

**Recommandation
de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
sur les addictions**

Adopté en CRSA plénière du 12 octobre 2015

Préambule

En l'espace d'une trentaine d'années la société est passée de la lutte contre l'alcoolisme ou le tabac à la prévention et à la prise en charge des addictions, ces troubles individuels en lien étroit avec les pratiques sociales de consommation.

La société d'hyperconsommation et d'hypercommunication exigeant à la fois de l'individu performance et maîtrise de soi peut le placer dans une situation subjectivement intenable. Pour tenir son angoisse à distance, celui-ci peut avoir recours à la consommation de substances psycho-actives (alcool, drogues, tabac...) lui apportant un plaisir immédiat mais pouvant induire une dépendance mettant sa santé en danger. Deux souffrances se conjuguent :

- une souffrance existentielle propre à la personne
- une souffrance sociétale qui amplifie la précédente.

Le traitement de l'addiction n'est donc pas chose aisée. Il implique de s'intéresser à la personne elle-même dans sa complexité mais également au contexte sociétal, caractérisé par une multifactorialité, dont des effets induits conséquents sur l'entourage de celle-ci, face à un système de santé, peu lisible de l'extérieur.

De ce point de vue le processus de traitement des addictions a toutes les caractéristiques d'un système complexe, tant au sens philosophique que mathématique : le résultat final n'en est pas prédictible en dépit d'une connaissance des composants élémentaires qui le constituent, des interactions existantes entre eux et des flux d'informations qui en découlent.

Néanmoins ce système doit :

- satisfaire des **besoins**, des attentes,
- accomplir une **mission**,
- répondre à des **objectifs** et des performances prescrits au moyen de la mise en œuvre de concepts d'utilisation et de scénarios opérationnels clairs, et permettre au prescripteur d'atteindre ou de répondre à une **finalité**

Globalement le système de traitement des addictions, quelles qu'elles soient, doit faire preuve d'une aptitude générale à poser et traiter les problèmes et être guidé par des principes organisateurs qui permettent de relier les savoirs et de leur donner sens.

Cela implique une approche holistique tant du domaine de l'addiction lui-même que de la personne qui en souffre

C'est dans cet esprit que se situe l'auto-saisine de la thématique Addictions par la CRSA. Elle est issue des trois **constats partagés** suivants :

- L'importance du problème de santé publique, responsable d'une bonne part de la mortalité prématurée principalement concernant les deux substances licites que sont l'alcool et le tabac ainsi qu'à un degré moindre le cannabis,

- Un manque de visibilité et de clarté du dispositif de réponses à la thématique, tant sur le plan de la prise en charge des personnes qui en souffrent, que sur celui de la prévention en y incluant la réduction des risques sanitaires et des dommages sociaux, et ce dans un environnement changeant,
- Une impression d'absence de priorités ainsi qu'une difficulté à appréhender la complexité du domaine des addictions génératrice d'errance dans les parcours des personnes suivies.

Ces constats appellent à une coordination des politiques publiques, entre celles relevant du champ de l'Agence Régionale de Santé et celles se situant hors de ce champ.

Accompagnement et prise en charge :

- **Psychiatrie et addictologie**

Tenter de définir un lien entre troubles psychiques et phénomènes d'addictions risque d'enfermer la prise en charge de la personne dans un espace très spécifique. On ne peut pas affirmer qu'il existe un lien causal entre ces troubles et les addictions, même si 30 à 50% des personnes qui ont des problèmes psychiques consomment des substances psychoactives. Il est donc important que les acteurs en santé mentale et les addictologues puissent partager leurs représentations respectives.

Par exemple, il est souhaitable qu'un praticien en psychiatrie puisse accepter qu'un usager de drogue fasse évoluer sa consommation en utilisant des traitements de substitution, ce qui n'est pas toujours le cas. En tout état de cause, dès lors qu'un usage problématique est constaté, une prise en charge est nécessaire.

Il est donc recommandé, au nom de l'approche holistique tant de la personne que du domaine de l'addiction, qu'une articulation fonctionnelle entre les acteurs de l'addictologie et le secteur de la psychiatrie se développe.

Les approches de cette thématique par la nature de la consommation d'une part et par le comportement et la personnalité d'autre part ne doivent pas être clivées. La réduction de la consommation est une option parmi d'autres. Il ne faut pas perdre de vue que l'addiction est une conduite polysémique dont le sens appartient à la seule personne concernée. La consommation constitue fondamentalement pour elle « une solution » avant d'être un problème. Le rôle des professionnels de l'addiction est donc d'abord de développer ses compétences pour le soutenir et l'accompagner dans sa démarche de changement ou à défaut de lui offrir des espaces d'étayage.

A ce titre, le traitement des addictions doit prendre en compte :

- **l'aspect du comportement et de la personnalité sous-jacente car ce sont eux qui induisent l'usage excessif d'un produit entraînant risques et dommages,**
- **l'approche par type d'usage du fait de la corrélation entre la fragilité du comportement et l'approche d'un produit,**
- **Les conséquences sociales du comportement addictif**

Ces axes de travail nécessiteront une traduction institutionnelle pour franchir les obstacles de l'harmonisation sémantique et des discordances, ou des concurrences dans les postures individuelles.

- **Les acteurs du terrain**

Le prescripteur-payeur public qu'est l'ARS Pays de la Loire, est légitimement en quête d'un système facilement lisible, compréhensible et efficient. Cette attente se heurte aux réalités de la complexité du terrain. La réponse opérationnelle existe. Elle est celle du travail en réseau qui assure :

- La nécessaire vision holistique qui permet d'appréhender la nature même des difficultés de la personne, et ce à l'opposé de l'addition incertaine de savoirs parcellaires même si ceux-ci sont par ailleurs en eux-mêmes solides,
- La circulation de l'information entre intervenants du réseau qui, en son absence, resteraient isolés et donc rapidement déconnectés.

Par essence un réseau, qu'il soit formel ou informel, fonctionne de manière plus ou moins rationnelle donnant souvent l'apparence trompeuse de pratiques éclatées (ELSA, CAARUD, SSRA, Consultations addictologie...)

A ces divers titres, la création des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie) peut être évaluée comme un concept intéressant dans la mesure où il couvre les aspects des soins, de l'éducation, du champ social, de la psychiatrie et de la psychologie. Il risque toutefois d'apparaître comme une réponse essentiellement administrative aux besoins du domaine. Il conviendra donc qu'une attention particulière soit portée aux situations suivantes :

- Dans le cadre du premier recours, le CSAPA a une responsabilité dans la bonne articulation d'un réseau où chacun reconnaît la place de tous. Il est donc de fait juge et partie puisqu'il est à la fois acteur et coordinateur. Dans ce contexte, l'exercice par le CSAPA de sa capacité à coordonner de manière dynamique le réseau peut conduire ce dernier à s'assécher à partir du moment où cette dynamique devient par trop directive.
- Le réseau est une porte d'entrée diversifiée permettant de franchir l'obstacle de la stigmatisation particulièrement pour les plus jeunes consommateurs.
- Le réseau a un intérêt majeur dans sa capacité à « aller vers ». Cette démarche fondamentale se devra d'être préservée voir développée par le CSAPA.

Pour répondre à la complexité du domaine, l'organisation retenue par l'ARS Pays de la Loire doit être pertinente, efficiente et rendue lisible tant pour les acteurs que pour la population accueillie. La CRSA formule les recommandations suivantes :

- **Mettre effectivement en place une SRAE « Addiction », membre du réseau, lieu de ressources permettant de soutenir une politique qui ne se fonde pas d'une idéologie mais qui fédère les différents acteurs, les points de vue ou disciplines, les différentes expériences, fait émerger de nouvelles pratiques, crée une résonance vers les acteurs du réseau en termes de services rendus et contribue à définir les priorités stratégiques du domaine.**
- **Clarifier au sein du réseau les rôles respectifs des CSAPA et des différentes structures qui le composent et ce en liaison avec la future SRAE Addiction en veillant à n'instituer aucun monopole des prises en charge.**
- **Définir et mettre en place des indicateurs portant sur les évolutions des réalités épidémiologiques (tant en termes de prévalence que d'incidence) et ses déterminants permettant d'évaluer l'efficacité du système de santé.**
- **Clarifier, mais aussi développer l'intervention d'usagers, en tenant compte du fait que certaines structures de représentants d'usagers ne sont plus adaptées aux priorités des besoins des publics concernés. Une recherche ad-hoc du centre de ressources, associée à l'observation épidémiologique régionale permettrait d'apporter une aide stratégique et organisationnelle à la bonne fin de cette intention.**

Prévention et communication

Il existe aujourd'hui un consensus sur la dimension prioritaire de la prévention. Il existe néanmoins aussi un décalage notable entre les campagnes nationales, les budgets alloués à la prévention et la réalité du terrain. La prévention est un travail à moyen long terme, les préoccupations budgétaires ont une vision annuelle au mieux triennale...

Ce décalage entre l'intention consensuelle et la réalité des actions et moyens engagés est plutôt paradoxale et se doit d'être objectivé.

Ce diagnostic est essentiel afin de dimensionner un plan de prévention réaliste au regard des moyens dont notre région pourra disposer, mais aussi d'évaluer l'écart entre ce qui devrait-être et ce qui est.

Parallèlement, il convient de **structurer l'organisation** et les modes d'action des intervenants dans ce champ très particulier afin d'utiliser au mieux les dotations budgétaires.

Ce sont les démarches de promotion de la santé qui permettront d'accompagner les plus jeunes dans le développement de leur capacité d'analyse et de synthèse et dans la nécessaire construction de l'estime de soi afin de les « armer » face à la tentation « d'essayer » ainsi qu'à la redoutable influence du groupe. Il conviendra d'associer éducation préventive et intervention précoce sur les territoires. Le développement de l'action précoce est une condition d'efficacité de la prévention en allant au plus près des personnes en situation de risque, dans leur contexte, afin d'améliorer leur repérage et de renforcer les ressources personnelles de chacun.

Pour ce faire, en particulier pour la population adolescente, il serait utile de s'appuyer sur les démarches continues des acteurs de terrain tels que les associations sportives, culturelles et les institutions éducatives qui réussissent et de soutenir les professionnels et les bénévoles qui y travaillent dans l'objectif de favoriser l'acquisition de compétences psychosociales avec l'appui d'intervenants qualifiés.

En outre il apparaît souhaitable de développer la collaboration entre les mondes de l'éducation et ceux de la prévention des addictions sur de véritables programmes de prévention en accroissant l'efficacité réelle et l'application coordonnée de tous.

Le caractère addictogène de la société actuelle et les conséquences psycho-sociales qu'il entraîne près de populations variées (adolescents, jeunes, monde du travail) implique des modes d'actions diversifiés par des acteurs possédant une bonne connaissance des facteurs sociétaux, démographiques et culturels afin de mieux cibler leurs interventions sur les territoires et les populations plus spécialement concernés. **Ceci suppose de partager les données infra-régionales de morbidité, ou de les établir si l'on doit constater leur inexistence.**

Les intervenants en prévention primaire doivent être des personnes qualifiées, professionnels de la prévention disposant d'une connaissance des facteurs sociétaux, d'une vision stratégique et organisationnelle et d'une ingénierie ad-hoc. Ils doivent entretenir des liaisons avec les autres membres du réseau dans un processus continu de transfert mutuel d'information.

Articulation Soins et Prévention :

Les interventions de prévention ciblée s'adressent à des groupes pouvant présenter des facteurs de risque et visant à prévenir ou à limiter l'entrée dans une consommation avec usage problématique. C'est le champ de la réduction des risques si elles s'organisent dans un cadre collectif.

Ces interventions collectives sont à distinguer des interventions d'accompagnement individuel, notamment dans le cas de certains adolescents déjà engagés dans des comportements à risque. Ces interventions rentrent dans le cadre du soin de l'accompagnement médico-social (CJC-CSAPA).

Les structures d'accompagnement médico-social qui accueillent des personnes concernées par une conduite addictive ont pour cibles des publics spécifiques, en particulier dans le champ de la précarité. Ces structures peuvent aussi jouer un rôle dans la prévention universelle au travers de

leurs compétences spécifiques et du témoignage qu'elles peuvent porter en direction de la population générale.

La notion d'un continuum « prévention – accompagnement social - soins » doit rester une règle, ce qui implique pour ces structures une réflexion sur la polyvalence des acteurs du soin.

Par ailleurs, il convient de pouvoir fournir aux médecins généralistes une information synthétique relative aux ressources de prise en charge et d'accompagnement. Ceux-ci sont des acteurs de premier recours à l'instar des autres professionnels engagés en matière de soins et de prévention dans les réseaux pluri-professionnels.

L'Assemblée plénière du 12 octobre 2015 a adopté à l'unanimité cette recommandation.