



LA PRISE EN CHARGE

et

LA PREVENTION

DES ADDICTIONS

PLAN

2007 – 2011

SOMMAIRE

PRIORITÉ 1 : MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES ADDICTIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	5
OBJECTIF 1 : AMÉLIORER L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	5
<i>Mesure 1. mettre en place des consultations spécialisées et des équipes de liaison en addictologie dans tous les hôpitaux dotés de services d'urgences</i>	5
<i>Mesure 2. Identifier au moins un service d'addictologie de recours pour 500 000 habitants</i>	5
<i>Mesure 3. Créer un pôle d'addictologie dans chaque centre hospitalo-universitaire</i>	6
OBJECTIF 2 : VALORISER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES ADDICTIONS	6
<i>Mesure 4. Maintenir le tarif du séjour pour sevrage simple</i>	6
<i>Mesure 5. Créer un tarif adapté au séjour pour sevrage complexe</i>	7
PRIORITÉ 2 : MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES ADDICTIONS DANS LES CENTRES MÉDICO - SOCIAUX	8
OBJECTIF 3 : CRÉER DES STRUCTURES POUVANT OFFRIR DES SOINS ET UN ACCOMPAGNEMENT A TOUS LES PATIENTS SOUFFRANT D'ADDICTION, QUELLE QUE SOIT CETTE ADDICTION	8
<i>Mesure 6. Rapprocher les dispositifs spécialisés en créant des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie</i>	8
<i>Mesure 7. Augmenter les capacités d'accueil et notamment avec hébergement</i>	9
OBJECTIF 4 : POURSUIVRE LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES	9
<i>Mesure 8. Améliorer les pratiques en matière de réduction des risques</i>	9
<i>Mesure 9. Mettre en place une évaluation des dispositifs médicaux utilisés dans la réduction des risques</i>	9
PRIORITÉ 3 : ARTICULER D'AVANTAGE L'OFFRE DE SOINS EN VILLE AVEC LES SECTEURS SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL	11
<i>Mesure 10. Améliorer les pratiques et les échanges par la mise en place de la "Commission Addictions"</i>	11
OBJECTIF 5 : MIEUX IMPLIQUER LA MÉDECINE DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS	11
<i>Mesure 11. Organiser les réseaux en addictologie</i>	11
<i>Mesure 12. Etablir des schémas régionaux d'addictologie</i>	12
OBJECTIF 6. COORDONNER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT CONSOMMATEUR	12
OBJECTIF 7 : DÉVELOPPER UNE MEILLEURE ARTICULATION JUSTICE-SANTÉ	13
<i>Mesure 13. Mettre en place des médecins-relais</i>	13
PRIORITÉ 4 : DÉVELOPPER LA PRÉVENTION	13
OBJECTIF 8 : FAVORISER LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET LES INTERVENTIONS BRÈVES DESTINÉES À MODIFIER LES COMPORTEMENTS	13
<i>Mesure 14. Intégrer les programmes de repérage précoce dans les CSAPA</i>	13
<i>Mesure 15. Développer en médecine de ville la prévention de l'usage à risque de l'alcool</i>	14
<i>Mesure 16. Développer des actions de prévention de la consommation des substances psychoactives pendant la grossesse</i>	14
OBJECTIF 9 : RENFORCER L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MATIÈRE D'ADDICTIONS	15
<i>Mesure 17. Lancer une grande campagne d'information sur les addictions</i>	15
<i>Mesure 18. Mettre en place un numéro unique d'appels téléphoniques</i>	15
OBJECTIF 10 : RENFORCER LE RÔLE DES ASSOCIATIONS	16
<i>Mesure 19. Valoriser et renforcer le maillage associatif</i>	16
PRIORITÉ 5 : RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS EN ADDICTOLOGIE	16
OBJECTIF 11 : METTRE EN PLACE D'UNE FILIÈRE PÉRENNE D'ENSEIGNEMENT EN ADDICTOLOGIE	16
<i>Mesure 20. Développer l'enseignement en addictologie pour les professions médicales</i>	16
<i>Mesure 21. Développer l'enseignement en addictologie pour les professions paramédicales et les travailleurs sociaux</i>	17
OBJECTIF 12 : INTÉGRER L'ADDICTOLOGIE À LA FORMATION CONTINUE	17
<i>Mesure 22. Intégrer les compétences addictologiques dans la FMC</i>	17
PRIORITÉ 6 : COORDONNER D'AVANTAGE LA RECHERCHE EN ADDICTOLOGIE	18
OBJECTIF 13 : RENFORCER LA RECHERCHE CLINIQUE	18
<i>Mesure 23. Faire de l'addictologie une des priorités des programmes hospitaliers de recherche clinique</i>	18
<i>Mesure 24. constituer un réseau national de recherche clinique</i>	18
<i>Mesure 25. Expertiser les enjeux de santé posés par les addictions sans substances et identifier les réponses en termes de soins et de prévention</i>	18
OBJECTIF 14 : MIEUX COORDONNER LA RECHERCHE FONDAMENTALE	19
<i>Mesure 26. Impliquer davantage les agences dans la recherche sur les addictions et mobiliser d'autres acteurs</i>	19

COMMUNICATION EN CONSEIL DES MINISTRES LE 15 NOVEMBRE 2006

Les addictions restent, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux.

On estime ainsi que 35% des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool et du cannabis simultanément, et qu'à 17 ans, un adolescent sur 5 consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année.

Toutes les addictions sont à prendre en compte, qu'elles soient liées ou non aux substances : tabac, alcool, drogues illicites, médicaments, ou jeu. Elles atteignent gravement ceux qui en dépendent, mais aussi leur entourage et l'ensemble de la société.

Il n'y a pas de réponse simple face aux addictions. Un travail considérable a déjà été et est toujours réalisé par les professionnels de santé et les associations pour apporter à chaque type de population et en chaque lieu une réponse adaptée. Pourtant, aujourd'hui on constate encore d'immenses besoins.

C'est donc à l'Etat de poser les bases d'un système qui permette à chaque personne concernée par une addiction et qui en ressent le besoin, de savoir où, quand et comment elle peut trouver un accompagnement adapté. Les points d'entrée doivent être visibles de tous, accessibles de façon simple, sans stigmatisation, et capable d'offrir, dans la proximité, la meilleure prise en charge.

Cette politique doit donner à chaque patient, à chaque étape de son parcours, une réponse adaptée. De même, tous les soignants doivent être capables de détecter et d'orienter une personne souffrant d'une addiction, même à un stade précoce, sans attendre les conséquences graves de son addiction comme la cirrhose ou la désocialisation pour lui proposer une réponse.

Pour relever l'ensemble de ces défis, nous avons élaboré, comme l'a souhaité le Président de la République lors de son intervention du 27 avril dernier, un plan global de prise en charge et de prévention des addictions. J'ai décidé de lui consacrer 77 M€ par an pendant 5 ans soit un budget total de 385 M€.

Un groupe de travail opérationnel associant les professionnels s'est réuni toutes les semaines depuis le 11 mai 2006 afin de préparer un ensemble de propositions qui m'ont été présentées le 9 novembre dernier et à partir desquelles j'ai défini six priorités :

1. Mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé en mettant en place des consultations et des équipes de liaison en addictologie dans les hôpitaux dotés d'une structure d'urgence, un service d'hospitalisation en addictologie pour chaque territoire de santé de plus de 500 000 personnes, un pôle universitaire d'addictologie dans chaque centre hospitalo-universitaire et en valorisant l'activité de ces services par la création, dans le cadre de la tarification à l'activité, d'un tarif spécifique incitatif adapté aux sevrages complexes.

2. Mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux destinées aux personnes atteintes d'addiction pour les rendre efficaces et adaptées quel que soit le parcours du patient en créant des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui réuniront et mettront aux normes les anciens centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA), en instituant trois nouvelles communautés thérapeutiques et en renforçant les structures de prévention et d'accompagnement existantes.

3. Mieux coordonner les 3 secteurs de suivi et d'accompagnement du patient: hospitalier, ambulatoire et médico-social notamment en intégrant l'addictologie dans les réseaux de soins prévus pour 2007.

4. Développer la prévention, par la promotion du repérage et des interventions précoces en médecine générale, et par la prévention de la consommation de substances psycho-actives pendant la grossesse (avec notamment l'apposition d'un pictogramme sur les boissons alcoolisées).

5. Renforcer la formation des professionnels au repérage et à la prise en charge des addictions par l'inscription de modules d'addictologie en formation initiale et continue et par la création de l'option "addictologie" au sein de 7 sous-sections au conseil national des universités.

6. Renforcer et coordonner la recherche en addictologie en inscrivant l'addictologie comme priorité dans les programmes hospitaliers de recherche clinique, et en introduisant l'addictologie au sein du plan de recherche sur le système nerveux central actuellement en préparation mais aussi en évaluant l'impact sur la santé des addictions sans substances comme le jeu.

A la sortie de ce conseil, je vais **installer la Commission nationale Addiction**, très attendue par les professionnels et les associations du secteur. Cette commission, qui réunit des représentants des associations de patients et des professionnels de santé sera notamment chargée de coordonner la mise en œuvre du plan, y compris au à l'échelon régional, et d'en évaluer l'application.

Ce plan participe de la politique de réduction des risques pour les usagers de drogue que le gouvernement mène depuis 2002, avec trois objectifs : limiter le nombre de nouveaux usagers, les traiter et les aider à renoncer à l'usage de drogue et enfin réduire les conséquences graves liées à cet usage.

Xavier BERTRAND
Ministre de la Santé et des Solidarités

PRIORITE 1 : MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES ADDICTIONS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Un constat partagé avec les professionnels montre que le repérage des pratiques d'abus ou de dépendance à des substances psycho-actives est trop peu développé dans les services hospitaliers. La prise en charge des jeunes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs drogues (alcool, cannabis, ecstasy, médicaments ...) se limite le plus souvent à un accueil aux urgences sans qu'un véritable suivi soit organisé et très peu de services d'urgence se sont organisés pour répondre de façon adaptée aux consultants ayant des problèmes aigus liés à leurs addictions (alcoolisation aiguë, situations de crises, surdosage). Pourtant, les enquêtes montrent que 20% des personnes hospitalisées ont des difficultés dans la gestion quotidienne de leur consommation de substances psycho-actives.

OBJECTIF 1 : AMELIORER L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les patients présentant des conduites addictives doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée, quelle que soit le type ou la gravité de leur addiction ou leur point d'entrée dans l'hôpital. Les différents lieux de prise en charge doivent être visibles de tous, patients et professionnels de santé et accessibles en tous points du territoire.

MESURE 1. METTRE EN PLACE DES CONSULTATIONS SPECIALISEES ET DES EQUIPES DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE DANS TOUS LES HOPITAUX DOTES DE SERVICES D'URGENCES

Ce **niveau de proximité** comprend :

- une consultation hospitalière d'addictologie qui regroupe notamment les consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addiction sans substance ;
- une équipe hospitalière de liaison dont les missions, définies par la circulaire DHOS du 8 septembre 2000 sont de repérer les patients en difficulté pendant leur hospitalisation et les orienter dans le parcours de soins pour qu'ils trouvent une réponse appropriée.

L'objectif est de disposer d'une consultation et d'une équipe de liaison dans tous les établissements de santé dotés d'un service d'urgences défini par le décret du 22 mai 2006,

Budget : **16 M€** par an pendant 5 ans

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : Commission Addictions – DHOS - DSS - ARH - Etablissements de santé

Calendrier : Première vague de financement au 1^{er} trimestre 2007.

Maillage du territoire achevé en 2011.

MESURE 2. IDENTIFIER AU MOINS UN SERVICE D'ADDICTOLOGIE DE RECOURS POUR 500 000 HABITANTS

Ce **niveau de recours** est constitué par des **services d'hospitalisation** bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge spécifiques. Elles accueillent des patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge spécialisée en hospitalisation. Ils proposent, en complément de la consultation et de l'équipe de liaison :

- un hôpital de jour ;
- des hospitalisations complètes pour sevrage simple (séjour d'environ 7 jours) ou complexe (séjour prolongé).

L'objectif est de disposer d'au moins un **service d'addictologie de recours pour 500.000 habitants**, organisée dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé.

Budget : **12 M€** par an pendant 5 ans

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : Commission Addictions – DHOS - DSS - ARH - Etablissements de santé
Calendrier : Première vague de financement au 1^{er} trimestre 2007.
Maillage du territoire achevé en 2011.

MESURE 3. CREER UN POLE D'ADDICTOLOGIE DANS CHAQUE CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Ces pôles hospitalo-universitaires d'addictologie sont de niveau régional et constituent à la fois un service de recours de niveau 2 et un centre régional de référence, de formation, et de recherche. Ils permettent la coordination de la clinique avec les structures de recherche institutionnelles (INSERM, CNRS...) et la recherche fondamentale. Ce pôle travaille en relation avec les autres pôles de l'hôpital et notamment les Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance.

L'objectif est de disposer d'un **pôle d'addictologie dans chaque Centre Hospitalo-Universitaire**

Budget : **5 M€** par an pendant 5 ans

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : Commission Addictions – DHOS - DSS - ARH - Etablissements de santé

Calendrier : Première vague de financement au 1^{er} trimestre 2007

Maillage du territoire achevé en 2011

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES 1, 2 ET 3 :

Afin de procéder à la répartition du budget, la direction de l'hospitalisation et des soins procèdera à un **appel d'offres** auprès des ARH sur la base d'un **cahier des charges** validé par la Commission addictions.

Un **comité de sélection**, composé de la DGS/DHOS, de représentants des ARH, des experts de la Commission addictions et de tout autre membre compétent procèdera au choix des projets dans le courant du premier trimestre 2007. La même procédure sera reconduite tous les ans pendant 5 ans.

ACCREDITATION : l'ensemble des structures d'addictologie dans les établissements de santé fera l'objet d'une évaluation dans le cadre de l'accréditation des établissements hospitaliers et de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'évaluation sera fondée notamment sur l'existence d'une équipe multidisciplinaire formée en addictologie, d'un programme thérapeutique spécifique, de la formation initiale et continue pour le personnel paramédical et médical.

OBJECTIF 2 : VALORISER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES ADDICTIONS

La classification PMSI, qui sert de support à la tarification à l'activité, identifie les hospitalisations pour "éthylisme avec dépendance" sans distinguer les séjours pour sevrage simple des séjours pour sevrage complexe. Pourtant, les professionnels soulignent la nécessité de disposer de deux procédures de prise en charge distinctes, le sevrage simple d'une durée brève et le sevrage complexe qui demande des soins plus long et un accompagnement spécifique.

MESURE 4. MAINTENIR LE TARIF DU SEJOUR POUR SEVRAGE SIMPLE

Le "sevrage simple" est réalisable dans tout service d'addictologie, d'une durée d'une semaine environ, il met en œuvre un suivi médical "standard".

Le sevrage simple est identifié par l'actuel groupe homogène de séjours n°7252 auquel correspond le groupe homogène "éthylisme avec dépendance".

L'objectif est de maintenir le tarif actuel pour **sevrage simple**, ramené à la durée de séjour adaptée.

Le tarif du séjour pour sevrage simple sera, à partir du 1^{er} janvier 2007 de :

- **2 475 €** dans les établissements mentionnés aux a, b, et c de l'article L 162-22-6 du CSS
- **1 228 €** dans les établissements mentionnés au d de l'article L 162-22-6 du CSS

MESURE 5. CREER UN TARIF ADAPTE AU SEJOUR POUR SEVRAGE COMPLEXE
--

Le "sevrage complexe" est réalisé dans des unités dédiées. D'une durée d'au moins 2 semaines, il fait appel à une organisation plus complexe des soins et notamment à des ateliers thérapeutiques.

L'objectif est la création d'un second groupe homogène de séjours pour les sevrages complexes, réalisables uniquement dans des unités dédiées (niveaux de recours et centres hospitalo-universitaires prévus dans les mesures 2 et 3) et identifiées par les ARH.

Le tarif pour les procédures de **sevrage complexe** sera à partir du 1^{er} janvier 2007 de :

- **4 620 €** dans les établissements mentionnés aux a, b, et c de l'article L 162-22-6 du CSS
- **2 268 €** dans les établissements mentionnés au d de l'article L 162-22-6 du CSS

La création du groupe homogène de séjours pour sevrage complexe requiert un budget supplémentaire de 10 M€

Budget : **10 M€** par an pendant 5 ans

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : ARH et Etablissements de santé

Calendrier : 1^{er} janvier 2007

Une évaluation sera menée après une année de mise en œuvre. Elle portera sur des données administratives, médicales et médico-économiques et notamment sur :

- ✓ Identification par les ARH d'unités dédiées après la publication de la circulaire budgétaire
- ✓ Nombre d'unités identifiées
- ✓ Nombre de création d'unités demandées
- ✓ analyse des données pmsi produites trimestriellement par les structures disposant d'unités dédiées (évolution des effectifs, des durées de séjour, des réhospitalisations)
- ✓ mesure de l'impact tarifaire effectif de la revalorisation.

Coût de la priorité n°1 en 2007 :
--

43 M€

PRIORITE 2 : MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES ADDICTIONS DANS LES CENTRES MEDICO -SOCIAUX

La prise en charge des addictions doit être aussi précoce que possible et atteindre le plus grand nombre de sujets à risque qui représente plus de 10% de la population, bien avant que la dépendance ne soit installée, dans un objectif de prévention précoce.

Lorsque la dépendance est installée, elle touche alors 3% de la population, elle constitue une véritable maladie chronique vis-à-vis de laquelle l'intervention sanitaire ne saurait résoudre l'ensemble des problèmes. Les soins doivent alors s'organiser dans le cadre d'un **accompagnement à long terme** au plus près de la vie familiale et sociale de la personne.

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

OBJECTIF 3 : CREER DES STRUCTURES POUVANT OFFRIR DES SOINS ET UN ACCOMPAGNEMENT A TOUS LES PATIENTS SOUFFRANT D'ADDICTION, QUELLE QUE SOIT CETTE ADDICTION

Le socle législatif de cette réforme est apporté par la loi du 2 janvier 2002, qui crée les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cette réforme est également inscrite dans le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Pourtant, elle n'a pas encore pu entrer en vigueur en raison de l'absence de cadre de financement.

MESURE 6. RAPPROCHER LES DISPOSITIFS SPECIALISES EN CREANT DES CENTRES DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE

L'objectif de l'article 48 de la loi de finance de la sécurité sociale 2007 est de créer le cadre financier pour les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ils réuniront les anciens centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Cette fusion permettra aussi d'engager une mise aux normes.

Les missions des CSAPA seront définies par un **décret en Conseil d'Etat**.

Une circulaire d'accompagnement précisera la méthodologie et encouragera la mutualisation des moyens entre structures. Chaque structure de soins dispose de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs et d'assistances sociales pour assurer un suivi de qualité.

Une réflexion doit par ailleurs, être engagée sur leurs modalités d'organisation et de mise en place opérationnelle à partir des structures existantes. Cette réflexion sera confiée à la Commission addictions.

Budget : **2,8 M€**

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : DGS, DGAS, DSS

Calendrier : Publication du décret en conseil d'état au premier trimestre 2007

Publication de la circulaire d'accompagnement au premier trimestre 2007

La Commission addictions publiera des recommandations sur les mesures nécessaires à l'optimisation de l'organisation des CSAPA avant la fin du premier semestre 2007

MESURE 7. AUGMENTER LES CAPACITES D'ACCUEIL ET NOTAMMENT AVEC HEBERGEMENT

L'augmentation des capacités d'accueil reposera sur :

- 1/ la création de nouvelles communautés thérapeutiques,
- 2/ la création de nouveaux CSAPA ambulatoires,
- 3/ l'augmentation du nombre de place d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) accessibles aux usagers de substances psycho-actives en difficulté : 20 à 30 parmi les 150 nouvelles places créées en 2007
- 4/ l'accroissement du taux d'occupation des structures qui en ont la capacité.

Par ailleurs, la mise en conformité des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) contribue à améliorer les conditions de prise en charge des patients et les conditions de travail des personnels.

Budget : **10,7 M€**

Financement : Loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) 2007

Opérateur : DGS, DGAS, DSS

Calendrier : Mise en place des CT	1 ^{er} trim 2007.
Création de nouveaux CSAPA	1 ^{er} semestre 2007
Mise en conformité des CAARUD	courant 2007
Attribution des nouvelles places en ACT :	courant 2007

La Commission addictions publiera des recommandations sur les mesures nécessaires à l'optimisation de l'organisation des CSAPA avant la fin du premier semestre 2007.

OBJECTIF 4 : POURSUIVRE LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES.

MESURE 8. AMELIORER LES PRATIQUES EN MATIERE DE REDUCTION DES RISQUES

Il s'agit d'améliorer l'accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés, de lutter contre le trafic et d'agir contre le mésusage des traitements de substitution aux opiacés.

En septembre 2004, le jury de la conférence de consensus sur les traitements de substitution aux opiacés recommandait de rééquilibrer l'offre entre la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Les mesures d'application de ces recommandations doivent se poursuivre.

De nouvelles galéniques pour la méthadone seront mises sur le marché notamment la forme sèche dont l'autorisation de mise sur le marché est en cours.

Parallèlement, une étude de faisabilité est en cours pour permettre à certains médecins généralistes de réaliser une primo prescription de la méthadone.

Enfin, pour renforcer le cadre de la prescription et de la délivrance des médicaments pouvant faire l'objet d'un usage détourné, et dans le but d'aider à prévenir le nomadisme médical et paramédical, l'article L.162-4-2 du code de la Sécurité sociale est modifié afin que le nom du pharmacien figure systématiquement sur l'ordonnance pour certains produits dont la liste sera fixée par arrêté.

Par ailleurs, un protocole de soins, sera mise en œuvre dans certaines situations particulières le justifiant, notamment en cas de mésusage ou d'abus, et systématiquement dans certains cas, comme l'éventuelle primo-prescription de méthadone en ville.

Les plans de gestion de risque adapté seront mis en place par l'AFSSAPS.

La prévention des hépatites doit également être renforcée notamment chez tous les usagers de drogue.

Budget : 400 000 € pour la première phase de l'étude ANRS sur la primo-prescription de la méthadone

Financement : DGS

Opérateur : DGS, ANRS, MILDT, AFSSAPS, laboratoires concernés

Calendrier : Méthadone forme sèche : mise sur le marché prévue début 2007

Primo prescription de la méthadone à certains médecins généralistes volontaires et formés : début de l'étude ANRS en 2007.

Renforcement du cadre de la prescription et de la délivrance des médicaments pouvant faire l'objet d'un usage détourné : adoption de la mesure dans le cadre de la LFSS 2007. Mise en œuvre en 2007 après publication de l'arrêté précisant la liste des médicaments concernés.

La Commission addictions sera chargée d'assurer le suivi de l'application de la mesure.

MESURE 9. METTRE EN PLACE UNE EVALUATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX UTILISES DANS LA REDUCTION DES RISQUES

Evaluer les outils de réduction des risques et notamment les **dispositifs médicaux de réduction des risques**. Les professionnels intervenant dans le champ de la réduction des risques ont développé leurs propres outils, notamment des dispositifs médicaux comme les filtres ou les sets d'injection (Steribox®) pour limiter les risques associés à la consommation de substances psychoactives tels que la contamination par le virus des hépatites ou du VIH.

Il est nécessaire de procéder régulièrement à l'évaluation de l'efficacité, de l'efficience et de l'intérêt pédagogique des dispositifs.

La commission addiction, en lien avec l'AFSSAPS et la HAS, proposera les modalités et le calendrier de cette évaluation.

Evaluation du dispositif médico-social de prise en charge des addictions dans le cadre des évaluations prévues à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale, par le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS).

Budget : 30 000 €

Financement : DGS

Opérateur : DGS, InVS, INPES, Afssaps, HAS, commission addiction, CNESMS

Calendrier : Evaluation des dispositifs médicaux : recommandations sur les modalités d'évaluation 1^{er} trimestre 2007, évaluation : 2^{ème} semestre 2007

Evaluation du dispositif médico-social : à déterminer en fonction de la date de mise en place du CNESMS

Coût total de la Priorité n°2 :	17,73M€
--	----------------

PRIORITE 3 : ARTICULER DAVANTAGE L'OFFRE DE SOINS EN VILLE AVEC LES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL

L'articulation et la coordination des différents secteurs du dispositif de prise en charge et de soins pour les personnes ayant une conduite addictive sont des facteurs fondamentaux pour optimiser la qualité de soins et pour assurer une continuité dans le suivi de ces personnes, au regard des moyens disponibles.

Le décloisonnement ville- hôpital est l'une des principales missions des réseaux de santé en addictologie.

MESURE 10. AMELIORER LES PRATIQUES ET LES ECHANGES PAR LA MISE EN PLACE DE LA "COMMISSION ADDICTIONS"

Le mandat de la commission consultative des traitements de substitution, mise en place par l'arrêté du 7 mars 1994 peu après la mise sur le marché de la méthadone, est arrivé à son terme en 2004. Le maintien d'une instance de consultation comme force de proposition, outil d'expertise et d'aide à la décision pour l'élaboration des orientations relatives à la prise en charge des personnes ayant des pratiques addictives, est indispensable.

Les missions et la composition d'une nouvelle instance méritent d'être repensées, dans une approche élargie des addictions.

Ainsi l'arrêté du 26 octobre 2006 a créé la commission Addictions. Elle a pour mission l'évaluation et l'amélioration des réponses aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans le champ des pratiques addictives et regroupe des représentants des professionnels, des usagers, des associations et des institutionnels ayant à intervenir dans ce champ

Elle est composée de 42 membres permanents dont 29 personnalités qualifiées, dans les domaines de la toxicomanie, de l'alcool, du tabac et de l'addiction et 13 représentants institutionnels (DGS, Dhos, MILDT, assurance maladie, AFSSAPS, INPES, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Institut national du cancer (INCA), Haute autorité de santé (HAS), Ordres des pharmaciens et des médecins, et des médecins inspecteurs régionaux

Cette commission se réunira en plénière trois à quatre fois par an et se reposera sur des groupes de travail par thèmes et des groupes de travail régionaux dont la mission sera la mise en œuvre locale du plan addictions.

Budget : 10 000 euros par an (frais de fonctionnement)

Financement : DGS

Opérateur : pilotage DGS

Calendrier : Installée le 15 novembre 2006 par le Ministre de la santé et des solidarités

OBJECTIF 5 : MIEUX IMPLIQUER LA MEDECINE DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

MESURE 11. ORGANISER LES RESEAUX EN ADDICTOLOGIE

En octobre 2006, 46 réseaux de santé en addictologie, financés par la DRDR, ont été recensés.

Mesure :

augmenter le nombre de réseaux de manière à disposer **d'un réseau de proximité en addictologie pour 200.000 habitants**, organisé dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé. 254 réseaux sont à créer sur les cinq ans du plan.

Les missions des réseaux de santé font l'objet d'un cahier des charges dont l'élaboration est confiée à un groupe de travail en cours de constitution. Ce groupe de travail devra comprendre un ou plusieurs experts en addictologie.

Ces réseaux de santé auront comme principal objectif la coordination ville- hôpital et seront dotés au minimum de : un médecin coordinateur, un administratif coordinateur, d'une infirmière diplômée d'état, une secrétaire.

Budget : **5 M€** par an pendant 5 ans

Financement : Assurance maladie – Dotation Régionale des Réseaux

Opérateur : DHOS- DSS –ARH- URCAM

Calendrier : Le maillage total du territoire devra être achevé en 2011

Les instances mises en place pour l'évaluation des réseaux auront la responsabilité d'évaluer les réseaux d'addictologie

MESURE 12. ETABLIR DES SCHEMAS REGIONAUX D'ADDICTOLOGIE

Afin de rééquilibrer l'offre en CSAPA, leur mise en place s'intégrera dans les schémas d'addictologie qui visent à planifier l'offre de soins. A cette occasion, une réflexion devra être menée pour rééquilibrer l'offre en CSAPA.

Le dispositif médico-social d'addictologie doit être articulé avec le dispositif sanitaire et la ville. De même, la planification du dispositif d'addictologie doit tenir compte de l'offre de soins des champs sanitaire et médico-social, mais aussi de la médecine de ville et des services de réduction des risques.

L'article L312-5 du code de la santé publique prévoit la mise en place des schémas régionaux d'addictologie, incluant les schémas régionaux des CSAPA.

La circulaire complémentaire du décret en conseil d'état CSAPA pour les schémas régionaux d'addictologie avec, notamment, des outils pour la réalisation d'un état des lieux de l'offre et des besoins. La mise en place des groupes de travail régionaux de la commission addiction permettra de coordonner l'élaboration et la mise en œuvre de ces schémas.

Budget : Pas de budget supplémentaire

Financement : services déconcentrés DDASS-DRASS

Opérateur : DGS, DGAS, DSS, Services déconcentrés

Calendrier : Mise en place des premiers schémas courant 2007

L'évaluation du dispositif sera assurée par la Commission addictions

OBJECTIF 6. COORDONNER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT CONSOMMATEUR

Les parcours de soins des patients souffrant d'addiction sont long, complexes hétérogènes et souffrent de nombreuses lacunes de prise en charge. Il est indispensable de disposer d'une recommandation sur les stratégies de soins à proposer à ces patients.

Réalisation par la Haute Autorité de Santé (HAS) d'une audition publique sur le thème : "Abus, dépendances, polyconsommations : stratégie de soins".

Celle-ci doit permettre de réaliser un état des lieux des stratégies actuelles et de leurs améliorations nécessaires,

Elaborer à la suite de cette audition des **recommandations** pour la pratique professionnelle.

Budget : Pas de budget supplémentaire – fonds propres HAS

Financement : HAS

Opérateur : HAS

Calendrier : Audition publique : 1^{er} et 2 février 2007
Recommandation : 2^{ème} semestre 2007

OBJECTIF 7 : DEVELOPPER UNE MEILLEURE ARTICULATION JUSTICE-SANTE

MESURE 13. METTRE EN PLACE DES MEDECINS-RELAIS

L'article 27 du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance rénove le dispositif de l'injonction thérapeutique et dans son article 27 crée le dispositif des médecins relais chargé de faire le lien entre l'autorité judiciaire et les soignants dans la mise en œuvre des mesures d'injonction thérapeutique.

Budget : 1,34M€ pour la santé
Financement : Partage santé-justice à préciser
Opérateur : DGS, services déconcentrés, Ministère de la Justice, MILDT
Calendrier : Le décret et la circulaire seront diffusés d'ici la fin du 1^{er} semestre 2007

Coût total de la Priorité n°3 :	6,34 M€
--	----------------

PRIORITE 4 : DEVELOPPER LA PREVENTION

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

OBJECTIF 8 : FAVORISER LE REPERAGE PRECOCE ET LES INTERVENTIONS BREVES DESTINEES A MODIFIER LES COMPORTEMENTS

MESURE 14. INTEGRER LES PROGRAMMES DE REPERAGE PRECOCE DANS LES CSAPA

Développement par les CSAPA de pratiques d'intervention précoces et intégration des consultations pour jeunes consommateurs de cannabis.

Budget : **3,8 M€**
Financement : Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)
Opérateur : DGS, DHOS
Calendrier : 2007

L'évaluation de cette mesure est confiée à la Commission addictions.

MESURE 15. DEVELOPPER EN MEDECINE DE VILLE LA PREVENTION DE L'USAGE A RISQUE DE L'ALCOOL

Mise en place dans 5 régions de France d'une stratégie nationale de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) auprès des médecins généralistes, en lien avec le programme international de l'OMS "less is better".

Campagne de communication auprès des médecins de ville

Budget : 0,2 M€

Financement : INPES DGS

Opérateur : DGS, Drass, INCA, Commission Addictions

Calendrier : 1^{er} semestre 2007

L'évaluation de cette mesure est confiée à la Commission Addictions.

MESURE 16. DEVELOPPER DES ACTIONS DE PREVENTION DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PENDANT LA GROSSESSE

Alcool

surveillance épidémiologique du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) dans sa forme majeure (InVS)

information du public par l'étiquetage des contenants d'alcool,

amélioration des informations contenues dans le carnet de maternité

élaboration d'un guide pratique à destination des professionnels de santé (INPES)

Budget : Pas de coût supplémentaire

Financement : InVS

Opérateur : DGS, InVS, INPES

Calendrier : Etude épidémiologique : fin 2007

Mise en place du pictogramme : octobre 2007

Refonte du carnet de maternité : 1^{er} semestre 2007

Mise en place du guide pratique : courant 2007

L'évaluation de cette mesure est confiée à la Commission Addictions

Tabac

Suite à la conférence de consensus " Grossesse et tabac" qui s'est tenue à Lille, en octobre 2004 :

amélioration des informations contenues dans le carnet de maternité

Budget : Pas de coûts supplémentaires

Financement :

Opérateur : DGS INPES

Calendrier : 1^{er} semestre 2007

L'évaluation de cette mesure est confiée à la Commission Addictions

OBJECTIF 9 : RENFORCER L'EDUCATION A LA SANTE EN MATIERE D'ADDICTIONS

MESURE 17. LANCER UNE GRANDE CAMPAGNE D'INFORMATION SUR LES ADDICTIONS

S'appuyant sur les conclusions des Etats Généraux Alcool, et des Etats Généraux de la Prévention, sur les résultats des conférences de consensus de mars 1999 et de mars 2001 sur les modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant et sur les recommandations sur les pratiques des professionnels, l'INPES préparera une campagne d'information du grand public pour l'informer des dispositifs de prises en charge existants et le sensibiliser au repérage des conduites addictives. Cette campagne aura également comme objectif d'informer l'ensemble des médecins traitants et des médecins hospitaliers en leur donnant les informations utiles pour repérer précocement les patients qui auraient besoin d'aide.

Budget : 5 M€

Financement : INPES

Opérateur : INPES, MILDT

Calendrier : 2007

La campagne sera évaluée selon les modalités habituelles d'évaluation des campagnes INPES.

MESURE 18. METTRE EN PLACE UN NUMERO UNIQUE D'APPELS TELEPHONIQUES

Afin de répondre aux questions que chacun peut se poser sur sa consommation de tabac, d'alcool, de médicaments ou d'autres substances psycho-actives une plateforme téléphonique avec un numéro dédié aux addictions sera mise en place.

Ce numéro unique aura vocation à informer le correspondant qu'il soit un patient ou un professionnel de santé. La Plate forme d'info Ministère 0820 03 33 33 répondra aux appels.

S'appuyant sur les services de téléphonie existants, la réponse pourra être réorientée en fonction du type d'appels et du niveau de compétence qu'il requiert.

L'objectif est de pouvoir répondre, entre 7h et 23h tous les jours à toutes les questions sur les addictions.

Budget : 1 M€

Financement : INPES, MILDT

Opérateur : INPES, MILDT

Calendrier : 1^{er} Janvier 2007

OBJECTIF 10 : RENFORCER LE ROLE DES ASSOCIATIONS

Le rôle des associations dans la prise en charge des addictions et des personnes qui en souffrent a été déterminant dans l'histoire de l'accompagnement des patients. Au-delà de l'accompagnement quotidien, personnalisé, les associations d'entraide ont su développer des réseaux de formation dont le travail permet d'étendre la connaissance de chacun sur ce que sont les addictions, comment on les repère, comment on les identifie et comment on les évite.

MESURE 19. VALORISER ET RENFORCER LE MAILLAGE ASSOCIATIF

Le maillage territorial associatif est un élément majeur du paysage dans le domaine des addictions. Les associations d'entraide ou d'auto support restent trop peu représentées dans les instances. Leur rôle est majeur pour améliorer le quotidien des patients et accompagner leur parcours. L'objectif est des renforcer et pérenniser les financement de ces associations d'entraide et d'auto support afin qu'elles puissent sereinement développer des programmes de soutien aux patients et des projet de prévention, de communication et de formation.

Budget : 1 M€

Financement : INCA- DGS

Opérateur : Les associations d'entraides et d'auto-support

Calendrier : 2007- 2011

La Direction Générale de la Santé assurera la répartition des crédits dès 2007.

Coût total de la Priorité n°4 :

9,8 M€

PRIORITE 5 : RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS EN ADDICTOLOGIE

La formation initiale des professionnels de santé est insuffisante pour permettre l'acquisition des bases nécessaires au repérage précoce, au diagnostic et à la prise en charge. Il importe notamment d'acquérir des notions de base en épidémiologie, neurobiologie, clinique et sur le traitement des problèmes liés à l'alcool, au tabac, au cannabis et aux autres drogues.

La formation continue sur ces thèmes répond à un besoin et une forte demande des professionnels de santé installés et doit également être développée.

Ces enseignements doivent s'appuyer sur une filière d'enseignement spécialisée et pérenne.

OBJECTIF 11 : METTRE EN PLACE D'UNE FILIERE PERENNE D'ENSEIGNEMENT EN ADDICTOLOGIE.

MESURE 20. DEVELOPPER L'ENSEIGNEMENT EN ADDICTOLOGIE POUR LES PROFESSIONS MEDICALES

La création de pôles d'addictologie dans chaque centre hospitalo-universitaire (cf mesure 3) va permettre de créer un vivier pour la formation en addictologie. Ces enseignants à la fois cliniciens et chercheurs, assurent la qualité de l'enseignement dans les trois cycles des études médicales, mais parfois également dans les écoles de formations aux professions de santé.

L'objectif est de développer l'enseignement de l'addictologie dans les premier, deuxième et troisième cycles des études médicales et dans les instituts de formation aux professions de santé.

Il est également **de donner accès aux étudiants aux services d'addictologie** à la fois dans les centres hospitalo-universitaires et dans les hôpitaux généraux.

La création de l'option "addictologie" au sein de 7 sous-sections au conseil national des universités marque le premier pas dans ce sens.

Budget : pas de coûts supplémentaires en dehors de la mesure 3

Financement :

Opérateur : Ministère de l'enseignement et la recherche et Ministère de la santé

Calendrier : 2007-2011

MESURE 21. DEVELOPPER L'ENSEIGNEMENT EN ADDICTOLOGIE POUR LES PROFESSIONS PARAMEDICALES ET LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

En concertation avec leurs instances universitaires et pédagogiques développer l'enseignement universitaire et post-universitaire de l'addictologie : des pharmaciens, des sages-femmes, des infirmiers, des psychologues et des travailleurs sociaux.

Budget : pas de coûts supplémentaires

Financement :

Opérateur : Ministère de l'enseignement et la recherche Ministère de al Santé

Calendrier : 2007-2011

OBJECTIF 12 : INTEGRER L'ADDICTOLOGIE A LA FORMATION CONTINUE.

MESURE 22. INTEGRER LES COMPETENCES ADDICTOLOGIQUES DANS LA FMC

Afin de parfaire les compétences en addictologie des médecins dont cette discipline n'est pas au cœur de leur pratique quotidienne mais qui sont confrontés à des patients ayant des pratiques addictives, il convient de faire clairement apparaître l'addictologie dans les programmes de formation médicale continue.

L'objectif est d'intégrer l'actualisation ou l'acquisition des compétences addictologiques dans la formation médicale continue en particulier pour les médecins généralistes, médecins scolaires et médecins du travail.

Budget : pas de coûts supplémentaires

Financement :

Opérateur : URML

Calendrier : 2007-2011

Coût total de la Priorité n°5 : orientations s'inscrivant dans des budgets déjà disponibles, pas de coûts supplémentaire

PRIORITE 6 : COORDONNER D'AVANTAGE LA RECHERCHE EN ADDICTOLOGIE

OBJECTIF 13 : RENFORCER LA RECHERCHE CLINIQUE.

La recherche en addictologie en France est dispersée à cause de la conjonction de plusieurs facteurs :

- la diversité du champ
- la tendance d'une approche thématique par produits
- la participation d'institutions diverses impliquées dans des domaines de recherche variés
- enfin, la faiblesse des budgets qui sont alloués (10 fois moins qu'en Allemagne et 100 fois moins qu'aux USA).

MESURE 23. FAIRE DE L'ADDICTOLOGIE UNE DES PRIORITES DES PROGRAMMES HOSPITALIERS DE RECHERCHE CLINIQUE

Inscrire chaque année l'addictologie comme un thème prioritaire de recherche. En 2006, 4 projets ont été financés pour un montant de

Budget : inclus dans la dotation des PHRC

Opérateur : Ministère de la santé (DHOS /MOPRC) Directions interrégionales de la recherche clinique

Calendrier : dès 2007

MESURE 24. CONSTITUER UN RESEAU NATIONAL DE RECHERCHE CLINIQUE

L'objectif est de favoriser l'organisation en réseau des pôles hospitalo-universitaires d'addictologie. Les postes de techniciens d'études cliniques prévus dans les budgets des pôles universitaires vont permettre de recruter des personnes compétentes pour mener à bien les protocoles de recherche clinique. Ces recherches seront d'autant plus efficaces qu'elles seront multicentriques et qu'elles associeront, chaque fois que possible, des cliniciens expérimentés soit à des chercheurs en neurosciences, soit à des chercheurs en sciences humaines et sociales et en santé publique. En effet, c'est au travers de telles interfaces que l'on contribuera à favoriser les avancées nécessaires de la recherche clinique sur les addictions.

L'objectif est de créer un réseau structuré pour favoriser la recherche et les échanges scientifiques et la construction de projets de recherche collaboratifs entre les équipes.

Budget : Intégrer dans le coût de la création des pôles universitaires d'addictologie

Financement :

Opérateur : INSERM CHU MILDT

Calendrier : 2007-2011

MESURE 25. EXPERTISER LES ENJEUX DE SANTE POSES PAR LES ADDICTIONS SANS SUBSTANCES ET IDENTIFIER LES REPONSES EN TERMES DE SOINS ET DE PREVENTION

Contexte : Le rapport réalisé par le sénateur TRUCY a mis en évidence l'absence de prise en charge spécifique de la dépendance au jeu.

Réalisation d'une expertise collective INSERM sur le jeu pathologique et les autres addictions sans substance qui aura pour objectif d'analyser :

- les jeux d'argent, les jeux de hasard et les addictions sans substance en général,
- la typologie des joueurs et de leur trajectoire vers le jeu pathologique,
- la prise en charge des joueurs dépendants,
- les politiques publiques de lutte contre les addictions sans substance,
- la recherche sur les addictions sans substance.

Budget : 0,13 M€

Financement : DGS

Opérateur : Inserm, DGS, Drees, MILDT

Calendrier : rapport d'expertise fin 2007

OBJECTIF 14 : MIEUX COORDONNER LA RECHERCHE FONDAMENTALE.

<p>MESURE 26. IMPLIQUER DAVANTAGE LES AGENCES DANS LA RECHERCHE SUR LES ADDICTIONS ET MOBILISER D'AUTRES ACTEURS</p>

Inscription par l'ANR, l'INRA (marchés de l'alcool et du tabac) et l'IRD de la recherche sur les addictions dans leurs programmes en liaison forte avec la MILDT, le Ministère de la Santé, le Ministère des Affaires Etrangères et le Ministère de la Recherche.

Budget : Intégrer dans les budget des agences

Opérateur : ANR, INRA et IRD

Calendrier : 2007-2011

<p>Coût total de la Priorité n°6 (hors orientations s'inscrivant dans des budgets déjà attribués) :</p>	<p>130 000 €</p>
--	-------------------------

<p>Coût total du Plan :</p>	<p>77 M€</p>
------------------------------------	---------------------