives, par bassins d'éducation, financées par la MILDT. Elles permettent d'acquérir une culture commune entre intervenants d'horizons divers et de rappeler la charte d'intervention en éducation à la santé en milieu scolaire. Est à noter également la parution du nouveau guide d'intervention en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives MILDT-DEGSCO (Direction Générale de l'Enseignement Scolaire).

- actions auprès des adultes en milieu professionnel :

Le 2^{ème} plan « santé au travail » 2010-2014 vise à renforcer l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention, en s'attachant tout particulièrement aux entreprises de moins de 50 salariés, souvent dépourvues de représentation du personnel. Plus récemment la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, prenant en compte la dynamique des assises nationales « *Drogues illicites et risques professionnels* » de juin 2010, rend visible et incontournable le rôle des médecins du travail et de leurs équipes dans la prévention de la consommation de drogues et d'alcool sur les lieux de travail. La publication du guide pratique « Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel » vient apporter des indications sur la démarche de prévention en milieu professionnel, rappelle le cadre réglementaire et offre les ressources à mobiliser.

La pertinence de créer un groupe de pilotage spécifique pour la prévention des conduites addictives en entreprise sera analysée. Il aurait pour mission de permettre de cibler les actions pertinentes en associant les services « santé au travail », l'ARACT, la CARSAT, la DIRECCTE, l'ANPAA, ainsi que des représentants des employeurs et des salariés. Les CHSCT et délégués du personnels pourraient être partie prenante.

- sensibiliser et former les professionnels relais travaillant auprès des publics en situation de précarité, y compris les personnes sous main de justice pour lesquelles les actions sont à inscrire dans les programmes d'éducation pour la santé que les unités de consultations et de soin ambulatoire (UCSA) ont en charge d'élaborer dans chaque établissement pénitentiaire.
- organiser l'offre de prévention des addictions et améliorer la qualité des actions

La clarification des missions, thématiques d'intervention et modes de coopération qui a été faite entre l'IREPS et ANPAA doit contribuer à une meilleure coordination des intervenants.

Il reste à :

- professionnaliser les intervenants et utiliser des stratégies et des outils validés

³ Binge drinking : consommation excessive d'alcool dans le seul but d'atteindre rapidement l'ivresse

- poursuivre la décentralisation de l'offre en s'appuyant sur les antennes des CSAPA
- améliorer l'évaluation qualitative des actions (ex : évaluer les actions de prévention sur leur capacité à orienter vers le soin).

Les missions et le positionnement du Centre ressources Auvergne addictions (CR2A) favoriseront la réalisation de cet objectif.

1-2 en favorisant le repérage des conduites à risque par le développement des actions de formation au repérage et à l'intervention brève (RPIB) auprès des populations ciblées à risque, sous réserve d'une bonne connaissance du dispositif de prise en charge.

Les facteurs d'aggravation des risques comportent (cf livre blanc de l'addictologie) :

- la précocité : plus on commence jeune, plus les dégâts sur la santé sont importants ; les enfants anxieux, hyperactifs, auteurs d'actes de violence en milieu scolaire seraient plus à risque
- l'association à des conduites d'excès et à des prises de risque, particulièrement fréquentes à l'adolescence
- les contextes de vulnérabilité psychologique et de difficultés familiales
- les contextes de désocialisation et de marginalisation (échec scolaire, rupture des liens communautaires, inactivité sociale...)

Le repérage des conduites addictives associé à une intervention brève (RPIB) doit être mis en œuvre de manière plus systématique, comme une composante du dossier médical, et recouvre :

- le repérage des facteurs de risque et de vulnérabilité (individuels et sociaux),
- le repérage et l'évaluation des usages à risque, des usages nocifs, des polyconsommations
- le repérage des éléments de gravité pour une meilleure orientation
- le repérage des rechutes, des comorbidités, des coinfections

C'est une stratégie qui aide à la prise de conscience par le patient de sa problématique.

Elle peut être reliée à des moments clés de la prise en charge somatique pour éviter d'isoler l'acte de repérage.

De nombreux acteurs peuvent favoriser le repérage : membres de la communauté éducative, associations d'entraide, intervenants de la cité, collectivités territoriales, structures d'hébergement, professionnels au contact des populations en situation de précarité (ex : assistantes sociales de secteur...), professionnels du premier recours.

Le repérage précoce des conduites addictives s'inscrit également dans les missions de prévention des établissements de santé et devrait intervenir quel que soit le motif de l'hospitalisation ou de la consultation. Le renseignement obligatoire d'items dans les dossiers constitue un moyen de rappeler aux équipes l'importance de ce repérage. A ce titre le rôle des équipes de liaison et de soins en addictologie ou ELSA est déterminant pour sensibiliser et former les équipes (ex : formation des obstétriciens et sages-femmes au RPIB)

Enfin CSAPA et CAARUD sont également concernés par ces actions de repérage.

Ces formations devraient être proposées en priorité aux professionnels du premier recours, et tout particulièrement les médecins généralistes mais également aux médecins du travail, sages-femmes, personnels paramédicaux, dentistes, pharmaciens.

Le CHU en tant que niveau 3 de l'organisation de l'offre hospitalière⁴, les réseaux de santé en addictologie, ELSA, ANPAA sont en capacité de développer cette offre de formation.

1-3 en dynamisant l'accompagnement des personnes dans leur démarche de soin

- Proposer aux associations d'entraide et associations néphalistes œuvrant dans la région une rencontre d'échanges.

OBJECTIF OPERATIONNEL 2

Améliorer la fluidité des parcours de soins des personnes souffrant de conduites addictives en favorisant les passerelles entre les dispositifs de prise en charge

Les efforts sur la prévention doivent se combiner avec l'enrichissement de la palette de l'offre de prise en charge des addictions sur les territoires. La circulaire du 16 mai 2007 a précisé l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie dans ses différentes composantes (ville, médico-sociale, sanitaire, réseaux de santé en addictologie).

Il s'agit de mieux structurer l'offre par une répartition équilibrée des différents types de prise en charge entre les territoires :

- l'offre généraliste impliquée et formée : professionnels de santé libéraux, en particulier médecins et pharmaciens,
- l'offre spécialisée de proximité : secteur médico-social (CSAPA, CAARUD), filière hospitalière de niveau 1
- l'offre spécialisée de recours : niveaux 2 et 3 de la filière hospitalière

2-1 Poursuivre l'enrichissement de la palette de l'offre de prise en charge des addictions sur les territoires

LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Schématiquement, dans le domaine des addictions, on distingue trois niveaux d'implication des médecins généralistes :

- la réduction des risques, l'éducation globale hygiène/santé
- le repérage des patients en difficulté, avec la nécessité de délivrer des messages clairs
- les soins avec des difficultés pour la prise en charge globale des pathologies chroniques et le manque de relais.

Les données du baromètre santé médecins généralistes 2009 montrent que la moitié d'entre eux environ déclare avoir reçu au moins un usager dépendant aux opiacés par mois (49,2 %). Ce chiffre apparaît en nette augmentation par rapport à 2003 (34,0 %) et indique une hausse assez nette de la présence des personnes dépendantes aux opiacés en médecine de ville.

⁴ L'offre hospitalière est graduée en 3 niveaux : niveau 1 dit de proximité, niveau 2 dit de recours, niveau 3 dit de recours régional – voir p.13

Près des deux tiers des médecins généralistes déclarent avoir au moins une fois, avec chaque patient, abordé la question de la consommation de tabac. Pour l'alcool et le cannabis, le repérage est moins systématique : environ 70 % déclarent n'aborder la question que pour certains patients « jugés à risque ». Pour le cannabis, ils sont même un quart à ne jamais l'aborder ou alors seulement à la demande du patient. L'appartenance à un réseau d'alcoologie, de tabacologie ou d'addictologie semble être le facteur qui pèse de la façon la plus déterminante pour le recours au repérage précoce du tabagisme par questionnaire standardisé.

En matière d'offre de proximité, les efforts doivent donc porter sur :

- l'implication d'un nombre plus élevé de médecins généralistes, quel que soit leur mode d'exercice (cabinet libéral, exercice regroupé et/ou coordonné : pôles de santé, maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé) dans une prise en charge plus précoce des patients, permettant ainsi aux structures spécialisées d'être moins surchargées, notamment en matière de suivi au long cours des personnes dépendantes, de prise en charge des patients sous traitement substitutif aux opiacés (TSO).
- les pharmaciens d'officine, partenaires indispensables pour développer localement l'accès aux traitements de substitution aux opiacés et relayer la politique de réduction des risques.
Le guide « contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie » (RESPADD) constitue un outil de sensibilisation et de formation des pharmaciens. Sa diffusion va être relayée sur le territoire régional en partenariat avec l'URPS pharmaciens.
Le rôle du pharmacien ne se limite pas aux TSO et aux programmes d'échange de seringues ; le pharmacien est bien placé pour repérer les pharmacomanies, voire d'autres addictions et accompagner vers le sevrage tabagique.
- la mise en place d'un comité régional de suivi des traitements de substitution afin d'homogénéiser les pratiques, d'apporter un soutien aux médecins et pharmaciens d'officine et de limiter le mésusage.
- la connaissance réciproque et l'articulation entre acteurs du premier recours (médecins et pharmaciens) avec les structures médico-sociales et sanitaires spécialisées et l'accès facilité à un avis de spécialistes (dont psychiatre et ou addictologue).
- les formations interdisciplinaires (médecins, pharmaciens, dentistes, IDE, sages-femmes, ...) et réunions d'échanges de pratiques sur les territoires de garde des médecins sont à privilégier. Le développement de la télémédecine peut constituer une opportunité pour favoriser le travail en réseau. La transmission des ordonnances par fax ou par mail du prescripteur directement à l'officine du choix du patient éviterait que celles-ci ne soient « trafiquées » (dupliquées, surchargées, revendues...).
- le rapprochement des réseaux de santé addictologie à un niveau régional permettant de
 - structurer et formaliser l'organisation interne,
 - mutualiser les moyens FIQCS
 - rééquilibrer les missions au profit de la coordination,
 - harmoniser les prestations attendues, les outils utilisés
 - améliorer le suivi et l'évaluation de l'activitéCes orientations feront l'objet d'un nouveau CPOM.

LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Relèvent des établissements médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, les structures d'addictologie suivantes :

- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui assurent l'accueil, l'information, l'évaluation, la réduction des risques et la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative des personnes en difficulté avec les addictions.
- les centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) qui s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soin ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs, qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques
- les communautés thérapeutiques (CT), structures d'hébergement collectif, qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives ; leur spécificité est de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale. L'objectif est de développer l'autonomie personnelle et sociale de la personne accueillie, sans recours aux traitements de substitution.

Orientation 1 – Poursuivre le maillage territorial de l'offre CSAPA - CAARUD

- poursuivre le développement de l'offre médico-sociale de proximité avec le renforcement ou la mise en place de consultations ou nouvelles antennes CSAPA, en particulier :
 - le renforcement des antennes de Mauriac et Yssingeaux
 - la mise en place de nouvelles antennes dans le Puy de Dôme sur les territoires prioritaires : Sancy / Combrailles – Thiers / Ambert.
Le gestionnaire du CSAPA devra analyser les possibilités d'intervention les plus pertinentes sur ces territoires au vu des besoins recensés, de l'offre hospitalière existante, des possibilités d'implantation en lien avec les acteurs locaux
 - des consultations de proximité adaptées aux besoins des publics
- favoriser le rapprochement sur un même lieu des CSAPA spécialisés sur les sites principaux de Moulins, Aurillac et Le Puy et travail sur un projet thérapeutique commun
- accompagner les dispositifs mobiles allant au devant des consommateurs les plus à risques et les plus éloignés de l'offre de soins :
 - montée en charge du projet de bus de AIDES sur son territoire d'action (Allier, Cantal, Puy de Dôme), permettant notamment le déploiement des tests rapides à orientation diagnostique (TROD) de l'infection VIH et à terme, lorsqu'ils seront disponibles, de l'infection VHC. Les actions de AIDES sont à mener en articulation avec celles de l'association ACTIS dans le département de la Haute Loire.
 - montée en charge du financement pérenne de SATIS mobile
- promouvoir l'installation de distributeurs échangeurs de seringues selon les besoins
- tirer les enseignements de la collaboration avec la communauté thérapeutique en cours de création à la limite des régions Rhône-Alpes et Auvergne

Orientation 2 – Améliorer la qualité de la prise en charge

- élaborer un programme d'autorisation et évaluation des structures :

Les autorisations des CSAPA et CAARUD ont été accordées pour une durée provisoire de trois ans. La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 prévoit que ces autorisations, qui sont en cours de validité à la date de la publication de la présente loi, soient prolongées dans la limite de 15 ans, durée de droit commun d'autorisation des structures médico-sociales.

Au vu de ce nouveau calendrier, les établissements devront veiller à :

- mettre en œuvre l'évaluation des activités et de la qualité des prestations (évaluations internes et externes), conformément aux dispositions réglementaires :
 - 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° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux
- respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM, en particulier :
 - la conduite de l'évaluation interne
 - la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie
- améliorer la prise en charge des comorbidités, en particulier psychiatriques, des polyconsommations par le renforcement du temps de psychiatre au sein des CSAPA en privilégiant la mise à disposition de praticiens hospitaliers pour favoriser les liens entre les structures sanitaires et médico-sociales.
- évaluer le fonctionnement et l'activité des consultations jeunes consommateurs et leur conformité au cahier des charges (*annexe à la circulaire du 28 février 2008*). Sont-elles bien identifiées par le public et les partenaires et quelles sont les articulations avec d'autres dispositifs (ex : maison des adolescents)
- veiller à assurer une prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale et compléter les équipes selon les besoins
- améliorer le recensement et augmenter la proportion d'usagers ayant eu un dépistage récent pour les virus VIH et VHC et vaccinés contre l'hépatite B, soit par l'établissement lui-même, soit par convention avec une structure CDAG - CIDDIST - centre de vaccination.
- formaliser et rendre effective des conventions entre les CSAPA / CAARUD et le pôle de référence « hépatites » pour une prise en charge des patients dépistés.

LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE⁵

Le dispositif doit être gradué en 3 niveaux :

- niveau 1 dit de proximité : tous les établissements de santé dotés d'une structure des urgences doivent réaliser des sevrages simple, offrir une consultation hospitalière d'addictologie, disposer d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- niveau 2 dit de recours : en plus des prestations du niveau de proximité il doit permettre l'accès à l'offre suivante : hospitalisation complète pour sevrages et soins résidentiels complexes (court séjour addictologique de 10 à 15 lits), hospitalisation de jour, SSR spécialisé ou orienté en addictologie
- niveau 3 dit de recours régional : un par CHU, offrant la totalité des prestations auxquelles s'ajoutent des missions d'enseignement, de formation, de recherche, de coordination régionale

Orientation 1 – Adapter à l'Auvergne la déclinaison de la filière hospitalière d'addictologie

Le dispositif auvergnat comportera des niveaux 1 correspondant à l'offre en bassins de santé intermédiaires (BSI), des niveaux 2 correspondant à l'offre existant sur les territoires départementaux, le niveau 3 correspondant à l'offre régionale. En conséquence, les actions à conduire visent à :

➤ conforter la structuration du niveau 1

Tous les bassins de santé intermédiaires (BSI) dans lesquels est implanté un établissement doté d'un service d'accueil des urgences doivent disposer d'une consultation d'addictologie et d'une équipe ELSA composée de personnels compétents en addictologie (médecin, infirmier, psychologue, assistant social, diététicien).

Au regard de cette exigence, les besoins de renforcement de l'offre de niveau 1 sont les suivants :

- CANTAL : CH MAURIAC : Consultations + ELSA
- HAUTE LOIRE : CH BRIOUDE : ELSA
- PUY DE DOME :
 - CH RIOM : ELSA
 - CH AMBERT : Consultation + ELSA

⁵ De nombreux textes explicitent le dispositif : plan national 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions, circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, circulaire du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

- CH ISSOIRE : ELSA

Les bassins qui ne disposent pas de service d'accueil des urgences devront se doter d'une consultation addictologie (a minima tabac et alcool) en propre ou par voie de convention avec un BSI de niveau 1 ou une antenne CSAPA.

Deux bassins de santé intermédiaires sont concernés : Yssingeaux et Le Mont-Dore.

Par ailleurs des consultations de proximité adossées à des établissements de santé peuvent être mises en place dans des zones excentrées (ex : Craponne s/Arzon).

➤ définir les critères de reconnaissance des niveaux 2

La reconnaissance du niveau 2 doit être contractualisée entre l'ARS et l'établissement par un avenant au CPOM. La signature de cet avenant conditionne le financement de groupe homogène de séjour (GHS) pour sevrages complexes.

A ce jour un seul dossier a fait l'objet d'une reconnaissance officielle de niveau 2 : celui du Centre Hospitalier d'Aurillac (avenant au CPOM en date du 20 février 2011).

Un seul département (le Puy-de-Dôme) remplit le critère populationnel posé par le plan national (une filière complète de niveau 2 pour 500 000 habitants) et les critères organisationnels sous réserve de la concrétisation du projet SSR addictologie autorisé ; aucun autre département ne remplit le critère populationnel et les distances à parcourir rendent difficiles l'association de deux départements pour un projet interdépartemental.

Le schéma est en conséquence le suivant pour les départements Allier, Haute-Loire et Puy-de-Dôme : sera déclaré de niveau 2 tout département dont l'ensemble des bassins de santé intermédiaires disposent de l'offre de niveau 1 en propre ou par voie de convention, d'une offre en hospitalisation complète pour sevrage complexe que ce soit en lits de médecine (quelle que soit l'orientation du service « accueillant »), lits de chirurgie ou lits de psychiatrie, un accès à des places d'hospitalisation de jour en psychiatrie ou addictologie, un accès à des lits de SSR en propre ou par voie de convention dans le cadre d'une définition concertée des équipes des établissements SSR autorisés addictologie sur les prestations complémentaires et spécialisées offertes par chacun d'eux.

Une équipe de niveau 2 doit disposer de personnels compétents en addictologie : praticien hospitalier, infirmière, psychologue, diététicienne, assistante sociale, ergothérapeute, kinésithérapeute.

Le niveau 2 correspond ainsi à une offre sur le territoire départemental rappelée dans l'avenant au CPOM de l'établissement en charge des soins résidentiels complexes et lui permettant de facturer les GHS.

Pour le département de l'Allier, il s'agira d'identifier des lits d'hospitalisation de jour et pour le Puy-de-Dôme de la création effective du service de soins de suite et de réadaptation autorisé au centre Clémentel.

➤ officialiser le niveau 3

Formaliser par un document les objectifs que s'est fixé le niveau 3 en tant que pôle régional de référence qui fournira tous les 3 ans à l'ARS un bilan des actions réalisées. Cet item figurera dans le CPOM du CHU.

Orientation 2 – Améliorer et diversifier les modalités de prise en charge

Au-delà de la déclinaison en trois niveaux de la filière hospitalière de soins en addictologie, il est proposé de mettre en œuvre les actions suivantes :

- inscrire la thématique addiction dans les projets d'établissement et CPOM et désigner un correspondant dans les établissements de santé
- créer une véritable filière « urgence alcool psychiatrie » :

Dans les services d'urgences psychiatriques, la répétition des passages est un phénomène courant. Les urgences psychiatriques sont aujourd'hui non seulement un lieu d'entrée dans le soin mais également un lieu spécifique de soin, notamment dans la prise en charge de la combinaison crise suicidaire-addictions. Ainsi, la répétition des hospitalisations aux urgences impose de dimensionner l'urgence dans une perspective de soin et non de simple orientation.

Le projet du CHU devra être accompagné et évalué ». Il comprend :

- la création d'une unité de crise « addiction/suicide » proposant un accueil d'urgence et de jour pour des patients nécessitant une prise en charge quotidienne ambulatoire ainsi que des consultations dans la semaine sans rendez-vous ; cette unité est articulée avec le CSAPA et les unités d'hospitalisations spécialisées
 - la création de lits dédiés médico-addictologiques permettant de spécialiser, dès l'arrivée aux urgences, la prise en charge addictologique est à conforter et évaluer. Cette solution peut permettre d'éviter des hospitalisations (qui ont souvent lieu en l'absence d'autres solutions, notamment de possibilités de suivi psychiatrique rapproché ambulatoire - quand on sait que le délai moyen d'attente pour une consultation psychiatrique de secteur ou de ville est de un mois et demi...)
 - l'organisation d'une plateforme d'orientation via les urgences et d'un travail en réseau avec les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- conforter les ELSA dans leur rôle d'articulation entre les différents services de spécialités, notamment en rappelant la nécessité de recueillir les habitudes de consommation des patients hospitalisés quel que soit le motif d'entrée. Ces articulations nécessaires concernent, entre autres les services de psychiatrie, périnatalité, pneumologie, cancérologie, traumatologie, UCSA.
 - diversifier les prises en charges effectuées au sein des consultations, qui pour certaines restent orientées uniquement tabac.
 - développer des solutions d'accueil pour les personnes souffrant de démences post-addictions, en particulier la maladie de Korsakoff

2-2- Améliorer le parcours du patient

La fluidité du parcours de soins est rendue d'autant plus nécessaire que la prise en charge des patients ayant des conduites addictives est complexe, chaotique et s'inscrit sur la durée.

Le parcours de soins du patient est facilité par une offre de services graduée et accessible, mais il convient également de décloisonner les prises en charge et de favoriser la coordination entre l'hospitalier, l'ambulatoire généraliste et spécialisé (médico-social).

Cela nécessite :

1-une clarification des éléments principaux relevant du rôle de chacun

- ✓ **Les médecins généralistes** : Il est attendu des médecins généralistes, quel que soit leur mode d'exercice (cabinet libéral, exercice regroupé ou coordonné, centre de santé) les missions suivantes (cf. livre blanc de l'addictologie)
 - repérage précoce des mésusages (usage à risque et usage nocif)
 - repérage des comorbidités et des coinfections
 - orientation précoce des patients dépendants vers le dispositif spécialisé
 - coordination, en lien avec les CSAPA, des soins ambulatoires
 - accompagnement global dans la durée et dans la proximité de la personne et de ses proches
- ✓ **Les établissements sanitaires** : il revient à l'hôpital, que la prise en charge soit réalisée dans une structure relevant d'un niveau 1, 2 ou 3, d'assurer la réponse aux situations suivantes :
 - intoxications aiguës, sévères, overdoses
 - sevrages justifiant une hospitalisation
 - soins complexes
 - pathologies somatiques associées
 - échecs antérieurs de traitements entrepris dans des cadres moins intensifs
 - comorbidités psychiatriques grave, troubles cognitifs induits

Un travail de corrélation entre niveaux de la filière hospitalière et la complexité des prises en charge faites au sein des établissements de manière à recentrer l'activité ambulatoire (consultations hospitalières d'addictologie) sur les patients ayant une conduite addictive présentant des dommages induits liés à l'addiction ou une comorbidité somatique et / ou psychique sévères et pour lesquels la technicité de l'hôpital s'avère nécessaire.

Ce travail sur les projets médicaux et la déclinaison de la filière de soins sera confié aux professionnels du niveau 3.

- ✓ **Enfin CSAPA et CAARUD** proposent une offre spécialisée de proximité, pouvant intervenir en appui et en relais de l'offre de premier recours, complétant et relayant l'offre hospitalière tout en assurant une approche sanitaire et psychosociale des personnes reçues.

2- une bonne connaissance par les professionnels de ce dispositif et des formations adaptées pour faciliter les prises en charge précoces et l'orientation vers la meilleure réponse possible.

3- de réécrire le parcours de certains patients et revoir les critères d'orientation

Les patients avec une problématique alcool ou toxicomanes rencontrent bien souvent des difficultés pour être admis tant dans les services de psychiatrie que dans les services de soins somatiques d'où des prises en charge par défaut dans les services d'urgence ou en ambulatoire.

4- de préciser et formaliser les modes de coopération entre les différents acteurs d'un même territoire⁶

- CSAPA / niveau 1 hospitalier
- CSAPA / CAARUD
- CSAPA / CDAG – CIDDIST –centres de Vaccinations
- CSAPA / maison de santé pluriprofessionnelles
- Articulations avec les secteurs de psychiatrie
- Protocole pour les personnes sous main de justice
- Consultations hospitalières / ELSA
- Articulation avec le secteur social

5- de partager des documents et outils communs (cahiers des charges, référentiels, protocoles, outils de bonne pratique) favorisant la coordination et la transmission d'informations entre professionnels. Ce rôle pivot est à remplir en particulier par les réseaux et les ELSA.

6-d'évaluer le fonctionnement de l'accord cadre signé dans le département de la Haute Loire et d'en tirer des enseignements pour une adaptation éventuelle dans les autres départements

7-de renforcer le fonctionnement régionalisé de l'ANPAA pour un meilleur fonctionnement, à la fois interne (coopération entre les équipes, postes partagés, appels d'offres régionaux, ...) et externe (lisibilité pour les partenaires, cohérence régionale des actions...)

OBJECTIF OPERATIONNEL 3

Adapter les prises en charge aux caractéristiques de certaines populations et comportements spécifiques

3-1 Personnes sous main de justice

⁶ Une meilleure intégration du dispensaire Emile Roux dans le dispositif addictologie du Puy de Dôme est recherchée. Centre expert en tabacologie, avec une expérience déjà ancienne (première consultation créée en Auvergne en 1986), il exerce également d'autres missions : CLAT, CDAG-CIDDIST, centre de vaccination et développe un projet d'ETP des patients précaires atteints d'asthme et de bronchopneumopathie obstructive (BPCO). Le projet est de renforcer les complémentarités entre le dispensaire Emile Roux et le CSAPA de Clermont-Ferrand autour du soin en addictologie, et en particulier :

- du sevrage tabagique des fumeurs difficiles (très dépendants et avec comorbidités)
- du diagnostic, de la prise en charge, de l'éducation thérapeutique des patients fumeurs avec BPCO ou asthme
- du sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale

Le dispensaire Emile Roux prioriserait son intervention auprès de ce type de fumeurs tandis que le CSAPA orienterait vers lui les fumeurs atteints de BPCO et asthme.

Le dispensaire Emile Roux assurerait gratuitement pour le CSAPA, au titre des missions CLAT, CDAG-CIDDIST, centre de vaccinations, les actes de dépistage et de soins dont les consultants pourraient avoir besoin. Il orienterait vers le CSAPA les fumeurs dépendants de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Le cumul des facteurs de vulnérabilité chez les personnes détenues (conduites addictives, troubles psychiatriques, précarité sociale) ainsi que la sur-représentation des usagers de drogues en prison nécessitent de disposer de données fiables et actualisées. Les premiers résultats de la récente étude de santé Prévacar (INVS 2010) auprès des personnes détenues en France apporte les éléments suivants :

- la prévalence du VHC est élevée en milieu carcéral : 4,8 % soit ~ 3 000 personnes. L'usage de drogues est le mode de transmission prédominant (70 %).
- la prévalence du VIH est de 2 %, 1 220 personnes. Les 3/4 des personnes infectées sont à un stade d'immunodépression important (CD4 < 350) et près d'un tiers au stade sida.
- 7,9 % des détenus sont sous traitement de substitution, soit 5 000 personnes, 1/3 des traitements ayant été initiés au cours de l'incarcération.

Les actions à conduire s'inscrivent dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « *politique de santé pour les personnes placées sous main de justice* ». Elles seront à examiner dans le cadre de la commission régionale Santé/Justice présidée par le directeur général de l'ARS et associant le Préfet de région, les chefs de cours d'appel, les procureurs généraux, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le directeur régional de la protection judiciaire de la jeunesse.

- réaliser un bilan des actions pré et post sentencielles des ANPAA et en tirer des enseignements pour les actions à mettre en place.
- mener des actions de concertation avec la justice sur les procédures de contrainte et d'obligation de soins, notamment pour revisiter et harmoniser les conventions départementales d'objectifs justice santé (CDO) et s'assurer de leur conformité aux dispositions introduites par la loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance (élargissement du champ des injonctions thérapeutiques et désignation de médecins relais)

- mettre en place les dispositions de l'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention qui souligne la nécessaire coordination entre les différents intervenants pour que tous les temps de la prise en charge soient assurés dans de bonnes conditions (repérage, diagnostic, projet de soins adapté, préparation à la sortie, réduction des risques infectieux, actions prévention / éducation à la santé). Elle prévoit l'élaboration de protocoles organisationnels locaux sous la responsabilité d'un professionnel (personnel de l'UCSA de préférence), associant les différents partenaires (personnels de l'administration pénitentiaire, UCSA, ELSA, SPIP, PJJ, CSAPA, CAARUD, associations intervenant en milieu carcéral ...). Ces protocoles devront préciser notamment les modalités d'accès aux traitements de substitution aux opiacés en référence au guide de bonnes pratiques sur les traitements de substitution en milieu carcéral ainsi que rappeler les mesures de réduction des risques (distribution d'eau de javel avec guide d'utilisation, conditions d'accès aux préservatifs, prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements tels que sniff, tatouages, injections,...).
L'expérience de l'association AIDES qui a rédigé au niveau national un guide sur le sujet (guide commun d'actions en établissements pénitentiaires) et qui localement a affiché ce type d'actions dans son projet régional sera une aide à la rédaction.
Ces protocoles seront soumis à validation du directeur général de l'ARS.
- désigner le CSAPA référent de chacun des établissements pénitentiaires (mesure 12 du plan) en charge d'améliorer la continuité des soins. Un mi-temps d'éducateur sera affecté par CSAPA référent. Il est prévu que cette mesure soit étalée sur deux ans pour doter les établissements pénitentiaires de la région.
- orienter les interventions en établissement pénitentiaire au-delà de l'information-prévention vers la prise en charge du sevrage, en particulier tabagique.

3-2 Usagers de substances psychoactives illicites

Les buts recherchés sont l'augmentation du nombre d'usagers sous traitement de substitution aux opiacés, du nombre de sevrages simples et complexes, de la proportion d'usagers ayant eu un dépistage récent pour les virus VIH et VHC et vaccinés contre l'hépatite B.

Les dispositifs allant au devant des publics sont à privilégier (SATIS mobile, bus AIDES, interventions hors les murs par le CAARUD de Montluçon) ainsi que la collaboration avec les pharmacies d'officine (distribution de matériels stériles et collecte de matériels usagés, ouverture systématique d'un dossier pharmaceutique ...).

Il est cependant nécessaire d'homogénéiser les pratiques de substitution en région Auvergne. Pour cela, il s'agira de :

- réactiver un comité de suivi des traitements de substitution au niveau régional qui aura les missions suivantes :
 - la promotion des bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) au sein des établissements hospitaliers, des CSAPA, des dispositifs « à seuil adapté » et en médecine de ville.
 - le suivi de l'évolution des prescriptions de MSO
 - la réalisation des enquêtes de pharmaco-épidémiologie (OPPIDUM, OPEMA, ...)
 - l'homogénéisation des pratiques de substitution, des protocoles pour les analyses biologiques
 - l'élaboration des actions régionales spécifiques selon les problématiques identifiées
 - le soutien, le conseil aux professionnels de santé (médecins de ville, pharmaciens)
 - la cohérence du recueil des données d'activité des structures dans l'initiation et la délivrance des TSO

Il se réunira une à deux fois par an en associant les partenaires suivants : ARS, CNAM-TS, CSAPA, centre addictovigilance Auvergne, les réseaux addiction, URPS (médecins, pharmaciens), CAARUD, ELSA, ...

- définir les conditions d'une délivrance pour les patients compliqués sur site dans les CSAPA des deux médicaments de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine). Le but est l'éducation du patient sur le bon usage, condition indispensable de leur efficacité et de leur sécurité d'emploi, et une observance correcte, notamment lors de la période délicate d'instauration du traitement qui requiert de pouvoir réaliser une dispensation quotidienne, puis hebdomadaire jusqu'à stabilisation du patient.
- conforter les liens avec les pharmacies d'officine (distribution et collecte de matériel stérile, TSO)

3-3 Personnes en situation de précarité

Si les deux phénomènes sont souvent liés, il n'est pas possible d'établir une relation de causalité entre précarité et usage pathologique. Les ambitions, très limitées, sont centrées sur des actions d'éducation pour la santé adaptées aux réalités des comportements des différentes populations et à l'accès au programme de sevrage.

En conséquence les personnels des différentes structures intervenant auprès de ces populations devront être formés au RPIB et disposer d'une bonne connaissance de l'offre existant dans les territoires et des modalités de la prise en charge.

Il en est de même des assistantes sociales de secteur qui ont un rôle important dans le repérage, l'orientation, le soutien aux patients. Leur implication doit être recherchée par les professionnels du soin.

Les conventions de partenariats entre structures sociales et médico-sociales sont à privilégier permettant de faciliter les conditions d'accueil des patients, voire de développer des consultations in situ.

Les articulations entre les permanences d'accès aux soins (PASS) et ELSA doivent être également favorisées.

Les dispositifs mobiles et « à seuil adapté » sont importants pour toucher les usagers les plus précarisés.

Le dispensaire Emile Roux (63) est appelé à remplir un rôle de référent régional pour la prise en charge des personnes en situation de précarité socioéconomique, notamment au travers des partenariats envisagés dans le Puy de Dôme.⁷

Son expertise dans la prise en charge des « fumeurs difficiles » et « précaires » doit permettre de favoriser les modalités d'articulation entre centres d'addictologie et services compétents (CDAG, CIDDIST, CLAT, CV en particulier) pour développer le dépistage systématique de pathologies somatiques (la tuberculose, la BPCO, les IST,...), améliorer le taux de couverture vaccinale, retenir des critères objectifs de précarité (score EPICES).

3-4 Personnes en difficulté avec les addictions sans substance

Les connaissances restent encore très parcellaires sur ce champ en pleine expansion semble-t-il.

- ⁷ - avec le CAARUD en lien avec le déploiement des tests rapides à orientation diagnostique (TROD)
- avec le CSAPA (cf. infra coopération).

Il a reçu du Conseil Général du Puy de Dôme dans le cadre de la mise en œuvre du RSA la mission de participer à l'identification des déficits de santé faisant obstacle à l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de précarité. Les addictions (alcool, tabac, cannabis) sont fréquentes. Un projet pilote a été développé.

- Confier aux professionnels du niveau 3 régional la mission de conduire un travail sur la coordination régionale pour développer l'accès aux soins et la prise en charge des addictions sans produits.⁸ Le travail comprendra notamment :
 - ✓ dans le domaine des addictions aux jeux, un essai d'évaluation de la problématique régionale de cyberaddiction et addiction au jeu, le relais des données scientifiques sur les comportements de jeu et leurs excès, la sensibilisation-formation de l'ensemble des acteurs potentiellement concernés au repérage (promotion des outils de dépistage et de diagnostic), formation des thérapeutes aux stratégies de prise en charge
 - ✓ dans le domaine des troubles des conduites alimentaires (TCA), améliorer les prises en charge par le renforcement des compétences professionnelles, la création de consultations spécifiques et groupes de prise en charge, une meilleure articulation avec le service de nutrition clinique du CHU et le centre spécialisé « obésité »
- S'assurer de la formation des personnels des CSAPA à la prise en charge des addictions sans substance conformément aux recommandations (protocole de prise en charge spécifique, compétences des équipes soignantes)

OBJECTIF OPERATIONNEL 4

Améliorer les dispositifs d'observation, de veille, de coordination des décideurs de manière à mieux connaître, prévenir et agir.

4-1 L'observation

Elle vise l'amélioration :

- des connaissances de l'état de santé de la population (données épidémiologiques) : l'opérateur devrait en être la cellule régionale d'appui aux préfectures CR2A en lien avec l'OBRESA
- des données sur le parcours de soins
- de l'information et de la formation des professionnels des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social : les opérateurs pourraient en être les réseaux de santé addictologie en lien avec les dispositifs de développement professionnel continu et le niveau 3 de l'offre hospitalière

4-2 L'alerte et l'addictovigilance

La responsabilité en revient pour l'ARS à la mission veille-alerte-inspection-contrôle (MIVAIC) tandis que doit prendre sa place dans le paysage auvergnat le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de création récente en région.

Ces centres, qui entretiennent des liens étroits avec l'agence nationale du médicament (ANM), sont chargés (article R5132-112 du code de la santé publique), notamment :

- de recueillir et d'évaluer les données cliniques concernant les cas constatés de pharmacodépendance et d'abus de substances, plantes, médicaments et autres produits mentionnés à

⁸ Une circulaire relative à la campagne tarifaire des établissements de santé du 30 mars 2011 prévoit le renforcement du dispositif spécialisé de prise en charge des addictions concernant les addictions de type jeux en ligne avec la couverture progressive d'un praticien hospitalier par région au niveau du CHU

l'article R 5132-98 (toute substance ou plante ayant un effet psychoactif ainsi qu'aux médicaments et autres produits en contenant, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac)

- de recueillir les éléments nécessaires à l'évaluation du risque de pharmacodépendance et d'abus de ces substances, plantes, médicaments et autres produits auprès des professionnels de santé ou des autres professionnels concernés, des CSAPA, des CAARUD et des établissements de santé
- de contribuer au développement de l'information sur le risque de pharmacodépendance et d'abus de ces substances, plantes, médicaments et autres produits notamment en enseignant les différents professionnels concernés et en participant à leur formation
- de remplir auprès des établissements de santé une mission d'expertise et de conseil

Le but est d'organiser un réseau vigilance / pharmaco-épidémiologie de la pharmacodépendance (drogues, médicaments) par les moyens suivants :

- favoriser l'accès aux données du service médical de l'assurance maladie
- désigner des correspondants d'addictovigilance dans les établissements de santé et dans les CSAPA/CAARUD chargés d'assurer l'interface avec le CEIP de la région et notamment de recueillir les cas d'abus et de dépendance chez les patients pris en charge dans son établissement en utilisant les outils de la télé déclaration.
- diffuser les recommandations sur le bon usage des médicaments (psychotropes, TSO)
- optimiser la diffusion des alertes de l'agence nationale de sécurité du médicament ANSM
- encourager les professionnels à participer aux différentes enquêtes nationales qui fournissent aussi des données régionales originales notamment sur l'usage problématique de médicaments (anxiolytiques, hypnotiques, antalgiques ...) et le mésusage des MSO.
- élaborer un schéma régional de déclaration des ordonnances falsifiées (indicateur de détournement de médicament dont les MSO) en partenariat avec l'URPS Pharmacie, l'Ordre régional des Pharmaciens, les Syndicats et l'assurance maladie via le système de télédéclaration des ordonnances falsifiées mis en place par le centre addictovigilance Auvergne.

4-3 Une articulation lisible entre l'ARS et les autres acteurs

Il convient de veiller à la mise en place d'une articulation lisible entre l'ARS et les autres acteurs en termes de domaines d'intervention et de lignes de financement, en particulier avec la DRJSCS, les services préfectoraux en charge de la déclinaison du plan national MILDT et des contrats urbains de cohésion sociale.

Il s'agira de permettre :

- une interface entre l'ARS et le chef de projet MILDT en charge de la coordination régionale, en lien avec le centre ressources Auvergne addictions (CR2A)
- la participation des délégations territoriales de l'ARS aux comités de pilotage préfectoraux
- l'information et l'avis, en tant que de besoin, des services de l'ARS sur les projets prévention et soins déposés en préfecture
- l'intégration du CR2A au pôle régional de compétence prévention promotion santé

TABLEAU DE SYNTHÈSE

OBJECTIF GÉNÉRAL

Construire un dispositif intégré, coordonné et gradué de lutte contre les conduites addictives, en particulier en direction des jeunes, des personnes de tous âges présentant des comportements de mésusage (consommations à risque, usage nocif ou dépendance)

Objectif opérationnel 1 : Mobiliser les acteurs de proximité autour de l'éducation pour la santé et du dépistage pour des interventions le plus précocement possible

ACTIONS	INDICATEURS
<p>1-1 Promouvoir des actions de prévention primaire adaptées selon les publics à atteindre</p> <ul style="list-style-type: none">• Développer les actions d'information telles que relayer les messages de prévention grand public, améliorer la visibilité des dispositifs de prise en charge• Encourager les actions d'éducation-promotion de la santé à destination des jeunes visant à décourager l'initiation, repousser l'âge des premières consommations, éviter l'usage nocif en s'attachant à développer leurs compétences psychosociales• Proposer des actions d'information-formation à destination d'acteurs relais pour les autres publics à atteindre• Coordonner l'offre de prévention et améliorer la qualité des interventions	<ul style="list-style-type: none">• Bilans quantitatifs et qualitatifs des actions de prévention• Bilan d'activité du CR2A
<p>1-2 Favoriser le repérage des conduites à risque</p> <ul style="list-style-type: none">• Développer les actions de formation au repérage et à l'intervention brève auprès de personnes, équipes et structures extrêmement variées, principalement les professionnels du premier recours• Sensibiliser les professionnels des établissements de santé à l'inscription systématique des habitudes de consommation des personnes prises en charge, quel que soit leur motif d'entrée	<ul style="list-style-type: none">• Actions de formations au RPIB - bilan d'activité des réseaux de santé addictologie
<p>1-3 Dynamiser l'accompagnement des personnes dans leur démarche de soin</p> <ul style="list-style-type: none">• Echange régional avec les associations d'entraide	

Objectif opérationnel 2 : Améliorer la fluidité des parcours de soins des personnes souffrant de conduites addictives en favorisant les passerelles entre les dispositifs de prise en charge

ACTIONS	INDICATEURS
<p>2-1 Poursuivre l'enrichissement de la palette de l'offre de prise en charge des addictions sur les territoires</p> <p>Prise en charge ambulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre de médecins généralistes impliqués dans le suivi au long cours des personnes dépendantes et la prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacées (TSO) • Conforter la participation des pharmaciens à la délivrance et à la collecte du matériel stérile, à la dispensation de TSO • Réactiver sur la région un comité de suivi des TSO pour homogénéiser les pratiques et lutter contre le mésusage • Améliorer la connaissance réciproque et l'articulation entre acteurs du premier recours et offre spécialisée • Formations pluriprofessionnelles sur des territoires de proximité, échange de pratiques • Régionalisation des réseaux de santé en addictologie <p>Prise en charge médico-sociale <u>Poursuivre le maillage territorial de l'offre CSAPA-CAARUD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Création et renforcement des antennes CSAPA (Thiers-Ambert, Sancy-Combrailles, Mauriac, Yssingaux) et des consultations de proximité • Rapprochement des CSAPA spécialisés sur un même site • Accompagnement des dispositifs mobiles et des équipements de proximité <p><u>Améliorer la qualité de la prise en charge</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme d'autorisation et d'évaluation des structures (les consultations jeunes consommateurs en particulier) • Conforter les équipes pluridisciplinaires • Améliorer la prise en charge des comorbidités psychiatriques • Renforcer les actions de dépistage, vaccination et l'accompagnement au soin des personnes dépistées <p>Prise en charge sanitaire <u>Adapter à l'Auvergne la déclinaison de la filière hospitalière d'addictologie</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activité des CAARUD : actions en direction des pharmaciens d'officine • Rapports d'activité des CSAPA : actions en direction des médecins généralistes / maisons de santé pluriprofessionnelles • Actions de formation et réunions d'échange de pratiques - bilans d'activité des réseaux • CPOM avec un réseau régional <ul style="list-style-type: none"> • Moyens alloués sur l'ONDAM spécifique médico-social • Rapports d'activité CSAPA, AIDES <ul style="list-style-type: none"> • Renouvellement des autorisations, évaluations internes et externes • Rapports d'activité des structures – composition des équipes • Dépistages, vaccinations, convention avec le pôle hépatites, CDAG, CIDDIST, centres de vaccinations

<ul style="list-style-type: none"> • Conforter la structuration du niveau 1 dans le BSI dotés d'un service d'accueil des urgences (consultation, ELSA) • Définir les critères de reconnaissance des niveaux 2 • Officialiser le niveau 3 <p><u>Améliorer et diversifier les modalités de prise en charge</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'une filière « urgence alcool psychiatrie » • Inscrire la thématique addiction dans les projets d'établissement et CPOM • Conforter le rôle des ELSA, harmoniser et évaluer leur activité • Elargir le champ des consultations à toutes les addictions • Améliorer la prise en charge les personnes atteintes de troubles cognitifs et démences alcooliques <p>2-2 Améliorer le parcours du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarification du rôle des acteurs • Documents de cadrage et de liaison • Articulation entre les différents partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Moyens alloués sur les crédits fléchés sanitaires • Reconnaissance d'un niveau 2 par département – CPOM • CPOM du CHU <ul style="list-style-type: none"> • Projets d'établissement, CPOM des établissements de santé <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'outils, protocoles, conventions • Bilan d'activité niveau 3 et réseaux
---	---

Objectif opérationnel 3 : Adapter les prises en charge aux caractéristiques de certaines populations spécifiques

ACTIONS	INDICATEURS
<p>3-1 Personnes sous main de justice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan des actions pré-post sentencielles des CSAPA • Harmoniser et actualiser dans le cadre de la commission régionale santé-justice les mesures de soins « contraints » • Elaboration de protocoles organisationnels locaux sous le pilotage de l'UCSA • Désignation de CSAPA référents <p>3-2 Usagers de substances psychoactives illicites</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité régional de suivi des traitements de substitution • Dispensation encadrées des TSO au sein des CSAPA pour certains patients • Liens CSAPA/CAARUD avec les pharmacies d'officines 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilans quantitatif et qualitatif des actions de prévention • Orientations régionales santé – justice / CDO actualisées • Validation de protocoles locaux par l'ARS • Moyens sur l'ONDAM spécifique médico-social (postes d'éducateurs) <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du comité • Rapports d'activité CSAPA/CAARUD

<p>3-3 Personnes en situation de précarité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formations au RPIB auprès des professionnels en contact avec ces publics • Partenariats (PASS/ELSA, structures sociales/CSAPA/CAARUD) • Dispositifs mobiles <p>3-4 Personnes en difficulté avec les addictions sans substance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repérage - diagnostic • Coordination régionale pour développer l'évaluation des besoins, l'accès aux soins et la prise en charge adaptée 	<ul style="list-style-type: none"> • Actions de formations au RPIB - bilan d'activité des réseaux de santé addictologie • Conventions de partenariat • Rapports d'activité des CSAPA-CAARUD
--	--

<p align="center">Objectif opérationnel 4 : Améliorer les dispositifs d'observation, de veille, de coordination des décideurs de manière à mieux connaître, prévenir et agir</p>	
<p align="center">ACTIONS</p>	<p align="center">INDICATEURS</p>
<p>4-1 L'observation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des données sur l'état de santé, le parcours de soin, de l'information-formation des professionnels <p>4-2 L'alerte et l'addictovigilance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désignation de correspondants vigilance dans les établissements • Réseau régional vigilance <p>4-3 Une articulation lisible entre l'ARS et les autres acteurs</p>	

ANNEXES

ANNEXE I - ETAT DES LIEUX REGIONAL

LES ADDICTIONS EN AUVERGNE *

Les addictions constituent un des déterminants majeurs de la santé des auvergnats ; elles participent à la morbi-mortalité régionale tant leurs impacts sont multiples : impacts médicaux, physiques et psychiques pour le consommateur lui-même, impacts sanitaires pour tous en termes de violences sous ses différentes formes (violence dans les familles, suicide, accidents de la route, agression et meurtre), impacts sociaux (perte d'emploi, précarité). Toutes les addictions sont à prendre en compte dans la mesure où l'évolution des comportements s'est fait vers les polyconsommations. Toutefois, l'addiction principale en Auvergne reste représentée par la consommation d'alcool.

TABAC

Un tabagisme régulier similaire en Auvergne et dans le reste de la France : près d'un quart fument régulièrement.

En Auvergne, plus de la moitié des fumeurs réguliers présentent des signes de forte dépendance à la nicotine : 42 % des signes de dépendance caractérisée moyenne (supérieur aux données nationales) et 13 % des signes de dépendance caractérisée forte.

Une consommation de tabac similaire en Auvergne et chez les jeunes métropolitains quel que soit le type de consommation .

En 2008, en Auvergne, 12 % des jeunes de 17 ans ont un usage occasionnel de tabac et près d'un tiers ont un usage quotidien.

La part de jeunes ayant expérimenté le tabac est resté stable depuis 2005 en Auvergne alors qu'elle a diminué en France métropolitaine.

Une mortalité liée au tabagisme globalement similaire en Auvergne et en France métropolitaine

Sur la période 2006-2008, 2 007 décès dus aux trois principales causes de mortalité liées au tabagisme ont été enregistrés en moyenne par an en Auvergne, soit 120,7 décès pour 100 000 personnes. La mortalité liée au tabagisme est responsable de 14 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les personnes domiciliées dans la région.

Ventes : En 2009, la région Auvergne se démarque par des quantités (en grammes) de cigarettes ainsi que de tabac à rouler vendues plus importantes que celles constatées en France. L'évolution de ces ventes semble par contre similaire entre ces deux territoires.

ALCOOL

Une consommation d'alcool essentiellement masculine

Quelle que soit la fréquence de consommation, l'usage d'alcool est plus souvent déclaré par les hommes que par les femmes.

En comparaison au reste de la France, avoir bu 6 verres d'alcool ou plus en une même occasion est plus fréquent chez les individus âgés de 35 à 54 ans de la région. Les 55-64 ans de la région Auvergne sont à l'inverse moins concernés par un tel usage que les 55-64 ans du reste de la France.

Les hommes de la région déclarent d'ailleurs plus souvent des ivresses répétées que ceux du reste de la France.

A 17 ans, l'usage récent d'alcool, l'usage ponctuel sévère et les ivresses plus souvent déclarés par les jeunes de la région.

Une surmortalité masculine liée à l'alcool par rapport à la France métropolitaine

Sur la période 2006-2008, 31,7 décès dus aux trois principales causes de décès liés à l'alcool pour 100 000 personnes ont été enregistrés en moyenne par an en Auvergne. Un peu moins de la moitié de ces décès sont dus aux cancers des voies aéro-digestives supérieures et de l'œsophage, 38 % aux cirrhoses du foie et 17 % aux psychoses alcooliques et alcoolisme. La mortalité liée à l'alcool représente 3 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les personnes domiciliées dans la région.

Globalement, la mortalité liée à l'alcool paraît comparable entre la région Auvergne et la France métropolitaine. Ce résultat est différent selon le sexe : les hommes de la région comptent une surmortalité significative par rapport aux hommes de la France métropolitaine alors que les femmes de la région enregistrent une sous mortalité

Accidentologie :

En 2009, la région Auvergne se classe parmi les régions de France où la part d'accidents avec alcool est une des plus élevées. Ce constat est également effectué concernant la part de tués dans un accident mortel en présence du facteur alcool.

DROGUES ILLICITES

Une part d'expérimentateurs de cannabis plus faible en Auvergne

La consommation de cannabis, qu'il s'agisse de l'expérimentation, de l'usage au cours des 12 derniers mois ou de l'usage régulier, est principalement masculine.

L'usage au cours de l'année et au cours du mois sont par contre similaires entre les 15-64 ans de la région et du reste de la France.

L'usage d'autres produits psychoactifs illicites est beaucoup moins courant.

Les hommes sont encore une fois plus concernés que les femmes, tout comme les personnes âgées de 20 à 44 ans.

Après le cannabis, les drogues les plus expérimentées sont les poppers, suivis des champignons hallucinogènes

Chez les jeunes la consommation de cannabis est similaire en Auvergne et en France métropolitaine

En Auvergne, 42 % des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Globalement la consommation de cannabis est en baisse en Auvergne comme en France.

Concernant les autres drogues illicites, les poppers⁹ sont le produit le plus expérimenté par les jeunes auvergnats : 15 % des jeunes de 17 ans de la région ont déclaré en avoir déjà consommé en 2008. Les produits à inhaler sont ensuite les plus consommés par les jeunes auvergnats (9 %). La consommation de ces deux produits, les poppers et les produits à inhaler, a augmenté en Auvergne depuis 2005.

Six décès par surdoses enregistrés en Auvergne en 2009

Le nombre de décès par surdose semble être resté relativement stable depuis 2007 en Auvergne

* Source CR2A / ORS (Baromètre santé Auvergne 2010)

2 L'OFFRE DE PREVENTION ET DE SOIN

La politique de santé en matière de lutte contre les addictions oblige à concevoir une approche large, intersectorielle. Il s'agit d'intervenir de manière concomitante et cohérente dans les différents domaines de la prévention, du repérage précoce et de l'accès aux soins des personnes en difficultés du fait de conduites addictives, et de l'organisation d'un dispositif d'accueil, d'évaluation, de soins et d'accompagnement. Ces dispositifs relèvent à la fois du champ de la prévention, du champ sanitaire (ambulatoire et hospitalier, somatique et psychiatrique) et du champ médico-social.

L'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie a fait l'objet d'une réglementation relativement récente (2007, 2008), qui a contribué à clarifier l'offre et les missions du secteur sanitaire et médico-social, et les articulations avec le secteur social et les soins de ville même si des zones d'ombre persistent sur l'articulation de certaines prises en charge.

2-1 / PREVENTION

Les acteurs principaux dans la prévention des addictions en Auvergne sont les suivants :

ANPAA pôle prévention, CSAPA, établissements de santé, Ligue contre le cancer (Liber'addict), association Avenir Santé, service de santé universitaire, antennes IREPS, collectifs (Traverse, Drog'stop), relais santé.

Des conventions pluriannuelles sont passées avec l'ANPAA et prochainement avec le SSU.

2-2 / SECTEUR AMBULATOIRE

L'évaluation externe sur la période 2009-2011 des deux réseaux de santé en addictologie financés par le FIQCS apporte les conclusions suivantes :

- Points forts :
 - les réseaux ont su s'adapter aux exigences de la circulaire du 16 mai 2007 quant à leurs missions
 - ils déploient une activité de formation reconnue et appréciée

⁹ Poppers : préparations présentées sous forme de petit flacon ou d'ampoule à briser, contenant des nitrites dissous dans des solvants, destinées à être inhalées, aux propriétés aphrodisiaques et euphorisantes

- ils ont mis en œuvre des stratégies et des outils de communication efficaces
- ils ont bien investi leur périmètre géographique d'intervention
- ils contribuent à améliorer les connaissances et les pratiques des professionnels en addictologie
- Marges de progrès :
 - le positionnement des réseaux n'est pas optimal : davantage sur la formation que sur la coordination
 - ils présentent d'importantes divergences organisationnelles
 - ils enregistrent des réalisations et des impacts différents
- **Sur la base de ce constat des pistes d'amélioration sont privilégiées :**
 - harmonisation des modes de fonctionnement : prestations proposées (coordination, recommandations de prise en charge, offre de formation) et outils utilisés
 - mutualisation des moyens et des actions
 - amélioration des conditions d'évaluation

2-3 / SECTEUR MEDICO-SOCIAL

En région Auvergne l'équipement est le suivant :

• Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Conformément aux orientations du précédent schéma régional médico-social d'addictologie, les dossiers de transformation des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et des Centres spécialisés de soin pour toxicomanes (CSST) en CSAPA ont été déposés dans les quatre départements de la région avant le 22 décembre 2009, ils ont reçu un avis favorable du CROSMS et ont donné lieu aux autorisations suivantes :

- Allier :
 - 1 CSAPA généraliste (ANPAA) – autorisation du 30/12/2009
site principal Moulins avec :
 - 1 antenne généraliste à Montluçon
 - 1 antenne généraliste à Vichy
 - 1 antenne spécialisée alcool/tabac à MoulinsConsultations de proximité :
 - Secteur de Moulins : Dompierre sur Besbre, Bourbon l'Archambault, Lurcy Lévis
 - Secteur de Montluçon : Commentry, Vallon en Sully, Cérilly
 - Secteur de Vichy : St Pourçain sur Sioule, Varennes sur Allier, Lapalisse, Gannat
 - 1 CSAPA spécialisé toxicomanie et addictions sans substance (CH de Moulins) : site principal Moulins – autorisation du 30/12/2009
Consultations de proximité : Dompierre sur Besbre, Bourbon l'Archambault (interventions ponctuelles), St Pourçain sur Sioule (en cours)
- Cantal :
 - 1 CSAPA spécialisé alcool/tabac (ANPAA) – autorisation du 28/12/2009
site principal Aurillac avec :
 - 1 antenne à St Flour
 - Absence d'antenne à MauriacConsultations de proximité : Riom es Montagne, Mauriac
 - 1 CSAPA spécialisé toxicomanie (association APT) – autorisation du 02/04/2010
site principal Aurillac avec :
 - Consultation cannabis à St Flour
 - Absence d'antenne à Mauriac
- Haute Loire :
 - 1 CSAPA spécialisé alcool/tabac (ANPAA) – autorisation du 02/07/2010
site principal Le Puy avec :
 - 1 antenne à Brioude
 - Début d'antenne à YssingeauxConsultations de proximité : Monistrol sur Loire
 - 1 CSAPA spécialisé toxicomanie (CH E.ROUX) – autorisation du 02/07/2010
site principal Le Puy avec :
 - 1 antenne à Brioude
 - Absence d'antenne à Yssingeaux

- Puy de Dôme :
 - 1 CSAPA généraliste (ANPAA)
site principal Clermont- Ferrand avec :
1 antenne à Issoire (ouverture 2011) et Riom (partielle)
Consultations de proximité : Cournon, Billom

Tous les CSAPA de la région sont ambulatoires, ils ne disposent pas de places d'hébergement.

- **Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)**

- 1 CAARUD géré par l'association ANPAA à Montluçon – 1^{ère} autorisation provisoire de 3 ans renouvelée le 22/07/2011
- 1 CAARUD géré par l'association ANPAA du Puy – 1^{ère} autorisation provisoire de 3 ans renouvelée le 29/03/2010
- 1 CAARUD géré par l'association AIDES à Clermont-Ferrand – 1^{ère} autorisation provisoire de 3 ans renouvelée le 08/02/2010
- Création d'un CAARUD dans le Cantal – 1^{ère} autorisation provisoire de 3 ans donnée le 02/07/2010

- **Autres types d'accueil**

Il n'existe pas de communauté thérapeutique en Auvergne.

A noter cependant l'autorisation de création donnée en septembre 2011 d'une communauté thérapeutique par l'association Rimbaud à Saint-Didier sur Rochefort dans le département de la Loire.

La capacité d'hébergement envisagée est de 30 places, dont 25 en accueil collectif et 5 en appartements autonomes dans les villes proches.

Compte tenu de sa situation géographique limitrophe du Puy de Dôme et du recrutement large de cette structure expérimentale, ce nouveau dispositif constitue une offre complémentaire pour des patients de la région auprès desquels d'autres types de prise en charge ont échoué.

2-4 – SECTEUR SANITAIRE

La filière hospitalière de soins en addictologie a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Sur son territoire d'implantation, une filière propose des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques.

Elle comprend des consultations hospitalières d'addictologie, des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), des lits d'hospitalisation complète pour sevrages simples et pour soins résidentiels complexes, des places d'hospitalisation de jour, des lits de soins de suite et de réadaptation orientés en addictologie, des réseaux de santé en addictologie.

2-5 – COUVERTURE TERRITORIALE

Elle est présentée dans les tableaux qui suivent.

DEPARTEMENT DE L'ALLIER

- un réseau de santé en addictologie : RESAA
- associations d'entraide : Alcooliques anonymes AA, Alcool Ecoute Joie et Santé, Vie Libre, Croix Bleue, Fraternité Saint-Jean Baptiste, Addict 03.

• Bassin de santé intermédiaire de MONTLUCON

<p>CH de MONTLUCON</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation : tabac, alcool, drogues - ELSA - Lits d'hospitalisation pour sevrages simples : oui (non dédiés) <p>Polyclinique Saint-François DESERTINES</p> <p>Consultation : tabac</p>	<p>Antenne généraliste CSAPA - ANPAA CAARUD (locaux communs)</p>

• Bassin de santé intermédiaire de MOULINS

<p>CH de MOULINS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation : tabac - ELSA - Lits d'hospitalisation pour sevrages simples : oui (non dédiés) <p>HCB à TRONGET</p> <p>62 lits de SSR spécialisés (sevrages complexes)</p>	<p>CSAPA – ANPAA (alcool tabac) CSAPA – CH de MOULINS (toxicomanie)</p> <p>Assurant une consultation jeunes consommateurs</p>

• Bassin de santé intermédiaire de VICHY

<p>CH de VICHY</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation : tabac, alcool, drogues, médicaments, jeux - ELSA - Lits d'hospitalisation pour sevrages simples : oui (non dédiés) 	<p>Antenne généraliste CSAPA - ANPAA</p> <p>Accueil spécifique et moyens dédiés à la Réduction des risques au sein du CSAPA.</p>

DEPARTEMENT DU CANTAL

- pas de réseau de santé en addictologie formalisé
- associations d'entraide : Alcooliques Anonymes, un mouvement d'entraide sur Saint-Flour

• **Bassin de santé intermédiaire d'AURILLAC**

CH d'AURILLAC - Consultation : tabac, alcool, drogues, médicaments, jeux - ELSA - Lits d'hospitalisation pour soins complexes : 14	CSAPA – ANPAA (alcool tabac) CSAPA – APT (toxicomanie) Assurant une consultation jeunes consommateurs
- Unité d'hospitalisation de jour : 5 - Lits de SSR orientation addictologie autorisés non installés	CAARUD – APT

• **Bassin de santé intermédiaire de SAINT-FLOUR**

CH de SAINT-FLOUR - Consultation : tabac, alcool, drogues, médicaments - ELSA - Lits d'hospitalisation pour sevrages simples : oui (non dédiés)	Antenne CSAPA alcool + consultation cannabis (locaux communs partagés par APT et l'ANPAA)
---	--

• **Bassin de santé intermédiaire de MAURIAC**

CH de MAURIAC Lits d'hospitalisation pour sevrages simples : oui (non dédiés)	
---	--

DEPARTEMENT DE LA HAUTE LOIRE

- un réseau de santé en addictologie financé par le FIQCS : RESAAD 43
- un accord cadre en addictologie signé en mai 2010 entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales
- des associations d'entraide : AA, Vie Libre, Croix bleue

• **Bassin de santé intermédiaire de BRIOUDE**

CH de BRIOUDE Consultation (en cours)	Antenne CSAPA généraliste (locaux communs partagés par CH LE PUY et l'ANPAA)
CH de LANGEAC Consultation : tabac, alcool, drogues	Intervention du CAARUD

• **Bassin de santé intermédiaire du PUY-EN-VELAY**

<p>CH du PUY-EN-VELAY</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation : tabac, alcool, drogues - ELSA - Lits d'hospitalisation pour sevrages simples : oui (non dédiés) - Unité d'hospitalisation de jour : 0 (hôpital de jour pluridisciplinaire pouvant accueillir des patients d'addictologie) <p>CHS Sainte-Marie LE PUY</p> <p>Lits d'hospitalisation : 23</p>	<p>CSAPA – ANPAA (alcool tabac)</p> <p>CSAPA – CH LE PUY (toxicomanie)</p> <p>Assurant une consultation jeunes consommateurs</p> <p>CAARUD – ANPAA</p>
---	---

• **Bassin de santé intermédiaire d'YSSINGEAUX**

<p>CH d'YSSINGEAUX</p> <p>Centre LE CHAMBON s/LIGNON</p> <p>Restructuration de l'établissement en 2011 autours de 3 unités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 lits de médecine - 10 places d'hôpital de jour - Extension du SSR de 46 à 60 lits 	<p>Début d'antenne CSAPA – ANPAA (alcool tabac)</p>
---	--

DEPARTEMENT DU PUY DE DOME

- un réseau de santé en addictologie financé par le FIQCS : PARAD
- des associations d'entraide : AA, Vie Libre, Croix bleue

• **Bassin de santé intermédiaire de RIOM**

<p>CH de RIOM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation : tabac - Lits d'hospitalisation pour sevrages simples : oui (non dédiés) 	<p>Consultation CSAPA ANPAA : alcool, tabac</p>
--	--

Centre Clémentel à ENVAL 40 lits de SSR spécialisés autorisés non installés	
---	--

• **Bassin de santé intermédiaire de THIERS**

CH de THIERS - Consultation : tabac, alcool, drogues, médicaments, jeux, TCA - ELSA - Sevrages complexes : 1 unité au sein de la psychiatrie orientée addictologie - SSR orientation affections liées aux conduites addictives	
---	--

• **Bassin de santé intermédiaire de CLERMONT-FERRAND**

CHU de CLERMONT-FERRAND - Consultation : tabac, alcool, drogues, médicaments, jeux, TCA - Consultation de pharmacodépendance - Centre d'Addictovigilance Auvergne (toutes substances psychoactives hors tabac et alcool) - ELSA - 20 lits d'hospitalisation dédiés au sevrage alcool « Gravenoire (Possibilité temporaire d'hôpital de jour) - Unité d'enseignement et de recherche en addictologie - Centre Addictovigilance Auvergne Dispensaire Emile ROUX à CLERMONT-FERRAND - Consultation tabac CHS Sainte-Marie à CLERMONT-	CSAPA généraliste ANPAA Assurant une consultation jeunes consommateurs SATIS mobile CAARUD AIDES + dispositif mobile
--	--

<p>FERRAND</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation : alcool, TCA - Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : sevrages complexes - Hospitalisation de jour : 10 places <p>Clinique La Chataigneraie à BEAUMONT</p> <p>Consultation : tabac</p> <p>Clinique Le Grand Pré à DURTOL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation : alcool, drogues - Lits d'hospitalisation pour sevrages simples : oui (non dédiés) <p>Clinique Médicale Cardio-pneumo à DURTOL</p> <p>Consultation tabac</p> <p>SSIU</p> <p>Consultations</p>	
---	--

• **Bassin de santé intermédiaire d'ISSOIRE**

<p>CH d'ISSOIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation : tabac (maternité) - Lits d'hospitalisation pour sevrages simples : oui (non dédiés) 	<p>Antenne CSAPA généraliste ANPAA</p>

• **Bassin de santé intermédiaire d'AMBERT**

<p>CH d'AMBERT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lits d'hospitalisation pour sevrages simples : oui (non dédiés) - Liaison (1 ETP IDE) - Consultation (½ journée alcoologie) 	

• Bassin de santé intermédiaire du MONT-DORE

CH du MONT-DORE	
Consultation tabac	
Sevrages simples lits non dédiés	

Les constats faits par l'ORS sur la couverture territoriale en 2007, dans le cadre du diagnostic préalable au schéma, montraient des zones encore insuffisamment couvertes en termes de structures et services, ou dédiées seulement à un type de prise en charge. Le regroupement des services dans les centres urbains pose la question de l'accessibilité aux soins, question d'autant plus importante lorsqu'il s'agit de zones situées en milieu rural.

Si des efforts ont été faits depuis pour améliorer le déploiement de l'offre sur les territoires cet objectif reste cependant toujours d'actualité.

3-Les données d'activités

Elles sont partielles, aucune donnée d'activité hospitalière n'ayant été analysée.

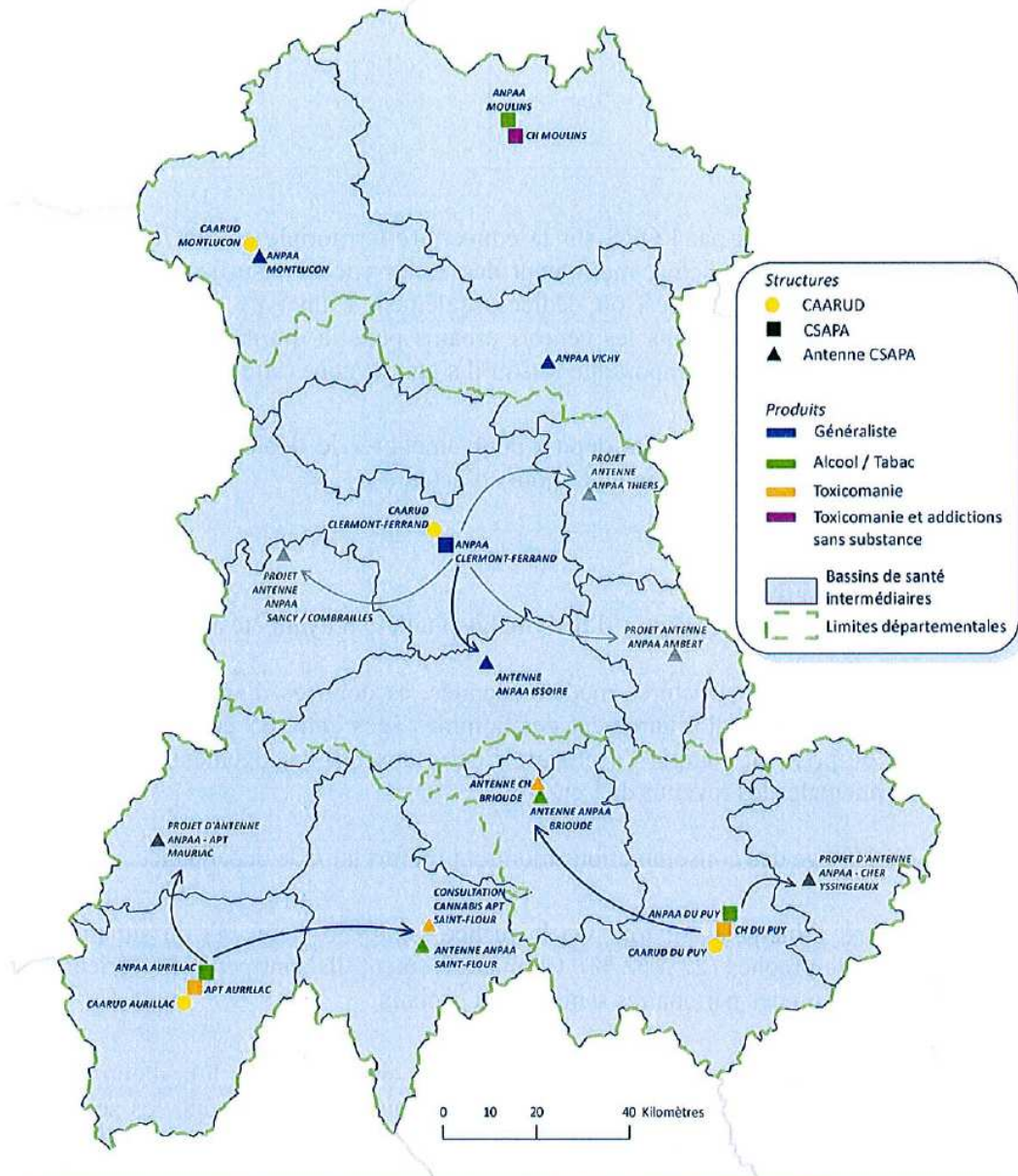
En ce qui concerne les structures médico-sociales, es données d'activité montrent que les patients accueillis sont majoritairement des hommes âgés entre 25 et 49 ans, originaires du département de prise en charge. La plupart d'entre eux ont un logement durable et comme ressources principales les revenus de l'emploi.

Les niveaux d'usage des consommations montrent un fort taux de dépendance.

Les orientations principales se font via la justice (entre 20 et 56 %) ou sur une initiative personnelle ou de proches (22 à 62 %). Comparativement, ils sont peu à être orientés par des médecins de ville ou des partenaires sanitaires et sociaux.

Cependant des différentes descriptions livrées par les professionnels lors d'entretiens menés par l'ORS, il ressortait une hétérogénéité dans la population fréquentant les services. Cette impossibilité à décrire « un usager type » relève de différents facteurs : le type de substances posant problème lors de la demande de soin, le genre (homme/femme), l'âge (les jeunes/les adultes), le moment du parcours de l'utilisateur lors de la demande d'aide. Enfin, il est aussi question d'« usagers particuliers » (femmes enceintes, sortants de prison, personnes souffrant de comorbidités psychiatriques).

**STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES PRENANT EN CHARGE LES ADDICTIONS
RÉGION AUVERGNE - 2012**

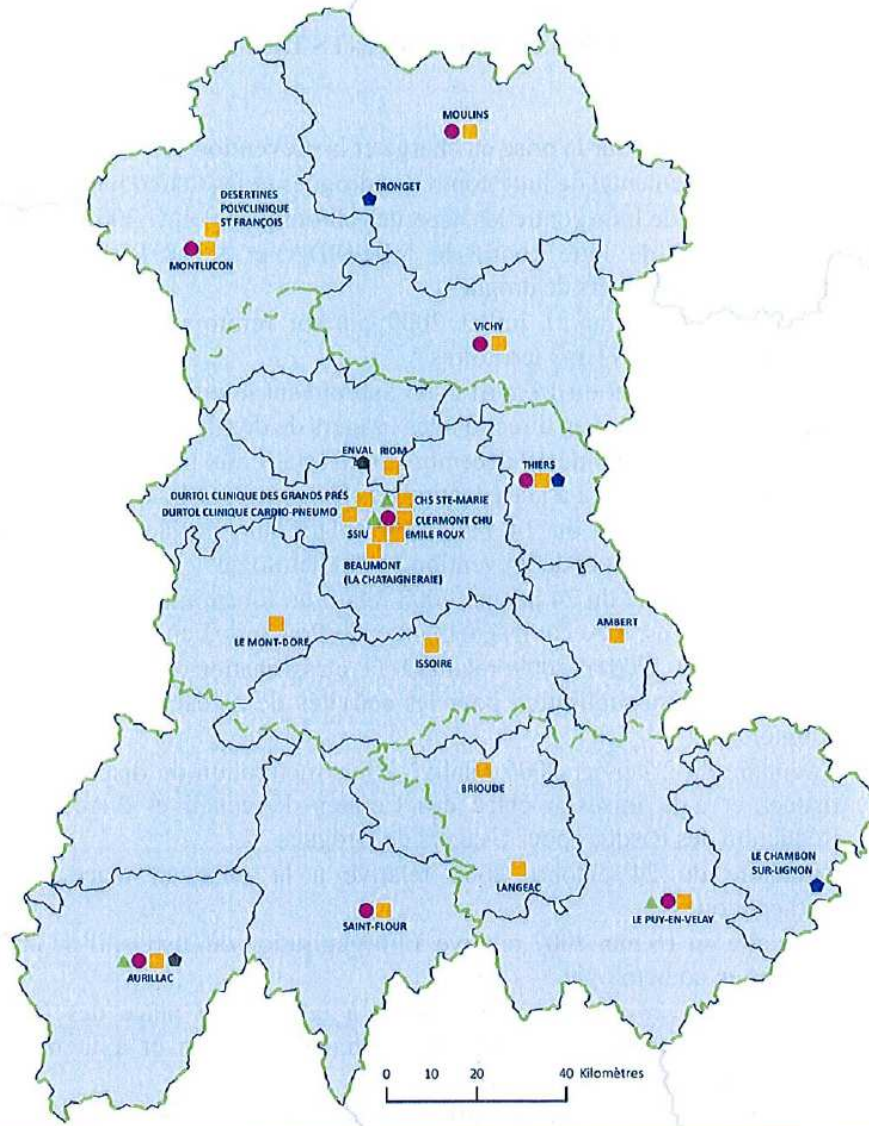


ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
 CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
 CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

Sources : ARS d'Auvergne - Bureau financement de la prévention et promotion de la santé
 CRAIG - BD Cartho © IGN 2009
 Licence n°2009-CISE27-202 - Reproduction Interdite
 Réalisation : ARS d'Auvergne - Mission stratégie régionale de santé - février 2012



**STRUCTURES SANITAIRES PRENANT EN CHARGE LES ADDICTIONS
RÉGION AUVERGNE - 2012**



- Consultations hospitalières d'addictologie
- Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- ▲ Lits dédiés
- ⬠ Soins de suite et de réadaptation
- ⬠ Projet de soins de suite et de réadaptation

- Bassins de santé intermédiaires
- Limites départementales

Sources : ARS d'Auvergne - Direction de l'offre ambulatoire de la prévention et de la promotion de la santé
CRAIG - BD Carto © IGN 2009
Licence n°2009-CISE27-202 - Reproduction interdite
Réalisation : février 2012 - ARS d'Auvergne - Mission stratégie régionale de santé



ANNEXE 2

TEXTES ET DOCUMENTS DE REFERENCE

- Plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011
- Plan national de lutte contre les hépatites chroniques B et C 2009-2012
- Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 (programme populationnel Usagers de drogues)
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues
- Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
- Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- Décret n° 2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- Circulaire du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques et à la mise en place des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
- 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
- Circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et à la mise en place des schémas régionaux d'addictologie
- Circulaire du 28 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie
- Circulaire du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Instruction du 17/11/2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention