

Situation et accompagnement des personnes confrontées à des addictions

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS).

Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins de santé du PRS.

Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'agence régionale de santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins de santé de la région.

Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans

Les conduites addictives, avec ou sans substances, représentent en France, comme dans de nombreux pays, un problème de santé publique majeur aux conséquences graves sanitaires, psycho-sociales, économiques et humaines. Toutes les catégories de la population sont concernées avec un risque d'usage problématique plus élevé chez les jeunes et les personnes confrontées à des situations de vulnérabilités.

Le plan d'action gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (*MILDECA*) a défini la stratégie française sur la période 2013-2017 en réponse aux nouveaux défis comme la forte diffusion du cannabis et des comportements préoccupants d'alcoolisation excessive parmi les jeunes dès le collège, la féminisation des conduites à risque, l'évolution des modes de consommation avec l'apparition de nouvelles drogues de synthèse... Un nouveau plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions, annoncé pour la fin du premier trimestre 2018, couvrira la période 2018-2022.

I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

Evolution 1 : La stratégie nationale de santé 2018-2022 inscrit dans ses domaines d'action prioritaires deux objectifs pour « Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives » et « Réduire les prévalences des pratiques addictives »

Les données de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) 2017 témoignent en effet de la précocité des consommations avec un risque plus élevé

d'usage problématique ultérieur. Parmi les jeunes de 17 ans, 49 % ont déclaré une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le mois, 32 % fument quotidiennement du tabac, 13 % cumulent un usage régulier d'au moins deux substances parmi lesquelles l'alcool, le tabac, le cannabis, 12 % consomment au moins 10 fois par mois de l'alcool, 9 % présentent un usage problématique de cannabis, enfin 3 à 5 % pourraient présenter une pratique problématique d'internet.

En ce qui concerne les maladies induites, le tabac et l'alcool sont les deux premières causes de mortalité évitable par cancer. 900 000 hospitalisations annuelles en raison de troubles mentaux ou de comportements sont liées à la consommation d'alcool, un enfant sur 1 000 naît avec un syndrome d'alcoolisation fœtale, la moitié des patients admis en service de psychiatrie hospitalier présente un trouble mental associé à un abus de substance (*principalement l'alcool, le cannabis, les sédatifs*), 64 % des usagers de drogues injecteurs sont séropositifs pour le virus de l'hépatite C, 241 décès par surdose de drogues illicites sont survenus parmi les 15-49 ans (*Source MILDECA 2017*).

Face à ces constats, la stratégie nationale de santé 2018-2022 se donne pour objectifs de retarder l'âge de l'initiation des usages problématiques, de les repérer et d'offrir une prise en charge adaptée aux nouvelles pratiques, dont par exemple l'accessibilité facilitée par internet de la plupart des substances psychoactives, et de mettre en place un parcours de santé « addiction » tout au long de la vie pour offrir aux personnes qui le nécessitent une offre adaptée de prévention, de

réduction des risques des accidents aigus et des maladies induites (*cancers, maladies cardiovasculaires, maladies infectieuses...*) et de prise en charge sanitaire et sociale tout au long de la vie.

Cet engagement conforte les articles introduits dans la loi n°2046 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) sur la prévention et la généralisation de la réduction des risques aux conduites addictives ainsi que les orientations et recommandations de la commission d'audition publique sur la réduction des risques et des dommages (RdRD) d'avril 2016 « *Plutôt que de « lutter contre » des produits et des comportements et de ne donner comme perspectives aux personnes ayant un problème avec ces conduites que la stigmatisation et l'abstinence, la RdRD vise en priorité à prévenir et à diminuer les conséquences négatives, sanitaires et sociales des conduites addictives, avec de bien meilleurs résultats tant pour la société que pour les individus* » (Communiqué de presse- Audition publique avril 2016 de la Fédération Française d'Addictologie - 18/04/2016)

Evolution 2 : Le plan d'action régional de l'ARS Pays de la Loire visant à « Améliorer le parcours des personnes confrontées à des addictions »

Sur la durée du PRS1, l'ARS Pays de la Loire s'est fortement mobilisée pour mettre en œuvre les orientations stratégiques régionales retenues par le comité thématique du 25 mars 2013 visant à structurer les parcours de santé des personnes vivant avec une addiction

Les orientations stratégiques ont été définies au regard des avancées régionales à échéance du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et de l'évaluation régionale des réseaux départementaux addictions confiée à la Société Acsantis autour de quatre enjeux :

- Structurer le parcours autour de six missions essentielles (prévenir, repérer, accueillir/informer, évaluer/orienter, soigner/accompagner, suivre)
- Réduire les inégalités territoriales
- Faciliter l'appropriation du concept de réduction des risques et des dommages et la mise en œuvre des actions probantes en matière de prévention
- Développer des réponses aux besoins émergents et aux personnes les plus fragiles

La mise en œuvre opérationnelle des actions sur la durée du PRS1, par les directions métiers et les délégations territoriales de l'ARS, s'est fondée sur la feuille de route annuelle, validée en CODIR.

Les avancées sur la durée du PRS1 témoignent de l'engagement de l'ARS et de la forte mobilisation des acteurs de la région sur cette priorité de santé publique transverse. Au périmètre de l'ARS, les actions se sont traduites comme suit :

Evolution de la gouvernance

Les questions relatives aux addictions ont été inscrites dans les lieux de concertation et de décisions de l'ARS : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et Commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) avec des réunions ARS/Chef de projet MILDECA régulièrement organisées, tant au niveau régional que départemental, pour échanger et partager les informations en amont des appels à projet annuel.

Au regard des enjeux transverses et complexes, le groupe de travail transverse permanent SM2A « Santé mentale / autisme / addiction » de la CRSA a inscrit l'addiction dans le périmètre de ses réflexions et élaborer une recommandation adoptée à l'unanimité en conférence plénière du 12/10/2015 :

- renforcer la coordination des politiques publiques entre celles relevant du champ de l'ARS et celles se situant hors de ce champ,
- améliorer l'articulation fonctionnelle entre les acteurs de l'addictologie et le secteur de la psychiatrie,
- créer une structure ressources d'appui et de recours à l'expertise (SRAE) Addiction pour soutenir une politique fédérant le réseau des acteurs des différents secteurs, faire émerger de nouvelles pratiques, créer une résonance en termes de services rendus, et contribuer à définir les priorités stratégiques adaptées aux réalités territoriales en Pays de la Loire,
- clarifier et développer l'intervention des usagers,
- partager les données d'observation infra-régionales ou les établir en cas d'inexistence
- sur le champ de la prévention primaire, garantir l'intervention par des personnes qualifiées, disposant d'une connaissance des facteurs sociétaux, d'une vision stratégique et organisationnelle et d'une ingénierie ad-hoc entretenant des liaisons avec les autres membres du réseau dans un processus continu.

L'adaptation des dispositifs sur la durée du PRS1 a permis de poursuivre leur mutation vers l'addictologie et de favoriser l'intégration de la prévention et de la réduction des risques et des dommages dans les pratiques dans une approche décloisonnée.

- **La création d'une structure régionale d'appui et de recours à l'expertise addiction (SRAE Addiction) par appel à candidature, opérationnelle depuis fin 2016.**

Cette structure, fortement soutenue par les acteurs régionaux de l'addictologie et la CRSA, a été créée en remplacement des six ex-réseaux départementaux addiction pour mieux accompagner les évolutions souhaitées dans tous les territoires.

La SRAE addiction est portée par l'Union régionale des acteurs en addictologie (URAA) avec l'appui du CHU de Nantes sur le plan budgétaire et administratif. Sa montée en charge progressive a identifié pour les années 2017/2018, cinq orientations validées par son comité scientifique et technique : *Elaboration d'un socle commun régional d'échanges de pratiques - Evaluation des CJC et définition d'un socle commun régional - TROD / Naloxone : aide à la constitution des dossiers d'autorisation, évaluation des besoins de formation, définition d'un référentiel de prescription et de bonnes pratiques, appui aux structures - SSRA : accompagnement de la réflexion sur le passage à la DMA (mise en commun des outils et thésaurus) - Articulation avec les acteurs régionaux en charge de l'observation des données de santé.*

Elle dispose d'un site internet www.srae-addiction-pdl.fr, accessible aux professionnels et au grand public, sur lequel figure l'annuaire des structures spécialisées accessible.

- **La réorganisation et le renforcement financier des CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ambulatoire concomitante de la création de la SRAE et de la disparition des ex-réseaux départementaux**

Une réorganisation importante a été engagée avec les associations gestionnaires de CSAPA ambulatoire pour structurer le maillage territorial autour de territoires d'action relevant d'un seul gestionnaire et pour actualiser les projets d'établissements confortant la compétence généraliste en addictologie sur la base d'un cadre type co-construit avec les acteurs.

Neuf territoires d'action définis par les gestionnaires ont été validés par l'ARS fin 2014. Seul le CSAPA porté par le CHU de Nantes, avec une activité exclusive dans les établissements pénitentiaires de Loire-Atlantique n'a pas été concerné par ces changements.

Un CPOM a été signé courant 2016 entre chaque gestionnaire et l'ARS autour de cinq objectifs prioritaires : Conforter la compétence généraliste au sein du CSAPA - Favoriser le maillage sur le territoire d'action - Formaliser les modalités d'articulation avec les professionnels de proximité et les autres partenaires - Adapter et développer les interventions des CSAPA généralistes auprès des publics spécifiques - Mettre en œuvre des actions directes et/ou indirectes de prévention universelle et collective.

Entre 2013 et 2017, la dotation CSAPA a progressé de 15,6 % passant de 13,1 à 15,1 M€ sur l'ONDAM Public à difficultés spécifiques (PDS). Les principes de répartition ont priorisé la réduction des inégalités territoriales, la montée en charge de la Communauté Thérapeutique à vocation régionale et le soutien aux priorités CPOM (*Consultations jeunes consommateurs (CJC) : 484K€ / RdRD (bandelettes urinaires, TROD, traitements de substitution nicotiques, naloxone) : 235 K€ / Antennes / consultations avancées / renforcement des équipes : 234 K€ / Référent pénitentiaires : 168 K€ / Sécurisation du circuit du médicament : 150 K€*)

Les CSAPA ambulatoires sont également renforcés par les financements du Fonds d'intervention régional (FIR) ex-réseaux addiction et prévention d'un montant de **876,6K€**.

Les premiers dialogues de gestion des CPOM, conduits mi 2017, ont permis de mesurer l'engagement, les avancées et les difficultés rencontrées. La démarche ambitieuse et soutenue de recherche clinique et d'innovation, lancée par certains acteurs, avec l'établissement de partenariats avec les structures universitaires, témoigne de la dynamique du réseau.

- **Le renforcement des CAARUD des Pays de la Loire (2 en Loire-Atlantique, l'un à Nantes, l'autre à St-Nazaire et 1 dans chacun des autres territoires) sur les actions de RdRD et l'« d'aller vers »**

Sur la période 2013-2017, la dotation de l'ONDAM PDS dédiée aux CAARUD a progressé de 22,6 % et a été répartie comme suit sur trois axes :

- l'« aller vers » via la création de deux équipes mobiles, l'une en agglomération nantaise et l'autre Vendée confrontée à un afflux important de personnes en périodes estivales et via le

développement d'un programme d'échanges de seringues par voie postale

- la RdRD (TROD VIH et VHC, dispensation de naloxone) dans tous les CAARUD
- la réduction des inégalités territoriales par le renforcement de certaines équipes

Des travaux sont en cours pour formaliser les modalités de suivi des personnes présentant des TROD positifs dans une démarche de parcours en articulation avec le secteur sanitaire.

- **Le renforcement des équipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA) et des réflexions à poursuivre avec les acteurs au regard des recommandations de l'évaluation régionale**

Les deux ELSA ont été créées dans des établissements non encore pourvus mais disposant d'un service d'accueil des urgences, l'une au CH de Châteaubriant en Loire-Atlantique, l'autre au PSSL en Sarthe. Elles améliorent le maillage territorial et toutes les équipes ont bénéficié de crédits supplémentaires non reconductibles dans l'attente de la diffusion du rapport régional d'évaluation, en avril 2017. Les quatre recommandations du rapport visent à :

- Assurer une vigilance sur l'utilisation des crédits et l'activité des services, harmoniser les règles de financement et enrichir les critères d'allocation des ressources
- Appliquer les recommandations nationales sur la couverture des services d'urgence par les ELSA
- Renforcer le repérage et l'orientation addictologique en maternité
- Accompagner la clarification des parcours en addictologie dans les territoires, plus spécifiquement du positionnement des ELSA, de manière articulée avec la démarche des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en cours

- **Le renforcement de l'offre SSR addiction par deux autorisations supplémentaires sur la durée du PRS1 et des réflexions engagées avec un groupe de travail dédié**

Les deux nouvelles implantations SSR addiction, l'une en Loire-Atlantique, l'autre en Sarthe, ont contribué à réduire les inégalités territoriales, permettant de disposer d'une offre régionale également répartie en nombre d'autorisations et en modalités de prise en charge complète (HC) ou partielle (HTP), à l'exclusion de la Mayenne pour l'HTP. Les taux en lits en places

pour 100 000 habitants sont néanmoins hétérogènes avec un taux de recours régional inférieur au taux cible du SROS III et des taux d'occupation variables. Les réflexions engagées mettent également en exergue des hétérogénéités dans l'organisation et les pratiques des SSR. Elles seront poursuivies pour clarifier le rôle et la place du SSR addiction dans l'offre spécialisée et son positionnement dans le parcours par rapport aux autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux et pour prendre en compte les évolutions plus globales du dispositif SSR avec la mise en place du nouveau mode de tarification et le virage ambulatoire.

- **Le développement d'actions de promotion de la santé innovantes et d'actions de prévention centrées sur les preuves soutenant une démarche partenariale**

Parmi les faits marquants peuvent être cités :

- **Le renforcement des compétences psychosociales, en lien avec le Rectorat et l'enseignement catholique**, avec le projet « En santé à l'école » : 300 enseignants ont été sensibilisés pour toucher plus de 6 000 élèves de CM1/CM2. Ce projet vise à prévenir les comportements à risque, dont les addictions. L'évaluation de 4 modalités d'accompagnement est en cours. Le coût total de l'action sur 3 ans est de 748 000€ et la thématique est intégrée dans le nouveau projet académique.
- **L'implication des Maisons de santé pluri professionnelles (MSP)** sur la prévention des addictions à travers notamment l'appel à projets annuel vers les MSP : 31 300€ alloués en 2017 au titre de la prévention des conduites addictives sur un total de 102 000€.
- **Le lancement d'une dynamique de prévention centrée sur le tabac** avec la mise en place en région du Plan National de Réduction du Tabagisme 2016-2019 et une forte mobilisation sur la campagne « Moi(s) sans Tabac » : 12 137 fumeurs inscrits sur la plateforme, conférence sur le marketing des cigarettiers, 345 partenaires mobilisés, 5 000 kits distribués. Budget 2017 : 61 000 €.
- **Le renforcement de l'articulation avec la coordination régionale MILDECA** en planifiant deux réunions annuelles d'échanges et de partage d'informations sur les actions territoriales et le financement des acteurs de prévention. Le budget global FIR prévention de l'ARS sur 2017 a été de 1,1 M€.

II. Problématiques actuelles et émergentes et constats

Les données régionales d'observation en matière d'addiction plus préoccupantes qu'au niveau national

Les données d'observation de l'ORS des Pays de la Loire d'avril 2017 convergent pour considérer que la question des addictions reste une problématique de santé publique majeure dans notre région, avec plusieurs indicateurs plus défavorables qu'au plan national :

- **Mortalité avant 65 ans** : 1/3 des décès prématurés (2 000/an) pourrait être évité *Situation défavorable, pour les hommes par rapport à la moyenne nationale liée aux conséquences de la consommation d'alcool*
- **Santé des jeunes de 17 ans** : une situation plus défavorable qu'au plan national, surtout pour l'alcool... et qui se dégrade depuis quelques années
- 34 % déclarent au moins 3 alcoolisations ponctuelles importantes dans le mois précédant l'enquête (32%) / 36 % fument quotidiennement (32%) / 10 % ont un usage régulier de cannabis (9 %)
- **Santé des adultes de 18 à 64 ans** : Le tabac, l'alcool et la nutrition impactent progressivement la morbi-mortalité avec l'avancée en âge
- **Troubles mentaux et du comportement** : des enjeux exacerbés par les questions de consommation d'alcool
- **Inégalités sociales de santé** : des modes de vie plus défavorables en matière de tabagisme, consommation d'alcool à risque chronique, obésité
- Des travaux ont été envisagés en lien avec l'OFDT et l'ORS pour compléter ces données par des portraits de territoire. Le développement d'une collaboration avec le CEIP, Centre d'Evaluation et d'Information sur la pharmacodépendance et l'addictovigilance, du CHU de Nantes est également envisagé.

La nécessaire logique transverse en interne comme en externe

Plusieurs acteurs régionaux ont affirmé leur souhait que l'Addictologie, dans son acceptation la plus large, puisse avoir une place dédiée dans le PRS2, à travers un parcours spécifique et un ensemble de sous-thèmes qui lui sont propres.

L'Union régionale de la Fédération addiction, les acteurs de l'URAA et de la SRAE addiction sont fortement engagés pour relayer une politique dynamique sur les questions d'addiction, accordant une place importante aux questions de prévention dans le parcours en

continuité avec la réduction des risques, le repérage et l'intervention précoce.

Certains considèrent que les réalisations gagneraient à être davantage portées par la coordination des politiques publiques constatant que « *la coordination des politiques régionales en matière de prévention des addictions reste complexe au regard des compétences propres de chaque institution (ARS, MILDECA, administrations décentralisées, Education Nationale, Justice, Culture...).* Sa gestion reste morcelée plus que construite en complémentarité et en transversalité avec les apports de la science et de la recherche ».

III. Problématiques liées aux parcours

Dans leurs contributions, les acteurs nationaux et régionaux appellent à un parcours de santé en addictologie fondé sur une offre transversale pouvant apporter des réponses adaptées à la diversité des publics et des problématiques des personnes confrontées à des addictions : *conduites à risque de l'adolescence, précarité, situations de comorbidité dépendance maladies psychiatriques, psycho-traumatismes, souffrances familiales, complications somatiques, isolement social, difficultés d'accès aux soins, à la prévention, aux droits, à l'insertion...*

Au regard de cette diversité, il n'existe pas de parcours linéaire en matière d'addictions, ni de profil type d'usagers de substances. Plus que des typologies de publics, il s'agit d'identifier des contextes, des situations de vulnérabilité et des moments de vie qui favorisent l'entrée ou le renforcement de ces conduites.

Les professionnels issus des trois secteurs, ambulatoire, sanitaire (*urgences, spécialités médicales, psychiatrie, SSRA*) et médico-social, sont concernés et doivent être en capacité d'apporter des réponses sur toutes les formes d'addictions, qu'elles soient liées à une ou plusieurs substances psychoactives (*alcool, drogues illicites, tabac, médicaments...*) ou à un comportement (*addiction aux jeux par exemple*).

La contribution nationale inter-association à l'élaboration des projets régionaux de santé de novembre 2017 définit l'offre d'accompagnement requise autour de 4 piliers :

- **La prévention** pour optimiser les principes de la « promotion de la santé » en amont des usages mais aussi auprès des publics qui peuvent être dans des expériences débutantes de consommations régulières ou des abus. Ces actions doivent s'inscrire dans la durée en articulation avec les acteurs de territoires sous des formes et des contextes différents (*éducation, festif, justice, médecine*

générale, insertion...) et prendre appui sur les programmes évalués et validés,

- **L'intervention précoce** avant que ne survienne l'addiction ou d'autres conséquences néfastes, constitue un axe prioritaire en direction des jeunes. Les Consultations jeunes consommateurs (CJC) qui sont chargées de sa mise en place doivent pouvoir travailler en proximité avec les professionnels de santé, du premier recours et des ELSA en cas de passages aux urgences des adolescents, mais aussi les professionnels de la jeunesse (*Education nationale, structures sociales...*) et les proches.
- **La réduction des risques et des dommages (RdRD)** a pour objectif prioritaire de réduire les risques sanitaires, psychiques et sociaux, de prévenir l'aggravation des dommages liés aux usages de substances. Conformément aux recommandations en vigueur, elle doit être inscrite dans tous les territoires pour que toutes personnes, y compris les personnes insérées socialement, puissent en bénéficier en complémentarité de l'accès aux soins.
- **Le soin**, intégrant aussi la RdRD, et au-delà de la santé physique des personnes pour les aider à sortir de l'usage nocif des substances en favorisant l'intégration sociale et le mieux-être psychologique que ce soit par des interventions ambulatoires ou en résidentiel.

IV. Propositions d'évolutions à conduire dans le prochain PRS

La situation épidémiologique place les addictions au premier rang des priorités de santé publique en Pays de Loire, notamment chez les jeunes. Il importe que cette problématique occupe une place privilégiée dans le PRS2 au regard des enjeux forts en matière de promotion de la santé et de prévention, de coordination des politiques publiques, de participation des usagers et de soutien aux initiatives innovantes.

C'est pourquoi l'agence régionale de santé déploiera sur la durée du PRS 2 **un plan d'action de prévention et de lutte contre les addictions**. Ce plan d'action à construire avec les partenaires de la région visera à :

- **Renforcer la gouvernance en s'appuyant sur les instances de démocratie sanitaire et sur les commissions de coordination des politiques publiques et les chefs de projets MILDECA** pour mobiliser les décideurs des politiques publiques et améliorer la complémentarité d'actions et de financements en particulier dans le cadre des CLS et autres contrats territoriaux.

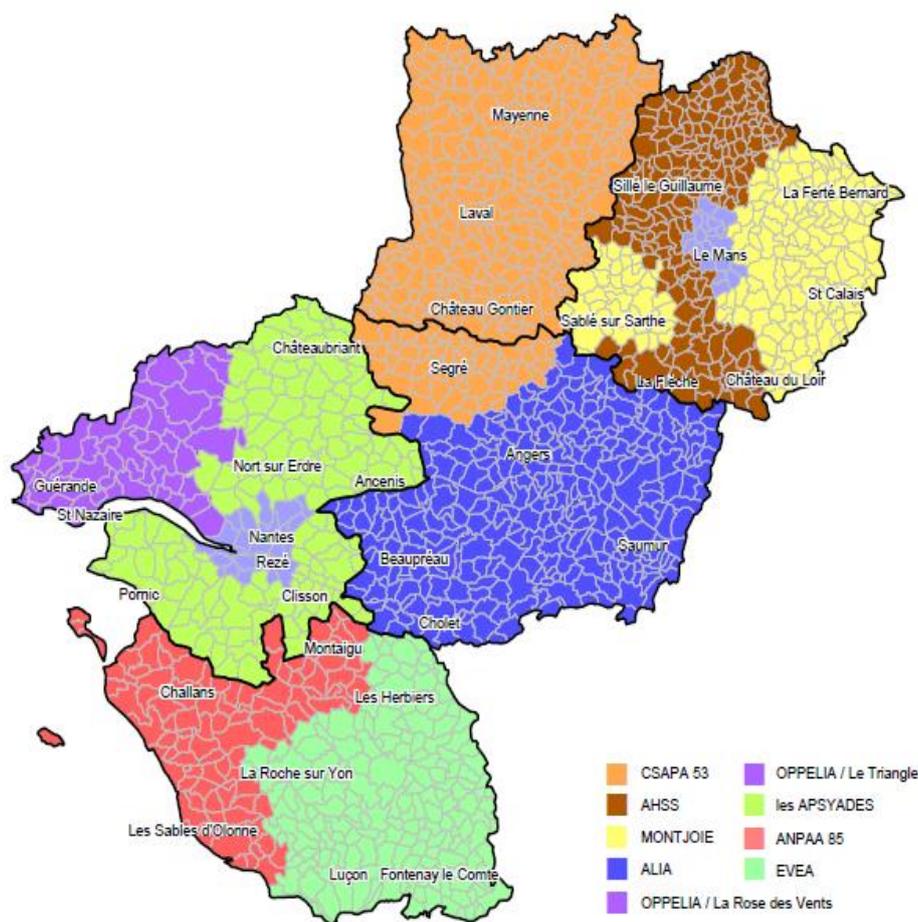
Sur le champ de la prévention, il s'agira de poursuivre les partenariats existants avec le Rectorat et l'URADEI, la PJJ, les SUMPPS, les MDA, les missions locales, la DRJSCS la DRAAF et la DIRECTE et de renforcer les relations partenariales avec certains financeurs, notamment le Conseil régional. Les publics prioritairement visés seront les jeunes, les publics précaires, les apprentis et les salariés en entreprise.

- **Accompagner la montée en charge de la SRAE addiction** pour faciliter la dynamique de réseaux au bénéfice des professionnels et des usagers
- **Consolider l'offre spécialisée addiction, incluant la prévention et la promotion de la santé, pour réduire les inégalités territoriales d'accès et améliorer le parcours de santé « addiction » tout au long de la vie.** Il s'agira plus particulièrement de développer :
 - Les interventions jugées efficaces en matière de prévention des addictions : développement des compétences psycho sociales (CPS) des enfants ; développement des CPS des parents ; interventions par et avec les pairs ;
 - Le repérage et les interventions précoces des conduites addictives chez les populations les plus à risque comme les jeunes, les décrocheurs scolaires, les apprentis, les jeunes en insertion.
 - La répartition et l'articulation des rôles et missions de l'offre graduée de santé spécialisée en addictologie (*sanitaire, médico-sociale, libérale...*) dans la prévention individuelle et collective.
 - La prévention centrée sur le tabac à travers la mise en œuvre du PRRT 2016-2019 et la déclinaison annuelle de la campagne « Moi(s) sans Tabac ». Une réflexion nationale étant en cours sur l'élaboration d'outils similaires pour lutter contre la consommation d'alcool, de nouvelles interventions dans ce domaine pourront donc être intégrées ultérieurement.
 - L'harmonisation des pratiques en lien avec les dernières recommandations en vigueur et la complémentarité d'action des dispositifs des différents secteurs en prenant en compte les évolutions du secteur sanitaire (virage ambulatoire, nouvelle tarification SSRA, mise en œuvre de l'article 69 sur la santé mentale)
 - L'implication et la mobilisation des professionnels de santé du premier recours dans le parcours en articulation avec les acteurs spécialisés du secteur sanitaire et médico-social

- L'articulation avec les services de psychiatrie
 - L'amélioration de la réponse et du suivi dans les situations d'urgence
 - La prévention des addictions à l'alcool en particulier chez les jeunes, en milieu de travail et parmi les retraités, et des addictions sans produits.
- **Poursuivre le déploiement et l'appropriation du concept de la réduction des risques** auprès des professionnels des secteurs ambulatoires, sanitaires et médico-sociaux
 - **Renforcer la place et le pouvoir d'agir des usagers** en élaborant des programmes d'éducation thérapeutique addiction, en expérimentant de nouveaux dispositifs comme des groupes d'entraide mutuelle « addiction »
 - **Renforcer l'observation régionale en lien avec l'observatoire régional de la santé et le CEIP** pour mesurer et évaluer l'impact des actions, identifier les besoins émergents, renforcer les dispositifs de veille et d'alerte,
 - **Soutenir les initiatives innovantes exploitant les techniques d'informations et de communication** au bénéfice des professionnels des différents secteurs pour faciliter le partage de l'information et le suivi des usagers

Au 15/01/2018, un total de 29 Consultations jeunes consommateurs (CJC) figurent dans l'annuaire des dispositifs spécialisés en addictologie sur le site de la SRAE addiction www.srae-addiction-pdl.fr et sont réparties comme suit : 10 en Loire-Atlantique, 7 en Maine-et-Loire, 4 en Mayenne, 5 en Sarthe, 3 en Vendée

Couverture des CSAPA ambulatoires en Pays de la Loire



Cartographie SSR Addiction



Méthodologie des travaux

- Exploitation des travaux du groupe projet transverse interne Addiction de l'ARS
- Exploitation des rapports d'évaluation de dispositifs spécialisés en addictologie (Ex-réseaux addicto et équipes de soins et de liaison en addictologie) publiés sur la durée du PRS1 et des contributions des acteurs régionaux
- Rencontres ARS Parcours addiction en 2013, 2014 et 2016 (février et novembre)
- Groupes de travail ARS/représentants des structures SSR addiction 2016/2017
- Participation aux réunions du groupe de travail permanent de la CRSA « Santé mentale/addiction/autisme (SM2A)»
- Analyse documentaire et réglementaire

Sources bibliographiques

Nationales

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives MILDECA 2013-2017
- Loi de modernisation de notre système de santé n°2046 du 26 janvier 2016
- Stratégie nationale de santé 2018-2022
- Contribution inter-associative à l'élaboration des Projets régionaux de santé (novembre 2017)
- Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition publique sur la RdRD (*avril 2016*)
- Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux (*2016*)

Régionales

- Rapport d'évaluation des réseaux addiction en Pays de la Loire (*2014*)
- Recommandations de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie des Pays de la Loire sur les addictions (*novembre 2015*)
- Rapport d'évaluation des équipes de liaison et de soins en addictologie en Pays de la Loire (*avril 2017*)
- Contribution groupe de travail SSR addiction (FEHAP/FHP Pays de la Loire/UGECAM) et DCA (*janvier 2017*)
- Contribution des acteurs de l'addictologie sous l'égide de l'URAA et de la SRAE addiction (*mai 2017*)
- Contributions de l'Union régionale de la Fédération Addiction (*décembre 2016 et mai 2017*)
- Données de santé de l'ORS des Pays de la Loire (*Avril 2017*)

Les livrets du PRS

