

N°59
Novembre 2009

LES
DOSSIERS
DE
LA
DRASS
AQUITAINE

Schéma régional médico-social d'addictologie

.....
Région Aquitaine 2009 - 2014



Ministère du Travail,
des Relations sociales,
de la Famille,
de la Solidarité
et de la Ville

Préfecture de la Région Aquitaine
DRASS d'Aquitaine

Ministère de la Santé
et des Sports

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.
Ministère de la santé et des sports.

SCHÉMA RÉGIONAL MÉDICO-SOCIAL D'ADDICTOLOGIE

Région Aquitaine 2009-2014

Chef de projet Addictologie DRASS Aquitaine
Dr Martine VALADIE-JEANNEL
Courriel : martine.valadie-jeannel@sante.gouv.fr

TABLE DES MATIÈRES

PREAMBULE	4
ARRETE DU PREFET DE REGION.....	5
I. CONTEXTE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA RÉGIONAL MÉDICO-SOCIAL D'ADDICTOLOGIE.	7
1. LE CONTEXTE JURIDIQUE.....	8
2. LES INSTANCES DE TRAVAIL.....	8
3. LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DU SCHEMA	10
II. ÉTAT DES LIEUX DES CONSOMMATIONS EN AQUITAINE.....	13
1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES CARACTERISANT L'AQUITAINE.....	14
1.1 Données démographiques.....	14
1.2 Données socioéconomiques.....	15
2. LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LEUR RETENTISSEMENT SUR LA SANTE.....	18
2.1 L'alcool.....	18
2.2 Le tabac.....	20
2.3 Le cannabis.....	21
2.4 Les drogues illicites (hors cannabis).....	21
2.5 Autres drogues.....	23
2.6 Les addictions sans substances.....	25
3. FAITS MARQUANTS DANS LES DEPARTEMENTS.....	26
3.1 Dordogne.....	26
3.2 Gironde.....	27
3.3 Landes.....	28
3.4 Lot et Garonne.....	29
3.5 Pyrénées Atlantiques.....	30
III. ÉTAT DES LIEUX DES RESSOURCES D'ADDICTOLOGIE D'AQUITAINE	31
1. LA PREVENTION EN AQUITAINE.....	32
2. L'OFFRE MEDICO-SOCIALE EN AQUITAINE EN ADDICTOLOGIE	34
2.1 Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes ambulatoires.....	34
2.2 Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes avec hébergement.....	35
2.3 Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie.....	35
2.4 Appartements de Coordination Thérapeutique.....	36
2.5 Communautés thérapeutiques.....	36
2.6 Centres Accueil et Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues.....	36
2.7 Consultations Jeunes Consommateurs.....	37
3. LA FORMATION EN ADDICTOLOGIE EN AQUITAINE.....	38
4. L'OFFRE SANITAIRE EN ADDICTOLOGIE EN AQUITAINE.....	39
4.1 Les Équipes de Liaisons en Addictologie (ELSA).....	40

4.2	Les Consultations d'addictologie	40
4.3	Unités d'hospitalisation reconnues en addictologie pour la mise en œuvre de sevrages complexes.	41
4.4	Hospitalisation de jour (HDJ)	42
4.5	Les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).....	42
4.6	Les Cliniques et hôpitaux psychiatriques	42
4.7	Les Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires et Service Médico Psychiatrique Régional.....	43
4.8	Les réseaux de santé.....	43
4.9	Le CAPS	44
5.	ANALYSE TERRITORIALE DE LA FILIERE EN ADDICTOLOGIE.	45
5.1	Dordogne	47
5.2	Gironde	48
5.3	Landes.....	49
5.4	Lot et Garonne	50
5.5	Pyrénées Atlantiques	51
IV.	LES ORIENTATIONS DU SCHÉMA A PARTIR DES BESOINS REPÉRÉS.....	53
1.	LES HUIT OBJECTIFS STRATEGIQUES.	54
1.1	Organiser l'accès à une gamme de services en addictologie, lisible et de qualité, dans chaque territoire de la région par la mise en œuvre de la réforme CSAPA.	54
1.2	Développer le repérage précoce des usages nocifs de substances psychoactives dans une perspective d'intervention précoce.	57
1.3	Garantir aux usagers engagés dans des pratiques à risques, un accompagnement visant à réduire les dommages associés à ces pratiques.	58
1.4	Offrir des solutions d'hébergement adaptées de type social, médico-social, sanitaire, équitablement réparties sur l'ensemble de la région.	59
1.5	Développer des actions de prévention globales et intégrées sur les territoires de santé.	60
1.6	Promouvoir les formations initiales et continues en addictologie.	61
1.7	Contribuer à l'observation des pratiques addictives, à la veille sanitaire dans la région et à l'évaluation de modalités de prise en charge.	62
1.8	Accompagner la mise en œuvre, le suivi et la communication du schéma.....	62
2.	ORGANISATION TERRITORIALE ET ARTICULATIONS ATTENDUES	63
2.1	Organisation et répartitions territoriales.....	63
2.2	Complémentarités entre les structures sanitaires et médico-sociales.....	64
2.3	Coopérations entre les structures sanitaires et médico-sociales.....	67
3.	LE SUIVI DU SCHEMA	68
V.	ANNEXES.....	71
A.	Les territoires de santé en Aquitaine.....	72
B.	Les équipes de CSAPA pour 100 000 habitants par territoires de recours	74
C.	Les structures médico-sociales en Aquitaine (au 31décembre 2008)	76
D.	Participants aux groupes de travail d'élaboration du SRMSA.....	80
E.	Dispositions réglementaires relatives à l'approvisionnement, la détention le contrôle la gestion et la dispensation des médicaments.	83
F.	Liste des sigles.....	84
G.	Table des illustrations	85

PREAMBULE

L'élaboration du premier schéma régional médico-social d'addictologie de la Région Aquitaine s'est effectuée dans le contexte de la mise en œuvre des CSAPA (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie). Ces nouvelles structures médico-sociales vont remplacer désormais les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les réunissant sous un statut juridique commun (CSAPA).

La mise en place des CSAPA doit aboutir à une prise en charge mieux coordonnée des addictions sur les différents territoires de la Région en fédérant les compétences des acteurs de l'alcoologie et de la tabacologie et de la lutte contre la toxicomanie.

Les CSAPA devront en effet jouer un véritable rôle de référence et de proximité. Leur mise en œuvre ne peut se faire que dans un contexte de clarification des missions et de l'organisation de l'ensemble du dispositif médico psycho social d'addictologie en lien avec la médecine de ville en aval et avec l'hôpital en amont.

La Région Aquitaine dispose déjà d'un volet « Conduites addictives » inscrit dans le schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011, c'est donc en articulation avec ce schéma et en s'appuyant sur les mêmes bases territoriales (cf. annexe 1) qu'a été élaboré le schéma régional médico-social d'addictologie.

Mieux organiser l'accès de tous à une gamme de services en addictologie lisible et de qualité dans chaque territoire de la Région constitue l'enjeu majeur de ce schéma. Pour y répondre le schéma propose une organisation graduée des soins, une mission de structure pivot aux CSAPA sur chaque territoire de recours et des antennes de proximité au niveau des territoires intermédiaires définis dans le cadre de l'élaboration du SROS Aquitaine.

La prévention, le repérage et les interventions précoces, la réduction des risques, l'accès à un hébergement, la prise en compte des publics fragiles, la formation des professionnels et l'évaluation ont fait l'objet de développements spécifiques.

In fine ce schéma dont l'élaboration s'est appuyée sur une large concertation à partir de la commission régionale addictions et de groupes de travail à la fois thématiques et territoriaux se présente plus comme un schéma de coordination des professionnels et de mise en synergie de l'ensemble de la filière de prévention et de soins en addictologie que comme un schéma portant création ou implantation de nouvelles structures gestionnaires.

Le rôle pivot des CSAPA réunissant CSST et CCAA y est clairement affirmé et le développement d'antennes à partir de ces structures sur les territoires intermédiaires doit permettre un meilleur accès aux soins à toutes les personnes présentant des conduites addictives, quel que soit le type d'addictions.

Ce schéma ne restera pas figé pendant 5 ans, il sera accompagné d'un dispositif de suivi et d'évaluation. Une évaluation à 3 ans permettra de situer le degré d'atteinte des différents objectifs qu'il comporte et d'envisager d'éventuelles adaptations.

Les principes de respect de la dignité des patients, d'accessibilité, de continuité et de qualité des soins, d'articulation ville/hôpital, de prévention et d'évaluation accompagneront la réalisation de ce schéma médico-social en cohérence avec le schéma sanitaire et le programme régional de prévention des conduites addictives.



PRÉFECTURE DE LA RÉGION AQUITAINE

DIRECTION REGIONALE
des AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

Service Politiques sociale et
médico-sociale
Service Inspection régionale de la
santé

ARRETE

FIXANT LE SCHEMA REGIONAL MEDICO-SOCIAL D'ADDICTOLOGIE DE LA REGION AQUITAINE

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
COMMANDEUR DE L'ORDRE NATIONAL DU MERITE

VU les articles L.312-1 à L.314-13 du code de l'action sociale et des familles, et notamment l'article L.312-5 qui prévoit que le représentant de l'Etat dans la région arrête le schéma régional relatif aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie,

VU les articles L.3311-2, L.3411-2 et L.3411-5 du code de la santé publique,

VU la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,

VU la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 (article 92) de financement de la sécurité sociale pour 2007,

VU le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie,

VU le 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,

VU la circulaire DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie,

VU la circulaire DGS/MC2/2008/79 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 médico-sociaux d'addictologie,

CONSIDERANT la mise en place d'un large partenariat d'acteurs associatifs et institutionnels lors de l'élaboration du schéma régional, dans le cadre de la commission régionale addictions, permettant ainsi une prise en compte des connaissances de chacun et assurant la cohérence des orientations,

CONSIDERANT que la région Aquitaine dispose déjà d'un volet « conduites addictives » inscrit dans le schéma régional d'organisation sanitaire, arrêté le 31 mars 2006, par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation,

CONSIDERANT que c'est en articulation avec ce schéma et en s'appuyant sur les mêmes bases territoriales que le schéma régional médico-social d'addictologie a été élaboré,

CONSIDERANT que l'enjeu majeur du schéma régional est de mieux organiser l'accès de tous à une offre de services en addictologie lisible et de qualité dans chaque territoire de la région,

CONSIDERANT l'avis favorable du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale lors de sa séance en date du 9 octobre 2009,

SUR PROPOSITION du Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales,

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER - Le schéma régional médico-social d'addictologie de la région Aquitaine est adopté tel qu'il figure en annexe au présent arrêté, pour la période d'octobre 2009 à octobre 2014.

ARTICLE 2 - Le présent schéma régional est révisable à tout moment et obligatoirement au terme de la période des cinq années qu'il couvre.

ARTICLE 3 - Cette décision peut être contestée, dans un délai de deux mois, à compter de sa publication au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la région Aquitaine et de la Gironde, en formulant :

- un recours gracieux auprès de Monsieur le Préfet de Région, Préfet de la Gironde,
- un recours hiérarchique auprès de Madame la Ministre de la Santé et des Sports,
- un recours contentieux auprès du Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 4 - Le schéma régional sera consultable sur le site Internet de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales à l'adresse suivante : www.aquitaine.sante.gouv.fr

ARTICLE 5 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine, les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales de la Dordogne, de la Gironde, des Landes, du Lot-et-Garonne et des Pyrénées-Atlantiques, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région Aquitaine et de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 4 NOV, 2009

Le Préfet de Région


DoMniaûe SCHMITT

**I. CONTEXTE D'ÉLABORATION DU
SCHÉMA RÉGIONAL MÉDICO-SOCIAL
D'ADDICTOLOGIE.**

1. LE CONTEXTE JURIDIQUE

Créés par la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, inscrits dans le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, les CSAPA ne pouvaient se mettre en place qu'une fois précisées leurs modalités de financement et leurs missions.

C'est la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui prévoit leur financement par l'Assurance maladie (ONDAM médico-social, objectif spécifique), le décret du 14 Mai 2007 (n°2007-877) précise les missions des CSAPA et celui du 24 Janvier 2008 (n°2008-87) est relatif au fonctionnement et au financement de ces structures.

C'est enfin la circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) qui va préciser les conditions d'élaboration des **schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie**.

Cette circulaire constitue la référence tant pour les objectifs généraux que pour la méthode d'élaboration des schémas. Elle précise en particulier les missions de l'instance chargée d'accompagner le projet : la commission régionale addictions.

« L'article L.312-5 du CASF prévoit que le représentant de l'État dans la région arrête le schéma régional relatif aux CSAPA. Dans la mesure où le dispositif de prise en charge en addictologie ne saurait se réduire aux CSAPA, ce schéma devra porter sur tout le dispositif médico-social en addictologie en articulation avec le dispositif hospitalier et la ville et il est dénommé schéma régional médico-social d'addictologie. »

Le schéma est établi pour 5 ans. En cohérence avec le SROS, il est articulé avec le dispositif sanitaire et la médecine de ville, avec le plan national addictions 2007-2011, le plan gouvernemental de la MILDT et ses déclinaisons départementales, le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), les priorités de la conférence régionale de santé et le plan national hépatites 2009-2012.

Le schéma est élaboré par la DRASS dans le cadre de la commission régionale addictions et arrêté par le préfet de région après avis du CROSMS. Il est révisable.

Les finalités du schéma régional médico-social d'addictologie sont de :

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins en addictologie de la population ;
- dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre médico-sociale en addictologie ainsi que l'offre du secteur hospitalier ;
- déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre ;
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et notamment les CAARUD, ainsi qu'avec les établissements de santé publics ou privés ou tout autre organisme public ou privé ;
- évaluer la mise en œuvre du schéma en intégrant dès son élaboration un dispositif efficace de suivi et d'évaluation.

2. LES INSTANCES DE TRAVAIL

2.1 La Commission Régionale Addictions Aquitaine (CRAA)

Elle constitue une instance de concertation, un lieu d'échanges et d'information afin de permettre une meilleure articulation entre les secteurs sanitaires, médico-social, associatif et la médecine de ville. Elle constitue le cadre de préparation du schéma régional d'addictologie, et son rôle est de :

- valider la démarche d'élaboration du schéma ;
- redéfinir, le cas échéant, sur le plan technique et stratégique des orientations et actions ;

- valider le document définitif avant que celui-ci ne soit soumis au CROSMS ;
- réunir une fois par semestre, ses membres (désignés pour cinq ans).

Cette commission est présidée par le directeur de la DRASS ou son représentant et composée d'acteurs concernés par l'addictologie en tant que personnalités qualifiées ou en tant que représentants institutionnels. Elle rassemble :

- des représentants institutionnels de l'Etat, de la MILDT, de l'ARH, de l'Assurance maladie et des Collectivités territoriales ;
- des représentants associatifs gérants de structures médico-sociales et d'associations spécialisées en addictologie ;
- des personnes qualifiées ;
- des représentants des établissements de santé ;
- des représentants des médecins de ville, URML et réseaux de santé ;
- des représentants des usagers.

2.2 Le bureau de la Commission Régionale Addictions.

Le secrétariat de la commission et du bureau est assuré par la DRASS. Rattaché à la Commission Régionale Addictions, c'est un organe opérationnel chargé de l'animation, de l'organisation et du suivi des travaux. Le pilotage du bureau est assuré par le MISP chef de projet Addictions à la DRASS en lien avec les référents Addictions des différents territoires de recours.

Son rôle est de :

- déterminer le cadrage du processus d'élaboration du schéma (méthodologie de travail, calendrier) et assurer le suivi des travaux ;
- participer à l'examen des résultats des groupes de travail à chaque étape de la procédure du schéma et préparer les réunions de la Commission Régionale Addictions ;
- préparer et proposer les documents de travail à l'attention de la CRAA ;
- évaluer l'impact des actions conduites dans le cadre du schéma.

Ce bureau est composé des référents Addictions DRASS, DDASS, ARH et MILDT (administratifs et médecins), animateurs et rapporteurs des groupes de travail thématiques de la CRAA en fonction des thèmes abordés. Il se réunit aussi souvent que nécessaire.

2.3 Des groupes thématiques

Les groupes de travail ont été chargés respectivement de six thématiques retenues lors de la première réunion de la CRAA qui ont constitué le socle du schéma :

- Prévention
- Articulations sanitaires, médico-social et ville
- Publics spécifiques
- Formations
- Indicateurs de suivi et évaluation du schéma
- Communication et annuaire des acteurs.

Les groupes composés des membres de la CRAA, du bureau de la CRAA et des personnes ressources et/ou experts extérieurs, ont réfléchi à la thématique dont ils avaient la charge avec l'aide de personnes ressources auxquelles ils ont fait appel librement.

Chaque groupe a nommé un responsable animateur et un rapporteur et chaque responsable animateur a disposé d'une lettre de mission établie par le président de la CRAA.

Un référent DRASS a été présent à chaque réunion de groupe pour assurer un apport technique et/ou logistique (convocations, réservation de salles).

Ces groupes ont élaboré des préconisations et propositions d'orientations pour le schéma en répondant aux priorités et objectifs définis par le plan national addictions et les textes de cadrage afférents. Ils ont déterminé des priorités d'action pour les 5 ans à venir. Ils ont pour cela, rédigé un document s'appuyant sur le cadre de formalisation proposé par le chef de projet Addictions DRASS et approuvé en bureau de la CRAA. Au total 20 rencontres ont été réalisées par l'ensemble des groupes.

2.4 Des rencontres territoriales

Afin d'élaborer un diagnostic au plus près des réalités et préoccupations de proximité, et afin d'articuler les orientations données au schéma avec les projets médicaux de territoires, des rencontres des acteurs concernés par le schéma ont été organisées par les DDASS sur les 6 territoires de recours. Ces rencontres ont fait l'objet d'une information des présidents de conférences sanitaires de territoires. La thématique « Conduites Addictives » a ainsi pu être prise en compte dans les projets médicaux de territoires.

Pour chaque rencontre, l'animation a été assurée par un binôme Médecin/Administratif référents Addictions en DDASS ou DRASS et un bilan de ces rencontres s'est effectué en s'appuyant sur un cadre de formalisation proposé par le bureau de la CRAA.

Ces diagnostics et prospectives territoriaux ont été réalisés en lien avec les présidents de conférences sanitaires de territoires et présentés par les référents Addictions DDASS pour avis à la CRAA de novembre 2008.

3. LE PROCESSUS D'ELABORATION DU SCHEMA

3.1 État des lieux

Son objectif est de dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sanitaire, médico-sociale et de ville dans la région, de relever les faiblesses, dysfonctionnements et insuffisances de couverture, constatés à partir d'études, de rencontres et entretiens avec les principaux acteurs institutionnels et associatifs.

Des études préparatoires au Schéma régional d'addictologie ont été présentées en CRAA de Juin 2008 :

- état des lieux des indicateurs régionaux et infra-régionaux disponibles en Aquitaine en matière d'addictions (Observations OFDT) ;
- état des lieux des structures médico-sociales en addictologie, typologies, modalités d'accueil, personnels, activités, files actives, implantations en Aquitaine (DRASS-DDASS) ;
- réalisation DRASS d'une cartographie régionale, par territoires de recours et territoires intermédiaires répertoriant les différentes structures, antennes et consultations, alcool, tabac et drogues illicites.

3.2 Analyse et synthèse

Le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale, médico-sociale, ainsi que de l'offre hospitalière et de ville en Aquitaine a été finalisé.

La synthèse de ces travaux a été réalisée par la DRASS en lien avec les DDASS, le bureau de la CRAA, l'OFDT, afin d'aboutir à la formalisation d'objectifs, de pistes d'actions et de propositions d'indicateurs de suivi, élaborés par les différents groupes de travail.

Enfin, cette synthèse a été mise en perspective au regard des données épidémiologiques des bilans des rencontres territoriales et groupes thématiques.

3.3 Détermination des orientations du schéma

L'achèvement de la première phase se concrétise par des éléments de diagnostic partagé et des pistes d'actions thématiques et territoriales.

La seconde phase a donc permis :

- la finalisation des recommandations aux structures ;
- la détermination des perspectives et objectifs de développement de l'offre sur les différents territoires ;
- la définition des cadres de coopération et de coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 et notamment les CAARUD, ainsi que les établissements de santé et la médecine de premier recours ;
- la construction de filières de soins en addictologie s'inscrivant dans une dynamique d'organisation territoriale cohérente, coordonnée et accessible qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des personnes, une plus grande fluidité de leurs parcours et des résultats concrets et lisibles pour les patients.

3.4 Écriture et validation du schéma

Un document cadre rédigé par la DRASS, « Projet de schéma régional médico-social d'addictologie », a été communiqué à un comité de relecture émanant du bureau de la CRAA.

D'autres instances de consultations et de validation sont concernées :

- Comité Technique Régional Interdépartemental (CTRI) ;
- Commission Exécutive de l'ARH ;
- Commission Régionale de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) ;
- Comité Administratif Régional (CAR).

3.5 Adoption du schéma

Après avis du CROSMS, le Préfet arrête le schéma.

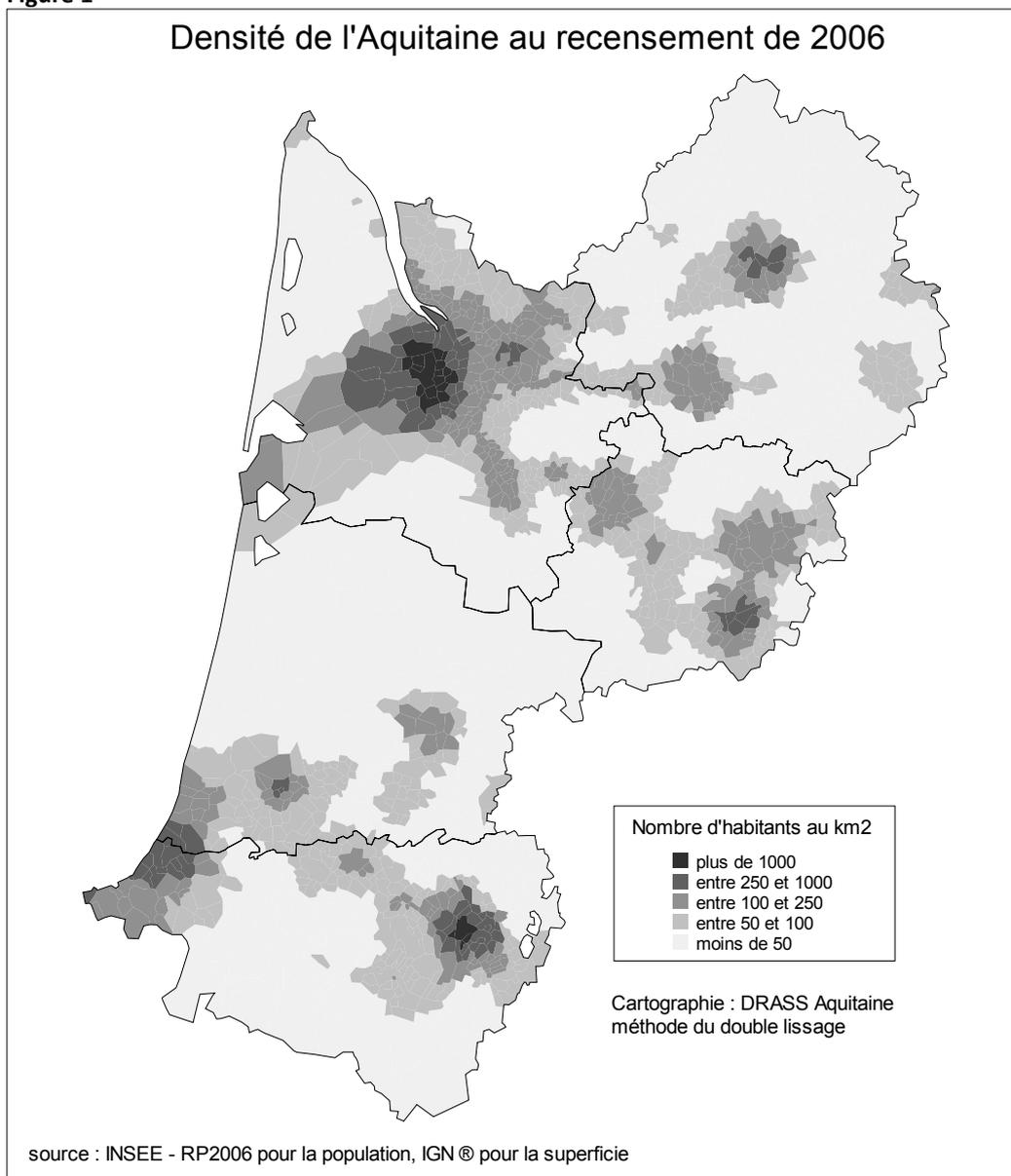
II. ÉTAT DES LIEUX DES CONSOMMATIONS EN AQUITAINE

1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES CARACTERISANT L'AQUITAINE

1.1 Données démographiques.

D'une superficie de 41 300 km², la région Aquitaine est l'une des trois plus vastes de France, après Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. Elle est composée de cinq départements (Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne et Pyrénées-Atlantiques) dont les trois premiers sont, après la Guyane, les plus étendus de France. Leurs chefs-lieux sont respectivement, Périgueux, Bordeaux, Mont-de-Marsan, Agen et Pau.

Figure 1



Au dernier recensement, 3, 12 millions d'habitants résident en Aquitaine. La densité de sa population est passée de 70 h/km² en 1999 à 75 h/km² en 2006, notablement inférieure à la celle du territoire national (hors île-de-France) qui est de 94 h/km². Cette densité cache de fortes disparités intra régionales, avec des extrêmes en Gironde (139 h/ km²) et dans les Landes (39 h/ km²) et aussi de vastes zones où vivent moins de 15 habitants par km² (forêt landaise, zones montagneuses). Le corollaire en est la concentration de la population régionale dont 70 % vit sur 30 % du territoire dans

les espaces urbains et périurbains. Près du quart de la population se concentre dans l'agglomération bordelaise, qui constitue le plus grand espace urbain aquitain¹.

Entre 1999 et 2006 la population aquitaine augmente au rythme de 1 % par an, soit deux fois plus vite qu'entre 1982 et 1999. Le solde migratoire apparent reste le facteur principal de cette croissance. Les Landes et la Gironde profitent de cet essor démographique. Les évolutions entre 1999 et 2006 mettent plus particulièrement en évidence deux dynamiques nouvelles sur le territoire : le retour à la croissance des pôles urbains qui s'accompagne également d'un retour à la croissance des espaces ruraux².

La région Aquitaine, comme les autres régions du sud, est une région âgée. Au 1er janvier 2008, les personnes de 65 ans ou plus représentent 19,3 % de la population contre 16,3 % dans l'ensemble du pays. À l'inverse, le pourcentage de jeunes de moins de 20 ans est plus faible en Aquitaine (22,8 %) qu'en France (25,1 %). La région se situe au 5^e rang des régions ayant le moins de jeunes. Le vieillissement, en progression depuis de nombreuses années, est particulièrement marqué dans les zones les plus rurales et les plus isolées. C'est en Dordogne que le pourcentage de personnes de 65 ans ou plus est le plus important, il est d'ailleurs devenu supérieur à celui des jeunes de moins de 20 ans depuis le milieu des années 1990.

Selon les projections de population de l'Insee, le nombre d'habitants devrait continuer à croître dans les années futures. À l'horizon 2030, la région serait parmi celles présentant les plus fortes croissances démographiques. Cette progression, toujours due pour l'essentiel à des phénomènes migratoires, s'accompagnera d'une accentuation du vieillissement.

En Aquitaine et en 2005, l'espérance de vie à la naissance est un peu plus élevée qu'en France chez les femmes (83,9 ans contre 83,7 ans) et chez les hommes (77,2 ans contre 76,8 ans)³.

1.2 Données socioéconomiques.

Chômage.

Au troisième trimestre 2008 le taux aquitain de chômage (7,2 %) est sensiblement identique à celui relevé en France (7,3 %). Les taux de chômage les plus élevés sont observés dans les zones d'emploi⁴ à l'ouest de la Gironde, au sud de la Dordogne et l'est du Lot-et-Garonne. Dans les Pyrénées-Atlantiques et les Landes les taux se situent en dessous la moyenne régionale, sauf dans la zone d'emploi « Sud des Landes ».

¹ Breuil D, *La croissance démographique s'accélère en Aquitaine depuis 1999*. Le quatre pages INSEE Aquitaine. N°181 Janvier 2009.

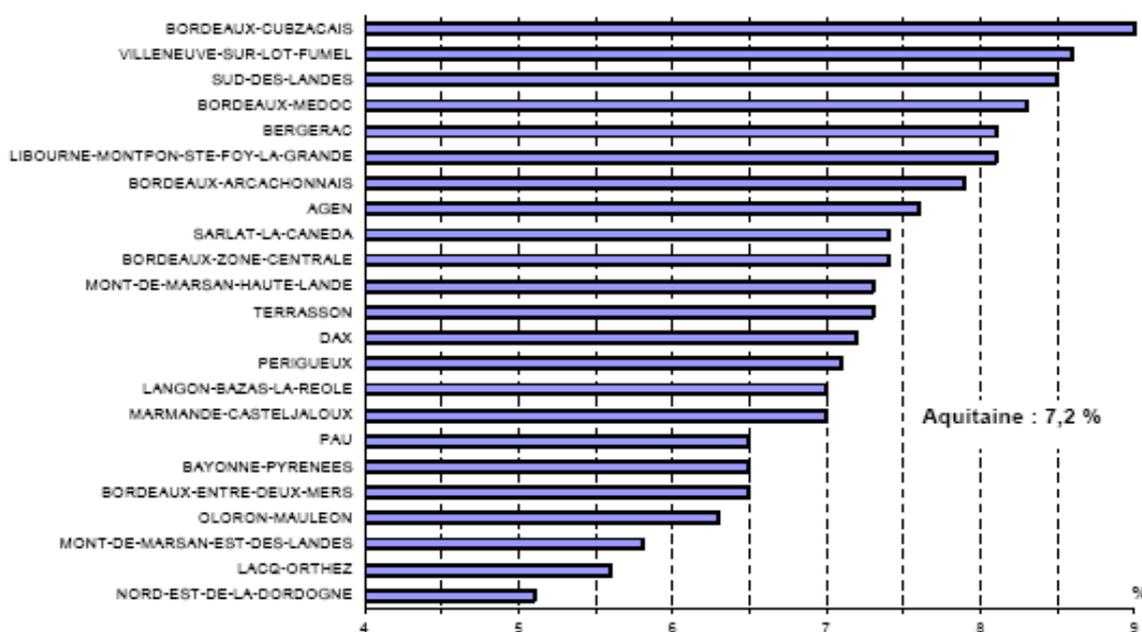
² Idem

³ Sources : *Insee - Fichier Etat-Civil et Estimations localisées de population*. Consultable sur le site <http://www.insee.fr>.

⁴ Une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs réside et travaille. Effectué conjointement par l'Insee et les services statistiques du Ministère en charge du travail, le découpage en zones d'emploi constitue une partition du territoire adaptée aux études locales sur l'emploi et son environnement. Les déplacements domicile-travail constituent la variable de base pour la détermination de ce zonage. Le découpage respecte nécessairement les limites régionales, et le plus souvent les limites cantonales (et donc a fortiori départementales). Il était recommandé de ne pas créer de zones réunissant moins de 25 000 actifs.

Figure 2

Taux de chômage par zone d'emploi au T3 - 2008



Source : Insee - Taux de chômage localisés

Les taux les plus élevés par zone d'emploi se concentrent dans le nord de la Région, exception faite du sud des Landes. Les graphiques sont issus de la publication de février 2009 de l'INSEE relative aux éléments de conjoncture régionale 2007-2008.

Minima sociaux et CMUC

Début 2007, un peu plus de 110 000 Aquitains bénéficiaient d'un des trois principaux minima sociaux (allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation aux parents isolés (API) ou le revenu minimum d'insertion (RMI)). Les taux régionaux sont supérieurs aux taux moyens français sauf pour l'API où la région est passée sous la moyenne nationale⁵. À la même période, près de 182 800 personnes bénéficiaient de la couverture maladie universelle complémentaire, soit 5,9 % des Aquitains. Le Lot-et-Garonne présente le pourcentage de bénéficiaires de la CMU complémentaire le plus élevé de la région (7,5 %), le pourcentage le plus faible étant observé dans les Landes (5,0 %)⁶.

Par ailleurs, en 2003, le nombre de personnes ne bénéficiant pas d'une couverture maladie complémentaire s'élevait à près de 393 000 Aquitains soit 13 % de la population. L'essentiel des assurés sociaux n'accédant pas à la CMU complémentaire dispose de revenus faibles mais supérieurs aux plafonds ouvrant les droits. Les disparités départementales apparaissent importantes, les taux de personnes sans couverture complémentaire s'échelonnant de 9 % de la population dans les Landes à 18 % en Dordogne et Lot-et-Garonne.

Niveau de vie.

En Aquitaine, 347 600 Aquitains (11,5 %) vivaient avec moins de 788 euros par mois en 2004, c'est-à-dire sous le seuil de pauvreté. Ce taux de pauvreté est proche de celui observé en France métropolitaine.

⁵ DRASS STATISS 2008 *Statistiques et indicateurs de la Santé et du social : les régions françaises*. Août 2008. 72 pages.

⁶ Idem

La pauvreté est plus fréquente en Dordogne et Lot-et-Garonne (respectivement de 15,5 % et 14,6 %) alors qu'elle est moins marquée dans les Landes (9,9 %). Ce département est aussi celui où les disparités de revenus sont les plus faibles et présente ainsi que le taux de chômage et le taux d'allocataires du RMI pour mille habitants le plus bas de la région⁷. Quel que soit le département, la pauvreté est plus fréquente dans les campagnes que dans les villes.

L'Aquitaine est l'une des premières régions agricoles françaises, le vin en étant le produit-phare. Les vignobles s'étendent sur près de 152 000 hectares en 2007, soit 11% de la surface agricole utilisée (3% en France Métropolitaine)⁸. L'Aquitaine est aussi une région à vocation touristique, notamment grâce à son littoral et ses centres urbains. La région tient également une place centrale sur l'Arc atlantique⁹.

Sa situation transfrontalière est un élément déterminant dans la compréhension du problème des addictions sur le territoire. Les consommateurs disposant d'une offre de proximité en général beaucoup plus large que ce soit en termes d'éventail des produits proposés, de qualité de ceux-ci, voire de prix. En Aquitaine, notamment dans le Pays basque, le passage en Espagne à des fins festives, lors des week-ends, est une pratique courante.

Une autre particularité de la région porte sur les fêtes ancrées dans les traditions locales qui rythment de manière singulière les consommations de substances psychoactives.

⁷ Pédezert G, *Moins de pauvreté dans les landes*. Les quatre pages INSEE Aquitaine. N°179 Septembre 2008

⁸ DRAAF Agreste Aquitaine *Mémento de la statistique agricole*. Décembre 2008 consultable sur <http://agreste.agriculture.gouv.fr/>

⁹ La Commission Arc Atlantique regroupe 27 Régions depuis l'Andalousie jusqu'à l'Écosse qui coopèrent sur un grand nombre de sujets. Son objectif est de promouvoir des coopérations dans différents domaines (infrastructures et moyens de communication, eau et environnement, tourisme atlantique, formation et recherche) afin de mieux concurrencer les positions dominantes des régions du centre européen.

2. LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LEUR RETENTISSEMENT SUR LA SANTE

Ce chapitre compile l'ensemble des données relatives aux usages de substances psychoactives disponibles en Aquitaine, et expose particulièrement les faits saillants de l'état des lieux dans la région. Elles portent respectivement sur les consommations, déclarées ou estimées, sur les conséquences sociales, sanitaires et pénales des addictions. Les résultats des enquêtes les plus récentes sont présentés ici et rapprochés, au niveau national, régional et départemental, selon le niveau d'information disponible.

2.1 L'alcool

En 2005, 53, 3millions d'hectolitres de vins ont été récoltés sur le territoire français selon la direction générale des douanes et droits indirects. Avec 15 % de la production nationale, l'Aquitaine est une des régions les plus productrices.

La fréquence de consommation d'alcool nettement supérieure à la moyenne nationale en population générale¹⁰ ...

Les fréquences de consommations d'alcool en population générale (usage récent, usage dans la semaine et usage régulier) s'avèrent plus importantes en Aquitaine que celles qui sont observées sur le reste du territoire. Toutefois, comme dans le reste de la France, l'ensemble de ces indicateurs est en baisse depuis 2000 en Aquitaine

...mais des usages à risque et des niveaux d'ivresses déclarées qui ne distinguent pas la région du reste du territoire.

Le niveau déclaré de consommation ponctuelle importante (au moins six verres en une même occasion) ne se distingue pas de celui du reste de la France. La prévalence des usages problématiques repérés par les tests *Audit-C*¹¹ et *Deta* se situe également dans la moyenne.

Chez les jeunes de 17 ans : une consommation d'alcool parmi les plus élevées de métropole.

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux jeunes Aquitains, ceux-ci s'avèrent nettement plus consommateurs que les jeunes Français du même âge pour l'ensemble des indicateurs renseignés : expérimentations, usages réguliers, ivresses répétées, *Binge drinking*¹². La proportion des jeunes déclarants des ivresses répétées en Aquitaine a nettement augmenté, passant entre 2002 et 2005 de 23 % à 30 %¹³.

¹⁰ Beck F, Legleye S, Le Nezet O, Spilka S. *Atlas régional des consommations d'alcool 2005* Données INPES/OFD. Pp 106-111.

¹¹ Le test Audit-C est la version courte du test Audit (Alcohol use disorder identification test), mis au point par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour repérer (à l'aide de trois questions portant sur la fréquence d'usage et la quantité d'alcool consommée sur les douze derniers mois) les consommateurs d'alcool mettant leur santé en danger.

¹² Entendu dans le sens de l'indicateur retenu par l'OFDT, à savoir : consommation de 5 verres ou plus en une seule occasion au moins une fois au cours des trente derniers jours.

¹³ Source : Escapad 2002/2003 et 2005, exploitation Aquitaine, OFDT. 2008

Figure 3

Consommation de 5 verres ou plus en une seule occasion au moins une fois au cours des 30 derniers jours à 17 ans.

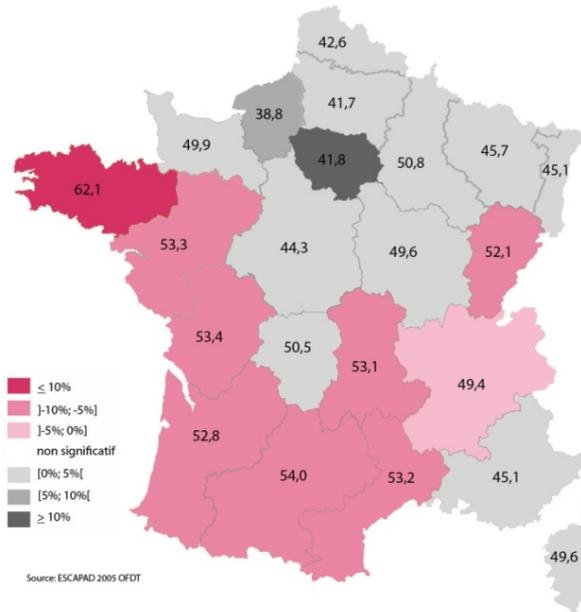
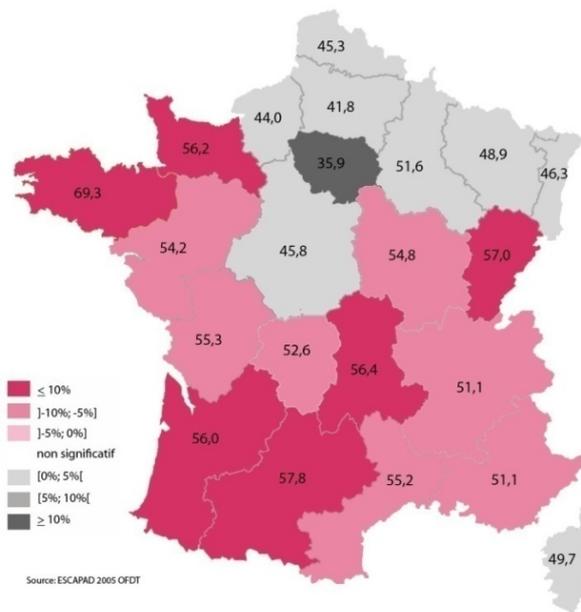


Figure 4

Ivresses alcooliques au cours des 12 derniers mois à 17 ans en 2005 (%)



INDICATEURS UTILISES.

L'expérimentation

désigne le fait de déclarer avoir déjà pris un produit au cours de sa vie, quel que soit le nombre de consommations.

L'usage récent désigne l'usage au cours des 30 derniers jours

L'usage quotidien désigne le fait d'avoir pris un produit quotidiennement au cours des trente derniers jours.

L'ivresse répétée désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois.

L'ivresse régulière désigne le fait d'avoir été ivre au moins dix fois au cours des douze derniers mois.

Binge Drinking correspond à la consommation d'au moins cinq verres en une seule occasion au cours des trente derniers jours. (Définition en cours de révision à l'OFDT)

En Aquitaine, les filles de 17 ans sont un peu plus concernées par les comportements à risques¹⁴ que les filles du même âge en France.

Bien que les consommations à risques soient toujours plus fréquentes chez les garçons que chez les filles, l'écart entre les sexes semble plutôt moins marqué en Aquitaine que dans le reste du pays.

Par ailleurs la conduite des deux roues motorisées après avoir bu plus d'un verre de boisson alcoolisée apparaît notablement plus fréquente en Aquitaine qu'ailleurs¹⁵.

En Aquitaine, la mortalité liée à l'alcool est parmi les moins élevées de France.

En Aquitaine, chaque année ¹⁶ les maladies liées à l'alcool (cancer des voies aérodigestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique et cirrhose du foie) sont responsables de plus de 900 décès annuels. Ce chiffre fait de l'Aquitaine l'une des régions présentant la mortalité liée à l'alcool la moins élevée. La mortalité liée à l'alcool a d'ailleurs diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005. On observe également que la fréquence des hospitalisations liées à l'alcool est inférieure à la moyenne nationale.

Pour autant en Aquitaine, entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool et les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins.

En Aquitaine le taux d'accidents corporels avec alcool est supérieur à la moyenne nationale en 2007

En Aquitaine le taux d'accidents corporels avec alcool¹⁷ est supérieur à la moyenne nationale en 2007 (10,8% vs 9,1%). Chiffre néanmoins en baisse depuis 2005 : passant du 5^{ème} rang des régions les plus concernées au 16^{ème} rang actuellement¹⁸. La part de ces accidents est inégalement répartie sur le territoire aquitain, deux départements ont des taux significativement supérieurs à la moyenne nationale : les Landes et la Dordogne. La Gironde, fortement touchée ces dernières années, a réduit cette proportion de 16,4 % en 2006 à 10,1 % en 2007.

2.2 Le tabac

La prévalence tabagique en Aquitaine en population générale ne se distingue pas de la valeur moyenne française.

Près d'un Aquitain sur trois est un fumeur quotidien de tabac. Malgré la proximité d'un possible approvisionnement transfrontalier (significatif en d'autres régions), la prévalence tabagique en Aquitaine ne se distingue pas de la valeur moyenne française parmi la population des 15-75 ans interrogée¹⁹.

Chez les jeunes de 17 ans, le tabagisme quotidien a nettement diminué depuis 3 ans.

La diminution de la prévalence tabagique depuis 5 ans en France concerne également les plus jeunes aquitains ; en regard de l'enquête ESCAPAD 2002/2003, le tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans en 2005 dans la région a fortement diminué (39 % à 33 %).

L'indicateur de vente moyen de tabac par habitant en 2006 en Aquitaine est globalement inférieur à la moyenne nationale particulièrement pour les trois départements les plus au Sud de la Région.

¹⁴ Désignant l'ensemble des indicateurs suivants : consommation de 6 verres et plus en une seule occasion au moins une fois par mois, de 6 verres et plus en une seule occasion au moins une fois par semaine, usage à risque chronique ou dépendant (Audit-C), Usage problématique (Deta).

¹⁵ Beck F, Legleye S, Le Nezet O, Spilka S. *Atlas régional des consommations d'alcool 2005* Données INPES/OFDT. Pp 106-111.

¹⁶ ORSA La santé observée en Aquitaine : facteurs de risques : Alcool-Tabac-Toxicomanie. Décembre 2008.

¹⁷ Calculé à partir de l'ensemble des accidents corporels aux taux d'alcoolémie connu.

¹⁸ ILIAD 2005-2007 www.ofdt.fr

¹⁹ Beck F, Legleye S, Le Nezet O, Spilka S. *Atlas régional des consommations d'alcool 2005* Données INPES/OFDT. Pp 106-111..

Les femmes d'Aquitaine présentent un taux de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon supérieur à la moyenne nationale.

Les maladies liées au tabac sont à l'origine de 4400 décès en Aquitaine. Les deux tiers des décès liés au tabac concernent des hommes et surviennent avant l'âge de 65 ans (décès prématurés).

Alors que les données de mortalité²⁰ par cancer de la trachée, des bronches et du poumon (hommes et femmes) se situent dans la moyenne nationale en 2004, les données présentées par la FNORS par sexe indiquent un taux standardisé de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes supérieur dans la région entre 2000 et 2002.

En Aquitaine, chaque année²¹ à structure par âge comparable, la mortalité par cardiopathies ischémiques et bronchites chroniques ou maladies pulmonaires obstructives est inférieure à la moyenne nationale. Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix. La mortalité liée au tabac a diminué chez les hommes entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.

Si le tabagisme est peu générateur de problématiques psychosociales nécessitant des interventions médico-sociales lourdes, il n'en demeure pas moins un objectif de prévention important du fait de sa forte prévalence d'usage et de la gravité de ses conséquences sanitaires.

2.3 Le cannabis

L'expérimentation de cannabis en population générale supérieure à la moyenne nationale.

Les observations du baromètre santé 2000 situaient déjà l'Aquitaine comme une région de surconsommation de cannabis. En 2005, l'expérimentation de cannabis des Aquitains âgés de 15 à 64 ans (34,4 %) demeure toujours significativement supérieure à la moyenne nationale.

L'expérimentation du cannabis chez les jeunes Aquitains se stabilise comme au niveau national.

Pour les plus jeunes, les niveaux d'usage du cannabis sont similaires à ceux qui sont observés sur le reste du territoire métropolitain en 2005. Parmi les 966 adolescents interrogés en 2005 dans l'enquête ESCAPAD en Aquitaine, 54 % des garçons et 43 % des filles déclarent avoir expérimenté le cannabis. L'usage régulier, qui est en baisse par rapport à l'enquête 2002/2003, concerne 11 % des jeunes aquitains, avec une nette prédominance masculine (17 % des garçons et 6 % des filles).

Ces indicateurs laissent à penser que la progression de l'expérimentation et de l'usage de cannabis constatée les dix dernières années chez les jeunes tend à se stabiliser voire à s'infléchir.

Les conséquences sanitaires et sociales de ces consommations (dépendance, troubles psychologiques aigus ou chroniques, problèmes familiaux, scolaires ou professionnels, accidents de la route...) sont mieux connus et incitent à renforcer les actions de prévention, repérage précoce et accès aux soins auprès des jeunes consommateurs.

2.4 Les drogues illicites (hors cannabis)

L'expérimentation des autres drogues en Aquitaine est identique à celle relevée en France entière.

Pour les substances telles que la cocaïne et l'ecstasy les niveaux d'expérimentations²² en population générale en Aquitaine respectivement 2,8 % et 1,7 % sont équivalents à ceux qui sont relevés en France.

²⁰ INSERM Cépidc et INSEE

²¹ ORSA La santé observée en Aquitaine : facteurs de risques : Alcool-Tabac-Toxicomanie. Décembre 2008.

²² Les mesures effectuées pour les autres substances illicites concernent les expérimentations ; les autres indicateurs ne pouvant pas être renseignés.

À 17 ans l'expérimentation des autres produits illicites est nettement moins fréquente que celle du cannabis. Les niveaux d'expérimentation à cet âge pour ces différentes substances se révèlent très proches des moyennes nationales.

L'expérimentation des drogues illicites telles que l'héroïne ou la cocaïne, quand elle se fait, survient en effet plus tardivement et leur consommation reste à des niveaux de prévalence peu repérables par les études en population générale. En revanche compte tenu de l'effet rapidement et lourdement délétère de ces substances, elles sont à l'origine d'une forte demande de soins.

Figure 5

Expérimentations d'autres produits illicites chez les jeunes de 17 ans en 2005 (%).

	Garçons Aquitaine	Filles Aquitaine	Ensemble Aquitaine	France Ensemble
Champignons Hallucinogènes	5	2	3	4
Poppers	6	3	5	6
Ecstasy	4	3	4	4
Cocaïne	5	2	3	3
Héroïne	1	0	0	1

Source : OFDT- Enquête ESCAPAD 2005.

Évolutions des tendances de consommations en Aquitaine

Retour de l'héroïne et nouveaux usagers.

Le « retour » de l'héroïne se confirme : après les baisses régulières constatées depuis la mise en place des traitements de substitution, cette donnée marque clairement un changement de tendance. Depuis 2005, l'ensemble des indicateurs du dispositif TREND témoigne d'une amplification de la diffusion de l'héroïne dans la région : augmentation de la disponibilité, image plus valorisée de la substance auprès des usagers ou encore apparition de nouveaux groupes d'usagers.

Diffusion croissante de la cocaïne dans la région depuis 5 ans.

La structuration et l'amplification de l'offre de cocaïne au plan local se sont poursuivies. La diffusion de l'usage de cocaïne est une des tendances lourdes dans la région ces cinq dernières années. L'accroissement de la consommation de cocaïne semble se poursuivre tant parmi les usagers à faible pouvoir d'achat et en situation précaire que dans des populations plus insérées où elle tend à se diffuser dans des milieux socioculturels variés dans les espaces récréatifs.

À l'augmentation des usages répond un accroissement perceptible par les professionnels de santé, de leur impact sur la santé des usagers. Impacts auxquels se conjuguent parfois des difficultés sociales (endettement, arrestations.)

Chez les plus jeunes, recours accru à l'alcool et aux solvants.

Enfin, plusieurs sources ont fait état en 2007 d'un recours accru à des solvants et de l'alcool par les plus jeunes expérimentateurs (espace scolaire essentiellement). Tendance qui semble se confirmer d'après les premières observations TREND réalisées en 2008.

Retentissement sur la santé

Un injecteur sur deux à Bordeaux est contaminé par le Virus de l'Hépatite C.

Si la prévalence de l'infection VIH a beaucoup diminué depuis 10 ans parmi les usagers de drogues, l'hépatite C continue de toucher une large part de ces personnes, essentiellement les injecteurs. Les mesures de réduction des risques dans ce domaine ont largement contribué à la diminution des contaminations au VIH chez les usagers de drogues. Les dernières données enregistrées de nouvelles contaminations de ces publics sont inférieures à 5 % des nouvelles contaminations entre 2003-

2006²³. L'enquête Coquelicot de l'InVS réalisée en 2004 indique un taux de contamination au VIH parmi les usagers de drogues de 3,4%.

L'axe de préoccupation actuel de la santé des usagers de drogues et plus particulièrement des injecteurs porte sur la contamination à l'hépatite C. Les prévalences locales de l'hépatite C, mesurées par prélèvement sanguin des usagers de drogues dans l'enquête Coquelicot de l'InVS²⁴, indiquent une contamination à l'hépatite C de près d'un usager sur deux en 2004.

Figure 6

Séroprévalence du VIH et du VHC par ville parmi les usagers de drogues, Coquelicot, 2004.

Ville		VIH +%	[IC95%]	VHC + %	[IC95%]
Lille	n=100	1	[0,2-5,7]	43,7	[30,4-57,9]
Strasbourg	n=130	4,3	[1,8-10,2]	54,4	[40,6-67,6]
Paris	n=335	10,9	[5,9-18,9]	62	[49,9-72,7]
Bordeaux	n=123	3,4	[0,9-11,4]	47,2	[30,4-64,7]
Marseille	n=129	31,5	[20,6-44,8]	65,9	[55,1-75,4]
Total	n=817	10,8	[6,8-16,6]	59,8	[50,7-68,3]

Source : Enquête Coquelicot INVS.

Par ailleurs cette enquête précise que le taux de contamination des usagers de drogues les plus jeunes (< 30 ans) à l'hépatite C s'élève à 28% alors que celle du VIH est quasi nulle²⁵. Il est d'ailleurs à noter que chez ces publics, 27 % s'estimaient négatifs à tort.

L'enquête²⁶ réalisée entre 2003 et 2006 au sein de plusieurs maisons d'arrêt sur la réincarcération et mortalité chez les détenus dépendants aux opiacés indique pour les usagers sous substitution un taux de séropositivité au VHC de près de 40 % (7 % seulement déclare avoir reçu un traitement par interféron).

Parmi la cohorte étudiée, 12 % des usagers déclarent ne pas connaître leur statut sérologique.

Infractions à la législation sur les stupéfiants

Les infractions sur les stupéfiants²⁷ recensées par l'OCRTIS en Aquitaine sont au nombre de 4545 interpellations pour infraction liée au cannabis (usage, vente, revente) ; soit une augmentation de près de 40 % entre 2006 et 2007. Cet indicateur se situe dans la moyenne nationale de l'activité répressive.

La région se distingue par un nombre d'interpellations pour usage de cocaïne élevé depuis 5 ans, ceci étant particulièrement notable dans les deux départements les plus au sud de la région.

2.5 Autres drogues

Les estimations de consommation de médicaments psychotropes (hypnotiques et anxiolytiques) en Aquitaine sont établies à partir de leurs remboursements réalisés par l'assurance maladie auprès de

²³ INVS Surveillance du VIH/SIDA en France. Données au 30 Juin 2005. Paris : InVS, 2006 (Report n°3, Juin).

²⁴ M. Jauffret-Roustide, E. Couturier, Y. Le Strat, F. Barin, J. Emmanuelli, C. Semaille, M. Quaglia, N. Razafindratsima, G. Vivier, L. Oudaya, C. Lefevre, J-C Desenclos *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France*, étude InVS-ANRS Coquelicot, BEH n°33. Sept 2004

²⁵ Delile JM., Reiller B., Foucher J., De Lédinghen V., Gachie J.P. *Hépatite C chez les usagers de drogues*. *Alcoologie et Addictologie* n° 30 (4), pp 385-394. 2008.

²⁶ J-N Marzo, M Rotily, F Meroueh, M Varastet, C. Hunault, A Zin, réincarcération et mortalité chez les détenus dépendants aux opiacés : *une étude de cohorte et prospective (2003-2006)*. Février 2008. RECAMS/OFD/CLINSEARCH.

²⁷ Limite de l'indicateur : le nombre de faits constatés en matière d'Infractions à la Législation des Stupéfiants (ILS) dépend en partie de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes et ne reflète que partiellement l'ampleur du phénomène.

81 % de la population²⁸. Près de 5,5 millions de boîtes d’anxiolytiques et d’hypnotiques ont été prescrites en ville et remboursées par l’assurance maladie.

Selon les estimations de l’URCAM Aquitaine sur la consommation annuelle de psychotropes, il apparaît que la région a une consommation supérieure aux estimations réalisées en France (2,2 boîtes vs 1,6 boîte par personne protégée en 2006)²⁹.

L’Aquitaine se caractérise par un taux élevé de consommateurs de psychotropes qu’ils soient précaires ou non

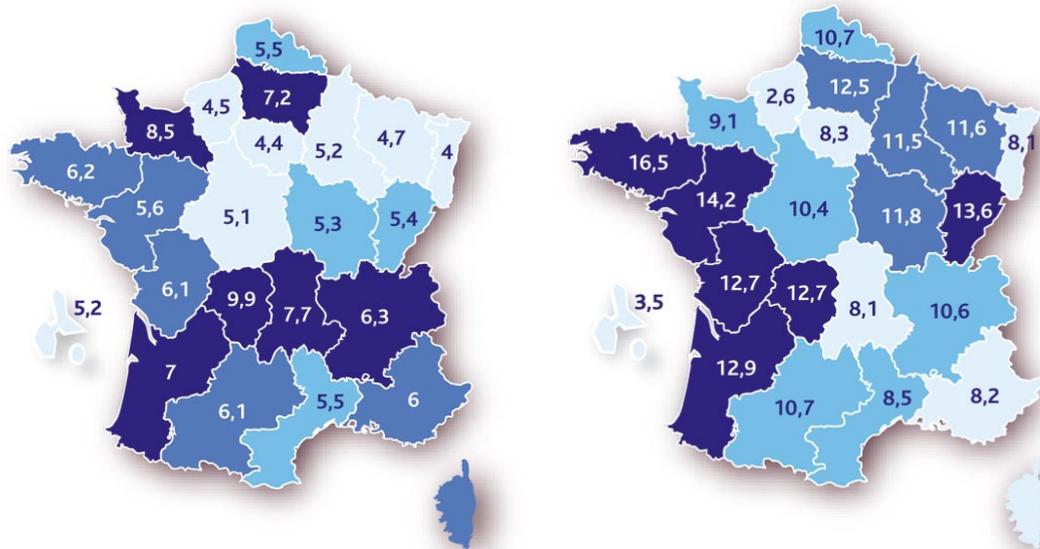
L’enquête réalisée par la CETAF³⁰ concernant la mesure de l’état de santé des assurés du régime général repose sur l’exploitation de 576 242 examens de santé effectués en 2004 dans le réseau des Centres Examens de Santé. Une distinction d’âge, de sexe et d’indices de précarité³¹ sont pris en considération pour l’exploitation géographique des données.

Compte tenu de la méthodologie spécifique³², les Aquitains de 29 à 59 ans se caractérisent comme toute la population de la façade atlantique, par un taux élevé de consommateurs de psychotropes qu’ils soient précaires ou non (voir cartes ci-après).

Taux comparatifs de consommateurs de psychotropes en France (en %)

Figure 7 : Précaires

Figure 8 : Non précaires



Source: Données CNAMTS– CETAF 2004.

²⁸ Qui correspond à la population couverte par le Régime Général.

²⁹ Source : URCAM Aquitaine.

³⁰ Centre Technique d’Appui et de Formation des Centres d’examen de santé (CETAF)

³¹ Les Centres d’Examen de santé ont développé en 2004 le score EPICES pour identifier les personnes fragilisées socialement qui ne sont pas détectées par les critères socio-administratifs de précarité (article 2 de l’arrêté ministériel du 20 juillet 1992. JO n°218 du 19 septembre 1992). Ce score est composé de 11 questions : sont considérés comme personnes précaires celles qui ont un score supérieur ou égal à 40 points. In Dauphinot, C. Dupré, R. Guéguen, F. Naudin *Géographie de la santé dans les centres d’examen de santé : données régionalisées 2004*. Assurance maladie –CETAF. Page 11.

³² V. Dauphinot, C. Dupré, R. Guéguen, F. Naudin *Géographie de la santé dans les centres d’examen de santé : données régionalisées 2004*. Assurance maladie –CETAF. Pp 5-11.

2.6 Les addictions sans substances

Si le Canada et les Etats-Unis produisent des études sur la question de l'addiction au jeu, en France il est difficile d'estimer l'ampleur et la qualité du phénomène. À l'heure actuelle, les estimations les plus fiables proviennent d'une extrapolation des études et statistiques étrangères et des appréciations de certains spécialistes français³³.

Ainsi, il y a tout lieu de penser que la proportion de personnes concernées s'approche de celle estimée dans d'autres pays (1 à 2 % de la population), soit entre 400 000 et 800 000 personnes en France³⁴.

³³ Rapport du Sénat sur l'évolution des jeux de hasard et d'argent : le modèle français à l'épreuve. Consultable sur <http://www.senat.fr/rap/r06-058/r06-05866.html>

³⁴ J. Etiemble. Expertise collective « *Jeux de hasard et d'argent -Contextes et addictions* » Éditions Inserm, juillet 2008, 492 pages.

3. FAITS MARQUANTS DANS LES DEPARTEMENTS

Ces « Faits marquants » sont extraits des fiches Alcool, Tabac et Autres drogues du tableau de bord sur la santé réalisées dans le cadre du schéma régional médico-social d'addictologie. Ces fiches, figurant dans l'annexe du schéma, ont été réalisées pour chaque département aquitain.

Chaque fiche est structurée de la façon suivante : la première page comprend une synthèse situant le problème évoqué dans son contexte national, un résumé soulignant les faits marquants de la situation départementale (ou régionale) et un indicateur permettant de comparer les résultats du département (ou de la région) non seulement à la moyenne nationale, mais aussi aux valeurs départementales (ou régionales) extrêmes. Les deuxième et troisième pages fournissent ensuite des données plus détaillées, sous forme de tableaux et graphiques commentés. Des définitions et des informations méthodologiques précisent le cadre des indicateurs.

3.1 Dordogne

ALCOOL

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année de plus de 165 décès en Dordogne.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- La mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme diminue en Dordogne.
- La fréquence des hospitalisations pour alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool est inférieure à la moyenne nationale.

TABAC

- À structure par âge comparable, la mortalité par cancer du poumon ou bronchite et maladies pulmonaires obstructives est plus faible en Dordogne qu'en France et en Aquitaine, quel que soit le sexe.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur six et d'un décès féminin sur dix.
- Chez les hommes, la mortalité liée au tabac a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- Le nombre de cigarettes vendues en Dordogne est en diminution. Cependant, comme en Gironde, les ventes moyennes sont plus fortes que dans les autres départements aquitains.

AUTRES DROGUES

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est inférieur aux moyennes régionale et nationale.
- Le nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis a fortement augmenté entre 2000 et 2005.
- En 2006, les ventes de Méthadone® ont été particulièrement importantes.
- Le recours au centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire est moins fréquent qu'en Aquitaine et en France.

3.2 Gironde

ALCOOL

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année de 376 décès en Gironde.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- Les décès masculins sont près de six fois plus nombreux que les décès féminins.
- La mortalité liée à l'alcool a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- Chez les femmes, la fréquence des hospitalisations pour tumeurs malignes du foie est supérieure à la moyenne nationale.

TABAC

- À structure par âge comparable, la mortalité liée aux cancers de la trachée, des bronches et du poumon est plus élevée qu'en France et la plus forte en Aquitaine.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix.
- Chez les hommes, la mortalité liée au tabac a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- Le nombre de cigarettes vendues en Gironde est en diminution, mais reste le plus élevé d'Aquitaine.

AUTRES DROGUES

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est légèrement supérieur à la moyenne régionale mais inférieur à la moyenne nationale.
- Le nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis a augmenté entre 2000 et 2005.
- Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Stéribox® ont été plus importantes qu'en France.
- Le recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire est moins fréquent qu'en Aquitaine.

3.3 Landes

ALCOOL

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année d'une centaine de décès dans les Landes.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- Les décès masculins sont presque quatre fois plus nombreux que les décès féminins.
- La mortalité liée à l'alcool a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- La fréquence des hospitalisations liées à l'alcool est inférieure à la moyenne nationale.

TABAC

- À structure par âge comparable, la mortalité liée au tabac est plus faible dans les Landes qu'en France, et la plus faible en Aquitaine après la Dordogne.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix.
- Chez les hommes, la mortalité liée au tabac a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- Le nombre de cigarettes vendues dans les Landes est en diminution.

AUTRES DROGUES

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est supérieur à la moyenne régionale mais inférieur à la moyenne nationale.
- Les taux d'infractions liées à l'usage de cocaïne ou d'ecstasy sont plus élevés que dans les autres départements aquitains et qu'en France.
- Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Stéribox®, Subutex® et Méthadone® sont inférieures aux valeurs régionales et nationales.
- Le recours au centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire est plus fréquent qu'en Aquitaine.

3.4 Lot et Garonne

ALCOOL

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année de 90 décès en Lot-et-Garonne.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- Les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins.
- La mortalité liée à l'alcool a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- La fréquence des hospitalisations pour tumeurs malignes du foie est supérieure à la moyenne nationale chez les femmes.

TABAC

- À structure par âge comparable, la mortalité par cardiopathies ischémiques ou bronchites et maladies pulmonaires obstructives est plus faible dans le Lot-et-Garonne qu'en France.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix.
- La mortalité par cancers broncho-pulmonaires a progressé entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005, en particulier chez les femmes.
- Le nombre de cigarettes vendues dans le Lot-et-Garonne est en diminution.

AUTRES DROGUES

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est inférieur à ceux observés dans les autres départements aquitains, en particulier pour le cannabis.
- Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Stéribox® et Méthadone® sont les plus faibles d'Aquitaine.
- Les ventes de Subutex® et de Méthadone® ont fortement progressé entre 1996 et 2006.
- Le recours au centre spécialisé de soins aux toxicomanes en ambulatoire est moins fréquent que dans les autres départements aquitains.

3.5 Pyrénées Atlantiques

ALCOOL

- Les maladies liées à l'alcool sont responsables chaque année de près de 170 décès dans les Pyrénées-Atlantiques.
- Entre 45 et 64 ans, un décès sur dix est lié à une consommation excessive d'alcool.
- Les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins.
- La mortalité par cancers des VADS a diminué entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- La fréquence des hospitalisations liées à l'alcool est inférieure à la moyenne nationale.

TABAC

- À structure par âge comparable, la mortalité masculine liée au tabac est proche de la moyenne nationale.
- Les maladies liées au tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix.
- La mortalité liée au tabac a diminué chez les hommes entre les périodes 1997-1999 et 2003-2005.
- La vente moyenne journalière de cigarettes est moins élevée dans les Pyrénées-Atlantiques que dans les autres départements aquitains.

AUTRES DROGUES

- Le taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants est supérieur à ceux observés dans les autres départements, notamment pour le cannabis.
- Comme dans les Landes et en Gironde, le taux d'infractions liées à l'usage de cocaïne est particulièrement élevé.
- Rapportées à la population de 20 à 39 ans, les ventes de Méthadone® sont supérieures à la moyenne nationale alors que celles de Stéribox® et de Subutex® sont inférieures.
- Le recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire est plus fréquent que dans les autres départements aquitains.

III. ÉTAT DES LIEUX DES RESSOURCES D'ADDICTOLOGIE EN AQUITAINE

1. LA PREVENTION EN AQUITAINE

Le champ de la prévention en Aquitaine en matière d'addictologie recouvre une multitude de pratiques. Les actions des différents acteurs sont fédérées autour du volet addiction du Plan régional de santé publique (PRSP) en cohérence avec le volet prévention du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et avec les recommandations pour le plan cancer 2009-2013³⁵.

Les intervenants en matière de prévention dans la région sont multiples ; acteurs institutionnels, associatifs et professionnels de l'éducation, de la santé et du social. Les CCAA et les CSST sont des opérateurs importants dans ce domaine. Ils ont développé un effort de coordination dans la prévention des addictions avec les acteurs non spécialisés mais intervenant dans le domaine de la promotion de la santé ; comme les Comités d'Éducatifs pour la Santé dans le cadre des pôles régionaux de compétences.

Leurs actions sont développées en milieu festif, en milieu scolaire et universitaire, milieu sportif, auprès des jeunes en parcours d'insertion et en entreprises.

Pour leurs interventions le Plan régional de santé publique privilégie six axes stratégiques :

- Agir sur les modes de consommation ;
- Développer les démarches de prévention ;
- Réduire l'usage à risque par un repérage précoce ;
- Améliorer l'accès aux dispositifs de soins en particulier en addictologie ;
- Développer les compétences des intervenants et professionnels relais ;
- Mieux évaluer l'évolution des besoins.

Aux côtés des programmes de prévention, depuis quelques années, sous l'impulsion première de l'OMS, des formations « repérage précoce et intervention brève » (RPIB) se sont développées. L'aquitaine a mis en œuvre un programme de formation en direction des médecins généralistes, dont l'objectif était de mettre à leur disposition des outils de repérage précoce et de les former à l'intervention brève en alcoologie.

Le dépistage de l'alcoolisation excessive peut se faire au moyen de questionnaires tels que l'AUDIT et le FACE. Ces questionnaires permettent de dépister et d'évaluer les usages nocifs de consommations d'alcool et d'engager la discussion en facilitant la prise de conscience des risques et méfaits de ces usages.

Le Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) constitue une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes des conduites de consommation de substances psychoactives quand celles-ci deviennent problématiques. Un repérage précoce peut aussi être mis en œuvre par divers services éducatifs, sociaux, judiciaires, sanitaires en vue d'orienter les personnes ainsi repérées vers le dispositif spécialisé de soins.

L'intervention brève s'adresse aux usagers excessifs et vise en priorité une réduction de leur consommation, et non une abstinence de prime abord. En amont, le RPIB permet aux professionnels de proximité, grâce à un temps d'intervention bref, de faciliter le retour à un usage à faible risque des consommateurs moins problématiques.

Les praticiens généralistes adoptent une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement. Ces modes

³⁵ Professeur Jean-Pierre Grünfeld, Rapport au Président de la république « recommandations pour le plan Cancer 2009-2013 ». 14 Février 2009 consultable sur le site <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000134/0000.pdf>.

d'intervention sont validés ; il s'agit des entretiens motivationnels, d'évaluation de la situation et du renforcement des compétences (Processus FRAMES)³⁶.

L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) a réalisé le bilan des actions menées en Aquitaine et quatre autres régions (Bourgogne, Bretagne, Champagne- Ardennes, Île-de-France)³⁷. Une enquête réalisée auprès des médecins généralistes en Aquitaine montre qu'environ 15 % à 20 % de leur clientèle de plus de quinze ans sont en difficulté avec l'alcool.

En Aquitaine, la mise en place de la formation des médecins généralistes au RPIB s'est développée dans une dynamique régionale inscrite désormais dans le Plan régional de santé publique (2005-2008). En Aquitaine, près de 25 % des médecins généralistes et 30 % des médecins du travail ont été formés au RPIB entre 2004 et 2008³⁸.

En 2006, une circulaire de la DGS fixe des objectifs de formation des médecins généralistes à hauteur de 75 % d'entre eux formés au RPIB alcool d'ici 2010³⁹.

Actuellement un projet Repérage Précoce et Intervention Brève « RPIB Jeunes » portant sur les usages Alcool-Tabac-Cannabis est mis en œuvre par le réseau de soins Agir 33 auprès des médecins généralistes.

Pour le repérage précoce des drogues illicites, peu d'outils spécifiques ont été élaborés si ce n'est pour le repérage des consommations problématiques de cannabis avec le DETC (Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis) adaptation du questionnaire américain CAGE et pour les substances psychoactives ADOSPA (ADOLEscents Substances PsychoActives), version française du CRAFFT⁴⁰. Ce test permet de déterminer chez l'adolescent les situations où l'abord du risque suicidaire devient une nécessité.

Dans le dispositif médico-social, les Consultations Jeunes Consommateurs, intégrées aux CSAPA, ont également des missions de RPIB orientées vers les jeunes.

L'objectif de ces consultations est d'agir dès les premiers stades de la consommation (usage, usage nocif). Elles accueillent les usagers, qui se présentent spontanément ou adressés par un tiers (famille, professionnel de santé, milieu scolaire, justice), parce qu'ils présentent des difficultés attribuées à un usage simple, à risque ou nocif de substances psychoactives.

L'entourage doit également pouvoir être accueilli. Il doit pouvoir trouver, auprès des professionnels de la consultation, une écoute et un soutien dans les difficultés qu'il ressent vis-à-vis des consommations ou comportements addictifs de ses proches. En réponse à ses interrogations et ses préoccupations, l'entourage doit pouvoir recevoir une information sur les substances, leurs effets et leurs risques ainsi que sur les divers types de recours possibles pour le diagnostic et la prise en charge. Les parents doivent être soutenus dans leur rôle éducatif et le dialogue avec leurs enfants sur les consommations de produits illicites, d'alcool et de tabac. Des consultations conjointes peuvent être proposées.

³⁶ Binder P, Gualdoni S. *Intervention de la médecine générale dans le domaine des addictions : le Pôle ressource national* in Reynaud M. *Traité des addictions*, Chapitre 42 2006, pp 296-300.

³⁷ Diaz Gomez C, Milhet M. Repérage Précoce Intervention Brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. OFDT, avril 2005. Consultable sur http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/epfxcd_k4_fr.html.

³⁸ Registre des médecins formés de la Délégation Régionale ANPAA.

³⁹ Circulaire DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au RPIB en alcoologie.

⁴⁰ Test associé quelquefois au TSTS CAFARD (Traumato-Sommeil-Tabac-Stress).

2. L'OFFRE MEDICO-SOCIALE EN ADDICTOLOGIE EN AQUITAINE

Le dispositif médico-social en addictologie est constitué de diverses structures d'accompagnement des personnes dépendantes, spécialisées soit en toxicomanie soit en alcoologie. Ces structures dites supports sont animées par des équipes pluridisciplinaires qui participent à l'accompagnement des usagers tout au long de leurs trajectoires, depuis le repérage et l'accueil de la personne et de son entourage, jusqu'au suivi psychosocial et à l'insertion.

Ces structures supports ont, en plus de leur centre de soins, développé, en fonction des besoins des populations et des partenariats mis en œuvre, des consultations avancées et des antennes.

- Les consultations avancées sont des permanences réalisées par un professionnel de l'addictologie, le plus souvent dans une structure partenaire.
- Les antennes proposent une approche globale médico-psychologique et sociale par des consultations pluridisciplinaires sur un territoire éloigné de la structure support.

2.1 Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes ambulatoires

Les Centres Spécialisés de Soins en Toxicomanie⁴¹ (CSST), ont été créés en 1992, faisant suite au Centre d'Accueil pour Toxicomane (CAT). Depuis le 23 Février 2003⁴², ces structures relèvent de la loi du 2 janvier 2002⁴³ rénovant l'action sociale et médico-sociale et sont financées par l'Assurance maladie.

Sur le territoire aquitain 12 CSST ambulatoires assurent la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des usagers de drogues mais aussi l'accueil, l'orientation, l'information de ces patients et le soutien à l'environnement familial.

En Aquitaine 2 CSST ambulatoires disposent d'une offre d'accompagnement en appartements thérapeutiques (en Gironde et au Pays basque).

La file active totale de l'ensemble des CSST peut être évaluée⁴⁴ à 6045 patients en 2007.

Les CSST de la région ont accueilli en moyenne par structure 504 personnes au moins une fois dans l'année 2007 (560 en France en 2006⁴⁵).

Le nombre moyen de salariés en Equivalent Temps Plein (ETP) pour un CSST de la région est de 7,6 en 2007 (8,6 ETP en France en 2006⁴⁶) dont 0,9 ETP médicaux en moyenne.

L'équipe « moyenne » des CSST en France se compose de 1 ETP de médecins, 2,9 ETP d'infirmiers et/ou de psychologue, 2,3 ETP de travailleurs sociaux. Un peu moins de 2 ETP sont consacrés aux fonctions transversales (direction, secrétariat, agent d'entretien, documentaliste).

⁴¹ Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins pour toxicomanes.

⁴² Décret n° 2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des C.S.S.T.

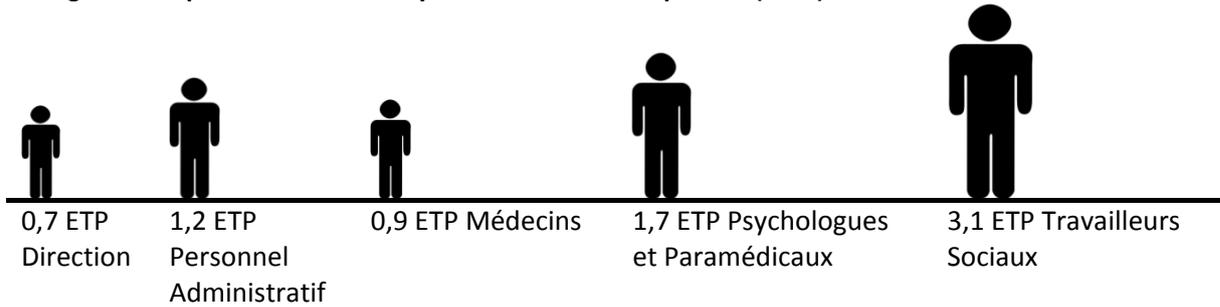
⁴³ Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁴⁴ Issues des diagnostics Territoriaux DDASS/DRASS au 31 Décembre 2007.

⁴⁵ C.Palle, C.Lemieux, N.Prisse, H. Morfini. *Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006 : RECAP*. OFDT/DGS. 2008. Pp 7.

⁴⁶ Idem, p 24.

Figure 9 : Répartition des ETP moyen dans les CSST d'Aquitaine (2007)



Les CSST aquitains comptent en moyenne 0,8 ETP de travailleurs sociaux en plus et 1,2 ETP de psychologues et/ou auxiliaires médicaux⁴⁷ en moins que ceux du reste de la France.

2.2 Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes avec hébergement

Les CSST avec hébergement correspondent aux Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR). L'Aquitaine dispose de 3 CTR, 2 en Gironde et 1 dans les Landes.

Ces centres ont un recrutement national et régional. L'éloignement du domicile de la personne accueillie contribue à la mise à distance des produits, des réseaux de trafic, de la famille et du contexte psycho social et facilite l'implication du patient dans son parcours de soins.

Les répartitions des ETP se distinguent de celle des CSST ambulatoires par la présence en continu de professionnels auprès des personnes accueillies et par la part importante accordée aux actions de réinsertion sociale. Ainsi la moyenne des équipes des CTR dans la région est de 10,7 ETP dont 70 % sont des travailleurs sociaux, le reste des personnels étant également réparti autour de 10 % pour les psychologues et paramédicaux, personnels administratifs et la direction. Les médecins constituent 1/3 d'ETP dans ces structures. En 2007, les CTR ont accueilli 118 usagers.

2.3 Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie

Les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) sont financés par l'Assurance maladie depuis 1999. En Aquitaine 7 CCAA sont chargés d'assurer le diagnostic, l'orientation, la prise en charge des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou une dépendance ainsi que l'accompagnement social de ces personnes et de leur famille.

La file active totale de l'ensemble des CCAA peut être évaluée à 6200 patients en 2007.

La file active moyenne par CCAA en 2007 est de 689 (736 en France en 2006⁴⁸). La présence de quelques CCAA ayant des files actives importantes a pour conséquence d'en augmenter la moyenne. Les files actives se répartissent entre un minimum de 243 patients et un maximum de 2423 patients. Ce dernier CCAA fait figure d'exception puisque sont réunies sous un même CCAA, sa propre file active et celle de 16 consultations avancées sur le territoire Bordeaux-Libourne. Ces consultations sont réalisées dans les locaux de la MDSI (Maison Départementale Solidarité Insertion) du fait d'une collaboration ancienne en Gironde entre l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), les services de l'État et le Conseil Général.

⁴⁷ Pour des raisons d'accessibilité des données, les ETP des psychologues et auxiliaires paramédicaux sont agrégés

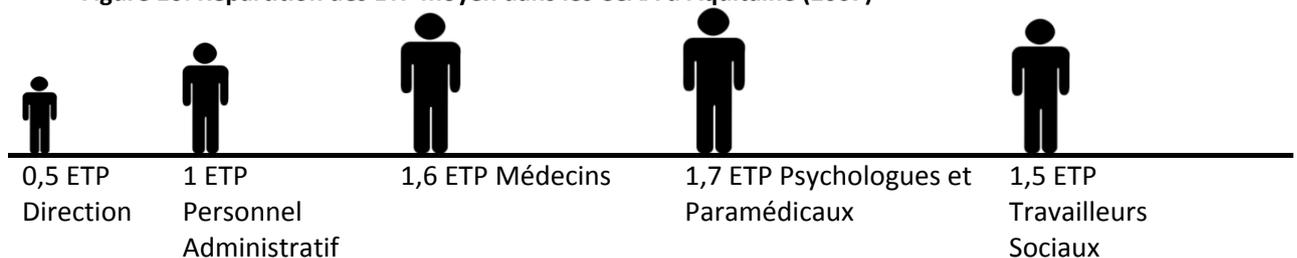
⁴⁸ C.Palle, C.Lemieux, N.Prisse, H.Morfini. *Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006 : RECAP*. OFDT/DGS. 2008. Pp 66.

Le nombre moyen d'ETP pour un CCAA de la région est de 6 en 2007 (5,7 ETP en France en 2006⁴⁹) dont 1,6 ETP médicaux en moyenne (1 ETP en France en 2006). Cette proportion d'ETP médicaux est la résultante d'une grande diversité au sein des territoires de recours (de 0,7 à Pau à 6,2 à Bordeaux-Libourne).

Une équipe de CCAA en France se compose en moyenne de 5,7 ETP dont près de 1 ETP de médecins, 2,7 ETP de psychologues et/ou d'infirmiers (es), 1 ETP de travailleurs sociaux. Environ 1,6 ETP est consacré aux fonctions transversales (direction, secrétariat, agent d'entretien, documentaliste).

Comparée à ces moyennes nationales, l'Aquitaine se caractérise par une dotation de médecins et de travailleurs sociaux un peu plus forte dans les CCAA et une dotation de psychologues et/ou auxiliaires médicaux un peu plus faible.

Figure 10: Répartition des ETP moyen dans les CCAA d'Aquitaine (2007)



2.4 Appartements de Coordination Thérapeutique

L'Aquitaine compte 4 services d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillant des personnes présentant une addiction grave et/ou une ou plusieurs maladies chroniques (VIH, hépatites, maladie mentale...). Ils sont implantés dans chaque département, seules les Landes, jusqu'alors dépourvues d'ACT, ont un projet en cours de mise en œuvre.

2.5 Communautés thérapeutiques

Les communautés thérapeutiques, définies par la circulaire du 24 octobre 2006, sont des structures expérimentales d'hébergement qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives. Deux communautés thérapeutiques existent à ce jour dans la région : une dans le territoire du Périgord, à recrutement national, l'autre sur le territoire de Bordeaux-Libourne, à recrutement majoritairement local.

Les objectifs principaux de ces communautés sont l'abstinence et l'insertion sociale des personnes, avec pour spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique. Les communautés thérapeutiques sont actuellement en phase d'expérimentation et seront évaluées après 3 ans de fonctionnement.

2.6 Centres Accueil et Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) sont financés par l'Assurance maladie depuis 2006 ; en Aquitaine 12 CAARUD ont été autorisés. L'objectif de ce dispositif est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres

⁴⁹ C.Palle, C.Lemieux, N.Prisse, H.Morfini. *Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006 : RECAP*. OFDT/DGS. 2008. Pp 65

substances psycho-actives et, ainsi, améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins.

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

- de prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, notamment du VIH et des hépatites⁵⁰ ;
- de prévenir les intoxications aiguës, notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants ou de leur association avec l'alcool ou des médicaments ;
- de prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations ;
- d'orienter vers les services d'urgence, de court séjour, de soins spécialisés et vers les services sociaux et dispositif de droit commun ;
- d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale (logement, accès aux services et aux dispositifs sociaux notamment).

Selon la circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C no 2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'Assurance maladie :

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

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

L'article R. 3121-33-2 du CSP précise qu'ils ont également une mission de participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, de recherche, de prévention et de formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

2.7 Consultations Jeunes Consommateurs

Les consultations pour jeunes consommateurs (CJC) de substances psychoactives et leur famille ont été mises en place en application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Dans la région elles sont au nombre de 11 (Structures supports, antennes et consultations avancées confondues) et ont été pour une bonne part, adossées aux structures médicales ou médico-sociales spécialisées existantes. Les autres sont le fruit d'une mutualisation de compétences et de moyens de CSST, CCAA et secteur hospitalier. Elles ont pour missions :

- de proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic en cas de consommation nocive ;
- d'offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risques et une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complications sociales ou psychiatriques ;
- d'accompagner ou de proposer une orientation aux jeunes en situation d'abus ou de dépendance ;

⁵⁰ En lien avec les actions 1-2-3-5 de l'objectif 3 de l'axe 1 du Plan Hépatite 2009-2011

- d'offrir, un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leurs enfants, avec la possibilité de séances conjointes parents enfants.

3. LA FORMATION EN ADDICTOLOGIE EN AQUITAINE

Il existe une offre de formation diversifiée dans le secteur sanitaire et médico-social à la fois en matière de formation initiale, diplômante et formation continue. Ces formations s'adressent à des médecins, psychologues, pharmaciens, travailleurs sociaux, personnels paramédicaux et sont dispensées par :

- L'université de Bordeaux 2 qui assure des activités de recherche et dispense des formations diplômantes DU, Capacité, DESC conduites addictives. L'addictologie, en tant que nouvelle spécialité médicale et universitaire, est formalisée en France par le décret de décembre 1999 portant création du DESC d'Addictologie et par le plan triennal 1999-2002 de la MILDT ;
- Les réseaux de santé proposent des formations continues en addictologie aux professionnels de proximité : médecins, pharmaciens, infirmiers, sages femmes, professionnels du secteur, psychologues (programme de formation annuelle continue pluri professionnelle) ;
- Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) interviennent au niveau de leur hôpital de rattachement pour des actions d'information et de sensibilisation des professionnels des services non spécialisés en addictologie ;
- Les CSST et les CCAA mènent des actions de formation continue pour des professionnels non spécialisés en addictologie (sanitaire ou médico-social) ou interviennent également au sein des cursus de formation initiale des professionnels concernés par le champ (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire, Ecole Nationale de la Magistrature...)
- Le Groupe Régional de Recherche et de Réflexions des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie d'Aquitaine (GRRITA) et le Collège Régional des Alcoologues Aquitains (CRAA) organisent régulièrement des actes et colloques sur des thématiques spécifiques. Le GRRITA et l'ANITEA organisent également des formations en vue de développer les compétences des intervenants spécialisés dans des domaines pas ou peu développés dans les formations initiales : entretiens motivationnels, Addiction Séverity Index, Traitements de Substitution aux Opiacés, approches familiales, ecstasy, cocaïne, approche communautaire, réduction des risques...

4. L'OFFRE SANITAIRE EN ADDICTOLOGIE EN AQUITAINE.

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et la circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie ont pour objet de permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive aux demandes d'accueil, d'accompagnement et de soins et visent à la structuration territoriale du dispositif sanitaire, organisé en filières hospitalières addictologiques.

La mise en place des filières hospitalières addictologiques dans une dynamique territoriale 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 des soins spécifiques.

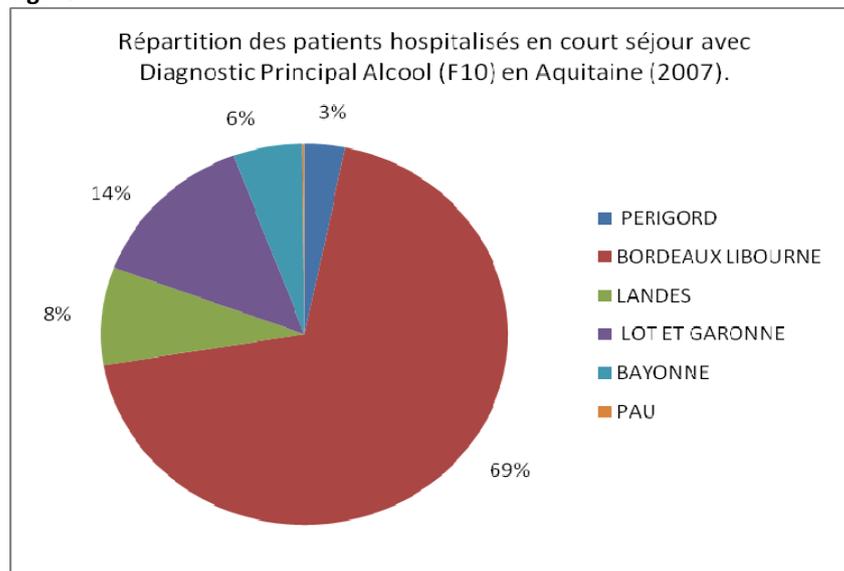
Ces personnes doivent bénéficier d'une continuité de prise en charge par l'articulation et la coordination des professionnels intervenant dans le dispositif médico social, le dispositif sanitaire, la médecine de ville et les réseaux de santé.

Dans le « volet conduites addictives » du SROS Aquitaine 2006-2011, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) a défini le territoire d'implantation de la filière hospitalière de soins en addictologie en fonction des caractéristiques de la région, du découpage territorial retenu dans les SROS et de l'offre de soins en addictologie existante.

En 2007, les hôpitaux et cliniques d'Aquitaine ont accueilli 1217 patients dont le diagnostic principal⁵¹ est « sevrage alcool » (code CIM10-Z502).

Le territoire Bordeaux-Libourne concentre près de 70 % de ces patients.

Figure 11

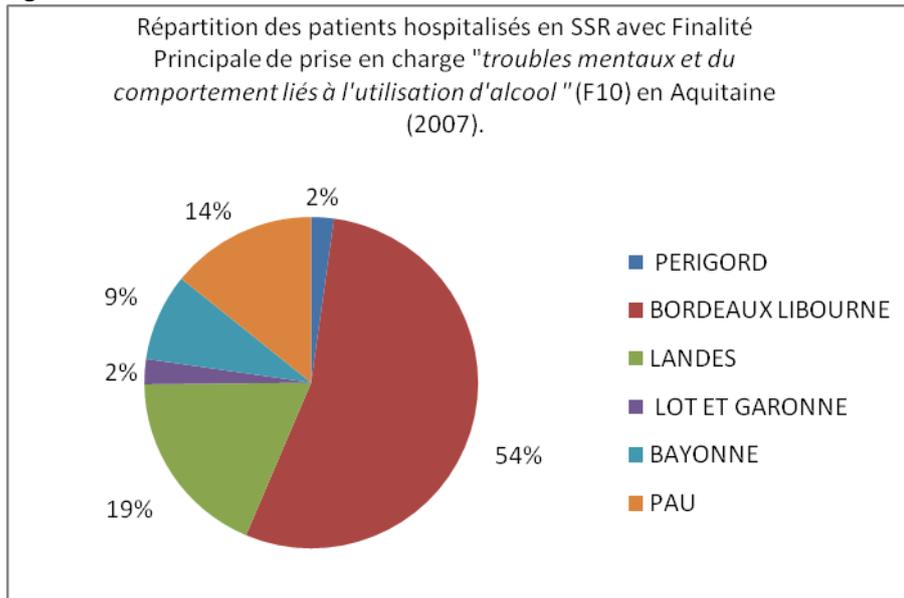


Sources PMSI-MCO 2007 – DRASS

L'absence de patients identifiés sur le graphique ci-dessus au sein du territoire de Pau s'explique en grande partie par l'activité de sevrage réalisée au sein du CH de Pau et qui échappe au système d'information décrivant les séjours hospitaliers (PMSI) car elle se fait en ambulatoire..

⁵¹ Dans le PMSI, le diagnostic principal est défini comme « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ».

Figure 12



Sources PMSI-SSR 2007- DRASS

4.1 Les Équipes de Liaisons en Addictologie (ELSA)

Les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ont été créées en 1996 pour la prise en charge des toxicomanies⁵² d'une part et de l'alcool d'autre part⁵³.

Depuis, leurs missions ont été redéfinies⁵⁴ en septembre 2008 et consistent :

- à former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ;
- à intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien d'équipes soignantes ;
- à développer des liens avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

On dénombre en Aquitaine 10 Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) chargées d'intervenir dans différents services hospitaliers auprès des patients ayant un problème d'addiction. Certaines équipes assurent des interventions en zones excentrées.

Ces équipes s'inscrivent pleinement dans la filière de soins hospitaliers dont elles sont, en matière d'addictologie, un élément central depuis le Plan addictions.

4.2 Les Consultations d'addictologie

Les consultations hospitalières d'addictologie sont des structures de première ligne dans le suivi ambulatoire spécialisé en addictologie. Elles sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement des patients présentant des conduites addictives. Elles

⁵² Circulaire du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.

⁵³ Circulaire du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie de liaison hospitalière et Circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour des personnes ayant des conduites addictives.

⁵⁴ Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

travaillent en partenariat avec un service d'hospitalisation capable de réaliser des sevrages simples.

La région dispose de 13 consultations spécifiques de prise en charge individuelle en tabacologie (dont une dans un Centre de Santé de l'Assurance maladie) et 2 consultations de tabacologie de groupe sur les territoires de Bordeaux-Libourne et du Périgord.

Les délais moyens d'attente⁵⁵ pour une première consultation en tabacologie varient considérablement d'un territoire/établissement à un autre : de 1 jour à 105 jours.

Avec les équipes de liaison, les consultations et services d'hospitalisations constituent le Niveau 1 de la filière de soins hospitalière.

4.3 Unités d'hospitalisation reconnues en addictologie pour la mise en œuvre de sevrages complexes.

Les unités d'hospitalisation permettant de réaliser des sevrages complexes sont en cours de formalisation. Ces unités d'addictologie pouvant mettre en œuvre des sevrages complexes accueillent des patients ayant besoin d'une prise en charge variable allant d'un sevrage simple, à des soins plus complexes selon le degré de dépendance et des complications associées. Il s'agit notamment de personnes présentant une dépendance majeure et en situation d'échec après une ou plusieurs tentatives de sevrage. Sont également concernés les patients qui nécessitent un programme thérapeutique intensif ainsi que des bilans approfondis du fait de l'importance de leurs problèmes.

Les missions de l'unité d'addictologie sont les suivantes :

- accueillir le patient, évaluer la conduite addictive, les complications somatiques, les troubles psychiatriques, cognitifs, les problèmes sociaux ;
- assurer le sevrage dans des conditions de sécurité adéquate ;
- établir un projet de soin global et personnalisé intégrant la prise en charge addictive, somatique, psychiatrique et sociale ;
- garantir le lien avec le professionnel assurant la continuité de la prise en charge à la sortie ;
- organiser la sortie en lieu de vie, en articulation avec les autres partenaires du dispositif médico-social et social ou l'orientation vers une autre structure d'hébergement, notamment un service de soins de suite et de réadaptation addictologique.

Elles sont le plus souvent situées dans les services de soins généraux (médecine interne, médecine polyvalente, hépato gastroentérologie et/ou psychiatrie...) disposant d'une équipe pluridisciplinaire formée à l'addictologie. Ceci se traduit par la présence au sein de ces équipes de plusieurs corps de métiers amenés à intervenir auprès de ces patients : médecins addictologues, infirmiers et aides-soignants, psychologue, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute/psychomotricien. Un recours aux avis spécialisés notamment de gastroentérologue, pneumologue, ORL et psychiatre compétent en addictologie, doit être possible.

Ces services jouent le rôle de référents notamment pour les structures d'accueil des urgences. Ils sont seulement au nombre de deux dans la région dont la procédure de reconnaissance par l'ARH a abouti en février 2009 : le CHS la Candélie et le CH de Pau.

⁵⁵ Sources : DRASS Évaluation du décret du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. Bilan année 2007.

4.4 Hospitalisation de jour(HDJ)

L'hospitalisation de jour doit permettre un accompagnement psychologique, médical et social similaire à celui proposé lors d'une hospitalisation dans un service spécialisé en addictologie, tout en maintenant les patients dans leur environnement. L'HDJ constitue une alternative à l'hospitalisation temps-plein, ou un relais de celle-ci.

4.5 Les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation⁵⁶. Ils ont pour but de renforcer le travail réalisé au cours de l'accompagnement antérieur.

Ces services ont pour vocation d'être un temps intermédiaire de prise en charge résidentielle entre les soins aigus et le suivi ambulatoire, impliquant leur articulation avec l'ensemble des structures de la filière hospitalière de soins addictologiques, de la médecine de ville et du dispositif médico-social.

On comptabilise huit services de soins de suite et de réadaptation en Aquitaine qui ont une activité déclarée auprès de ces publics⁵⁷. Ils disposent de 15 à 20 lits et la durée de séjour oscille de quelques semaines à 3 mois en fonction des patients.

La répartition géographique des soins de suite et de réadaptation en Aquitaine est donc assez homogène sur l'ensemble des territoires de recours. Bien que ne disposant pas de SSR, le territoire du Périgord dispose d'un service d'addictologie hospitalier assurant une palette d'offre de soins (hospitalisation de jour, hospitalisation pour des prises en charge et des sevrages) et souhaite se doter d'un service de soins de suite et de réadaptation.

4.6 Les cliniques et hôpitaux psychiatriques

L'offre de soins en addictologie dans le secteur psychiatrique dans la région se fait au sein d'unités de soins, de prévention et de diagnostic en santé mentale. Le secteur psychiatrique assure les prises en charge des cooccurrences des troubles psychiatriques et des troubles liés à la consommation de substances psychoactives.

Le secteur psychiatrique est composé d'établissements hospitaliers spécialisés ou non et d'établissements privés qui contribuent à hauteur variable à la filière de soins en addictologie en Aquitaine.

Afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des usagers de substances psychoactives, le plan MILDT 2008-2011 propose de favoriser la prise en charge intégrée des usagers de drogue présentant des comorbidités psychiatriques en s'appuyant sur un programme de formation croisée entre les professionnels des services d'addictologie et des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'une part et ceux de psychiatrie d'autre part⁵⁸.

⁵⁶ Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

⁵⁷ Les services de soins généraux et de suite sont inclus dans la carte s'ils comptabilisent au moins dix sept patients, plus d'un patient par mois, dont le DP était l'intoxication aiguë liée à l'alcool (Code PMSI F 10.0) ou l'alcoolisme chronique, troubles mentaux dus à l'alcool (Code F10.1 à F10.9) dans l'année.

⁵⁸ Plan gouvernemental de lutte contre drogues et toxicomanies 2008-2011 p62.

4.7 Les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires et Service Médico Psychiatrique Régional

La plupart des services hospitaliers au sein des établissements pénitentiaires (UCSA et SMPR) assure l'initiation et la délivrance de traitement de substitution aux opiacés (TSO).

L'organisation de la prise en charge des détenus est réalisée par les UCSA et/ou SMPR le plus souvent en articulation avec les CSST et CCAA locaux ; qu'il s'agisse de prise en charge pendant l'incarcération ou dans la préparation à la sortie. Dans ce cadre de coopération, un professionnel de ces structures (médecins, travailleurs sociaux, infirmières) y assure le plus souvent cette mission.

L'Aquitaine comprend 9 établissements pénitentiaires répartis sur l'ensemble du territoire.

- 5 Maisons d'arrêt à Agen, Bayonne, Gradignan (33), Pau et Périgueux ;
- 3 Centres de détention à Neuvic (24), Eysses (47) et Mauzac (24).
- 1 Centre Pénitentiaire à Mont de Marsan.

La prise en charge des détenus présentant une dépendance aux drogues licites ou illicites relève conjointement de l'UCSA, placée sous l'autorité d'un praticien hospitalier, et présent dans chaque établissement pénitentiaire et/ou des secteurs de psychiatrie : Service médico-psychologique régional hospitalier, dit SMPR à l'échelon régional.

La note interministérielle du 9 août 2001⁵⁹ invite à examiner les besoins des détenus en matière de soins en addictologie et à définir une organisation afin de pouvoir :

- repérer systématiquement toutes les situations d'abus et/ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif, en utilisant un outil de diagnostic proposé par les services centraux adaptée pour repérer les troubles associés à l'usage de substances psychoactives ;
- proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue ;
- développer la prévention, notamment des risques associés à la consommation de produits ;
- favoriser les aménagements de peine, de façon à organiser un retour à la liberté dans un cadre socio-médical structuré ;
- préparer la sortie des détenus présentant une consommation abusive ou une dépendance.

4.8 Les réseaux de santé

Les réseaux de santé en addictologie comme le reste de la filière d'addictologie sont inscrits dans une dynamique d'organisation territoriale.⁶⁰

Ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires et médico-sociales en addictologie.

Ils sont composés des praticiens libéraux, médecins du travail, praticiens des établissements de santé et des institutions sociales ou médicosociales. Les réseaux de soins en addictologie sont des collaborations formalisées entre ces différents partenaires et concourent ainsi à une

⁵⁹ Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

⁶⁰ Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie : la place des réseaux de santé dans le dispositif d'addictologie (annexe IV).

meilleure coordination du parcours de soin afin que l'utilisateur puisse bénéficier d'une orientation facilitée et coordonnée. En Aquitaine, l'on dénombre 5 réseaux de ce type

- AGIR 33 et RENAPSUD à Bordeaux Libourne
- RESAPSAD au CHIC de Bayonne
- REZOPAU et le Réseau Alcoologie Béarn Soule CH de Pau.

4.9 Le CAPS

Le Centre d'Accompagnement et de Prévention pour les Sportifs (CAPS) a des missions de prévention, d'accompagnement et de prise en charge de difficultés psychologiques liées à la pratique sportive.

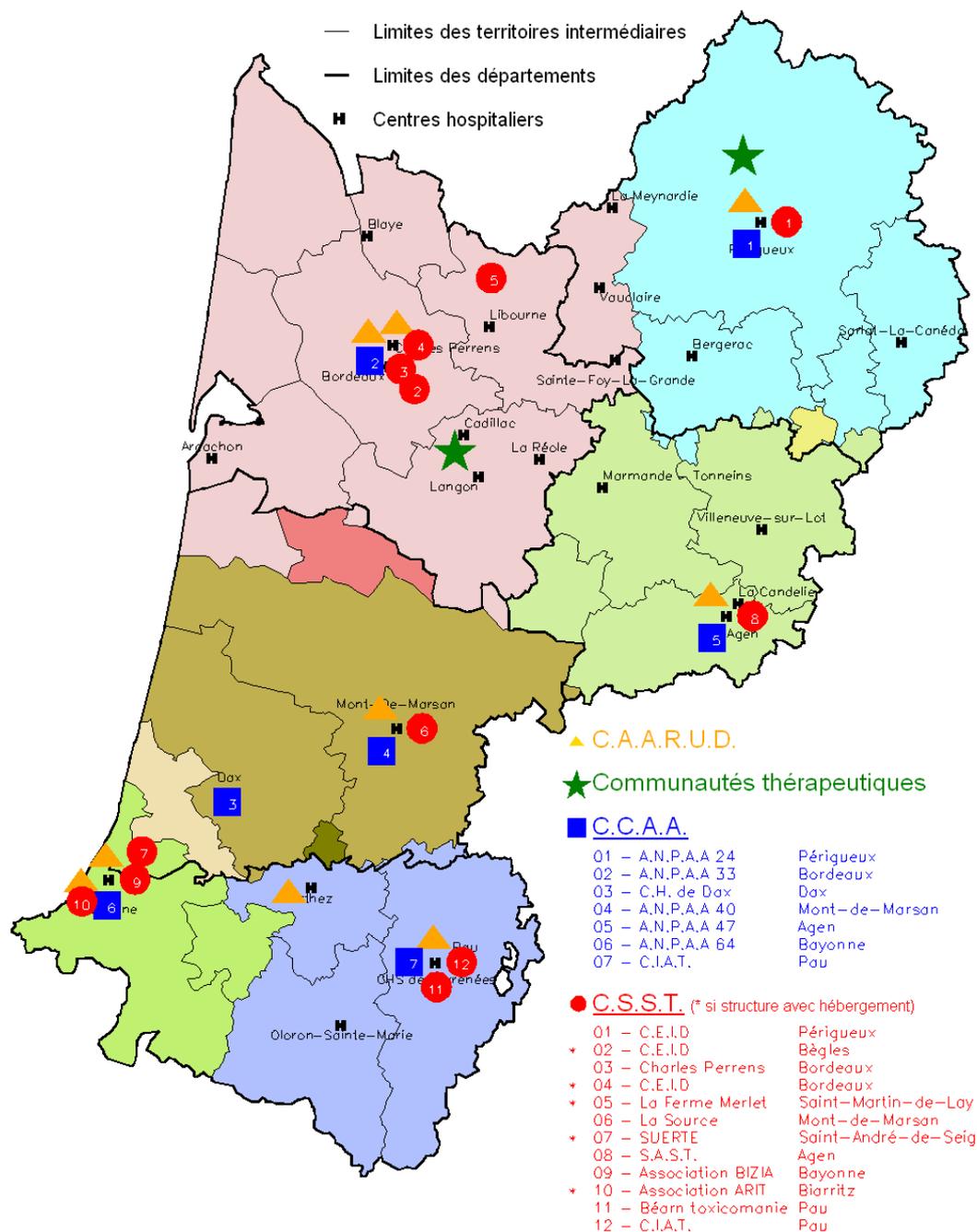
Le CAPS et l'antenne médicale de prévention du dopage prennent en charge diverses problématiques en lien avec la pratique sportive et notamment les problèmes d'addiction à une substance ou à la pratique elle-même. D'autres missions sont allouées à l'Antenne, comme les ateliers de prévention aux conduites dopantes, ou l'accompagnement des sportifs contrôlés positifs aux tests anti-dopage. Pour l'année 2008, l'Antenne a ainsi effectué environ 120 consultations, dont 19 accompagnements psychologiques pour des difficultés en lien à un problème d'addiction (substances ou comportements).

5. ANALYSE TERRITORIALE DE LA FILIERE EN ADDICTOLOGIE

Figure 13

Structures supports en addictologie en Aquitaine

Colorisation des pseudos territoires de recours



Cartographie : DRASS Aquitaine et fonds IGN ©

Addictologie Aquitaine bis.emf

Les antennes et consultations avancées ne sont pas placées sur cette carte régionale afin d'en faciliter la lisibilité. Elles sont localisables sur les cartes départementales présentées au chapitre : 5. Analyse territoriale de la filière en addictologie.

La carte ci-dessous permet de visualiser les zones et le niveau de couverture minimum de la prise en charge par la filière sanitaire et ne fait état que des établissements ayant une activité significative en addictologie.

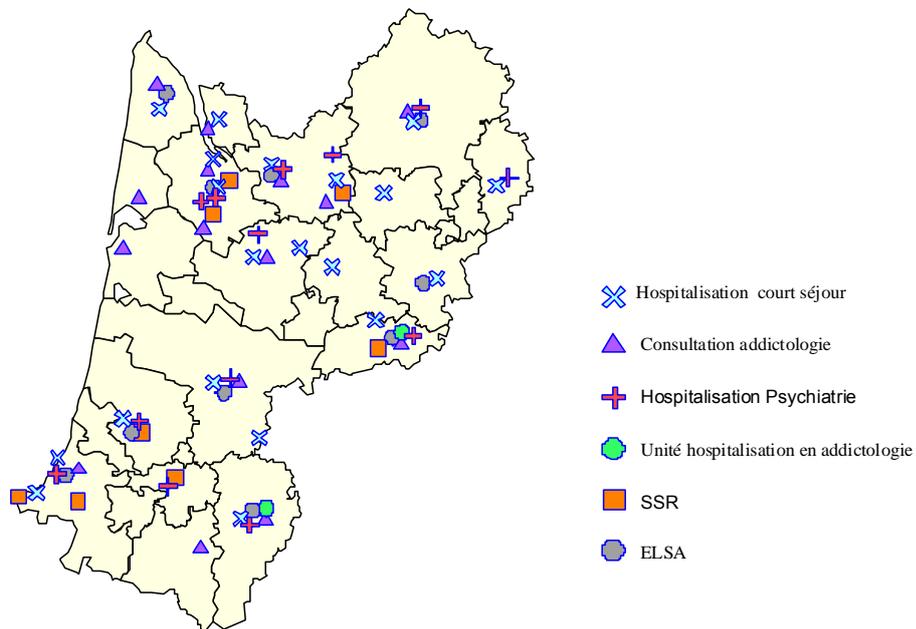
Elle a été élaborée à partir de la synthèse et de l'analyse des diagnostics territoriaux réalisés par les DDASS⁶¹, des données PMSI et RIM-Psy en 2007, des annexes territoriales du SROS pour son volet addictologie⁶² et de l'enquête addictologie de la DHOS⁶³.

Les services de soins de court séjour, les services de soins de suite et de réadaptation, les unités psychiatriques (publiques ou privées) ont été pris en considération en fonction de leur activité déclarée au PMSI et RIM Psy en 2007.

Le critère retenu est le nombre⁶⁴ de patients pris en charge dont le Diagnostic Principal était l'intoxication aiguë liée à l'alcool (Code PMSI F 10.0) ou l'alcoolisme chronique, troubles mentaux dus à l'alcool (Code F10.1 à F10.9) dans l'année.

Figure 14

La prise en charge des addictions dans le secteur sanitaire, Aquitaine, 2007



Source : DRASS / DDASS Aquitaine
Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés

0 25 50 km

⁶¹ Diagnostics territoriaux des DDASS pour l'élaboration du SRMSA 2008.

⁶² Document préparatoire à l'évaluation du SROS addictologie : Bilan des implantations par territoire de recours et par niveaux. ARH Aquitaine Décembre 2007.

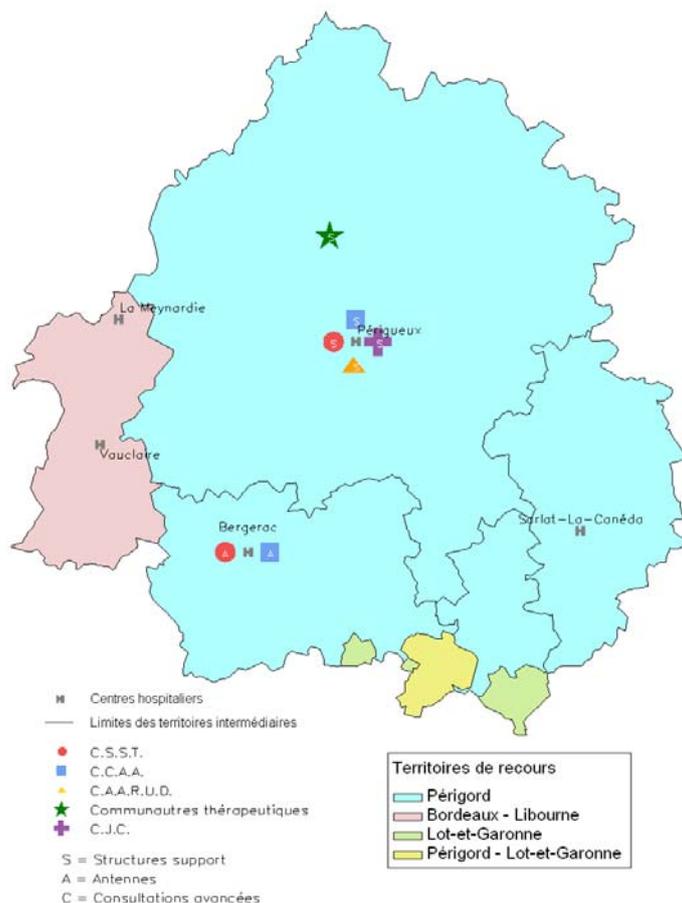
⁶³ Circulaire - DHOS-02-2008-51 du 14 février 2008 : Enquête DRASS réalisée pour la mise en œuvre du Plan Addictions 2007-2011.

⁶⁴ Nombre supérieur ou égal à la médiane (17) des patients pris en charge dans les établissements d'Aquitaine dont le DP était l'intoxication aiguë liée à l'alcool (Code PMSI F 10.0) ou l'alcoolisme chronique, troubles mentaux dus à l'alcool (Code F10.1 à F10.9) dans l'année.

5.1 Dordogne

Figure 15

Dordogne - Implantation des services d'addictologie



Cartographie : DRASS Aquitaine et fonds IGN ©

Addictologie Aquitaine bis D24.mif

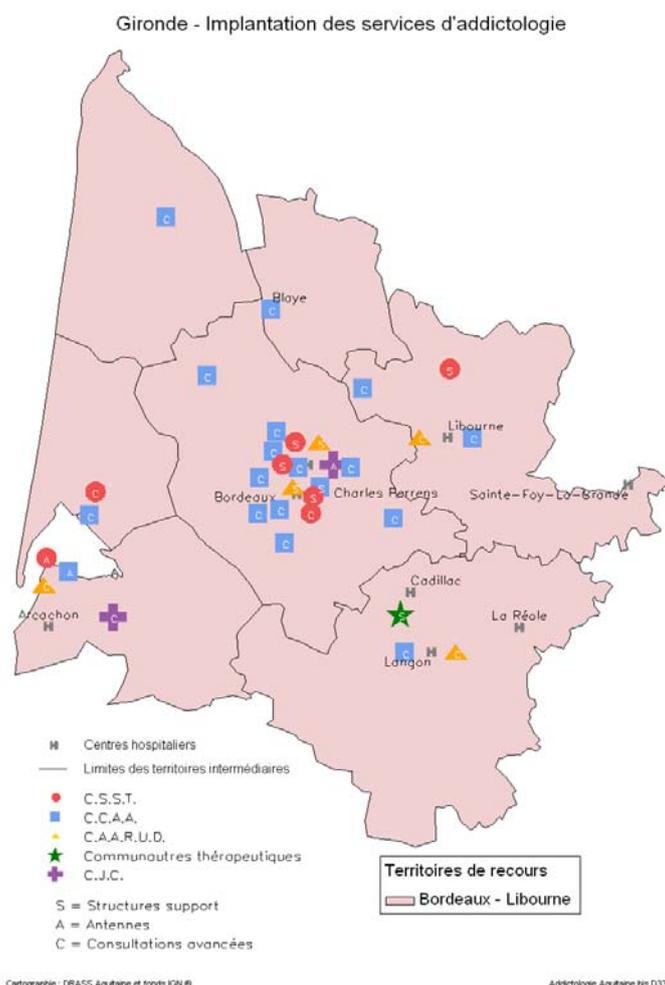
Le territoire de recours du Périgord est doté de :

- Un CSST à Périgueux et d'une antenne à Bergerac ;
- un CCAA à Périgueux et d'une antenne à Bergerac ;
- un service d'appartements de coordination thérapeutique à Brantôme ;
- une communauté thérapeutique à Brantôme ;
- un CAARUD à Périgueux et un à Bergerac et des prestations itinérantes ;
- une consultation jeunes consommateurs à Périgueux et une à Bergerac ;
- activités de soins en addictologie⁶⁵ au CH de Bergerac, CH de Sarlat et CHS Vaucloire à Périgueux ;
- Une équipe de liaison et de soins en Addictologie (ELSA) au CHS Vaucloire à Périgueux ;
- Un projet de service de Soins et de suite et de réadaptation au CHS de Vaucloire à Périgueux ;
- Un Hôpital de jour au CHS de Vaucloire à Périgueux ;
- Deux consultations en tabacologie : CH de Périgueux et au centre d'Examen de Santé de la CPAM Périgueux ;
- Consultations avancées ELSA au CH Bergerac et dans les hôpitaux locaux d'Excideuil et Nontron.

⁶⁵ Hospitalisations pour toxicomanies non éthyliques avec dépendance et hospitalisations pour sevrage d'alcool.

5.2 Gironde

Figure 16



Le territoire de recours de Bordeaux-Libourne est doté de :

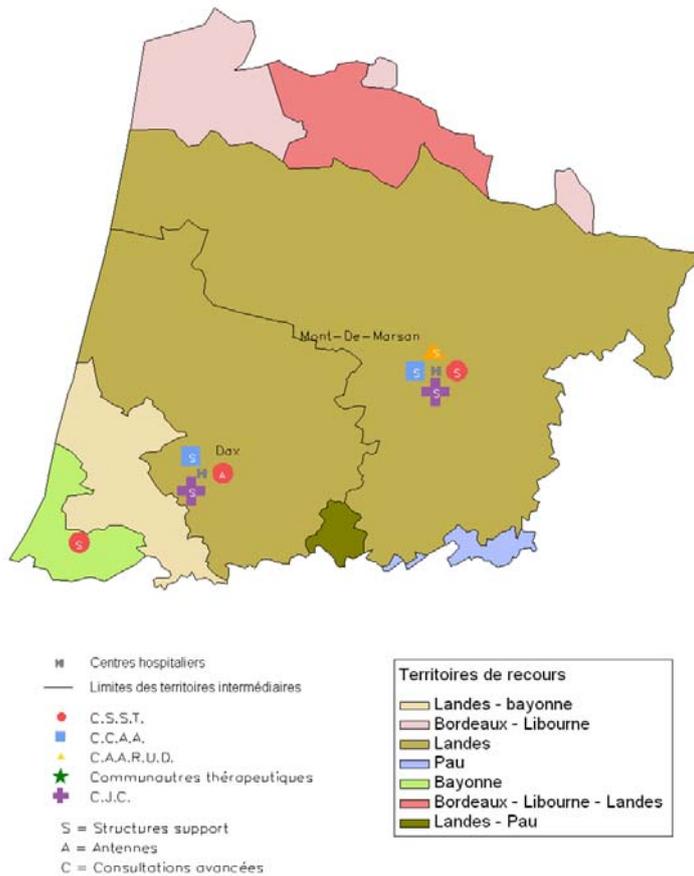
- Deux CSST à Bordeaux, une antenne à Arcachon et trois consultations avancées à Arès, Langon, Gradignan ;
- Deux Centres Thérapeutiques Résidentiels à Bègles et à Saint-Martin de Laye ;
- Un CCAA à Bordeaux, une antenne à Arcachon et quinze consultations avancées à Libourne, Mérignac, Saint-André de Cubzac, Talence, Bruges, Langon, Gradignan, Léognan, Blaye, Lesparre, Castelnau-de-Médoc, Andernos, Eysines, Créon, Cenon ;
- Un service d'appartement de coordination thérapeutique à Bordeaux ;
- Une Communauté Thérapeutique à Barsac ;
- Deux CAARUD à Bordeaux et trois consultations avancées à Libourne, Arcachon, Langon et prestations itinérantes ;

- Deux consultations Jeunes consommateurs à Bordeaux et au Teich ;
- Trois équipes de Liaison (ELSA) : CHU de Bordeaux, CH Libourne et une à la clinique Mutualiste du Médoc à Lesparre ;
- Un Réseau de Santé Addictions Gironde RESAG composé du réseau Agir33 et de RÉNAPSUD ;
- Trois services de soins de suite et de réadaptation qui ont une activité repérée de prise en soins en addictologie. Il s'agit de l'établissement de convalescence et de repos des Lauriers à Lormont et de Châteauneuf à Léognan et du SSR du CH de Sainte-Foy la Grande ;
- Des activités de soins en addictologie au CHU de Bordeaux, Hôpital Suburbain du Bouscat, CH de Sainte-Foy la Grande, au CH de Libourne, CH de la Réole, CH Pasteur Langon, CH Saint-Nicolas de Blaye, à la clinique mutualiste du Médoc à Lesparre, Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, CRPS Tour de Gassies à Bruges, à la maison de santé les Pins à Pessac, à la clinique Béthanie à Talence, au CHS Charles Perrens à Bordeaux, au CHS de Cadillac ;
- Des consultations en addictologie à l'hôpital Suburbain du Bouscat, au CHU de Bordeaux, CH Pasteur Langon, Centre Hospitalier d'Arcachon, au CH Saint-Nicolas de Blaye, à la Clinique médico-chirurgicale Wallerstein à Arès, SSR Châteauneuf à Léognan, au CH de Libourne et au CH de Sainte-Foy la Grande ;
- Spécifiquement, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux est doté d'un Centre d'accompagnement et de Prévention pour les Sportifs (CAPS).

5.3 Landes

Figure 17

Landes - Implantation des services d'addictologie



Cartographie : DRASS Aquitaine et fonds IGN ©

Addictologie Aquitaine bis 040.pdf

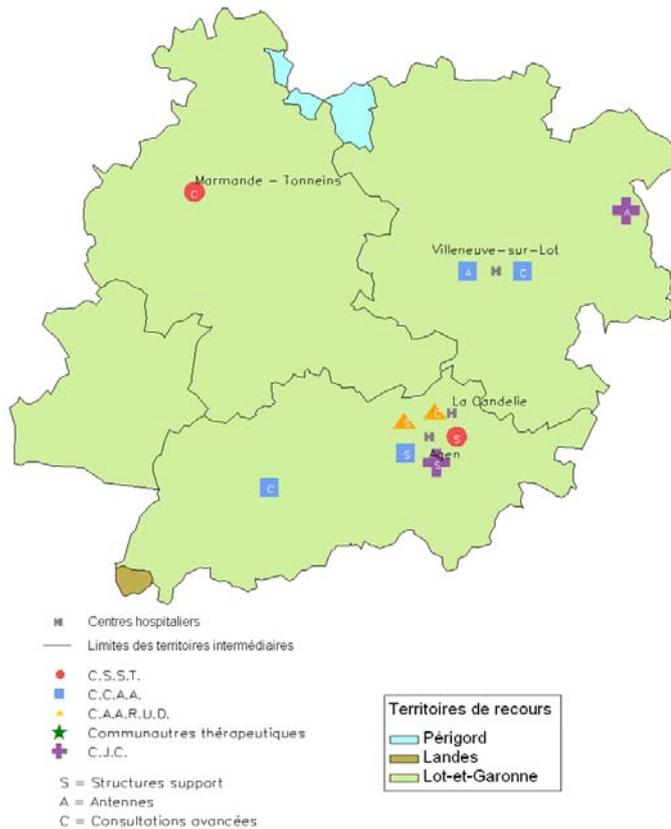
Le territoire de recours des Landes est doté de :

- Un CSST à Mont-de-Marsan et une antenne à Dax ;
 - Un Centre résidentiel thérapeutique à Saint-André de Seignanx ;
 - Deux CCAA à Dax et à Mont-de-Marsan ;
 - Un CAARUD à Mont-de-Marsan ;
 - Deux consultations jeunes consommateurs à Mont-de-Marsan et à Dax ;
 - Deux équipes de Liaison et de soins en addictologie (ELSA) au CH de Mont-de-Marsan et au CH de Dax ;
 - Des activités de soins en addictologie au CH de Mont-de-Marsan, au CH de Dax, à la polyclinique des Chênes à Aire sur l'Adour ;
 - D'un service de soins de suite et de réadaptation qui a une activité repérée de soins en addictologie, La Clinique Maylis à Narosse ;
- Une consultation en addictologie au CH de Mont-de-Marsan.

5.4 Lot et Garonne

Figure 18

Lot-et-Garonne - Implantation des services d'addictologie



Cartographie : DRASS Aquitaine et fonds ION ©

Addictologie Aquitaine bis D47.rmf

Le territoire de recours de Lot et Garonne est doté de :

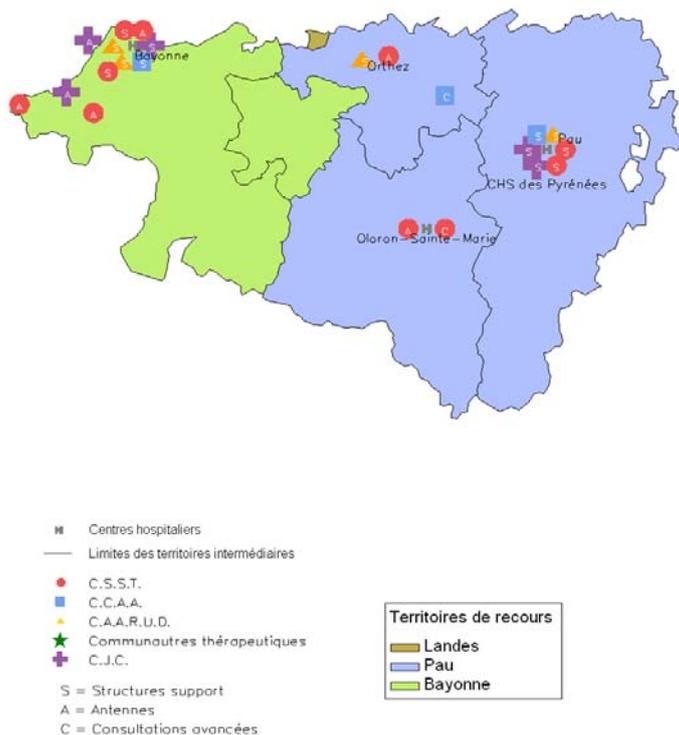
- Un CSST à Agen ;
- Un CCAA à Agen, une antenne à Villeneuve-sur-Lot et deux consultations avancées à Nérac et Fumel ;
- Un service d'appartements de coordination thérapeutique à Agen ;
- Une consultation Jeunes consommateurs à Agen et deux antennes, une à Villeneuve-sur-Lot et une à Marmande ;
- Un CAARUD et une antenne à Agen ;
- Deux équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) au CH d'Agen (en lien avec le CHD La Candélie) et au CH de Villeneuve-sur-Lot ;
- Un service de soins de suite et de réadaptation qui a une activité repérée de soins en addictologie au CHD La Candélie à Agen ;

- Des activités de soins en addictologie au CH Agen, au CHD La Candélie à Agen, au CHIC de Marmande-Tonneins, au CH de Villeneuve-sur-Lot ;
- Des consultations en addictologie du CH d'Agen, CHIC de Marmande, au CMP de Marmande, au CH de Villeneuve-sur-Lot.
- Une unité d'addictologie au CHD La Candélie.

5.5 Pyrénées Atlantiques

Figure 19

Pyrénées-Atlantiques - Implantation des services d'addictologie



Cartographie : DRASS Aquitaine et fonds IGN ©

Addictologie Aquitaine bis D64 n°1

Le territoire de recours de Bayonne est doté de :

- Deux CSST (Bayonne et Biarritz) et de trois antennes (Bayonne, Biarritz et Saint-Pé sur Nivelle) ;
- Un CCAA à Bayonne,
- Un service d'Appartements de coordination thérapeutique à Bayonne ;
- Trois consultations Jeunes Consommateurs à Bayonne, Biarritz et Saint-Jean de Luz ;
- Deux CAARUD à Bayonne et un à Saint-Jean de Luz ;
- Une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) au CHIC de Bayonne ;
- Un réseau de santé RESAPSAD au CHIC de Bayonne ;
- Une consultation en addictologie au CHIC de Bayonne ;
- Des activités de soins en addictologie, au CHIC de Bayonne, à la Clinique Saint-Etienne à Bayonne, à la Polyclinique Côte basque Sud à Saint-Jean de Luz, à la Clinique

Mirambeau à Anglet, à la Clinique D'amade, à la Clinique de Cantegrit à Bayonne ;

- Des services de soins de suite et de réadaptation qui ont une activité repérée de soins en addictologie ; à la maison de repos et de convalescence Saint-Vincent Villa Concha à Hendaye et au Centre médical Léon Dieudonné à Cambo-les-bains.

Le territoire de recours de Pau est doté de :

- deux CSST à Pau et deux antennes et d'une consultation avancée à Oloron Sainte-Marie ;
- un CCAA à Pau et une consultation avancées à Orthez ;
- deux consultations Jeunes Consommateurs à Pau ;
- un CAARUD à Pau ;
- une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) au CH de Pau ;
- deux réseaux de santé : REZOPAU et le Réseau Alcoologie Béarn Soule CH de Pau ;
- une unité en addictologie au CHS des Pyrénées à Pau ;
- des activités de prise en soins en addictologie au CHS des Pyrénées à Pau, et à la maison de santé pour maladies mentales Château de Préville à Orthez ;
- des consultations en addictologie au CH d'Oloron-Sainte-Marie, au CH de Pau ;
- un service de soins de suite et de réadaptation qui a une activité repérée de soins en addictologie à la maison de santé pour maladies mentales Château de Préville à Orthez.

IV. LES ORIENTATIONS DU SCHÉMA À PARTIR DES BESOINS REPÉRÉS

1. LES HUIT OBJECTIFS STRATEGIQUES

L'état des lieux réalisé en Aquitaine, met en évidence une multiplicité de dispositifs et de compétences sur le plan sanitaire et médico-social. Cette diversité de l'offre de prise en charge constitue une richesse qui doit être conservée et renforcée dans la mesure où elle se développe de manière harmonieuse, complémentaire et coordonnée.

Cette filière doit prendre en compte le caractère évolutif des besoins de santé des personnes présentant des conduites addictives et le niveau de recours aux compétences et aux plateaux techniques. Elle doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des patients, une meilleure identification des structures et une plus grande fluidité des parcours.

Les futurs CSAPA, réunissant les CSST et les CCAA, sont appelés à devenir le pivot des soins aux personnes présentant des conduites addictives.

Les hôpitaux, centres résidentiels, communautés thérapeutiques, consultations jeunes consommateurs, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, services de soins de suite et de réadaptation, réseaux de santé et de proximité concourent à une offre diversifiée de soins en addictologie. L'objectif du schéma est de donner une lisibilité et une graduation de cette offre sur les différents territoires. Ces structures doivent permettre d'offrir une approche globale, médico-psycho-socio-éducative interdisciplinaire, insérée dans un territoire et permettant un soutien des personnes au long cours.

1.1 Organiser l'accès à une gamme de services en addictologie, lisible et de qualité, dans chaque territoire de la région par la mise en œuvre de la réforme CSAPA

Développer des filières de soins articulant les trois volets du dispositif : hospitalier, médico-social et les réseaux par la mise en œuvre de coopérations formalisées

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.

Offrir une approche « généraliste » c'est-à-dire, quel que soit le type d'addictions à partir de structures pivots : les CSAPA

Il va s'agir d'offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addictions, accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social.

Dans le champ médico-social, le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) a un rôle central dans la prise en charge des personnes souffrant d'addiction.

Les CSAPA, inscrits au 9° de l'article L.312-1 du CASF, ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, il est désormais prévu que les CSAPA soient financés par l'assurance-maladie. Par ailleurs, le décret du 14 mai 2007 fixe les missions obligatoires et facultatives des CSAPA. Enfin, le décret du 24 janvier 2008 complète le décret précité. Les CSAPA s'adressent aux personnes présentant une conduite addictive (substances licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leurs missions s'étendent

également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).

Les CSAPA ont pour caractéristiques, l'accessibilité territoriale et sociale, la globalité de l'approche sous le concept d'addiction, l'accompagnement pluridisciplinaire et l'accompagnement dans la durée.

Garantir une accessibilité à des soins en addictologie jusqu'au niveau des territoires intermédiaires

Un maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées.

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

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

Les équipes CSAPA sont constituées de professionnels de santé, psychologues et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative.

La prise en charge dans les CSAPA est donc interdisciplinaire, elle comprend différentes dimensions :

- l'évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance ;
- la recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques, la proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et des comorbidités ;
- la mise en place d'un sevrage par cure de désintoxication et/ou traitement de substitution. Si ce sevrage n'est pas directement assuré par le Centre, le CSAPA devra accompagner le patient dans cette démarche ;
- la prise en compte de la santé du patient dans une acception large et pas seulement en tant qu'absence de maladie ;
- un accompagnement psychologique et social dans la durée, la prévention de la rechute étant une question essentielle ;
- La possibilité d'une prise en charge résidentielle à moyen ou long terme (Centres de traitement résidentiel, Communautés thérapeutiques) dans certains cas de comorbidités psychiatriques et de désinsertion sociale majeure.

Au titre de **l'accompagnement médical**, les CSAPA accueillant des usagers de drogues doivent assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO) et assurer notamment la primo-prescription de méthadone. Par ailleurs, l'article L.3411-5 du CSP prévoit que les CSAPA peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leurs missions.

Dans la mesure où il est désormais inscrit à l'article D.3411-1 du CSP que les CSAPA assurent la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, les CSAPA peuvent délivrer l'ensemble des médicaments nécessaires à la prise en charge et plus seulement les traitements de substitution aux opiacés⁶⁶.

En cas de comorbidités psychiatriques non compatibles avec une prise en charge exclusive en CSAPA les équipes doivent rendre possible le développement d'articulations avec le secteur psychiatrique.

L'**accompagnement psychologique** s'appuie sur l'évaluation de la dimension psychologique des consommations et des dépendances qui vient compléter l'évaluation médicale. Elle comprend un suivi psychologique et de soutien adapté à la situation et aux besoins de l'utilisateur et doit prévoir aussi la possibilité d'orientation vers le secteur psychiatrique.

L'**accompagnement social et éducatif** consiste en un accompagnement visant, pour le patient, au-delà du simple accès aux droits, à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre et conforter les conditions de prise en charge thérapeutique et faciliter son insertion sociale. Plus précisément, la prise en charge sociale et éducative comprend des aides au recouvrement et au maintien des droits sociaux, des actions ou des orientations visant à l'hébergement et/ou l'insertion sociale, des actions d'accompagnement et de soutien à la motivation au quotidien.

Un accompagnement dans la durée : le CSAPA assure le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin

Les CSAPA doivent assurer 4 missions obligatoires :

L'accueil

Cette mission consiste à accueillir toute personne présentant une conduite addictive ou un membre de son entourage se présentant au CSAPA ou le contactant par téléphone. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes. L'accueil ne peut se réduire à la prise d'un rendez-vous, compte tenu de la fréquente fragilité de la première demande.

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

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

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

⁶⁶ Cf Annexe, Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur relatives à l'approvisionnement, la détention le contrôle la gestion et la dispensation des médicaments (article D 3411-9 du CSP et annexe 2 de la circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA).

L'information

Cette mission s'adresse au patient ou à son entourage dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité. Il peut s'agir d'information sur ses droits ou sur les modalités de prise en charge.

L'information peut se présenter sous forme écrite (brochures...) ou orale, mais elle doit toujours être accompagnée et explicitée.

L'évaluation médicale, psychologique et sociale

Cette mission consiste à évaluer la demande et les besoins du patient ou de son entourage. Concernant le patient, il s'agit de déterminer le niveau de sa consommation, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins. Concernant les personnes de l'entourage, il s'agit d'évaluer leur besoin d'aide et d'accompagnement pour le soutien qu'elles peuvent apporter à la personne concernée.

L'orientation

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

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

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

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

1.2 Développer le repérage précoce des usages nocifs de substances psychoactives dans une perspective d'intervention précoce.

Comme indiqué dans le plan gouvernemental MILDT 2008-2011 et la circulaire Interministérielle DGS/MILDT du 23 février 2009 relative aux dispositifs médico-sociaux en Addictologie. L'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes de la consommation de substances psychoactives avant que celle-ci ne devienne problématique. Pour permettre le repérage précoce, des consultations de proximité doivent aller à la rencontre de ces personnes en intervenant dans les lieux qu'elles fréquentent ; il peut s'agir d'espaces sociaux déterminés ou d'institutions au sein desquelles il est possible de réaliser un repérage précoce.

Il s'agira des consultants de médecine libérale, des jeunes débutant une consommation, des usagers fréquentant le milieu festif, des personnes sous main de justice ou en détention, des personnes en situation de précarité, des femmes enceintes ou dont les enfants sont susceptibles d'être atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale.

Pour cela il s'agira de :

- généraliser les formations au RPIB Alcool comme au RPIB Jeunes des médecins généralistes, médecins du travail, professionnels de la périnatalité, professionnels de l'éducation nationale.
- renforcer les partenariats entre les réseaux, équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et CSAPA en particulier, en ce qui concerne le dépistage et la déclaration du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale.
- renforcer le partenariat entre les Consultations Jeunes consommateurs avec l'éducation nationale afin de permettre un repérage précoce et de faciliter l'accès des jeunes à ces consultations.
- développer des consultations avancées en Point d'Accueil Ecoute Jeunes, Bureau Information Jeunesse, structures Protection Judiciaire de la Jeunesse...
- intégrer des consultations d'addictologie dans les services de droits communs (MDSI, CHRS) en lien avec le développement des consultations jeunes consommateurs dans une perspective de repérage précoce en particulier dans les zones rurales.⁶⁷
- mettre en place une démarche de repérage pour les entrants en détention,
- mettre en œuvre le repérage précoce des usages nocifs des personnes fréquentant l'espace festif en lien avec les CAARUD ;
- développer des microstructures de soins en addictologie au sein des cabinets de médecins de ville ou en zone rurale en collaboration avec les CSAPA et les Consultations jeunes consommateurs.

1.3 Garantir aux usagers engagés dans des pratiques à risques, un accompagnement visant à réduire les dommages associés à ces pratiques

La réduction des risques en Aquitaine est une mission assurée par les CAARUD, les CSAPA, les associations intervenant en milieux festifs et les pharmaciens d'officine. La circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 indique que tous les CSAPA, qu'ils soient spécialisés ou non, ont l'obligation de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge.

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

Pour cela il va s'agir de :

- développer des actions d'information, éducation à la santé, ou/et de distribution de matériels propres permettant de réduire les risques dans tous les CSAPA ;
- renforcer le déploiement des CAARUD sur les territoires en articulation avec les CSAPA au sein de différents milieux (Rural, Festif...) ;
- inciter au dépistage des hépatites B et C auprès des usagers de drogues et notamment chez les plus précaires et accompagner l'annonce du résultat. Parmi ces publics, il y a lieu de répéter les tests de dépistage du fait de la persistance de

⁶⁷ Appel à projet 1 (action 1) de la circulaire DGS/MC2/MILDT/2009/63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures du Plan gouvernemental de la MILDT 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie.

l'exposition au risque⁶⁸. Une attention particulière de réduction des risques sera portée en direction des usagers atteints par le VHC et qui sont consommateurs d'alcool ;

- proposer des solutions novatrices pour le dépistage VIH et Hépatites (dépistage rapide) et des dispositifs non invasifs de suivi de la fibrose hépatique ;
- proposer la vaccination contre l'hépatite B de manière systématique et gratuite aux usagers de drogues consultant dans les CSAPA⁶⁹ ;
- développer la prise en charge et le suivi des usagers atteints de l'hépatite C au sein des CSAPA par la mise en place de consultation d'hépatologie en leur sein ou à défaut un dispositif spécifique de coordination avec l'offre de soins spécialisés en hépato-gastrologie ;
- développer des pratiques innovantes.

L'étude de la dynamique de l'infection par le VHB a conduit depuis plusieurs années l'InVS et le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) à recommander la vaccination des toxicomanes utilisant des drogues par voie intraveineuse⁷⁰.

Il est demandé aux CSAPA de proposer aux patients utilisant des drogues ou produits détournés de leur usage par voie intraveineuse, un dépistage gratuit des hépatites B et C, le cas échéant sous couvert de l'anonymat. Si le patient accepte, le médecin du centre devra réaliser la prescription. Les recommandations actuelles préconisent la recherche de l'antigène HBs, des anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc⁷¹.

1.4 Offrir des solutions d'hébergement adaptées de type social, médico-social, sanitaire, équitablement réparties sur l'ensemble de la région

Dans la région, il existe une offre d'hébergement mais très insuffisante, notamment au regard des besoins concernant certains publics spécifiques :

- pour les personnes en situation de précarité et consommatrices de substances,
- les sortants de prison,
- les personnes souffrant de cooccurrences psychiatriques et de troubles neurologiques,
- les femmes ayant une conduite addictive avec ou sans enfants.

Il apparaît nécessaire de créer ou d'adapter l'accueil en hébergement de ces publics au sein de structures de type Appartement de coordination thérapeutique, Centres thérapeutiques résidentiels, services de Soins de suite et de réadaptation et par la création de structures à caractère innovant du type Maisons relais ou autres dispositifs innovants.

Afin d'optimiser l'accueil et l'accompagnement en structures d'hébergement des personnes ayant une conduite addictive, il apparaît nécessaire de faciliter le recours à ces structures par

⁶⁸ Plan National de lutte contre les Hépatites B et C 2009-2012 (Axe.2).

⁶⁹ En référence au chapitre I-2-4 du Plan Hépatite 2009-2012.

⁷⁰ M. Jauffret-Roustide, E. Couturier, Y. Le Strat, F. Barin, J. Emmanuelli, C. Semaille, M. Quaglia, N. Razafindratsima, G. Vivier, L. Oudaya, C. Lefevre, J-C Desenclos *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France*, étude InVS-ANRS Coquelicot, BEH n°33. Sept 2004.

⁷¹ « Guide des vaccinations 2006 », élaboré par le comité technique des vaccinations et publié par l'INPES, en particulier le chapitre « aspects pratiques des vaccinations » et les annexes 3, 5 et 6, concernant respectivement le cadre de l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux, les centres régionaux de pharmacovigilance et le formulaire de « déclaration d'effet indésirable » (<http://www.inpes.sante.fr> espace thématique « vaccination »).

la formalisation d'une coordination sur la région des dispositifs d'hébergement (SSR, CTR, ACT, Appartements thérapeutiques, CHRS bénéficiaires d'intervention d'un CSAPA⁷²).

1.5 Développer des actions de prévention globales et intégrées sur les territoires de santé

Selon la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 : « *Les CSAPA peuvent participer ou mettre en œuvre des actions de prévention collectives.* » ; il s'agit ici d'une de leurs missions facultatives.

Les acteurs intervenant dans le champ de la prévention en addictologie sont diversifiés ; il s'agit essentiellement des intervenants des différents dispositifs CSAPA, équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), réseaux de santé, associations thématiques...

Les actions de prévention peuvent s'inscrire dans différents milieux : milieu de l'éducation, du travail, des activités sportives et de loisirs, milieu pénitentiaire, sécurité routière, périnatalité et peuvent concerner à la fois les individus, leur famille, ou des groupe de pairs.

Elles visent à renforcer les compétences psychosociales des personnes et invitent à considérer, l'ensemble des dimensions des conduites addictives (individuelles, culturelles, conjoncturelles)

⁷³

Recommandations aux acteurs :

- inscrire ces actions de prévention dans une dynamique territoriale de santé, en cohérence avec la politique nationale et régionale de santé en matière de prévention ;
- participer à la mise en œuvre des contrats locaux de santé ;
- articuler leurs interventions sur un même territoire et développer des démarches partenariales ;
- développer des actions qui s'appuient sur la pluridisciplinarité des intervenants,
- mettre en œuvre des actions s'inscrivant dans la durée ;
- élaborer des projets de prévention en s'appuyant sur une analyse de la demande et des besoins exprimés ;
- favoriser la participation active des publics concernés ;
- mettre en œuvre une démarche évaluative.

Les objectifs spécifiques de la prévention en milieu scolaire sont indiqués dans un guide d'intervention proposé en 2006 par la MILD⁷⁴ :

- donner aux élèves les moyens de maîtriser des connaissances et des compétences relatives à leur santé et à leur bien-être, notamment dans le domaine des addictions (tabac, alcool, cannabis) ;
- développer chez les élèves des compétences leur permettant de faire des choix responsables par une prise de conscience des ressources de chacun, dans le domaine de la santé (à travers ses dimensions physiques, psychologiques et sociales) et par une mise à distance critique des stéréotypes et des pressions sociales valorisant la consommation.

⁷² Voir descriptif des structures nommées dans chapitres Offres sanitaires et médico-sociales en Aquitaine.

⁷³ A. Morel, *Les addictions, un objet spécifique de la prévention* in *Alcoologie et Addictologie* 2005 ; 27 (4) : 325-335.

⁷⁴ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et Ministère de l'Éducation nationale de l'Enseignement supérieur et de la Recherche Direction de l'enseignement scolaire *Prévention des conduites addictives Guide d'intervention en milieu scolaire* 2006.

- permettre aux élèves de connaître et de s'appropriier les lois (loi de 1970, loi Évin) et les règlements.
- donner les moyens aux élèves d'être aptes à demander de l'aide pour eux et pour les autres.

De plus, lorsque cela s'avère nécessaire, il est recommandé aux opérateurs de mettre en œuvre des actions permettant d'articuler la prévention et le soin.

1.6 Promouvoir les formations initiales et continues en addictologie

Il s'agit de promouvoir les connaissances des professionnels du champ de l'addiction et de favoriser la formation des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie.

La mise en œuvre de la réforme CSAPA implique une mobilisation de compétences supplémentaires pour certains acteurs afin de rendre effectives leurs capacités d'accueil, d'accompagnement et de prévention des conduites addictives quelles qu'elles soient.

Des formations diplômantes en addictologie existent déjà en Aquitaine pour les professionnels, une partie des intervenants de CSST et CCAA de la région Aquitaine sont déjà titulaires d'une formation diplômante en addictologie ou bénéficient déjà de savoir faire reconnus.

De plus, pour dépister et intervenir, les professionnels de l'addictologie s'appuient régulièrement sur des professionnels d'autres champs. Il est nécessaire qu'ils dédient une partie de leurs activités à une offre de formation adéquate en direction des professionnels avec lesquels ils collaborent.

Afin de contribuer à l'entretien de la culture addictologie commune il s'agira de :

- développer l'intégration de l'enseignement de l'addictologie dans les cursus spécialisés concernés et au sein des formations initiales conformément aux priorités du plan MILDT 2008-2011 : fiche 4-2 soit « *Intégrer un module d'initiation aux pratiques addictologiques (prévention, dépistage, démarche thérapeutique en addictologie, réduction des risques, dans le deuxième cycle des études de médecine, pharmacie, psychologie et dans la dernière année du cursus de formation des infirmières, sages-femmes et travailleurs sociaux (certificat obligatoire de 20 heures d'enseignement)* » ;
- faciliter l'accès à des formations diplômantes en addictologie, à des actions de formation continue, de mise à jour des connaissances des professionnels des CSAPA ;
- développer l'acquisition de nouveaux outils de prise en charge spécialisés par les professionnels (ASI, Entretiens motivationnels, TCC, Approche communautaire, RDR) ;
- développer la formation transversale et polyvalente aux différents corps de métiers n'intervenant pas directement en addictologie: médecins (généralistes, spécialistes), psychologues, travailleurs sociaux, paramédicaux, mais aussi auprès des magistrats et des acteurs de l'application de la loi.

1.7 Contribuer à l'observation des pratiques addictives, à la veille sanitaire dans la région et à l'évaluation de modalités de prise en charge

La Région Aquitaine dispose de plusieurs dispositifs : TREND/SINTES de l'OFDT, CEIP, Laboratoire de recherche de l'université de Bordeaux 2, l'ORSA qui participent à l'observation des conduites addictives sur le territoire ou sont impliqués dans des recherches dans le domaine des addictions. Il va ainsi s'agir pour les CSAPA de :

- participer aux différentes enquêtes de recueil de données (RECAP/OFDT/DGS),
- participer aux systèmes de veille et d'alerte sanitaire sur les événements inhabituels liés à la consommation de produits psychotropes (SINTES « veille »/OFDT et CEIP) ;
- contribuer à l'évaluation de protocoles de prise en charge innovants (consultations avancées d'hépatologues en CSAPA, implication des médecins généralistes, communautés thérapeutiques, dispositifs pour les jeunes en situation d'errance, usagers de cocaïne, détenus), en lien avec les laboratoires de recherche de l'université de Bordeaux 2, comme le Département d'addictologie ou le laboratoire de Sociologie.
- réactualiser régulièrement les données portant sur le bilan des besoins et de l'offre sanitaire, médico-sociale et de ville en addictologie en lien avec le bureau de la CRAA.

1.8 Accompagner la mise en œuvre, le suivi et la communication du schéma.

Les préconisations des différentes circulaires qu'il s'agisse de celle relative à la filière hospitalière ou celle relative à la mise en place des CSAPA convergent vers une meilleure lisibilité de la filière d'offre de soins sanitaires et d'accompagnement médico-social. Pour cela, une communication adaptée devrait permettre l'amélioration de la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive. Il s'agit :

- d'organiser la diffusion et la communication du Schéma qui s'appuie sur ces préconisations;
- de mettre à disposition des professionnels de santé et du social, en premier lieu des médecins généralistes, médecins du travail et professionnels de la périnatalité, un outil support (annuaire régional des structures) facilitant leur pratique dans la prise en charge et dans l'orientation des patients ;
- de favoriser la tenue de journées professionnelles ;
- de développer des outils de communication à destination du grand public.

2. ORGANISATION TERRITORIALE ET ARTICULATIONS ATTENDUES

2.1 Organisation et répartitions territoriales

Niveau de proximité :

- Des réseaux en addictologie avec des professionnels formés à la pratique de l'addictologie (RPIB, entretien motivationnel, sevrage tabagique et traitements de substitution aux Opiacés).

Niveau intermédiaire (Niveau 1 Plan Addiction) :

- Une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et une consultation d'addictologie dans chaque hôpital disposant d'un service d'urgences avec un référent addiction identifié⁷⁵ ;
- Des services d'hospitalisation disposant d'une équipe formée à l'addictologie permettant de réaliser des sevrages simples ;
- Une antenne CSAPA avancée par territoire intermédiaire de plus de 100 000 habitants ou présentant des spécificités particulières (ex : flux de population saisonnier) ;
- Des consultations avancées Jeunes Consommateurs sur les territoires intermédiaires ;
- Une intervention possible des CAARUD sur chaque territoire intermédiaire en tant que de besoin.

Les objectifs à atteindre pour chaque territoire de recours dans les trois années à venir ont été définis ainsi pour :

- *la Dordogne, un CSAPA généraliste à Périgueux ;*
- *la Gironde, trois CSAPA généralistes à Bordeaux ;*
- *les Landes, un CSAPA généraliste à Mont-de-Marsan ;*
- *le Lot et Garonne, un CSAPA généraliste à Agen ;*
- *les Pyrénées-Atlantiques, un CSAPA généraliste à Bayonne et un CSAPA généraliste à Pau.*

Le Comité Technique Régional et Interdépartemental d'Aquitaine (CTRI) : 13 Mai 2009.

Niveau recours (Niveau 2 Plan Addiction)

- Mise en place d'au moins un CSAPA généraliste ambulatoire, avec une Consultation Jeunes Consommateurs au niveau de chaque territoire de recours ;
- Mise en place d'au moins un CAARUD par territoire de recours ;
- Les structures de court séjour, outre les missions de niveau 1, doivent offrir la possibilité de réaliser des sevrages et soins résidentiels complexes en unité d'hospitalisation de court séjour ou en hospitalisation de jour au moins sur chaque territoire de recours.⁷⁶ ;

⁷⁵ Circulaire DGS/DHOS du 8 septembre 2000.

⁷⁶ Ces moyens seront regroupés au sein d'une unité fonctionnelle ou d'un service ou d'une structure interne ou d'un pôle, ces activités peuvent être assurées par des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie qui ont développé une structure addictologique spécifique.

- Au moins un service d'ACT par territoire de recours ;
- Au moins un SSR par territoire de recours⁷⁷ ;
- Au moins une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) par territoire de recours.

Niveau Régional (Niveau 3 Plan Addiction)

- Une structure hospitalo-universitaire assurant des missions d'enseignement, de formation, de recherche et de coordination régionale⁷⁸.
- Des structures avec hébergement à recrutement régional voire national : trois CSAPA avec hébergement (deux en Gironde, un dans les Landes) et deux communautés thérapeutiques (une en Gironde et une en Dordogne).

2.2 Complémentarités entre les structures sanitaires et médico-sociales

Au niveau des territoires de recours, les CSAPA assurent le rôle de structures pivots en addictologie.

Qu'il s'agisse des médecins de ville, des autres structures médico-sociales, les articulations avec les structures hospitalières de niveau 1, 2 ou 3 seront particulièrement développées dans les cas énoncés ci-après par la circulaire N° DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie :

« Une prise en charge en hospitalisation, qu'elle soit réalisée dans une structure de niveau 1, 2 ou 3, est particulièrement indiquée dans les cas suivants :

- *intoxications aiguës sévères, overdoses ;*
- *sevrages justifiant une hospitalisation (delirium tremens, dépendances majeures aux substances psychoactives, polydépendances...)* ;
- *soins complexes pathologies somatiques associées (cardiaques par exemple) qui rendent périlleuse une cure de sevrage en ambulatoire et/ou exigent un bilan et des soins ;*
- *échecs antérieurs de traitements entrepris dans des cadres moins intensifs résidentiels ou ambulatoires ;*
- *comorbidité psychiatrique grave (menace suicidaire, psychose aiguë, troubles majeurs du comportement...), troubles cognitifs induits. La prise en charge par la filière, des problèmes psychiatriques associés aux conduites addictives, se fait en articulation avec les structures psychiatriques (équipes de liaison, secteurs...) afin de répondre au mieux aux problèmes posés par les patients.*

Pour certains établissements de santé, l'organisation des structures en niveaux 1, 2 et 3 décrit ci-dessus se fait par étapes et représente donc un objectif à terme. Pour être reconnues comme telles, ces structures doivent être inscrites dans le projet d'établissement et doivent faire l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. »

Les liaisons entre les CSAPA, les réseaux, les hôpitaux et les dispositifs sociaux devront être rendues lisibles dans les projets médicaux de territoire (PMT)⁷⁹.

Les partenaires de la filière hospitalière sont multiples. Ils doivent être complémentaires et s'articuler de façon à orienter les patients vers la structure la plus adaptée à leurs besoins,

⁷⁷ Projet de SROS SSR 2006-2011. ARH Aquitaine.

⁷⁸ En plus des missions de niveau 2, cette structure doit envisager, comme objectif à terme, une convention hospitalo-universitaire dans le domaine de l'addictologie dans chaque CHU ou dans un établissement de santé lié au CHU. Circulaire N° DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

⁷⁹ Voir SROS Aquitaine 2008-2011 sur le site de l'ARH

quelle qu'en soit la porte d'entrée. C'est bien la fluidité du parcours de soins au sein de l'ensemble du dispositif qu'il faut assurer. Le lieu optimal de traitement pour l'utilisateur sera le cadre le moins contraignant et qui assure en même temps les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité compte tenu de son état.

Plus globalement, les complémentarités entre les structures médico-sociales, sanitaires, les réseaux, et dispositifs sociaux doivent déboucher sur des coopérations dans le cadre de chaque objectif du schéma (repérage précoce, réduction des risques, prévention, hébergement, formation, évaluation, communication.)

- les antennes d'addictologie doivent être organisées par le dispositif médico-social avec une approche pluridisciplinaire et dans des locaux spécifiques bien identifiées et garantissant la confidentialité.
- les consultations avancées dans le cadre de partenariats avec les CMP, les centres sociaux ou les CHRS doivent davantage porter sur l'accès aux soins que sur le suivi ambulatoire qui doit rester généraliste et non stigmatisant.
- les coopérations sont à formaliser entre CSAPA et services d'hépatologie pour la mise en place et le suivi du traitement de l'hépatite C afin d'optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge des hépatites B et C. Concrètement il pourra s'agir de la mise en place de consultations d'hépatologues au sein de CSAPA et d'organisation de « *Staff* » conjoints. Par ailleurs, la formation et l'information respectives des acteurs des CSAPA et des services d'hépatologie (y compris les services de médecine interne et de maladies infectieuses) sur les thèmes respectifs addictions et hépatites pourront être mis en oeuvre⁸⁰.
- les coopérations entre CSAPA et médecine de ville, déjà organisées en partie par les réseaux, pourront prendre la forme de « microstructures », dispositif novateur⁸¹ qui propose des soins de proximité, non stigmatisants aux personnes présentant un trouble addictif.

⁸⁰ En référence au chapitre III-1-4 du Plan Hépatite 2009-2012.

⁸¹ Dispositif expérimental mené depuis 2000 en Alsace et qui a fait l'objet d'une évaluation en 2008 : OFDT/RESS France : DEmarCHE QUALité des Soins aux Usagers de Drogues. Juillet 2008. Consultable sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxlro8.pdf>

« La microstructure est un microcentre de soins pour les patients pharmacodépendants au sein du cabinet du médecin généraliste. S'adjoignent au médecin, dans son cabinet, à des plages horaires fixes, un psychologue et un travailleur social qui assurent, avec lui, le suivi de ces patients. Le pharmacien d'officine peut, au cas par cas, être sollicité en raison de l'importance que peut prendre la délivrance des produits prescrits. Chaque mois, l'équipe de la microstructure se réunit en synthèse. Elle analyse la situation des patients et oriente la conduite à tenir avec chacun d'eux».

Afin de répondre aux problématiques spécifiques des personnes incarcérées ou sortantes de prison, il va s'agir pour les CSAPA et services de santé des prisons de mettre en œuvre des conventions de partenariat s'appuyant sur la désignation d'un référent addictologie en prison et un référent prison dans les CSAPA⁸². En complément, des formations sur les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) pourront être envisagées dans les USCA en tant que de besoin. L'articulation entre les CSAPA, les services hospitaliers et la médecine de ville doit permettre d'assurer l'accompagnement des personnes tout au long de leur parcours. Elle nécessite une circulation optimale des informations relatives à l'accompagnement de la personne par des échanges formalisés entre le CSAPA (rôle pivot), l'hôpital et le médecin traitant sous la forme d'un courrier de coordination.

Les conventions de partenariats hors secteur spécialisé sont à développer notamment au service de publics spécifiques :

- signature de conventions de partenariat entre le médico-social et les hôpitaux psychiatriques et CMP pour certaines prises en charge ;
- signature de conventions de partenariat entre le médico-social et le social (organismes d'accompagnement social, organismes d'insertion professionnelle, CHRS, services sociaux...);
- renforcement des liens de collaboration entre CSAPA, équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), réseaux addictions et équipes de périnatalité par la désignation de référents.

⁸² Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

2.3 Coopérations entre les structures sanitaires et médico-sociales.

Les CSAPA ambulatoires généralistes devront assurer un rôle de pivot et de structure référente pour les médecins de ville et être facilement identifiables pour les usagers sur les territoires de recours.

Des coopérations devront être formalisées entre ces différentes structures et pourront prendre plusieurs formes :

- Fusion entre des structures,
- Création de nouvelles associations,
- Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS),
- Conventions de partenariat.

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

Les structures concernées (anciens CSST et CCAA) devront expliciter lors de leur demande d'autorisation de CSAPA, les mesures qu'elles comptent mettre en œuvre dans les trois années à venir pour atteindre l'objectif fixé par le CTRI pour les différents territoires de recours.

Les coopérations des acteurs sur les territoires peuvent être réalisées grâce à de nouveaux dispositifs juridiques tels que le Groupement de Coopération Social et Médico-Social (GCSMS)⁸³.

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

Ces groupements de coopération sanitaire ou sociale et médico-sociale visent à favoriser une collaboration entre les professionnels.

Le GCSMS a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. À cet effet, il prévoit des interventions communes de professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, que ceux-ci soient salariés du groupement ou associés par convention.

⁸³ Instruction ministérielle N°DGAS/5D/2007/309 du 03 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale et La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi « handicap » du 11 février 2005.

3. LE SUIVI DU SCHEMA

Afin d'évaluer de façon concertée la mise en œuvre des orientations du Schéma, un comité de suivi régional du Schéma est mis en place. Ce comité de suivi est composé à la fois des référents addiction DDASS, DRASS et MILDT ainsi que des référents des groupes thématiques initialement associés à l'élaboration du Schéma.

Les objectifs de ce comité sont :

- L'évaluation du degré de mise en œuvre du Schéma en examinant les éventuelles difficultés rencontrées et les obstacles à la réalisation des objectifs stratégiques;
- L'accompagnement des professionnels, en particulier dans le cadre de la réforme CSAPA ;
- L'implantation effective de CSAPA ambulatoires, généralistes assurant un rôle de pivot sur les territoires concernés ;
- La mesure de l'état d'avancement des articulations et complémentarités territoriales.

Ce comité est chargé d'élaborer une procédure d'évaluation de mise en œuvre au regard des orientations arrêtées tant au niveau qualitatif que quantitatif. La méthodologie choisie devra permettre d'associer les différents acteurs concernés par les résultats d'évaluation.

Un référentiel d'évaluation pourra être réalisé en s'appuyant sur les critères suivants :

Critère lié à l'objectif 1 : « accès effectif à une gamme de services en addictologie dans chaque territoire de la région »

Indicateurs proposés :

- Nombre de territoires intermédiaires de la région couverts par un CSAPA.
- Nombre de territoires intermédiaires d'au moins 100 000 habitants de la région disposant de l'ensemble des professionnels requis pour une prise en charge médicale, psychologique et sociale
- Répartition des types de premier produit principal consommé par les usagers des CSAPA dans l'année (base rapport d'activité.)
- Nombre de jours et d'heures d'ouverture hebdomadaire des différentes structures des CSAPA, antennes et consultations avancées.
- Existence ou non d'un système de transport permettant d'accéder en moins de ¼ h à une consultation d'addictologie.
- Pourcentage de patients accueillis en CSAPA dont l'origine géographique est extérieure au département d'implantation de la structure.
- Nombre de personnels formés à l'utilisation d'outil d'évaluation d'aide aux besoins du patient et au suivi de sa prise en charge.
- Nombre de conventions actives mises en œuvre avec les acteurs du champ sanitaire.

Critères liés à l'objectif 2 : « Développer le repérage précoce des usages nocifs de substances psychoactives dans une perspective d'intervention précoce »

Indicateurs proposés :

- Nombre de médecins généralistes formés au repérage précoce en Aquitaine.
- Nombre de formateurs au RPIB dans chaque territoire de recours
- Nombre de territoires intermédiaires dotés de consultations Jeunes Consommateurs.

Critères liés à l'objectif 3 : « Offrir aux usagers engagés dans des pratiques à risques, des informations et/ou matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques ».

Indicateurs proposés :

- Proportion de CSAPA généralistes (ou spécialisés) assurant des actions de Réduction des Risques toutes addictions.
- Nombre d'usagers vaccinés après sérologie (n'ayant pas d'immunité) à l'hépatite B sur un an.
- Les indicateurs élaborés dans le cadre d'un rapport d'activité CAARUD seront utilisés pour documenter ces activités.

Critères liés à l'objectif 4 : « Offrir des solutions d'hébergement adaptées de type social, médico-social, sanitaire, équitablement réparties sur l'ensemble de la région »

Indicateurs proposés :

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

Critères liés à l'objectif 5 « Développer des actions de prévention globales et intégrées sur les territoires de santé ».

Indicateurs proposés :

- Suivi des indicateurs croisés du Programme Régional de Santé Publique.

Critères liés à l'objectif 6 : « Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ addiction (formation continue...) et favoriser la formation des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie ».

Indicateurs proposés :

- Pourcentage de salariés par CSAPA ayant une formation qualifiante en addictologie à 3 ans ou une expérience reconnue dans le domaine (toutes addictions).
- Nombre de formations en addictologie proposées en région auprès de professionnels hors champ.
- Nombre, contenu et fréquentation des formations continues proposées aux intervenants en addictologie de la région

Critères liés à l'objectif 7 « Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et à l'évaluation des modalités de prise en charge innovantes ».

Indicateurs proposés :

- Nombre de CSAPA présents dans la base RECAP sur le nombre de CSAPA existants à 3 ans.
- Nombre de participations par CSAPA à 3 ans à une enquête régionale et/ou nationale.
- Nombre de CSAPA acceptant d'être impliqués dans un recueil régional

Critères liés à l'objectif 8 : « Accompagner la mise en œuvre de la communication du schéma ».

- Présence d'au moins un outil de communication à 3 ans pour chaque cible (CSAPA, professionnels de santé, grand public).

V. ANNEXES

L'élaboration de l'offre sanitaire autour du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 3e génération, divise le territoire aquitain en six grandes zones dénommées territoires de recours, et qui correspondent en grande partie à chacun des départements aquitains, sauf celui des Pyrénées-Atlantiques qui est découpé en deux territoires de recours Pau et Bayonne.

Les territoires de proximité sont constitués par l'agrégation de zones de patientèle autour d'une offre de soins minimale, structurelle ou ambulatoire.

Les territoires de niveau 1 ou territoires intermédiaires sont constitués par l'agrégation des territoires de proximité, dont la population a recours majoritairement à un pôle hospitalier, dont il constitue la zone d'attraction.

Les territoires de niveau 2 ou territoires de recours sont constitués par l'agrégation des territoires de niveau 1 autour d'un pôle hospitalier majeur pouvant dispenser des activités spécialisées.

Ces territoires ont été définis par arrêté du 6 Juin 2005. Ils constituent les territoires de planification sur lesquels portent les objectifs quantifiés du SROS et la répartition territoriale des activités. Toutefois ces territoires ne sont pas totalement exclusifs. Certaines zones, attirées à égalité entre deux centres de soins régionaux, figurent de façon hachurée dans deux territoires de recours. C'est le cas des zones Périgord - Lot-et-Garonne, Bordeaux Libourne - Landes, Landes - Bayonne et Landes - Pau.

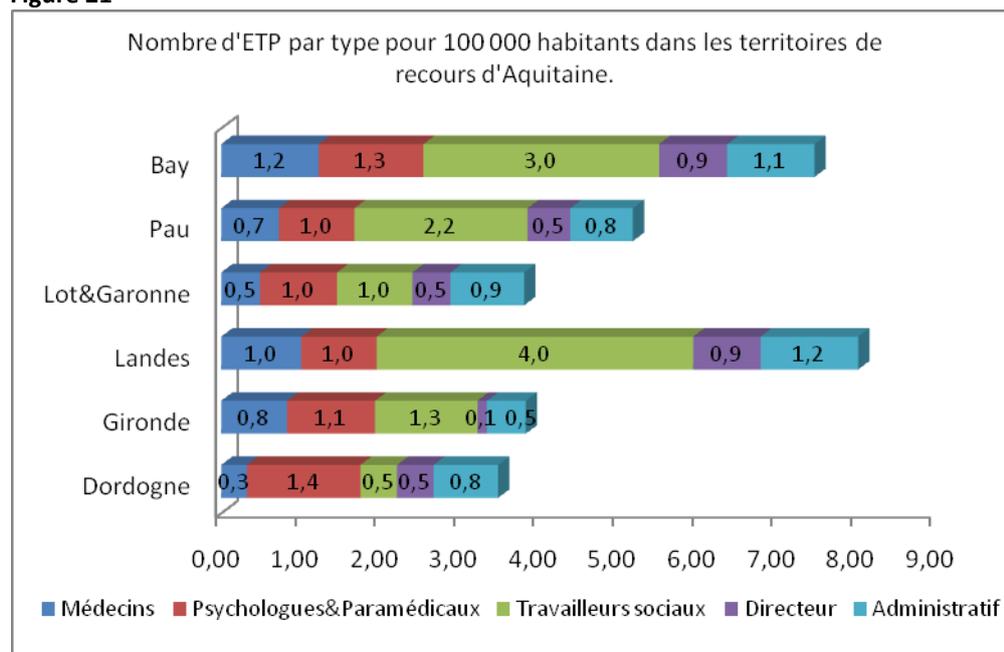
B. Les équipes de CSAPA pour 100 000 habitants par territoires de recours

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

D'autre part, la région Aquitaine concentre un nombre important de disparités entre ses territoires de recours qu'il semble indispensable de prendre en considération pour la pondération des données fournies par le traitement des ETP et de la population. Il s'agit de la zone transfrontalière qui est une zone de transit de toutes les substances addictives (tabac, alcool, drogues illicites) et qui génère une accessibilité facilitée à ces substances. Il est question également de prendre en compte la densité de la population selon les territoires, le maillage de l'équipement routier et de la desserte de certaines zones éloignées des grands centres urbains.

Le nombre d'ETP dans les CCAA et les CSST pour 100 000 habitants⁸⁴ des six territoires de recours, compose virtuellement une équipe avec en moyenne $\frac{3}{4}$ ETP médical (0,7), de 1,1 d'ETP de psychologues et/ou auxiliaires médicaux, de 2 ETP de travailleurs sociaux et de 1,5 ETP consacrés aux fonctions transversales (direction et administratif).

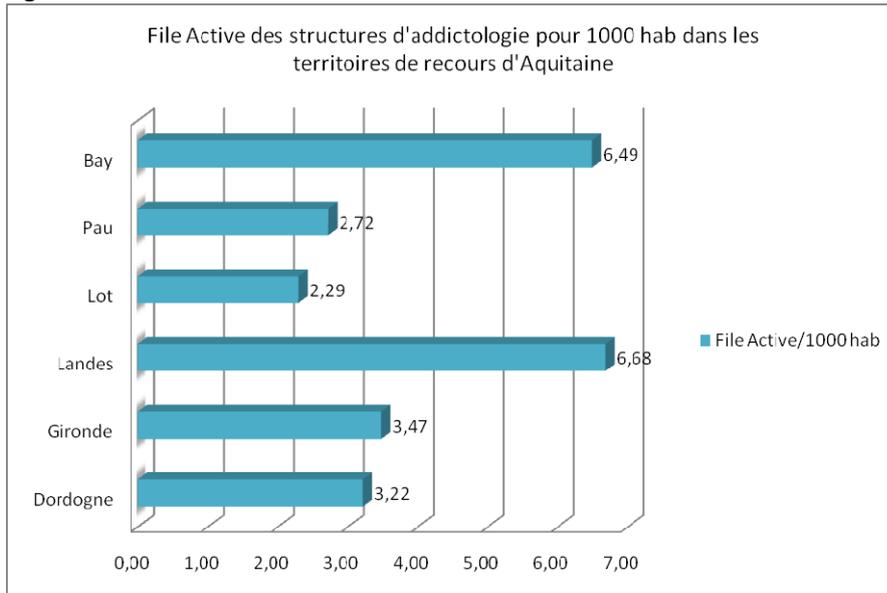
Figure 21



Sources: DRASS-DDASS-Pop INSEE 2006

⁸⁴ Calculs effectués en fonction des dernières données du recensement de la population en 2006 sur la base de la population dite municipale par l'INSEE.

Figure 22

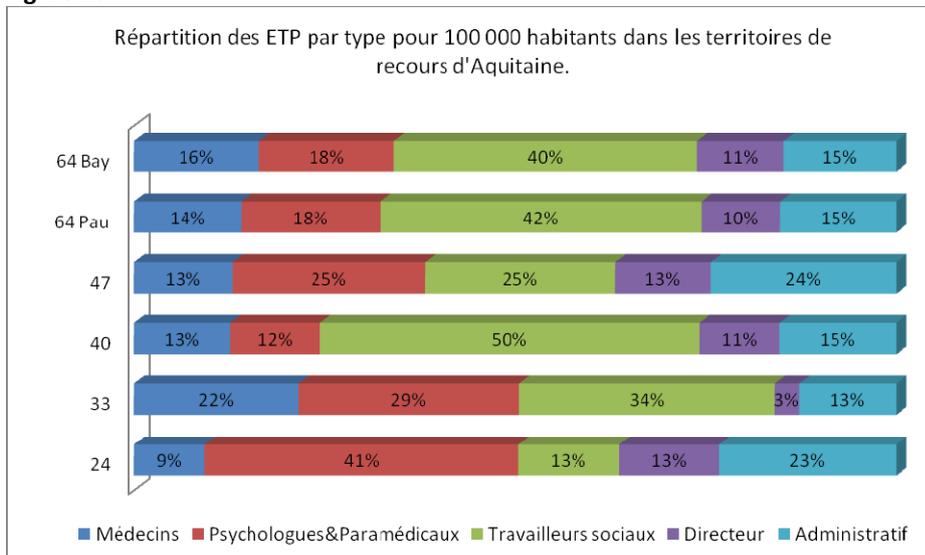


Sources: DRASS-DDASS-Pop INSEE 2006

Les disparités repérées sur le graphique font apparaitre des files actives plus importantes sur les territoires de Bayonne et des Landes, ce qui pourrait s'expliquer en partie par la mise à disposition d'ETP supplémentaires par les hôpitaux dans des structures supports médico-sociales.

Lorsque les données CSST et CCAA sont ainsi agrégées, on obtient sur chaque territoire de recours la répartition suivante des ETP.

Figure 23



Sources: DRASS-DDASS-Pop INSEE 2006

Chaque CSAPA sur un territoire de recours devra comporter un nombre d'ETP suffisant permettant d'assurer une prise en charge médicale, psychologique et sociale quel que soit le type d'addiction en référence à la circulaire du 28 février 2008.

Pour tous les territoires intermédiaires drainant un bassin de population autour de 100 000 habitants (+/-5 %) il est conseillé de mettre en œuvre une antenne de proximité dotée d'au moins 4 ETP (1 ETP de médecin, 1,5 ETP de psychologue et paramédicaux, 1 ETP de travailleur social et 0,5 ETP administratif). Ces antennes doivent permettre de réaliser des évaluations des besoins du patient ou de son entourage et proposer différents protocoles de prise en charge soit dans le cadre de l'antenne, soit dans le cadre de partenariats mis en place par le CSAPA avec l'hôpital, la médecine de ville, les institutions sociales.

C. Les structures médico-sociales en Aquitaine (au 31 décembre 2008)

Dordogne

CEID Dordogne
8, rue du 4 septembre 24000 Périgueux
05 53 46 63 83
Contact : M. Johann Dintras
Courriel : ceid.dordogne@ceid.asso.fr

CEID Dordogne, (antenne de Bergerac)
10 rue Saint-Georges 24100 Bergerac
05 53 74 20 49
Contact : M. Johann Dintras

ANPAA 24
18-20 rue Aubarède 24000 Périgueux
05 53 07 66 82
Contact : M. Vincent Patissou
Courriel : comite24@anpa.asso.fr

ANPAA 24 Bergerac
10 rue Saint-Georges 24100 Bergerac
05 53 61 70 83
Contact : M. Vincent Patissou
Courriel : cabergerac@wanadoo.fr

Gironde

CSST du Parlement Saint-Pierre (CEID)
24, rue du parlement Saint-Pierre 33000 Bordeaux
05 56 44 84 86
Courriel : ceid@ceid.asso.fr
Contact : Dr Jean-Michel Delile

CSST Département d'addictologie Centre Carreire
du CHCP
121, rue de la béchade 33076 Bordeaux cedex
05 56 56 67 02
Fax : 05 56 56 67 03
Mail : addictologie@perrens.aquisante.fr
Contact : Pr Marc Auriacombe

Centre d'addictologie du Bassin d'Arcachon Sud
COBAS
38 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
33120 Arcachon
05 56 83 11 12
Contact : Mme Véronique Rumolino

ANPAA 33
67, rue Chevalier 33000 Bordeaux

CAARUD

CEID Dordogne
8, rue du 4 septembre 24000 Périgueux
05 53 46 63 83
Contact : M. Johann Dintras
Courriel : ceid.dordogne@ceid.asso.fr

Centre résidentiel

Association AURORE Communauté Thérapeutique
Maison d'André Le Gorrec 24 310 Brantôme
05 53 35 10 03
Contact : M. Jean-Loup Valette
Courriel : gdbost.t@wanadoo.fr

Consultation Cannabis

CAAN'abus 24
8, rue du 4 septembre 24000 Périgueux
05 53 46 63 83
Contact : M. Johann Dintras
Courriel : ceid.dordogne@ceid.asso.fr

05 57 57 00 77
Contact : Mme Anne Chastel
Courriel : comite33@anpa.asso.fr

Consultations avancées ANPAA 33
- MDSI Libourne (05 57 51 48 70)
- MDSI Mérignac (05 56 12 13 90)
- CMS Saint André de Cubzac (05 57 43 19 22)
- Centre social Bagatelle (05 57 12 40 32)
- CHRS Petit Hermitage (05 56 64 12 88)
- CHRS Saint Vincent de Paul (05 56 38 63 70)
- CMS Blaye (05 57 42 02 28)
- CMS Lesparre (05 56 41 01 01)
- CMS Castelnau de Médoc (05 57 88 84 90)
- CMS Eysines (05 56 16 19 90)
- CMS Créon (05 57 34 52 70)
- CMS Cenon (05 57 88 84 90)

Centres résidentiels

Centre résidentiel de soins en Addictologie CEID
33-35, impasse du 4 septembre 33130 Bègles
05 56 49 59 58

Contact : M. Hafiz Noury
Courriel : ceid.begles@wanadoo.fr

Communauté Thérapeutique du Fleuve
10-18 Avenue Franck Chassaingne
33720 Barsac
05 56 76 39 20

Contact : M. Lysbert Rouillon
Courriel : ceid.barsac@orange.fr

CSST SEARS La ferme Merlet
33910 Saint-Martin-de-Laye
05 57 55 07 07

Contact : Dr Richard Castet
Courriel : sears@wanadoo.fr

Service d'appartements thérapeutiques CEID
24, rue du parlement St Pierre 33000 Bordeaux
05 56 81 40 34

Contact : Saïd Aoula
Courriel : appart@ceid.asso.fr

Consultation Cannabis

CAAN'Abus (Consultation avancée d'Addictologie Nouveaux usages et Abus de drogues chez les jeunes)

130 cours Alsace-Lorraine
33000 Bordeaux
05 56 01 25 66

Contact : Mlle Laure Beny
Courriel : caanabus@yahoo.fr

CAAN'abus Le Teich
Maison de la solidarité (face à la Mairie)
33470 Le Teich,
06 78 25 57 35
Contact : Mme Véronique Rumolino

Pact Jeunes/AGEP
Service de Prévention de l'Abus et de la

Landes

CSST "La source "
160, Avenue Georges Clemenceau 40000 Mont-de-marsan
05 58 75 92 04
Contact : M. Didier Spinhirny
Courriel : lasourcedeslandes@orange.fr

CSST " La source "
14, Avenue du Sablar 40100 Dax
05 58 56 38 00
Contact : Mme Andrée Busquet
Courriel : lasource.dax@wanadoo.fr

Consommation de Toxiques chez les jeunes
17, rue du Cloître 33000 Bordeaux.
05.56.48.27.15

Contact : Mme Gaas
Courriel : agep-point-jeunes@wanadoo.fr

CAARUD

Centre Planterose CEID
16, rue Planterose 33000 Bordeaux
05 56 91 07 23 (06 09 10 36 86)
Contact : Dr Brigitte Reiller, Nicolas Bourguignon
Courriel : planterose@ceid.asso.fr

La Case – CAARUD
2, rue des étables 33800 Bordeaux
05 56 92 51 89
Contact : Mme Véronique Latour
Courriel : lacase.rdr@orange.fr

Réseaux de professionnels

Réseau AGIR 33
7, rue de l'Ormeau Mort, 33000 Bordeaux
05 56 51 56 51
Contact : Dr. Philippe Castera
Courriel : reseau.agir33@wanadoo.fr

RENAPSUD
7, rue de l'Ormeau Mort, 33000 Bordeaux
05 56 31 14 62
Contact : Mlle Julie Collombat
Courriel : contact@renapsud.org

Équipe de liaison et de soins en addictologie ELSA
CHU Bordeaux
17 rue de la Béchade
05 56 56 34 34
Contact : Dr Laurent GUEZ

Centre Méthadone "La source "
14, rue Lamartine 40100 Dax
05 58 58 03 45
Contact : M. Eric Roulet
Courriel : lasource.daxmetha@wanadoo.fr

CSST Broquedis association Suerte
Domaine de Broquedis 40390 Saint-andré de Seignanx
05 59 56 73 73
Contact : M. Jean Rolando

Courriel : association.suerte@wanadoo.fr

ANPAA 40
109, rue Fontainebleau 40000 Mont-de-Marsan
05 58 75 46 04
Contact : M.Christian Beautier
Courriel : comite40@anpa.asso.fr

Consultations Cannabis

Lot et Garonne

CSST La Verrière
8 rue du 4 septembre 47000 Agen
05 53 48 15 80
Contact : M.Christian Vives
Courriel : sast.info@aspp-asso.com

CAARUD Sast la Verrière
8 rue du 4 septembre 47000 Agen
05 53 48 15 80
Contact : M.Christian Vives
Courriel : sast.info@aspp-asso.com

Appartements de coordination thérapeutique
Sast la Verrière
8 rue du 4 septembre 47000 Agen
05 53 48 15 80
Contact : M.Christian Vives

Pyrénées-Atlantiques

CSST ARIT
21, bis rue des frères 64200 Biarritz
05 59 24 82 60
Contact : M. Frédéric Demange
Courriel : arit@arit.org

Antenne Saint-Jean de Luz, Antenne Saint-Pée sur
Nivelle,
Antenne Hendaye.
Contact : Mme Françoise Laxague
Courriel : arit@arit.org

CSST Béarn Toxicomanie
23, rue du Maréchal Joffre 64000 Pau
05 59 27 42 43
Contact : M. Jean Carmouze
Courriel : toxicomanies@groupe-realise.org
Site : <http://toxicomanies.groupe-realise.org/>

CSST et CCAA CIAT
16-18 rue Montpensier 64000 Pau
05 59 82 90 13

PAPRIQA (point accueil prévention risques
informations quartiers addictions Consultations
cannabis)
160 Avenue Georges Clemenceau 40000 Mont-de-
Marsan
05 58 75 92 04
Contact : N. Marhoum et C.Mesplede
Courriel : lasourcedeslandes@orange.fr

Courriel : sast.info@aspp-asso.com

ANPAA 47
148, place Lamennais 47000 Agen
05 53 66 47 66
Contact : Mme Françoise Rouzade
Courriel : comite47@anpa.asso.fr

Consultations Cannabis

Consultation Cannabis
Sast la Verrière
Résidence du 4 septembre 47000 Agen
05 53 66 60 60
Contact : M. Christian Vives
Courriel : Cannabis47@orange.fr

Contact : Mme Catherine Dussau
Courriel : ciat.pau@wanadoo.fr

CSST Association Bizia CH de la côte basque
Avenue interne Jacques Loeb, bâtiment Zabal BP
08
64109 Bayonne Cedex
05 59 44 31 00
Contact : Dr Jean-Pierre Daulouède
Courriel : mdm.bayonne@wanadoo.fr

ANPAA 64
Avenue Paul Pras 64000 Bayonne
05 59 63 22 69
Contact : M.Richard Irazusta
Courriel : comite64@anpa.asso.fr

Consultations Cannabis
Consultations cannabis ARIT
34, boulevard Victor Hugo 64500 Saint-Jean de Luz
06 87 77 50 24
Contact : Mme Françoise Laxague

Consultation Cannabis et Maison des parents
Béarn toxicomanie
23, rue du Maréchal Joffre 64000 Pau
05 59 27 42 43
Contact : M. Pierre Alvarez
Courriel : toxicomanies@groupe-realise.org
Site : <http://toxicomanies.groupe-realise.org/>

Consultation Cannabis CIAT
16-18 rue Montpensier 64000 Pau
05 59 82 90 13
Contact : Mme Geneviève Cazalet-Martet
Courriel : ciat.pau@wanadoo.fr

Consultation Cannabis Association Bizia
CH de la cote basque, Avenue interne Jacques Loeb
Bâtiment Zabal BP 08 64109 Bayonne Cedex
05 59 44 31 00 (Antenne Saint jean de Luz)
Contact : Mme Nicole Iriate
Courriel : mdm.bayonne@wanadoo.fr

Structures de réduction des risques

CAARUD AIDES Béarn Le SCUD
4 rue Serviez 64000 Pau
06 29 12 42 57
Contact : M. Gilles Penavayre
Courriel : gpenavayre@aidés.org

CAARUD AIDES Pays Basque Le SCUD
3 avenue Duvergier de Hauranne 64100 Bayonne
Tél. 05 59 55 41 10

Contact : M. Bernard Pascal
Courriel : pbernard@aidés.org

CAARUD ARIT
8 rue Jacques Lafitte 64000 Bayonne
06 88 63 48 85
Contact : Mme Maritxu Labeguerie et Mme
Évelyne Sampedro
Courriel : arit@arit.org

CAARUD BIZIA Saint-Jean de Luz et transfrontalier.
Hôpital de Saint-Jean de Luz
05 59 44 31 00 (antenne Saint jean de Luz)
Contact : M. Cyril Olaizola
Courriel : cyrilobizia@wanadoo.fr

Réseaux professionnels

RESAPSAD
Centre hospitalier de la côte basque
Avenue interne Jacques Loeb BP 08 Bayonne Cedex
05 59 44 40 73
Contact : Dr Éliane Herran
Courriel : resapsad@wanadoo.fr

Équipe de liaison et de soins en addictologie ELSA
Centre hospitalier de la côte basque
Avenue interne Jacques Loeb BP 08 64109
Bayonne Cedex
05 59 44 40 75 (équipe infirmière)
Contact : Dr Gérard Campagne
Courriel : gcampagne001@chicb.com

D. Participants aux groupes de travail d'élaboration du SRMSA

Equipe Projet

Chef de Projet

Mme le Dr. Martine VALADIE-JEANNEL, DRASS AQUITAINE

Rédaction du Schéma :

Mme Anne-Cécile RAHIS, OFDT et Mme le Dr Martine VALADIE-JEANNEL DRASS Aquitaine

Comité de lecture de la CRAA

Mme le Dr. Marie-José ABOU-SALEH, DDASS Pyrénées-Atlantiques.

M. le Pr. Marc AURIACOMBE, Pole Addictologie CHS/CHU Bordeaux

Mme Myriam BELASCAIN, DRASS Aquitaine

Mme le Dr. Anne-Marie de BELLEVILLE, ARH Aquitaine

M. Christophe CAILLIEREZ, DDASS Gironde

M. Jacques CARTIAUX, DRASS Aquitaine

M. le Dr Philippe CASTERA, AGIR 33

M. le Dr. Jean-Michel DELILE, CEID

Mme Noëlle DUCHAUCHOI, DRASS Aquitaine

Mme Julie DUTAUIA, DRASS Aquitaine

M. Christian EGEA, DRASS Aquitaine

M. le Dr. Benoît FLEURY, ELSA CHU

Mme Valérie FONT, DRASS Aquitaine

Mme le Dr. Catherine FRANCOIS, DDASS Lot et Garonne

Mme Véronique GARGUIL, GRRITA

Mme Hélène GRANDGUILLLOT, DDASS Dordogne

M. Christian HOSSELEYRE, DDASS Pyrénées Atlantiques

M. Richard IRASUZTA, ANPAA 64

Mme Isabelle JAMET, DRASS Aquitaine

Mme Véronique LATOUR, Médecins du Monde

Mme Viviane LUFFLADE, DRASS Aquitaine

M. le Dr. André OCHOA, ORSA

M. Pierre POUYANE, DRASS Aquitaine

Mme Fabienne RABAU, DRASS Aquitaine

Mme Marie-Pierre SANCHEZ-LARGEOIS, DRASS Aquitaine

M. Jean-Paul SEYER, DRASS Aquitaine

Mme Nadine SCANDELLA, ORSA

Mme Karine TROUVAIN, DDASS Aquitaine.

Groupes de travail thématiques

Formations en Addictologie, Ressources

Animateur Rapporteur : M. le Pr. Marc AURIACOMBE, Pôle. Addictologie CHS/CHU Bordeaux

Participants

M. le Dr. Jean-Pierre DAULOUEDE, BIZIA 64

M. le Dr. Jean-Michel DELILE, CEID

M. le Dr. Jean-Luc DELABANT, URMLA

M. le Dr. Jacques DUBERNET, RENAPSUD

Mme Méline FATSEAS, Pôle Addictologie CHS/CHU Bordeaux

Mme Véronique GARGUIL, GRRITA

Mme Françoise GUEPE, FHP Aquitaine

M. le Dr. Laurent GUEZ, ELSA CHS/CHU Bordeaux

Mme Marie-Pierre SANCHEZ-LARGEOIS, DRASS Aquitaine

Articulations, Dispositifs Hospitaliers, Médico-social et Ville

Animateur : Mme Véronique GARGUIL, GRRITA

Rapporteur : M. le Dr. Jean-Michel DELILE, CEID

Participants

Mme le Dr. Marie-José ABOU-SALEH, DDASS Pyrénées Atlantiques

M. le Pr. Marc AURIACOMBE, CHS/CHU Bordeaux

M. Christophe CAILLIEREZ, DDASS Gironde

M. Gérard CAMPAGNE, CH Bayonne

M. le Dr. Philippe CASTERA, AGIR 33

Mme Julie COLLOMBAT, RENAPSUD

Mme le Dr. Anne-Marie de BELLEVILLE, ARH Aquitaine

M. le Dr. Jean-Luc DELABANT, URMLA

M. le Dr Jacques DUBERNET, RENAPSUD

Mme Catherine DUSSAU, CIAT - Pau

Mme Julie DUTAUIA, DRASS Aquitaine

M. le Dr. Yannick EMARS, HÔPITAL Le Bouscat

M. le Dr. Benoît FLEURY , ELSA CHU

Mme le Dr. Catherine FRANCOIS, DDASS Lot et Garonne

Mme Françoise HARAMBURU, CEIP Bordeaux

Mme Amélie DAVELUY, CEIP Bordeaux

Mme le Dr. Eliane HERRAN, RESAPSAD 64

M. Richard IRASUZTA, ANPAA 64

Mme Marie-Thérèse NOEL, FHP

Mme le Dr. Virginie PAILLOU, CEID

Mme le Dr. Anne-Marie PY, REZOPAU

Mme le Dr. Claude ROCHE-DESBORDES, CH Dax

M. François SADLAN, CHS Charles Perrens

Mme Marie-Thérèse SALMI, MDS CONSEIL GENERAL Gironde

Mme Marie-Pierre SANCHEZ-LARGEOIS, DRASS Aquitaine

M. Didier SPINHIRNY, La Source Mont de Marsan

M. Thierry TAVEAUX, ANPAA 33

Mme le Dr. Martine VALADIE-JEANNEL, DRASS Aquitaine

Programmes Particuliers Publics Spécifiques

Animateur : Mme Véronique LATOUR, Médecins du Monde

Rapporteur : Mme Brigitte REILLER; ANITEA - GRRITA

Participants

Mme le Dr. Marielle BOCLE, CEID
M. Jean-Michel CAMU, SPIP
M. Bernard CASSIN, Vie Libre
M. Pierre CHAPPARD, ASUD
Mme Julie COLLOMBAT, RENAPSUD
M. Philippe DANE, SPIP
Mme Bénédicte DEBLOCK
M. Frédéric DEMANGE, ARIT
M. le Dr. Jean-Yves DEVAUD, DRDJS
M. René DUCLA, DDASS Pyrénées Atlantiques
Mme le Dr. Juliette FOUCHER, CHU Bordeaux
Mme Stéphanie HEBRARD, ANPAA 47
M. Pierre LAVIGNASSE, CSST BIZIA – SUERTE
M. le Dr. Frédéric LEAL, CAARUD LA CASE
Mme Sophie LEBARBANCHON, AIDES Pays Basque
M. le Dr. Gildas LEPORT, UCSA
M. Frédéric OCANA, DDASS Gironde
M. Cyril OLAÏZOLA, BIZIA Bayonne
M. le Dr. Pierre POUYANNE, DRASS Aquitaine
M. Jean ROLANDO, SUERTE 40
M. Philippe ROSSARD, CHS Charles Perrens
Mme Françoise ROUZADE, ANPAA 47
M. Didier SPINHIRNY, LA SOURCE Mont de Marsan
Mme Cécile LEVECOT-RADET, ANPAA
Mme le Dr. Martine VALADIE-JEANNEL, DRASS Aquitaine

Indicateurs disponibles, suivi, évaluation

Animateur : M. le Dr. André OCHOA, ORSA
Rapporteur : M. le Dr. Jean-Michel DELILE, CEID

Participants :

M. Eric AMRANE, DRASS Aquitaine
M. Christian BEAUTIER, ANPAA 40
Mme Julie COLLOMBAT, RENAPSUD
M. le Dr. Jean-Pierre DAULOUÈDE, BIZIA 64
Mme Cécile DENIS, Dépt Addictologie CHS/CHU Bordeaux
M. Christian EGEE, DRASS Aquitaine
M. le Dr. Benoît FLEURY, ELSA CHU
Mme le Dr. Catherine François, DDASS Lot et Garonne
Mme Françoise HARAMBURU, CEIP Bordeaux
Mme le Dr. Isabelle JAMET, DRASS Aquitaine
Mme Estelle LAVIE Dépt Addictologie CHS/CHU
M. Frédéric OCANA, DDASS Gironde
Mme Anne-Cécile RAHIS, OFDT / CEID
M. Rachid SALMI, ISPED

Mme Nadine SCANDELLA, ORSA
Mme le Dr. Martine VALADIE-JEANNEL, DRASS Aquitaine

Programmes de prévention en addictologie

Animateur : M. le Dr. Benoît FLEURY, ELSA /ANPAA

Rapporteur : Mme Laurence GARCIA, CEID

Participants

Mme Marielle BOCLE, CEID
Mme Cristina BUSTOS, Inspection Académique 33
M. Christophe CAILLIEREZ, DDASS Gironde
M. le Dr. Philippe CASTERA, AGIR 33
M. le Pr. Patrice COUZIGOU, CHU Bordeaux
M. le Dr. Jean-Luc DELABANT, URMLA
Mme Colette DELMAS, Rectorat
M. le Dr. Jean-Yves DEVAUD, DRDJS
Mme Hélène FOSSOUX, CHU Bordeaux
Mme Brigitte VALPROMY, CHU Bordeaux
Mme Véronique GARGUIL, GRRITA/CHS Charles Perrens
Mme Hélène GRANDGUILLOT, DDASS Dordogne
M. le Dr. Laurent GUEZ, ELSA / CHS Charles Perrens
M. Christian HOSSELEYRE, DDASS Pyrénées Atlantiques
M. Richard IRAZUSTA, ANPAA 64
Mme Aurélie LAZES, AGIR 33
Mme Nadège LAYLLE, DDASS Landes
Mme Sylvie MARCADIE, Conseil Régional
Mme Karine MONSEGU-MOULIE, AIDES Béarn
Mme Marie-Thérèse NOEL, FH Aquitaine
Mme Françoise NORMANDIN, MDS Conseil Général Gironde
M. Frédéric OCANA, DDASS Gironde
Mme Anne-Marie PY, REZOPAU – CODES 64
Mme Martine RUELLO, URCAM
M. Michel SCHAMBOURG, Vie Libre
Mme le Dr. Martine VALADIE-JEANNEL, DRASS Aquitaine
Mme Josiane VERGA, DDASS Lot et Garonne

Communication et répertoire – acteurs en addictologie

Animateur : M. Jean FAURE, DRASS Aquitaine
Rapporteur : M. Christian EGEE, DRASS Aquitaine

Participants

M. le Dr. Philippe CASTERA, AGIR 33
Mme Julie COLLOMBAT, RENAPSUD
M. le Dr. Jean-Luc DELABANT, URMLA
M. le Dr. Jean-Yves DEVAUD, DRDJS
Mme le Dr. Eliane HERRAN, RESAPSAD
Mme Aurélie LAZES, AGIR 33
Mme Anne-Marie PY, REZOPAU-CODES 64
Mme le Dr. Martine VALADIE-JEANNEL, DRASS Aquitaine

Membres Commission Régionale Addictions en Aquitaine (CRAA)

Président de la CRAA :

M. Jacques CARTIAUX, DRASS Aquitaine

Vice-Présidents :

M. Jean-Paul SEYER, DRASS Aquitaine

Mme Fabienne RABAU, DRASS Aquitaine

Mme le Dr. Marie-José ABOU-SALEH, DDASS
Pyrénées-Atlantiques

M. Eric AMRANE, DRASS Aquitaine

M. Jean-Claude ARNAL, CH Dax

M. le Pr. Marc AURIACOMBE, CHS/CHU Bordeaux

M. Philippe BESSIERES, DRTEFP

M. Daniel BOISSEAU, DDASS Gironde

M. Daniel CAILLAUD, Hôpital Le Bouscat

M. Christophe CAILLEREZ, DDASS MILDT Gironde

M. Gérard CAMPAGNE, ELSA CH Bayonne

M. Bernard CASSIN, Vie Libre

M. le Dr. Philippe CASTERA, AGIR 33

Mme Julie COLLOMBAT, RENAPSUD

Mme Brigitte COMBERTON, Vie Libre

M. le Pr. Patrice COUZIGOU, CHU Bordeaux

M. François DABIS, CRAES - CRIPS

M. le Dr. Jean-Pierre DAULOUEDE, BIZIA 64

Mme le Dr. Anne-Marie de BELLEVILLE, ARH

Mme Bénédicte DEBLOCK, DRSP, Département
insertion et probation.

M. le Dr. Jean-Luc DELABANT, URMLA

M. le Dr. Jean-Michel DELILE, CEID

Mme le Dr Colette DELMAS, Rectorat

M. le Dr. Jean-Yves DEVAUD, DRDJS

M. le Dr. Jacques DUBERNET, RENAPSUD

Mme Julie DUTAUZIA, DRASS Aquitaine

M. Christian EGEA, DRASS Aquitaine

M. Yannick EYMARS, Hôpital Le Bouscat

M. le Dr. Benoît FLEURY, ELSA ANPAA

Mme Valérie FONT, DRASS Aquitaine

Mme le Dr. Hélène FOSSOUX, CHU Bordeaux

Mme le Dr. Juliette FOUCHER, CHU Bordeaux

Mme le Dr. Catherine FRANCOIS, DDASS Lot et
Garonne

M. Alain GARCIA, ARH Aquitaine

Mme Véronique GARGUIL, GRRITA /CHS Charles
Perrens

M. Stéphane GIGANON, AIDES Sud--Ouest

Mme Hélène GRANDGUILLOT DDASS Dordogne

M. Gilles GRENIER, URCAM

Mme Françoise GUEPE, FHP Aquitaine

M. le Dr. Laurent GUEZ, ELSA, CHS Charles Perrens

Mme Françoise HARAMBURU, CEIP Bordeaux

M. Marc HERAULT, ANPAA

Mme le Dr. Eliane HERRAN, RESAPSAD

M. Christian HOSSELEYRE, DDASS Pyrénées
Atlantiques

M. Richard IRAZUSTA, ANPAA 64

M. Michel LAFORCADE, DDASS Dordogne

Mme Véronique LATOUR, Médecins du Monde

Mme Nadège LAYLLE, DDASS Landes

Mme Sophie LEBARBANCHON, CAARUD AIDES Pays
Basque

Mme Viviane LUFFLADE, DRASS Aquitaine

M. Serge MAUVILAIN, DRDJS

Mme Karine MONSEGU-MOULIE, AIDES Béarn

Mme Marie-Thérèse NOEL, FHP

M. Frédéric OCANA, DDASS Gironde

M. le Dr. André OCHOA, ORSA

Mme Colette PERRIN DDASS Landes

Mme Anne-Marie PY, REZOPAU

Mme Anne-Cécile RAHIS, OFDT

Mme Brigitte REILLER, ANIT -GRRITA

Mme le Dr. Claude ROCHE-DESBORDES, CH Dax

M. le Dr. François SADLAN, CHS Charles Perrens

M. le Pr. Louis-Rachid SALMI, ISPED

Mme Marie-Thérèse SALMI, Conseil Général
Gironde

Mme Marie-Pierre SANCHEZ-LARGEAIS, DRASS,
Aquitaine

M. Michel SCHAMBOURG, VIE LIBRE

M. Didier SPINHIRNY, LA SOURCE

Mme Joséphine TAMARIT, DRASS Aquitaine

M. le Dr. Jean-Claude LABADIE, URMLA

Mme le Dr. Martine VALADIE-JEANNEL, DRASS
Aquitaine

Mme Brigitte VALPROMY, Hôpital Haut-Lévêque

M. André VARIGNON, DRSP

Mme Josiane VERGA, DDASS Lot et Garonne

Mme Sophie ZAMARON, CHU Bordeaux

E. Dispositions réglementaires relatives à l'approvisionnement, la détention le contrôle la gestion et la dispensation des médicaments.

Article D 3411-9 du CSP et annexe 2 de la circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA.

L'article D 3411-1 du Code de la Santé Publique stipule ainsi que « les centres assurent la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés ».

▪ **Nature des médicaments que peuvent délivrer les CSAPA.**

Dans la mesure où les missions des CSAPA prévoient une prise en charge globale, les CSAPA **peuvent** désormais délivrer tous les médicaments concourant strictement à cette prise en charge, à savoir : les traitements de substitution aux opiacés, les substituts nicotiques, les psychotropes...

▪ **CSAPA géré par un établissement de santé disposant d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).**

Dans ce cas, l'article D3411-9 du CSP stipule que l'approvisionnement, la détention, le contrôle, la gestion et la dispensation des médicaments sont assurées par un pharmacien de cette PUI.

▪ **CSAPA géré par un établissement de santé sans PUI ou par une association.**

L'approvisionnement en médicament est effectué auprès de fabricants, distributeurs ou grossistes répartiteurs (article R 5124-45 alinéa 6 du CSP).

Le pharmacien ou le médecin responsable dans le centre de la détention et de la dispensation des médicaments doit faire une commande écrite.

La détention, le contrôle, la gestion et la dispensation de ces médicaments sont alors assurés par un pharmacien inscrit au tableau de la section H de l'Ordre National des Pharmaciens.

A défaut, un médecin intervenant dans le centre nommément désigné par le Préfet après avis du Pharmacien Inspecteur Régional de Santé Publique, peut assurer ces fonctions (article D 3411-9 du CSP).

▪ **Conditions de stockage**

Les médicaments doivent être stockés dans un lieu fermé à clef et accessible uniquement au personnel autorisé.

Les médicaments gardés pour le compte des patients devront également être stockés dans les mêmes conditions de sécurité mais de manière individualisée. Les stupéfiants sont à stocker dans un coffre fort.

F. Liste des sigles

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

ANITEA : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie Et Addictologie.

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

ASI : Addiction Severity Index

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CAR : Comité Administratif Régional

CCAA : Centre de Consultations Ambulatoire en Alcoologie

CDT net : Consultation de dépendance tabagique- informatisation des consultations de tabacologie.

CEIP : Centre d'Evaluation et d'informations sur les pharmacodépendances

CETAF : CEntre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'exams de santé.

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

CIRDD : Centre d'Information Régional des drogues et dépendances

CMP : Centre Médico-Psychologique.

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

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

CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

CRAA : Comission Régionale Addiction d'Aquitaine

CTR : Centre Thérapeutique Résidentiel

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGS : Direction Générale de la Santé

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRDJS : Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports

DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

DRSP : Déparement de Réadaptation socio-professionnelle

Ena CAARUD : Enquête Nationale auprès des usagers des CAARUD

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense

FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé

GRRITA : Groupe de Recherche et de Réflexions des Intervenants en Toxicomanie d'Aquitaine

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INVS Institut National de Veille Sanitaire

MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion.

MISP: Médecin Inspecteur de Santé Publique.

OCRTIS : Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants

OFDT Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONISR : Observatoire National interministériel de sécurité routière

ORSA : Observatoire Régional de la Santé en Aquitaine

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PRELUD : Enquête PRemière Ligne Usagers de Drogues

RECAP : REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge

RDR : Réduction Des Risques

RIM-psy : Recueil d'Information Médicalisé pour la Psychiatrie

SINTES : Système d'Identification National des Toxiques Et des Substances

SIAMOIS : Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal d'Injection et de Substitution

SIMCCA : Système d'Information Mensuelle des Consultations Cannabis

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance maladie

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

URMLA : Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine.

G. Table des illustrations

Figure 1 : Densité de l'Aquitaine au recensement de 2006.....	14
Figure 2 : Taux de chômage par zone d'emploi au T3- 2008	16
Figure 3: Consommation de 5 verres ou plus en une 1 occasion, dans les 30 der jours à 17 ans, 2005 ...	19
Figure 4 : Ivresses alcooliques au cours des 12 der mois à 17 ans, 2005	19
Figure 5 : Expérimentations d'autres produits illicites à 17 ans, 2005	22
Figure 6 : Séroprévalence du VIH et du VHC, Coquelicot, 2004.....	23
Figure 7 et 8 : Taux comparatifs de consommateurs de psychotropes en France (en %)	24
Figure 9 : Répartition des ETP moyen dans les CSST d'Aquitaine, 2007	35
Figure 10 : Répartition des ETP moyen dans les CCAA d'Aquitaine, 2007.....	36
Figure 11 : Répartition des patients hospitalisés en court séjour, Aquitaine, 2007	39
Figure 12 : Répartition des patients hospitalisés en SSR, Aquitaine, 2007.....	40
Figure 13 : Structures supports en addictologie en Aquitaine.....	45
Figure 14 : La prise en charge des addictions dans le secteur sanitaire, Aquitaine, 2007	46
Figure 15 : Dordogne-Implantation des services d'addictologie	47
Figure 16 : Gironde-Implantation des services d'addictologie	48
Figure 17 : Landes-Implantation des services d'addictologie	49
Figure 18 : Lot et Garonne-Implantation des services d'addictologie	50
Figure 19 : Pyrénées-Atlantiques-Implantation des services d'addictologie.....	51
Figure 20 : Les territoires de santé en Aquitaine	72
Figure 21 : Nombre d'ETP par type pour 100 000 hab dans les territoires de recours.....	74
Figure 22 : File active des structures d'addictologie pour 1000 hab par territoires de recours.....	75
Figure 23 : Répartition des ETP pat type pour 100000 Hab dans les territoires de recours.....	75



DRASS d'Aquitaine

Directeur de la publication : Jacques CARTIAUX, directeur régional

Chef de projet : Docteur Martine VALADIE-JEANNEL

Réalisation, conception : communication / PAO DRASS

Espace Rodesse - 103 bis rue Belleville - BP 952 - 33063 BORDEAUX CEDEX

tél : 05 57 01 95 00 - télécopie : 05 57 01 96 83

courriel : dr33-direction@sante.gouv.fr

[http : //aquitaine.sante.gouv.fr](http://aquitaine.sante.gouv.fr)