



EHESP

**Inspecteur de l'Action Sanitaire
et Sociale**

Promotion : **2010-2012**

Date du Jury : **MARS 2012**

**LE PROJET REGIONAL DE SANTE ILE-DE-FRANCE
« Un outil transversal pour améliorer la
prévention des addictions auprès des jeunes »
Perspectives en Seine-Saint-Denis (93)**

Claudine BODEQUIN

Remerciements

Au préalable, je tiens à remercier Madame Geneviève ANTOINE, Inspectrice Principale, Responsable du Service Prévention et Promotion de la Santé de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France, Délégation Territoriale (DT) de Seine-Saint-Denis, pour son accueil, son écoute et la grande disponibilité dont elle a fait preuve à mon égard au cours du stage professionnel réalisé dans son service.

Je remercie également Madame Aurélia DUBUISSON, Inspectrice référente du Service des Personnes en difficultés spécifiques à l'ARS d'Ile-de-France, DT de Seine-Saint-Denis, pour les échanges que nous avons pu avoir concernant le métier d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale et ses conseils avisés sur la problématique des addictions en Seine-Saint-Denis.

Je suis reconnaissante envers l'ensemble des partenaires institutionnels ou associatifs qui ont accepté de me recevoir dans le cadre des entretiens nécessaires à la connaissance du territoire de la Seine-Saint-Denis, à la compréhension des difficultés économiques et sociales rencontrées par la population et plus particulièrement concernant la problématique des addictions chez les jeunes.

Sommaire

Introduction.....	1
1 EVOLUTION DE L'ADDICTOLOGIE ET CONTEXTE LEGISLATIF	5
1.1 La notion d'addictions	5
1.1.1 Définition et évolution de la notion d'addiction	5
1.1.2 Caractéristiques des addictions en France	7
1.1.3 Les données épidémiologiques	9
1.2 La politique publique de lutte contre les addictions	12
1.2.1 Le cadre d'intervention de l'Etat dans un contexte international.....	12
1.2.2 Une instance interministérielle de lutte contre les addictions, la MILDT	16
1.2.3 Les acteurs institutionnels.....	17
1.2.4 Les partenaires associatifs	20
1.3 La prévention et la prise en charge en addictologie	23
1.3.1 L'offre médico-sociale.....	23
1.3.2 La prise en charge hospitalière	25
1.3.3 Les équipes de liaison et de soins en addictologie	26
1.3.4 Les réseaux ville-hôpital	27
1.3.5 La médecine de ville	27
2 ETAT DES LIEUX ET ANALYSE DES DISPOSITIFS DE PREVENTION EN SEINE-SAINT-DENIS.....	29
2.1 Evolution économique et sociale de la Seine-Saint-Denis.....	29
2.1.1 Eléments historiques structurants du département	29
2.1.2 L'impact de la précarité sur la santé de la population.....	31
2.2 Les conduites addictives chez les jeunes, une problématique de santé publique sur le territoire selon les données épidémiologiques	32
2.2.1 Caractéristiques des addictions chez les jeunes du département	32
2.3 Etat des lieux des dispositifs de prévention et de réduction des risques en Seine-Saint-Denis	35
2.3.1 Les dispositifs de prévention.....	35
2.3.2 Les dispositifs de réduction des risques.....	37
2.4 Les structures et dispositifs d'accueil, d'accompagnement et de soins	38
2.4.1 Les établissements médico-sociaux spécialisés addictions	38
2.4.2 Les consultations jeunes consommateurs	39
2.4.3 Les filières territoriales.....	40
2.4.4 L'organisation hospitalière en addictologie	42

2.4.5	La place de la médecine libérale dans la prise en charge des addictions ...	43
2.4.6	La prévention et la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire..	43
3	ACTIONS A DEVELOPPER POUR AMELIORER LA PREVENTION DES ADDICTIONS AUPRES DES JEUNES	45
3.1	Le projet transversal « addictions » du Projet Régional de Santé	45
3.1.1	Un volet transversal pour améliorer la coordination des dispositifs de prévention et de prise en charge des addictions.....	45
3.1.2	Développer et structurer une prévention de proximité auprès des jeunes...	46
3.1.3	Améliorer la qualité de l'accompagnement social pour renforcer la prévention des conduites à risques	47
3.1.4	Proposer une prise en charge décloisonnée et accessible à tous pour lutter contre les inégalités territoriales	48
3.2	Le réseau partenarial d'intervention	49
3.2.1	Les orientations prioritaires et perspectives de la MILDT	49
3.2.2	Promouvoir la coopération entre partenaires institutionnels.....	50
3.2.3	L'implication et l'avis des partenaires associatifs.....	51
3.3	Le rôle de l'ARS dans la stratégie territoriale de lutte contre les addictions	52
3.3.1	Le positionnement de l'IASS dans l'animation territoriale au sein de l'ARS	52
3.3.2	L'IASS et l'animation territoriale avec les partenaires institutionnels et les professionnels de santé.....	52
3.4	Les leviers d'actions pour l'ARS	54
3.4.1	La planification et la programmation des projets de prévention, d'accueil et de prise en charge en établissements	54
3.4.2	Les moyens financiers mobilisables	56
3.4.3	L'évaluation et le suivi pour une meilleure lisibilité des dispositifs.....	57
	Conclusion	59
	Bibliographie	61
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ACSé	Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances
APHP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIFAD	Centre Interministériel de Formation Anti-Drogue
CIRDD	Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances
CJC	Consultation Jeune Consommateur
CLS	Contrats Locaux de Santé
CMS	Centre Médical de Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPO	Commission Partenariale d'Orientation
CRA	Commission Régionale des Addictions
CRAMIF	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
CRIPS	Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRJ	Contrat Réussite Jeune
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CSST	Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes
CT	Conférence de Territoire
CTU	Concertation Technique de l'Urgence
CUCS	Contrats Urbains de Cohésion Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDJSCS	Direction Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DGF	Dotation Globale de Fonctionnement
DGS	Direction Générale de la Santé
DOM	Département Outre Mer
DRASS(IF)	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (d'Ile-de-France)
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRIHL	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DSP	Direction de la Santé Publique
DT	Délégation Territoriale
ECIMUD	Equipe de Coordination, d'Intervention pour les Malades Usagers des Drogues
ELSA	Equipe de Liaison et Soins en Addictologie
Escapad	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense
ETP	Equivalent Temps Plein
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique

HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IDH2	Indice de Développement Humain (2)
ILIAD	Indicateurs Locaux pour l'Information sur les Addictions
INPES	Institut National de Prévention et d'Education à la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire
LAM	Lit d'Accueil Médicalisé
LHSS	Lit Halte Soins Santé
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
ORS	Observatoire Régional de Santé
PAEJ	Point Accueil et Ecoute Jeunes
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PLFSS	Projet de Loi de Finances pour la Sécurité Sociale
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS	Prévention et Promotion de la Santé
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
RECAP	Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge (pour CSST/CCAA, CSAPA)
RDR	Réduction Des Risques
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
RATP	Régie Autonome des Transports Parisiens
RHST	Réseau Hôpital Sans Tabac
RMI:	Revenu Minimum d'Insertion
SIAMOIS	Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SIMCCA	Système d'Information Mensuelle sur les Consultations Cannabis
SINTES	Système d'Identification National des Toxiques Et des Substances
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SRA	Schéma Régional (médico-social) d'Addictologie
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SRP	Schéma Régional de Prévention
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TREND	Tendances Récentes et Nouvelles Drogues
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UE	Union Européenne
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZUS	Zone Urbaine Sensible

Introduction

Les addictions constituent en France, comme dans beaucoup d'autres pays européens et dans le reste du monde, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux¹.

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives². La dépendance aux addictions induit un effet néfaste sur la santé mais peut également générer des troubles du comportement comme de l'agressivité, de la violence en situation d'abstinence fautive, notamment, de moyens financiers pour se procurer les substances psycho-actives.

La consommation de substances psycho-actives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents ou maladies dont près de 40 000 par cancers. Les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool, interviennent ainsi dans environ 30 % de la mortalité prématurée, soit avant l'âge de 65 ans.³ De plus, en dix ans, la consommation de cannabis a fortement augmenté en France, notamment chez les plus jeunes.⁴ En effet, le rajeunissement de l'âge moyen d'initiation aux différentes substances psychoactives est l'une des tendances les plus préoccupantes. On estime ainsi que 35 % des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool ou du cannabis simultanément. A cet âge, un adolescent sur cinq consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année.

Les problèmes liés à la consommation de substances psycho-actives ont longtemps été abordés à travers les produits et leurs effets. A partir des années cinquante, les professionnels de santé et le monde associatif se sont mobilisés pour renforcer la lutte contre l'alcoolisme. Les années soixante-dix ont vu émerger les problèmes de toxicomanie et plus particulièrement de l'héroïnomanie. Dans les années quatre-vingt, la notion de tabagisme est introduite. Les substances illicites et licites occupaient des champs bien séparés, elles intéressaient les professionnels aux formations et profils différents. En termes thérapeutiques, la dépendance était le principal objet d'attention et la rupture avec le produit était visée. En prévention, l'objectif était la non consommation pour la plupart des produits, sauf pour l'alcool pour lequel la modération était recommandée. A partir des années quatre-vingt-dix est apparu le concept des comportements addictifs qui s'est progressivement imposé face à l'approche produit⁵.

¹ Bureau des « pratiques addictives » Direction Générale de la Santé (DGS) – 14 août 2009

² Extrait de la définition de l'addiction par Goodman A., 1990

³ Bureau des « pratiques addictives » Direction Générale de la Santé (DGS) – 14 août 2009

⁴ Site Internet La mutualité française – 20 janvier 2010

⁵ Gayrard P., Polomeni P., septembre 2007, « Prévenir les addictions », « Etat des lieux et concepts », adsp n° 60, p.18.

Le plan 2007-2011 du ministère de la Santé de prise en charge et de prévention des addictions marque la volonté des pouvoirs publics de promouvoir désormais une approche globale des conduites addictives. En effet, il inclut les addictions aux substances psycho-actives, y compris les drogues licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes), mais également les addictions sans drogue ou comportementales, qui correspondent à un investissement excessif, compulsif et nocif dans des activités d'ordinaire anodines : jeux d'argent, jeux vidéos, mais aussi travail, sport, sexe, achats compulsifs...

Les conséquences sanitaires et sociales multiples telles que la maladie, le handicap, le suicide, la violence, l'isolement, la précarité... pour leurs auteurs mais également pour leur entourage justifient pleinement la mise en place de ce plan quinquennal. Un des objectifs prioritaires de ce plan est de faire reculer les premières consommations chez les jeunes en mobilisant notamment les adultes qui les entourent.

Le plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies a également pour objet de faire reculer les consommations de drogues illicites et les consommations excessives d'alcool en France notamment chez les jeunes adultes. Ce plan complète et renforce le plan 2007-2011 avec la volonté d'adapter, à l'évolution des consommations et aux besoins des usagers, les mesures de prévention, la réduction des risques, l'offre de soins et l'insertion. Par ailleurs, sur le plan international, il s'agit de lutter contre l'offre et le trafic des stupéfiants. Au regard du caractère peu identifiable des circuits du trafic, le plan 2008-2011 propose un renforcement des actions le long des routes en Afrique de l'Ouest et en méditerranée afin de contrer les débouchés du cannabis et de la cocaïne en Europe et de l'héroïne en Europe centrale et balkanique. La Mission Interministérielle de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie « MILDT » est chargée de la coordination interministérielle nécessaire pour la mise en œuvre de ce plan qui s'inscrit dans le cadre de la loi du 05 mars 2007 relative à la prévention et la délinquance par notamment la lutte contre les drogues. Ce plan se décline en cinq grands axes d'action : prévenir, communiquer, informer ; faire appliquer la loi ; soigner, insérer et réduire les risques ; former, chercher, conserver et agir au plan international.

Par ailleurs, le Schéma Régional d'Addictologie (SRA), volet médico-social de la région Ile-de-France arrêté pour la période 2009-2013 organise le dispositif francilien de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie. Ce Schéma est basé sur le principe d'une articulation forte entre les différents secteurs de la prévention, éducation à la santé, intervention précoce, réduction des risques, médecine de ville, médico-social et sanitaire.

Le Schéma régional d'organisation sanitaire « SROS III » a présenté pour la première fois en 2009 un volet addictions car le plan addictions 2007-2011 comporte un nouveau mode d'organisation de l'addiction hospitalière pour améliorer le parcours de soin des patients.

Aujourd'hui, le Projet Régional de Santé (PRS), élaboré par l'Agence Régionale de santé (ARS), instauré par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de juillet 2009, et le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) nécessitent de construire le nouveau volet du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) dédié aux Personnes en Difficultés Spécifiques (PDS) pour une prise en charge globale et coordonnée des personnes confrontées aux addictions.

Le thème de ce rapport est orienté sur la problématique des addictions et plus particulièrement sur la consommation d'alcool et de cannabis par les jeunes du département de la Seine-Saint-Denis avec une question centrale : comment améliorer la prévention des jeunes face aux addictions ? L'étude de ce thème amène à s'interroger sur quels sont les acteurs de ce champ mal délimité ? Comment réfléchir la prévention dans le contexte actuel sur un territoire ? Quels objectifs se donner et sur quels axes s'appuyer pour développer une nouvelle prévention ? Rôle et missions de l'ARS et de l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) dans le pilotage et la conduite de projets dans ce domaine ?

Depuis plusieurs années, la Seine-Saint-Denis est confrontée à un véritable problème de santé publique. Le trafic et la consommation des drogues illicites ou licites, les addictions comportementales concernent une importante partie de la population et particulièrement les plus jeunes dans un contexte économique et social difficile au regard de la grande précarité observée dans ce département. La Seine-Saint-Denis ⁶ se situe au premier rang français pour les interpellations des usagers de cannabis, au vingtième rang pour les interpellations des usagers de cocaïne, héroïne et ecstasy. Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics constatent une augmentation du trafic et de la consommation de crack.

Le profil des consommateurs a changé et concerne également désormais des personnes socialement intégrées et non plus des usagers en marge de la société. Par ailleurs, ce département présente les plus mauvais indicateurs de la région Ile-de-France en termes de mortalité liée aux addictions selon une étude menée par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) en 2007. Cette enquête a révélé que les principales pathologies liées au tabac sont responsables d'environ 1500 décès par an et celles liées à l'alcool de près de 500 décès par an plaçant la Seine-Saint-Denis au 6^{ème} rang des départements français concernant les décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose ⁷. Les interpellations pour ivresse sur la voie publique placent le département au 16^{ème} rang des départements français.

Les consultations dans les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Alcoolologie (CSAPA) place la Seine-Saint-Denis au second rang des départements

⁶ - OFDT 2007 – Plan départemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies et de prévention des dépendances 2009-2011

⁷ - OFDT – Drogues licites 2009 en Seine-Saint-Denis

français.⁸ Il n'existe pas d'enquête départementale qui documente le phénomène de l'alcoolisation massive ou "binge drinking". Cependant, plusieurs structures de prévention et de prise en charge en Seine-Saint-Denis ont souligné l'émergence et l'importance du « binge drinking » chez les jeunes de ce territoire.

J'ai effectué mon stage d'exercice professionnel au sein du service Prévention et Promotion de la Santé (PPS) de la Délégation Territoriale (DT) de l'ARS située à Bobigny en Seine-Saint-Denis. Dès le début de mon stage, dans la perspective de la réalisation de mon mémoire, j'ai cherché à identifier les thèmes de santé publique particulièrement sensibles dans ce département. Après avoir rencontré les différents professionnels de la Délégation Territoriale, j'ai arrêté le choix du thème de mon mémoire sur la problématique des addictions et plus particulièrement concernant la consommation d'alcool et de cannabis par les jeunes de Seine-Saint-Denis. J'ai retenu cette thématique pour mieux appréhender les politiques publiques et les dispositifs liés à la prévention précoce de ces deux addictions très prégnantes dans ce département. Je souhaitais également connaître les spécificités et les problématiques sociales et médicales propres à la population de Seine-Saint-Denis. Dans un premier temps, j'ai collecté au sein du service PPS les informations nécessaires à la connaissance des addictions sur le territoire sachant que le service dédié aux Personnes qui présentent des Difficultés Spécifiques était rattaché à ce service de la DT et non au secteur Médico-social à cette période d'élaboration de mon mémoire. J'ai ensuite pris attache avec les différents interlocuteurs institutionnels ou associatifs afin de fixer les dates des entretiens à réaliser dans le cadre de mes recherches d'informations sur les dispositifs de prévention et d'accompagnement des jeunes du département de la Seine-Saint-Denis. J'ai rédigé une grille d'entretien afin de structurer mes enquêtes de terrain. Pour me permettre de mieux comprendre et d'analyser la problématique des addictions et ses déterminants, j'ai également consulté divers articles et lu plusieurs ouvrages spécialisés dans ce domaine.

La première partie de ce mémoire présente l'évolution du concept de l'addictologie, son contexte législatif et réglementaire. Un état des lieux et une analyse sont ensuite réalisés sur les dispositifs de prévention actuellement mis en place en Seine-Saint-Denis. La dernière partie de ce mémoire est plus particulièrement consacrée à élaborer des pistes d'actions à mettre en œuvre pour améliorer la prévention au niveau national avec une déclinaison concrète au niveau territorial. Il est également démontré comment l'ARS et l'IASS peuvent participer à l'animation territoriale par l'organisation, le pilotage et la conduite de projets relevant de la prévention concernant plus particulièrement la consommation précoce d'alcool et de cannabis par les jeunes sur le territoire.

⁸ - OFDT – Drogues licites 2009 en Seine-Saint-Denis

1 EVOLUTION DE L'ADDICTOLOGIE ET CONTEXTE LEGISLATIF

1.1 La notion d'addictions

1.1.1 Définition et évolution de la notion d'addiction

Les addictions recouvrent à la fois les addictions aux substances psychoactives⁹ et les « addictions comportementales », sans substances psychoactives (comme le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, les comportements compulsifs répétés de type achats compulsifs, cyberaddiction, addiction sportive, sexuelle, au travail...). De nombreuses définitions de l'addiction ont été proposées à partir de différentes disciplines aussi variées que la biologie, la psychologie, la psychanalyse, la psychiatrie, la sociologie...). La définition de A. Goodman (1990) évoque « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ».

En d'autres termes, l'addiction, qu'elle soit liée à des substances psychoactives ou comportementale se caractérise par « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement, la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ce comportement vise à produire du plaisir et à écarter une sensation de malaise interne »¹⁰.

Les addictions concernent les personnes qui en dépendent, mais aussi leur famille, leur entourage et, plus largement, touchent l'ensemble de la société. Elles sont souvent source de handicaps, de difficultés familiales, scolaires et professionnelles, d'isolement, de violence, de précarité...

Pendant longtemps, les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives ont été abordés essentiellement à travers les produits et leurs effets¹¹. Ainsi, à partir des années cinquante, les mondes associatif et médical se renforçaient pour lutter contre l'alcoolisme. Dans les années soixante-dix, la société a été confrontée à la toxicomanie et plus particulièrement à l'usage de l'héroïne. Dans les années quatre-vingt, l'usage nocif du tabac est évoqué comme étant une des premières causes de mortalité par cancer du poumon. Le produit consommé définissait, pratiquement à lui tout seul, le type de conduite voire l'individu dans son ensemble. Les substances illicites et licites occupaient des champs bien séparés, elles intéressaient des professionnels aux formations et profils différents.

⁹ Une substance psychoactive est une substance naturelle ou synthétique qui agit sur le psychisme en modifiant son fonctionnement. Elle peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement.

¹⁰ Extrait de la définition de l'addiction par Goodman A., 1990

¹¹ Gayraud P. Médecin de santé publique et Poloméni P. Psychiatre, adsp n° 60 de septembre 2007, p.18.

En termes thérapeutiques, la dépendance était le principal objet d'attention et la rupture avec le produit était visée. En prévention, l'objectif était la non-consommation pour la plupart des produits, sauf pour l'alcool pour lequel la modération était recommandée. Progressivement, à partir des années quatre-vingt-dix, les substances psychoactives ont été envisagées ensemble et le concept de comportements addictifs s'est imposé face à l'approche produit. Les substances psychoactives, quel que soit leur statut légal, ont été mises sur le même plan¹². La fréquence des conduites de polyconsommation et de déplacement d'un produit vers un autre apporte un argument supplémentaire provenant des utilisateurs eux-mêmes, invitant à considérer ensemble les différents produits¹³.

Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions marque la volonté des pouvoirs publics de promouvoir désormais une approche globale des conduites addictives.¹⁴ Il inclut en effet les addictions aux substances psychoactives, y compris les drogues licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes), mais aussi les « addictions sans drogue », qui correspondent à un investissement excessif, compulsif et nocif dans des activités d'ordinaire anodines : jeux d'argent, jeux vidéo, mais aussi travail, achats, sport, sexe... Les conduites addictives ainsi définies ont des conséquences sanitaires et sociales multiples (maladies, handicaps, suicides, violence, isolement, précarité...) pour leurs auteurs mais également pour leur entourage.

C'est sur cette approche globale, que le plan gouvernemental 2007-2011 s'appuie pour adapter l'offre hospitalière et médico-sociale. A l'hôpital, celui-ci prévoit le regroupement d'activités de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addictions sans produit à travers la mise en place de consultations, de services, d'équipes de liaison et de pôles d'addictologie. Il crée dans le secteur médico-social des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), structure ouverte à toutes les addictions et réunissant les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Le concept d'addiction offre un cadre de compréhension aux comportements sans produit tels que le jeu pathologique ou internet. Le début de ces troubles survenant le plus souvent à l'adolescence, il est possible d'imaginer des actions de prévention dont le cadre serait commun aux autres comportements addictifs¹⁵.

Par ailleurs, l'approche globale de santé publique à partir du concept de conduites à risques des jeunes est désormais partagée par la plupart des professionnels de la prévention et des soins.

¹² Gayrard P., Polomeni P., septembre 2007, « Prévenir les addictions », « Etat des lieux et concepts », adsp n° 60, p.18.

¹³ OFDT, décembre 2010

¹⁴ Peretti-Watel P., Inserm UMR 379, membre du Haut Conseil de la Santé Publique, adsp n° 60 septembre 2007, p.1 éditorial

¹⁵ Gayrard P., Polomeni P., septembre 2007, « Prévenir les addictions », « Etat des lieux et concepts », adsp n° 60, pp.19-20.

Les conduites à risque désignent un répertoire de comportements très différents les uns des autres, ayant comme traits communs la mise en danger plus ou moins volontaire de soi et un développement de l'adolescence.¹⁶ Les conduites à risque concernent l'usage de substances psycho-actives, licites ou illicites, les comportements dangereux sur la route (vitesse, alcoolémies illégales, non port de la ceinture ou du casque, non respect du code de la route...). Peut également être associé à ces comportements, l'alcoolisation du samedi soir ou le « Binge drinking ».

1.1.2 Caractéristiques des addictions en France

L'OFDT indique que pour l'ensemble de la population française, le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées. Une importante majorité de Français consomme de l'alcool au moins occasionnellement notamment lors de manifestations festives. En 2005, seuls 7 % des 18-75 ans déclaraient n'en avoir jamais bu. Le tabac est lui aussi largement expérimenté. Sa consommation est très souvent quotidienne en raison de son fort pouvoir addictif. En 2005, 34 % des Français âgés de 18-75 ans se déclaraient fumeurs dont 29 % de fumeurs quotidiens.

Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés sur deux points principaux : la place primordiale qu'occupe le tabac et l'importance du rôle tenu par le cannabis. En effet, à 17 ans, plus de 9 jeunes sur 10 ont expérimenté l'alcool, 7 sur 10 le tabac et 5 sur 10 le cannabis. Mais la hiérarchie de ces trois produits change lorsque la fréquence de la consommation augmente. Ainsi, la prévalence de la consommation quotidienne est de 33 % pour le tabac, 4 % pour le cannabis et 1 % pour l'alcool¹⁷.

L'OFDT a publié en juin 2010 les travaux menés et les données recueillies concernant le nombre de consommateurs des différentes substances en France : Ainsi, en 2005, l'usage régulier d'alcool concerne près d'un quart des adultes de 18 à 75 ans (33,4 % des hommes, 12,1 % des femmes), la part des consommateurs augmentant considérablement avec l'âge. Les adolescents de 17 ans sont, en 2008, 8,9 % à déclarer un tel usage.

Il s'agit beaucoup plus souvent de garçons (13,6 % contre 4,0 % pour les filles). L'enquête ESCAPAD conduite par l'OFDT en 2011 auprès de jeunes âgés de 17 ans (panel de 32 249 personnes) indique que les expérimentations de tabac et d'alcool poursuivent leur diminution mais, en revanche, les usages réguliers sont toujours en hausse avec en particulier une augmentation des ivresses répétées et régulières.

L'OFDT constate également que le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé en France notamment par les jeunes. La consommation de cannabis des jeunes français est une des plus élevées d'Europe.

¹⁶ Assailly J.P., Docteur en Psychologie, chargé de recherches à l'INRETS, revue toxibase n°11 de septembre 2003, p.1.

¹⁷ Costes J.M., Directeur et Martineau H., Attaché de direction à l'OFDT, septembre 2007, Prévenir les addictions, Etat des lieux et concepts, adsp n° 60, p.22.

Ainsi, avec 31 % des 16 ans scolarisés déclarant avoir déjà expérimenté le cannabis et 15 % qui déclarent une consommation au cours du mois, la France se situe parmi les tout premiers pays européens (respectivement à la 5^{ème} et 3^{ème} place pour les deux indicateurs)¹⁸.

En 2011, 41,5 % des jeunes de 17 ans l'ont expérimenté contre 42,2 % en 2008. Un quart des adolescents de 17 ans (20 % des filles et 30 % des garçons) déclarent avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois, ces consommations ayant principalement lieu le week-end. Il existe également un lien entre fréquence et intensité de l'usage : si 24 % des jeunes usagers au cours du mois révèlent avoir fumé au moins trois joints la dernière fois, ils sont 71 % parmi les usagers quotidiens. L'expérimentation du cannabis progresse rapidement entre 12 et 18 ans. Elle offre des similitudes avec celle du tabac tout en se situant à des niveaux de fréquence inférieurs. Très faible entre 12 et 13 ans, elle s'intensifie nettement à partir de 14 ans. L'enquête ESCAPAD réalisée par l'OFDT en 2011 confirme cependant que l'expérimentation de cannabis se stabilise et que son usage régulier diminue depuis 2002. Cette baisse de la consommation du cannabis intervient après une assez longue période de diffusion de ce produit depuis le début des années 1990, suivi d'une stagnation dans les années 2000. Les autres drogues illicites sont expérimentées de manière beaucoup plus marginale : 3 % de la population française dans le cas de la cocaïne et des champignons hallucinogènes, 2 % pour les amphétamines et l'ecstasy et 1 % pour l'héroïne. La consommation au cours de l'année passée de ces différents produits est encore plus rare¹⁹.

La revue *adsp* de septembre 2007 indique également que l'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un phénomène assez rare, qui est constaté au plus pour 5 % des jeunes âgés de 17 ans. La consommation récente de tels produits est encore plus rare : elle n'est rencontrée que chez plus de 1 % de ces jeunes que dans le cas de poppers, de l'ecstasy, des champignons hallucinogènes et de la cocaïne²⁰.

Par ailleurs, l'OFDT précise que la consommation d'ecstasy dans l'année concerne 0,9 % des personnes âgées de 15-39 ans, soit 180 000 personnes.

Après avoir progressé jusqu'en 2002, l'expérimentation d'ecstasy à 17 ans est, depuis, orientée à la baisse. Elle est plus fréquente pour les garçons que pour les filles (3,6 % contre 2,1 % en 2008).

En 2005, la consommation de cocaïne dans l'année concerne 1 % des personnes âgées de 15-39 ans, soit 200 000 individus (sur 20 millions). A 17 ans, en 2008, l'expérimentation de cocaïne concerne environ 25 000 jeunes.

¹⁸ OFDT, mise à jour de décembre 2009

¹⁹ Costes J.M., Directeur et Martineau H., Attaché de direction à l'OFDT, septembre 2007, Prévenir les addictions, Etat des lieux et concepts, *adsp* n° 60, p.22.

²⁰ Gayraud P., Médecin de santé publique, Poloméni P., Psychiatre, *adsp* n° 60 septembre 2007, p.22.

Ce nombre a triplé entre 2000 et 2008. L'expérimentation de cocaïne est plus fréquente pour les garçons que pour les filles (4 % contre 2,5 %).

Toujours en 2005, la consommation d'héroïne dans l'année concerne 0,2 % des personnes âgées de 15-39 ans, soit 50 000 personnes. A 17 ans, l'expérimentation d'héroïne est orientée à la hausse depuis 2000. Elle est plus fréquente pour les garçons que pour les filles (1,4 % contre 0,8 % en 2008)²¹.

Les médicaments psychotropes, principalement consommés dans le cadre d'une prescription médicale, occupent, selon l'OFDT, la troisième place en fréquence de consommation de substances psychoactives. A 17 ans, 1 jeune sur 5 déclare avoir déjà pris un « médicament pour les nerfs ou pour dormir », dont 1 sur 10 au cours du dernier mois. Dans 1 cas sur 2, il s'agit de médicaments psychotropes proprement dits : anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs dont l'obtention est soumise à prescription médicale²². Par ailleurs, l'évolution sociétale et technologique induit de nouveaux comportements que l'on peut qualifier d'addictions sans substances. Aujourd'hui, il n'existe pratiquement pas de données statistiques sur ce type de comportement qui peut revêtir plusieurs formes telles que l'addiction aux jeux de hasards, jeux vidéo ou Internet. Mais également toutes formes de comportements qui répondent à des pulsions (achats incontrôlés, activités sportives ou sexuelles etc....) Ces comportements présentent également un danger pour la santé mentale et physique des personnes notamment chez les plus jeunes.

1.1.3 Les données épidémiologiques

Les substances psychoactives présentent des effets négatifs sur la santé qui peuvent être classés selon trois axes. « La toxicité somatique susceptible de provoquer des atteintes cellulaires. La modification psychique qui se traduit par la faculté de perturber les perceptions, les cognitions, l'humeur, la motivation... La capacité de la substance à créer une dépendance dont le degré dépend du produit consommé et de sa fréquence.

Aussi, à côté de l'approche globale addiction, l'approche produit reste utile sur le plan de la prise en charge et du soin. Elle seule permet de déterminer les différences épidémiologiques entre les consommations de substances et celles de leurs conséquences sanitaires »²³.

En France, on estime que le tabac serait responsable d'environ 60 000 décès par an, soit près d'un décès sur dix. Compte-tenu des écarts de consommation entre hommes et femmes, les effets sur la morbi-mortalité de ces consommations sont beaucoup plus importants chez les hommes.

²¹ OFDT, Drogues chiffres clés 3^{ème} édition, juin 2010, p.3.

²² Costes J.M., Directeur et Martineau H., Attaché de direction à l'OFDT, septembre 2007, Prévenir les addictions, Etat des lieux et concepts, adsp n° 60, p.22.

²³ Gayraud P., Polomeni P., septembre 2007, « Prévenir les addictions », « Etat des lieux et concepts », adsp n° 60, p.3.

Pour certaines pathologies telles que les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures, les proportions des décès attribuables au tabac sont supérieures à 80 % chez les hommes. Mais le tabac est également en cause dans la survenue d'autres pathologies comme les cancers de l'œsophage, de la vessie, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, etc²⁴.

Enfin, la consommation de tabac chez les femmes, et notamment chez les femmes enceintes, présente des risques particuliers : accroissement des risques d'hypotrophie fœtale et de mort subite du nourrisson²⁵.

Les personnes ayant un problème avec l'alcool présentent un taux de mortalité plus élevé avec 30 000 décès par an en France attribuables à l'alcool. La consommation d'alcool augmente en effet les risques d'être touché par certaines pathologies (cancers, cirrhoses). Sont également comprises, dans ce décompte, les morts violentes liées à l'alcool par accidents de la route, dont le nombre peut être estimé à environ 1200 sur une base de 4300 décès par accident de la route en 2007. Pour un conducteur avec une alcoolémie non nulle, le risque d'être responsable d'un accident mortel de la circulation est multiplié par 8,5²⁶.

Conduire sous l'effet du cannabis multiplie par 1,8 le risque d'être responsable d'un accident mortel de la route. Ce risque est multiplié par près de 15 en cas de consommation conjointe d'alcool. Le nombre annuel de décès suite à un accident de la route imputable au cannabis est estimé à environ 230 tués dans l'année sur une base de 6000 accidents mortels.

Si de rares études évoquent l'existence d'une surmortalité des usagers de cannabis par rapport aux non-usagers, il n'a pas été possible, à ce jour, d'établir le rôle causal du cannabis dont l'usage est, par ailleurs, lié à d'autres prises de risques (sexuels, autres consommations...). La responsabilité de cette substance dans certaines pathologies est cependant avérée, en particulier dans le cancer du poumon dont l'usage du cannabis multiplierait le risque par trois²⁷.

Parmi les usagers de drogues, il est constaté une prévalence du VIH pour 6 à 8 % et du VHC pour 40 à 50 % avec le constat de 333 décès en 2007 par surdoses. Ces données sur les prévalences déclarées du VIH et du VHC parmi les usagers de drogues injecteurs sont issues d'une enquête nationale menée auprès des usagers vus dans les CSAPA (valeurs hautes des fourchettes) et d'une enquête nationale auprès des usagers vus dans les CAARUD (valeurs basses). Ces données déclaratives sont susceptibles de sous-estimer ces prévalences, notamment pour le VHC.

²⁴ Source OFDT « Drogues ; chiffres clés » 3^{ème} édition de juin 2010, p.4.

²⁵ Source : ORS, Produits psychoactifs en Ile-de-France, Synthèse du document de travail réalisé pour le PRS Addictions, décembre 2002, p.1.

²⁶ Source OFDT « Drogues ; chiffres clés » 3^{ème} édition de juin 2010, p.5.

²⁷ Source OFDT « Drogues ; chiffres clés » 3^{ème} édition de juin 2010, p.2.

Les antécédents de problèmes psychiatriques se rencontrent souvent chez les personnes prises en charge pour leur consommation d'héroïne ou de cocaïne en 2008 : près de 30 % d'entre elles ont déjà été hospitalisées pour un problème psychiatrique.

Les décès par usage de substances illicites ou de médicaments opiacés sont, le plus souvent, liés à l'association de plusieurs produits et ne peuvent être attribués à une substance particulière.

Après avoir fortement chuté à la fin des années 1990, les décès par surdose ont, depuis 2003, de nouveau tendance à augmenter. Le nombre de ces décès est aujourd'hui encore très probablement sous-estimé.

Il a été enregistré 75 décès par Sida en 2006 de personnes consommatrices de drogues par voie intraveineuse. Ces décès sont en diminution constante depuis le milieu des années 1990. Les hommes interpellés pour usage d'héroïne, cocaïne ou crack ont un risque global de décès 5 fois plus élevé que les autres hommes de même âge.

Pour les femmes, le risque de décès est multiplié par 9. Cette surmortalité s'explique par les risques de surdoses et d'infection par le virus du Sida mais également par une augmentation de la prise de risque pour la plupart des causes de décès²⁸.

Les médicaments psychotropes, qui sont détournés de leur usage, sont également à l'origine de nombreux accidents de la route, d'accidents domestiques de toutes sortes, et de passages à l'acte violents notamment chez les adolescents.

Par ailleurs, un premier rapport du Haut comité de la santé publique (HCSP) en 1996 a mis en évidence une situation extrêmement défavorable, en France, pour les jeunes de 15 à 24 ans. En effet, la mortalité dûe aux accidents et aux suicides additionnés pour cette tranche d'âge est, en France, la plus importante d'Europe.

Chez les garçons, les accidents sont à l'origine de plus de 70 % des décès, les suicides de 15 % et les maladies de 12 %. Ce taux élevé de mortalité dû aux accidents et aux suicides chez les jeunes de moins de 25 ans avec une fréquence élevée de certains comportements traduisent un réel malaise intérieur²⁹.

Enfin selon l'OMS, les conduites à risque constituent une mise en danger notamment chez les plus jeunes dans le monde. En effet, plus de 2,6 millions de jeunes entre 10 et 24 ans meurent chaque année et la plupart de ces décès ont des causes évitables. On estime que les accidents de la route provoquent 700 décès de jeunes par jour. Environ 430 jeunes de 10 à 24 ans meurent chaque jour d'actes de violence interpersonnelle dans le monde³⁰.

²⁸ Source : OFDT, Drogues, chiffres clés, 3^{ème} édition, juin 2010, p.3.

²⁹ Source : ORS IdF, La santé des jeunes, Décembre 2010, p.1.

³⁰ Source : OMS, Centre des médias, Risques pour la santé des jeunes, Aide-mémoire n° 345, août 2011, p.1.

1.2 La politique publique de lutte contre les addictions

1.2.1 Le cadre d'intervention de l'Etat dans un contexte international

A) Le contexte européen et mondial de lutte contre les addictions

L'évolution sociétale a conduit les gouvernements à adapter le droit international aux nouvelles pratiques de consommation ou de trafic de drogues. Ainsi, depuis la première convention internationale signée en 1959 visant à combattre l'usage et le trafic de stupéfiants, de nouvelles conventions ont été adoptées afin de suivre l'évolution des produits consommés, des comportements et des moyens destinés à combattre l'expansion des addictions et notamment l'usage de drogues dans le monde.

La lutte contre l'offre et le trafic de produits stupéfiants implique d'agir à toutes les étapes du processus de culture, de production, de transformation et de trafic des stupéfiants, en prenant en compte un meilleur partage des tâches et en mutualisant les moyens permettant de mener cette lutte. Compte-tenu du caractère mouvant, instable et parfois peu identifiable des routes du trafic, le plan du gouvernement français de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011 propose un renforcement dans un cadre multilatéral, européen et bilatéral, des actions le long des routes du trafic, notamment en Afrique de l'Ouest et en Méditerranée, pour contrer les débouchés du cannabis et de la cocaïne en Europe et de l'héroïne en Europe centrale et balkanique. Il s'agit de mettre en place des plateformes internationales permettant l'échange et la coopération dans la lutte contre le trafic ; de signer des accords avec les Etats concernés permettant de simplifier la gestion des navires interceptés en mer ; de renforcer l'action internationale contre le détournement des précurseurs chimiques notamment vers l'Afghanistan.³¹

Pour illustrer la nécessité de renforcer la coopération européenne, le projet de résolution du plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020³² proposé en septembre 2011 pour validation au Comité régional de l'Europe par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) met en œuvre les stratégies élaborées au niveau européen et mondial pour limiter les conséquences néfastes liées à l'intoxication alcoolique. Ce plan vise à prendre des mesures plus énergiques en matière de consommation d'alcool afin d'améliorer la santé et le bien être des populations. En effet, l'alcool constitue l'une des trois grandes priorités mondiales dans le domaine de la santé publique car il représente la troisième cause de morbidité et de mortalité prématurée dans le monde après le faible poids à la naissance et les rapports sexuels non protégés et devant le tabagisme. De plus, l'alcool exerce un impact sur les maladies non transmissibles et transmissibles.

³¹ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011, p.19.

³² Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 61^{ème} session, projet de résolution du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 pour approbation du Comité régional de l'Europe, 12-15 septembre 2011, pp.1-2-3-6.

Un plan d'action européen est d'autant plus important que l'Europe reste la région du monde qui présente les plus hauts niveaux de consommation d'alcool et de méfaits liés à ce dernier. En effet, en Europe, 40 % de la morbidité et de la mortalité prématurée sont dûs à trois facteurs de risques évitables, à savoir le tabac, l'alcool ainsi que les accidents de la circulation (d'ailleurs souvent causés à leur tour par l'alcool). Les décès dûs aux maladies cardiovasculaires et aux traumatismes liés à l'alcool constituent également une cause majeure d'inégalités sanitaires entre les Etats membres.

L'Europe est précurseur de l'action visant à réduire les dommages liés à l'alcool. En effet, la Région européenne de l'OMS fut la première région à approuver un plan d'action contre l'alcoolisme en 1992, et à nouveau en 2000. En 2001, une conférence ministérielle sur l'alcool et les jeunes a été organisée à Stockholm (Suède) avec l'adoption d'une déclaration sur les jeunes et l'alcool.

En 2005, lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, le plan d'action a été remplacé par le cadre pour une politique en matière d'alcool, qui maintient et renforce les mesures et les principes fondamentaux du plan d'action.

En 2006, la Commission européenne a lancé sa communication sur une stratégie européenne pour aider les Etats membres à réduire les méfaits de l'alcool, avec un accent sur la protection des jeunes et des enfants après et avant la naissance ; à diminuer les traumatismes et la mortalité dus aux accidents de la route liés à l'alcool ; à prévenir les méfaits de l'alcool chez les adultes et à réduire l'impact négatif sur le lieu de travail ; à informer et à sensibiliser quant aux effets de l'usage nocif et dangereux de l'alcool et aux habitudes de consommation appropriées ; et à élaborer et à maintenir une base de données factuelles commune au niveau de l'Union européenne (UE).

En adoptant la résolution WHA63.13 en 2010, la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé a approuvé la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, a invité instamment les Etats membres à l'adopter et à la mettre en œuvre en demandant au Directeur général d'accorder un rang de priorité suffisamment élevé au sein de l'Organisation afin de garantir des ressources humaines et financières suffisantes à tous les niveaux à la prévention et à la réduction des risques liés à l'alcool.

Le plan d'action européen 2012-2020 prévoit des domaines d'action qui correspondent à ceux repris dans la stratégie mondiale de l'OMS. Ils recommandent un ensemble de mesures et d'options politiques susceptibles d'être mises en œuvre et adaptées le cas échéant au niveau du pays. Celles-ci doivent en effet tenir compte des circonstances nationales (contexte religieux ou culturel par exemple) et des priorités nationales en matière de santé publique, ainsi que des ressources et des capacités. Les principaux domaines d'action concerne le leadership, la sensibilisation et l'engagement ; l'action des services de santé ; l'action communautaire et sur le lieu de travail ; les politiques et les

mesures de lutte contre l'alcool au volant ; l'offre d'alcool ; le marketing des boissons alcoolisées ; la politique des prix ; la réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique ; la réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel ; le suivi et la surveillance.

B) Les dispositifs de lutte contre les addictions en France

En France, les politiques publiques de lutte contre les drogues et les toxicomanies et d'une façon générale de prévention contre la dépendance aux addictions ont profondément évolué depuis une cinquantaine d'années en raison de l'évolution des pratiques de consommation, des nouvelles substances et de l'évolution technologique et médicale. L'expansion de l'usage de drogues ainsi que l'épidémie de VIH/SIDA ont conduit les pouvoirs publics à prendre d'importantes mesures sanitaires de précaution et de prévention pour la protection de la population. Ainsi, la loi du 31 décembre 1970, destinée à endiguer cette épidémie, a été mise en place pour améliorer l'organisation de la prise en charge des usagers de drogues. Le gouvernement devait également faire face à une recrudescence de décès liés aux surdoses mortelles parmi les usagers de drogues injectables. La loi du 09 août 2004, relative à la santé publique, a également contribué à améliorer la prise en charge et l'accompagnement des usagers par notamment une meilleure information sur les risques liés à l'usage de stupéfiants.

L'adoption le 05 mars 2007 de la loi relative à la prévention de la délinquance met également l'accent sur les addictions susceptibles d'accentuer la marginalisation d'une partie de la population.

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 du Ministère de la Santé et des Solidarités a fixé six priorités afin de mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé et dans les centres médico-sociaux ; d'articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaires et médico-sociaux ; de développer la prévention ; de renforcer la formation des professionnels en addictologie, de coordonner davantage la recherche en addictologie. De plus, ce plan a prévu d'établir des Schémas régionaux d'addictologie (SRA).

Ainsi, un Schéma relatif à l'organisation des dispositifs en addictologie a été élaboré pour la Région Ile-de-France et arrêté par le préfet de région le 31 décembre 2009 pour la période 2009-2013. Ce Schéma vise plus particulièrement l'articulation du dispositif médico-social en addictologie avec le secteur hospitalier et la médecine de ville. Par ailleurs, le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) d'Ile-de-France comprend un volet « Prise en charge des addictions » organisant l'offre de soins francilienne en addictologie.

A noter également que plusieurs circulaires complètent ce plan concernant l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, à la mise en place des CSAPA ainsi que l'élaboration des Schémas Régionaux Médico-Sociaux d'addictologie et l'organisation de la filière hospitalière dans ce domaine.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et sa déclinaison départementale pour la période 2009-2011 a permis, après un état des lieux dans chaque département de l'Île-de-France, de faire des propositions destinées à améliorer la prévention, la prise en charge et l'accompagnement des usagers confrontés aux addictions et plus particulièrement en ciblant les personnes les plus exposées et les plus vulnérables. Ce plan élaboré par le Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances (MILDT) fixe les priorités du gouvernement ainsi que les 193 actions à mettre en place dans les domaines de la prévention, de la communication, l'application de la réglementation, les soins et les risques associés aux usages de stupéfiants, la formation et la recherche ainsi que les mesures à prendre au niveau international. Le gouvernement a pour objectif prioritaire de faire reculer les premières consommations et par conséquent d'accentuer les mesures de prévention envers les plus jeunes en mobilisant les parents et les adultes susceptibles d'intervenir au quotidien auprès de ce public. Le budget pour l'exécution de ce plan s'élève à 87,5 millions d'euros sur 4 ans dont 33,5 millions d'euros à la charge de la MILDT, 36,4 millions d'euros à celle des ministères et 8,7 millions d'euros au titre de la loi de financement de la sécurité sociale et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Ce budget intervient en supplément de celui déjà consacré à la lutte contre les drogues et toxicomanies. A noter que l'Assurance maladie a consacré un budget de 405 millions d'euros en 2011 à la prise en charge et aux soins en addictologie. Par ailleurs, le Plan départemental de lutte contre les drogues et toxicomanies élaboré par la MILDT pour 2009-2011 vise à répondre efficacement aux objectifs du Plan national par une approche pragmatique adaptée au contexte local.

Ce Plan départemental poursuit trois axes d'intervention tels que la prévention des premières consommations notamment auprès des jeunes; la sensibilisation des adultes relais, des parents; la prise en charge médico-sociale et l'insertion des usagers.

Ce plan est en cohérence avec les autres dispositifs de prévention et de lutte contre les addictions tels que le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), le volet Personnes en Difficultés Spécifiques du Schéma régional d'Organisation Sanitaire ou du Schéma Prévention Promotion de la Santé (volet prévention des addictions) et vise également l'articulation avec le Plan départemental de la sécurité routière et le Plan départemental de la prévention de la délinquance. La mobilisation de l'ensemble des institutions concernées et des acteurs de terrain est nécessaire pour la mise en œuvre de ce plan départemental.

Plusieurs plans gouvernementaux ont également contribué ou permettent encore aujourd'hui de lutter contre les addictions en France tels que le Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012, le Plan cancer 2009-2013, le Plan national santé des jeunes 2010-2014, le Plan « crack » d'Ile-de-France.

1.2.2 Une instance interministérielle de lutte contre les addictions, la MILDT

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) placée sous l'autorité du Premier ministre a été créée en 1982. Cette instance anime et coordonne les actions de l'Etat en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Les actions sont plus particulièrement orientées dans les domaines de l'observation et de la prévention de la toxicomanie, de l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes, de la recherche et de l'information. La mission prépare les délibérations du comité interministériel et veille à leur exécution. Dirigée par un président assisté d'un délégué, la MILDT qui réunit l'ensemble des représentants de l'Etat (santé, police, justice...), dispose pour son fonctionnement de personnels issus des différents départements ministériels.

La mission dispose par ailleurs d'un budget spécifique qui complète les budgets attribués par les différents ministères aux actions entreprises dans le domaine des drogues.

La MILDT prépare les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies et veille à leur application. Au plan international et dans le cadre de l'Union Européenne, la MILDT coordonne en lien étroit avec le cabinet du Premier ministre, et avec l'appui du Secrétariat général des affaires européennes et du ministère des affaires étrangères et européennes, les positions françaises au sein des instances internationales en charge des questions de lutte contre les drogues et toxicomanies.

Dans les départements, la MILDT anime et soutien les efforts des partenaires publics dans tous les domaines de la lutte contre les drogues et toxicomanies.

En concertation avec ces acteurs, elle impulse et accompagne des expériences innovantes par le financement d'appels à projets particulièrement en matière de prévention pour prévenir les conduites à risques notamment chez les plus jeunes, afin de renforcer la légitimité des adultes (parents) à intervenir auprès des jeunes.

Par ailleurs, dans la continuité des Assises Nationales organisées en 2010 sur le thème « drogues illicites et risques professionnels », des actions sont également menées pour agir en milieu professionnel afin de réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et le risque lié à l'alcool, à la consommation de psychotropes ou de stupéfiants. Pour relayer l'action nationale sur le terrain, la MILDT dispose dans les départements d'un réseau de chefs de projets nommés au sein du corps préfectoral, dont certains recourent, le cas échéant, à l'expertise de centres de ressources régionaux.

La MILDT, instance de coordination entre les différents ministères a permis la mise en place de différents plans d'actions qui ont contribué à développer le secteur spécialisé de prise en charge des toxicomanes, de travailler à la politique de réduction des risques, marquée par l'extension du dispositif sanitaire et social et par le développement de la prescription de médicaments de substitution à partir de 1995.

La MILDT est également à l'origine de la création et du financement d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) Drogues Alcool Tabac Info Service (service d'écoute téléphonique) en décembre 1990 jusqu'en décembre 2007, puis du GIP Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en mars 1993, et enfin du GIP Centre interministériel de formation anti-drogue (CIFAD) depuis août 2003 situé à Fort-de-France en Martinique, qui permet la diffusion des pratiques de lutte contre le trafic dans la zone des Caraïbes.

Dans le domaine de la prévention, le comité interministériel a bénéficié le 15 septembre 1999 d'une extension de son champ de compétence à l'ensemble des produits psychoactifs dont le tabac et l'alcool.

Enfin, créée en 1999, la collection de livrets « Drogues : savoir plus, risquer moins » est réalisée sous la responsabilité éditoriale de la MILDT en collaboration avec le Comité français d'éducation pour la santé (CFES). De nombreux experts sont sollicités afin de valider l'ensemble des contenus scientifiques qui y sont proposés. A noter qu'un des principaux reproches fait à cette collection est qu'elle se centre sur les substances et néglige leur usage³³.

1.2.3 Les acteurs institutionnels

A) L'Etat

L'Etat occupe un rôle central dans l'élaboration de la politique de santé publique.

En effet, la détermination des objectifs et l'élaboration des plans, des programmes et des actions mises en œuvre dans le domaine de la santé publique ainsi que l'évaluation des dispositifs relèvent de l'Etat.

Le gouvernement est chargé d'élaborer un rapport annexé au projet de loi qui définit tous les cinq ans les objectifs de la politique de santé publique. Le Haut Conseil de la Santé Publique élabore un diagnostic et un rapport d'analyse sur les problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer. Cette instance propose également des objectifs et des orientations destinés à améliorer l'état de santé de la population. La mise en œuvre de cette loi et des programmes de santé s'y rapportant sont suivis chaque année et font l'objet d'une évaluation tous les cinq ans.

³³ Extrait du site Internet www.drogues.gouv.fr, MILDT et d'un article de Wikipédia
Claudine BODEQUIN – *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* – 2012

Par ailleurs, l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé peut évaluer à tout moment si nécessaire les actions conduites dans ce cadre.

Cette place centrale de l'Etat se retrouve à l'échelon régional puisque c'est le représentant de l'Etat en région qui définit les modalités de mise en œuvre des objectifs et des plans nationaux en tenant compte des spécificités régionales et de leurs déclinaisons départementales.

Pour permettre la réalisation des objectifs nationaux de santé publique, l'Etat arrête, après avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) le Projet Régional de Santé instauré par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009. Cette loi a fortement modifié le paysage institutionnel avec notamment la disparition des DDASS et des DRASS par la création des Agences Régionales de Santé (ARS) et des Directions Régionales et Départementales de Cohésion Sociale.

La nouvelle organisation des services de l'Etat permet aujourd'hui de poursuivre la mise en œuvre des politiques de santé publique et notamment la lutte contre les addictions qui s'inscrit de façon transversale dans les différents schémas du Projet Régional de Santé. Il s'agit aujourd'hui de mieux organiser et coordonner le parcours de santé de l'utilisateur, d'améliorer la qualité des prises en charge, de lutter contre les inégalités territoriales tout en privilégiant l'efficacité des dépenses de santé.

Pour atteindre ces objectifs, le travail en partenariat et l'animation territoriale sont des axes travail à développer par les Délégations Territoriales de l'ARS.

L'Agence Régionale de Santé de l'Ile-de-France a mis en place au travers du Projet Régional de Santé (PRS) et du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) un projet régional transversal « Addictions » dans les trois Schémas régionaux concernant la Prévention et la Promotion de la Santé, l'offre hospitalière et ambulatoire et la prise en charge médico-sociale.

Le projet régional « Addictions » s'inscrit dans le processus d'aide à la réalisation des objectifs de l'ARS Ile-de-France et vise à l'articulation et à la coordination de l'ensemble des approches de la thématique, tant à l'égard des directions et des pôles de l'ARS impliqués (prévention et promotion de la santé, ambulatoire, médico-social, sanitaire, veille et alerte sanitaires) que des partenaires et interlocuteurs extérieurs.

Le projet « Addictions » est transversal à d'autres projets régionaux : santé mentale, santé des jeunes avec la prévention alcool, cannabis, drogues illicites, addictions sans substances, les personnes en situation de précarité, les femmes et enfants, le cancer lié au tabagisme féminin, le VIH. Plusieurs autres thématiques sont également concernées par le projet « Addictions » comme la santé des personnes détenues, les urgences, le dépistage, la vaccination et l'accès aux traitements contre le VHB.

L'Agence Régionale de Santé travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs institutionnels de l'Etat concernés par la problématique des Addictions et plus particulièrement en matière de prévention et d'éducation pour la santé avec l'Education Nationale concernant des actions de prévention menées au sein des établissements scolaires.

Le Préfet de Département et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale travaille également sur des thématiques de prévention et de promotion de la santé concernant les addictions dans le cadre notamment d'appels à projets financés par la MILDT. Le Préfet de Région et la Direction Régionale de Cohésion Sociale sont associés dans les travaux de réflexion et d'organisation territoriale à mettre en œuvre sur les territoires de l'Ile-de-France. Par ailleurs, des actions de prévention et d'éducation pour la santé sont également conduites dans les départements par l'Assurance Maladie (prévention des maladies sexuellement transmissibles, le VIH, le dépistage organisé du cancer....)

B) Les collectivités territoriales

La Loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a conduit à réorganiser les diverses « structures » historiques de la santé publique. Les collectivités territoriales et les acteurs locaux doivent aujourd'hui s'approprier cette nouvelle organisation des services de l'Etat en charge de la santé publique. Les partenaires institutionnels et associatifs de proximité doivent également s'approprier les questions de santé publique, les différents dispositifs mais également avoir toute leur place dans la réorganisation du système de santé. Pour atteindre les objectifs du Projet Régional de Santé, la politique nationale de santé publique doit nécessairement s'articuler avec les politiques régionales et territoriales. Il existe aujourd'hui une grande diversité d'acteurs locaux qui participent à la mise en œuvre d'une politique dynamique locale de santé. Les dispositifs territoriaux en matière de prévention et de soins permettent de favoriser l'existence de partenaires locaux, de mieux construire les actions de santé et d'être plus performants dans la recherche de leviers et de financements des projets locaux.

Au préalable, les grandes collectivités locales que sont le Conseil régional et les Conseils généraux sont chargés de l'animation et de la coordination des actions de santé de proximité au travers des Services communaux d'hygiène et de santé, des Centres de santé et des Centres de protection maternelle et infantile. En effet, dans le domaine de la santé publique, certaines structures locales sont des piliers majeurs pour la mise en œuvre des politiques locales auprès de la population.

L'Ile-de-France est une région riche, avec de forts contrastes sociaux et territoriaux. Dans ce contexte, la mise en place de programmes territoriaux de santé publique, basés sur les priorités locales, est un des éléments participant à la réduction des inégalités de santé, en particulier lorsque ces programmes bénéficient d'un soutien financier ou autre au niveau

régional et/ou national. Les territoires de proximité et la diminution des inégalités ont été une priorité de la politique de santé publique au travers de la loi du 9 août 2004 mais également de la politique de la ville, avec la création des Ateliers Santé Ville (ASV).

La loi HSPT a prévu que la mise en œuvre du PRS pourra faire l'objet de Contrats locaux de santé (CLS). Ces contrats sont conclus par les ARS avec les collectivités locales et leurs groupements, et porteront sur les politiques de prévention et de promotion de la santé, de soins hospitaliers ou ambulatoires et de prise en charge médico-sociale.

Ainsi, les CLS mobilisent les acteurs des dispositifs existants dans le domaine de la politique locale de santé tels que l'Etat au travers de la politique de la ville (Ateliers santé ville), de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales. Une étude réalisée par la DDASS en 2006/2007 a montré que 20 % des actions menées par les Ateliers santé ville (ASV) concernent directement la prévention des addictions. De plus, l'ensemble des ASV aborde de manière transversale le travail en réseau et le renforcement des partenariats entre professionnels des secteurs de la santé et du social.

1.2.4 Les partenaires associatifs

A) Les associations et groupes d'entraide

A côté de l'offre de prise en charge et d'accompagnement, encadrée par les pouvoirs publics, existe une offre de prise en charge complémentaire proposée par les associations et groupes d'entraide, telles que les associations d'anciens buveurs (dites associations néphalistes) ou les groupes d'auto-support des usagers de drogues.

La place et le rôle des associations de santé communautaire ou groupes, tels que les associations néphalistes ou d'auto-support d'usagers de drogues, est prépondérante dans l'aide et le soutien aux personnes.

Il convient de souligner que ces associations interviennent fréquemment au croisement de la prise en charge et de la prévention, notamment en prison mais également dans les établissements scolaires, et que leur place est pleinement reconnue dans les textes fondant les réformes en cours dans le champ de l'addictologie.

Plusieurs associations interviennent dans le champ des addictions en France et en Ile-de-France telle que l'association AURORE dont la Direction générale est située à Paris et qui possède une antenne notamment en Seine-Saint-Denis (93). Cette association, reconnue d'utilité publique, a été fondée en 1875 et dispose aujourd'hui de plusieurs pôles d'activité concernant l'hébergement, l'insertion, la prévention et le soin. L'Association gère des établissements d'accueil de type CSAPA ou CHRS. Plusieurs autres associations sont répertoriées comme étant gestionnaires d'établissements médico-sociaux de type CAARUD ou CSAPA, telles que l'Association FIRST (consultations jeunes consommateurs et gestionnaire d'un CAARUD), l'Association PROSES, l'Association AIDES (gestionnaire de CAARUD), l'Association SAUVEGARDE

qui dispose d'un pôle de développement social et de prévention, assure une mission en milieu ouvert essentiellement thérapeutique, oriente et accompagne si nécessaire les jeunes vers des structures adaptées à leurs problématiques.

Cette association dont la prévention des addictions est un axe prioritaire gère également des structures d'hébergement d'urgence ou temporaire. A noter que l'ensemble de ces associations assure également la continuité des soins des usagers qui sortent d'incarcération. La Délégation générale du Groupe SOS située à Paris, gestionnaire du CAARUD YUCCA à Bondy (93) est également un acteur majeur de l'entrepreneuriat social ; le Groupe SOS favorise le développement de solutions qui conjuguent utilité sociale et efficacité économique. Le Groupe SOS compte près de 4000 salariés au sein de plus de 200 établissements et services présents dans toute la France métropolitaine, en Guyane et à Mayotte. Des associations telles que APCIS, ADHOCT, ARAPEJ, ASUD interviennent également dans des actions de prévention des addictions et de promotion de la santé notamment en direction des jeunes en situation de précarité dans des zones urbaines défavorisées. Par ailleurs, plusieurs associations nationales assurent l'accompagnement, l'aide et le soutien des personnes qui présentent une addiction à l'alcool telles que l'association Alcooliques Anonymes, l'association Al Anon, l'association Croix Bleue, l'association Croix d'Or, l'association Amitiés PTT, l'association Amitiés Présence RATP, l'association La Santé de la Famille des Chemins de Fer Français...

B) Les organismes et ressources documentaires

L'Observatoire régional de santé de l'Ile-de-France (ORS Ile de France) subventionné par l'Etat (Préfecture de région, Conseil Régional et Agence Régionale de Santé) est chargé d'élaborer le diagnostic départemental et régional de la santé publique.

Pour atteindre cet objectif, l'ORS dresse le diagnostic démographique, épidémiologique, économique et social de la population d'Ile-de-France.

Les résultats des enquêtes sont analysés et comparés aux données nationales afin de déterminer le niveau de la région Ile-de-France en matière de santé publique. Les enquêtes sont exploitées par les acteurs institutionnels et associatifs afin de mettre en adéquation les dispositifs de prise en charge et de soins avec les besoins de la population. Les travaux de l'ORS permettent d'apprécier l'évolution des besoins et de l'offre de soins dans le temps mais également d'obtenir une lisibilité de l'offre de soins sur les territoires et de mieux identifier ainsi les inégalités territoriales en matière de santé publique. Pour mener ses enquêtes, l'ORS dispose d'une méthodologie qui consiste à diffuser des questionnaires, mener des entretiens auprès des responsables locaux des politiques de santé, consulter les sites internet et diverses études exploitées sur leurs volets franciliens.

L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a inscrit comme l'une de ses priorités l'amélioration de la mesure de la mortalité liée à l'usage de drogues en France et ce, pour plusieurs raisons.

D'une part, la réduction de la mortalité par surdose de stupéfiants est inscrite comme l'une des priorités du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011. D'autre part, les surdoses par usage de stupéfiants constituent l'un des cinq indicateurs clés de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), qui encourage la mise en place d'études de cohorte d'usagers de substances psychoactives illicites. Enfin, malgré tout l'intérêt qui leur est porté tant d'un point de vue épidémiologique que de santé publique, les pouvoirs publics ne disposent que d'une connaissance partielle du nombre et de la nature de ces décès en France. Le rôle et les missions de l'OFDT consistent, par conséquent, à conduire des enquêtes auprès de la population accueillie dans des structures de bas seuil et des centres de soins sur une période précise, à analyser les résultats et rédiger des rapports qui traduisent les conséquences sanitaires de l'usage des drogues en France.

Dans le cadre du Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, la MILDT a réorganisé le réseau des CRIPS-CIRDD (Indicateurs relatifs au champ des drogues et des dépendances en Ile-de-France) qui existent aujourd'hui dans onze régions métropolitaines. Les CIRDD ont pour principales missions l'information, la documentation, l'observation, l'ingénierie de formation et le conseil méthodologique en matière de prévention et de soins dans le respect de l'application de la loi. Ils doivent servir d'appui et d'aide aux choix politiques. Dans ce contexte, le CIRDD Ile-de-France a réalisé en 2006 avec l'appui méthodologique de l'ORS Ile-de-France, initiateur de l'observation et du suivi de la toxicomanie en Ile-de-France dès la fin des années 1980, un état des lieux relatif au champ des drogues et des dépendances. L'activité réalisée par le CIRDD Ile-de-France permet aux acteurs et aux décideurs de ce champ de mieux connaître et comprendre les phénomènes liés aux drogues.

Il existe également d'autres sources d'informations et enquêtes concernant la santé, le mode de vie et les consommations de substances psychoactives notamment chez les plus jeunes. Dans ce cadre, les enquêtes ESCAPAD menées lors de la préparation à la défense chez les jeunes âgés de 17-18 ans permettent de recueillir des données statistiques ainsi que l'enquête nationale du baromètre santé réalisée en 2005 par l'INPES. Le système d'information mensuel sur les consommations de cannabis (Simcca), a été mis en place par l'OFDT, ainsi que le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection ou de substitution (Siamois), mis en place par l'INVS et consultable sur le site de l'OFDT.

Diverses enquêtes permettent également d'étudier la nature des consultations en tabacologie comme « l'Etat des lieux des consultations de tabacologie » réalisé en 2006 par le RHST, dans les CAARUD auprès des usagers afin de suivre le nombre et les caractéristiques des consommateurs de drogues ayant recours à ce dispositif. Deux enquêtes départementales sur les consommations des usagers de drogues soit du dispositif Trend à Paris soit de l'enquête Coquelicot ont été réalisées.

Le dispositif Trend vise à fournir de façon précoce des informations sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents qui leurs sont liés. L'enquête Coquelicot associe un volet épidémiologique destiné à mesurer les prévalences de l'infection du VIH et à VHC chez les usagers de drogues par injection et un volet socio-anthropologique visant à comprendre les déterminants des conduites à risques.

1.3 La prévention et la prise en charge en addictologie

La plupart des structures intervenant dans la prise en charge des addictions ont été créées à une période où l'approche des dépendances était fortement liée à la notion de produit. L'évolution actuelle vers une vision plus transversale de l'addictologie conduit à penser autrement l'organisation des soins, avec une réorganisation du secteur médico-social autour des CSAPA et la restructuration en trois niveaux de l'offre de soins addictologiques à l'hôpital. Les structures et les équipes doivent aujourd'hui répondre aux besoins des usagers dont les profils socio-démographiques sont variés et les consommations souvent multiples.

1.3.1 L'offre médico-sociale

Les personnes qui sont dans une relation de dépendance à l'égard des drogues, de l'alcool, des médicaments ou d'une pratique (jeux, sexualité, anorexie, boulimie, achats compulsifs...) peuvent être accueillies ainsi que les personnes de leur entourage (parents, conjoints, famille, amis) dans les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Ces structures résultent du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CCAA et CSST) conformément au décret du 14 mai 2007. Les CSAPA sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la santé. La plupart des établissements ont été constitués en 2010. Les CSAPA sont pour la majorité généralistes mais certains peuvent exercer une spécialisation de leur activité en direction de certaines drogues ou conduites addictives. Les centres assurent soit des soins ambulatoires, soit un hébergement individuel ou collectif.

Dans ce dernier cas, le séjour doit permettre la consolidation du sevrage, la restauration de l'équilibre personnel et l'insertion professionnelle. Les missions des CSAPA relèvent de l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale ainsi que l'orientation de la personne concernée ou de son entourage. Les centres peuvent également aider au repérage des usages nocifs. Les CSAPA sont chargés de travailler à la réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause.

La prise en charge médicale est également possible (bilan de santé, sevrage) et psychologique (soutien, psychothérapie individuelle ou familiale, groupes de parole). Les CSAPA prescrivent et suivent les traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés. Enfin, les centres organisent la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Les établissements accueillent gratuitement et de façon anonyme toute personne qui souhaite être prise en charge sur la base du volontariat. Certaines prises en charge peuvent être à l'initiative d'une mesure judiciaire (injonction de soins par exemple). L'accueil et l'accompagnement sont assurés par des équipes pluridisciplinaires, notamment des médecins, des infirmiers, des psychologues, des éducateurs spécialisés, des assistantes sociales... Il existe en France plus de 450 CSAPA³⁴ dont les deux tiers sont gérés par le secteur associatif. Ils sont implantés dans tous les départements français. L'Île-de-France comptabilisait 71 CSAPA au 1^{er} janvier 2011.

Par ailleurs, les « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC), créées par les pouvoirs publics à la fin de l'année 2004 pour lutter contre l'augmentation de la consommation de cannabis chez les jeunes constatée à la fin des années 1990, sont intégrées dans le fonctionnement des CSAPA depuis leur création en tant que consultations de proximité pour l'ensemble des addictions liées au cannabis mais également à l'alcool, aux psychostimulants et aux situations de polyconsommations (annexe 3 de la circulaire DGS du 28 février 2008).

Les usagers consommateurs de drogues et en particulier les personnes marginalisées et précaires peuvent être prises en charge par les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) créés par la loi du 9 août 2004 qui visait notamment à regrouper les dispositifs de réduction des risques.

Ces structures financées par l'Assurance maladie (il existe également des actions de réduction des risques financées par l'Etat) peuvent être gérées par des structures associatives ou des établissements publics de santé sous réserve que ces derniers gèrent également un CSAPA. Les CAARUD exercent des missions telles que l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogue, l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles...), le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion

³⁴ Source Drogues info service Internet : <http://www.drogues-info-service.fr>

professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager, jetons pour l'automate), l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers, le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans les quartiers et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

Les CAARUD peuvent également participer au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. Sur la base du volontariat, l'accueil dans les CAARUD est gratuit et anonyme. Le personnel des CAARUD est constitué essentiellement d'assistantes sociales, d'infirmier(es) et de travailleurs sociaux. En avril 2010, 133 CAARUD³⁵ sont recensés en France (DOM compris) dont 21 établissements implantés en Ile-de-France pour la plupart mis en place en 2006. Ce dispositif de première ligne s'inscrit dans le cadre d'une offre globale de services et de soins, spécialisés ou non. Les CAARUD développent des actions et programmes singuliers et parfois innovants, mais nécessairement en synergie avec les autres acteurs. L'offre médico-sociale concerne également le suivi médical, l'accompagnement social et le logement en mettant à la disposition des personnes en difficultés spécifiques des Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT), des Lits Haltes Soins Santé (LHSS) ainsi que des Lits d'Accueils Médicalisés (LAM).

1.3.2 La prise en charge hospitalière

Dans les établissements hospitaliers, le plan addictions 2007-2011 a prévu la mise en place de consultations en addictologie regroupant, au sein d'un même pôle, les consultations de tabacologie, d'alcoologie et de toxicomanie dans tous les hôpitaux disposant d'un service d'urgences. Une enquête menée en 2008 par l'ARH, la DRASS et la CRAMIF, portant sur la prise en charge hospitalière des addictions en 2007, a permis de recenser soixante-huit établissements hospitaliers possédant une consultation d'addictologie ou de tabacologie en Ile-de-France, parmi les 134 établissements publics et privés ayant répondu au questionnaire³⁶, soit 51 % d'entre eux.

charge des addictions reste difficile, notamment lorsque la dépendance au produit n'est pas le motif principal d'hospitalisation du patient³⁷.

³⁵ Source OFDT, Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD, juillet 2010

³⁶ Le taux de réponse à cette enquête est de 33 %. Les données de cette enquête ont été présentées par la DRASS lors de la première réunion « Offre de soins » du groupe de travail de la DRASS, mis en place dans le cadre de l'élaboration du Schéma régional d'addictologie le 13 mars 2009.

³⁷ ORS Ile-de-France, Eléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile-de-France en juin 2009 (document réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma régional d'addictologie, pp.77,78.

Les premiers résultats de cette enquête montrent une grande variabilité des services d'implantation des consultations de tabacologie ou d'addictologie selon les établissements (services de médecine, psychiatrie, gastro-entérologie, pneumonie etc....) qui reflète la diversité des situations, liée à l'histoire de chaque site. Malgré la mise en place de systèmes d'information tels que le PMSI, l'identification des actes relevant d'une prise en

1.3.3 Les équipes de liaison et de soins en addictologie

Les équipes mobiles de liaison et de soins en addictologie (ELSA/ECIMUD) assurent une prise en charge globale et pluridisciplinaire au sein de l'hôpital. Ces équipes de liaison qui prennent en charge tous les types d'addictions (produits licites ou illicites) sont également appelées à exercer un travail de partenariat intra et extra hospitalier.

Chaque équipe (3,5 ETP en moyenne en 2005³⁸) est composée de médecin, infirmier, aide-soignant, psychologue et secrétaire. La mission de ces équipes consiste à dépister les conduites addictives, à réaliser un bilan et proposer aux patients une prise en charge adaptée, un sevrage ou un traitement de substitution.

L'aspect social et psychologique est également pris en compte dans une approche globale du parcours de santé. Les équipes apportent également un soutien aux personnels soignants des établissements par la mise en place de formations.

Les données des rapports d'activité de 2005 des Elsa franciliennes montrent que 56 % des équipes définissaient leur activité comme de l'addictologie polyvalente (33 000 consultations médicales en 2005). Les principaux domaines d'addictions non pris en charge par ces équipes étaient le dopage (71 %) et la dépendance tabagique (48 %). Cinq Elsa sur vingt et un (24%) ne prenaient pas en charge la dépendance aux drogues illicites ni l'usage détourné de médicaments.

Enfin, deux équipes de liaison (10 %) ne prenaient pas en charge les patients ayant une dépendance avec l'alcool. Certains services ont la possibilité de prendre en charge les patients en hospitalisation complète en court, moyen ou long séjour. Lors des échanges avec les professionnels du secteur hospitalier³⁹, il est apparu que l'appellation de « lit de sevrage » leur semblait aujourd'hui trop restrictive, compte-tenu de la variété des prises en charges proposées dans les différents établissements selon le profil des patients.

³⁸ Ile-de-France, Eléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile-de-France en juin 2009 (document réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma régional d'addictologie, p.84.

³⁹ Groupe focal sur l'articulation du médico-social et de l'hospitalier dans la prise en charge des addictions, 24 mars 2009, ORS Ile-de-France.

1.3.4 Les réseaux ville-hôpital

Il existe des réseaux de soins ou filières territoriales, notamment autour des addictions, composés d'équipes multidisciplinaires travaillant ensemble à l'accompagnement médico-social d'un patient (personnels des CSAPA, CAARUD...). Ces réseaux articulent la prise en charge médecine de ville, médico-sociale et hospitalière.

1.3.5 La médecine de ville

Les médecins de ville peuvent prendre en charge les addictions de leurs patients quels que soient les produits concernés. Il existe peu de données disponibles, à l'échelle régionale sur la prise en charge des addictions en médecine de ville. Cependant, les données, relativement anciennes, du Baromètre santé médecins pharmaciens de l'INPES apportent quelques éléments à l'échelle nationale⁴⁰. Les dépendances au tabac et à l'alcool sont des problématiques rencontrées très fréquemment par les médecins, et, dans une moindre mesure, celles liées à l'usage de drogues illicites. Ainsi, au cours des sept jours ayant précédé l'enquête du Baromètre santé médecins, 67 % des médecins généralistes ont déclaré avoir vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique et la moitié des médecins interrogés déclarent avoir vu au moins un patient consultant pour sevrage alcoolique. En ce qui concerne les drogues illicites, 84 % des médecins déclarent être concernés par la prise en charge d'usagers de drogues dans le cadre de leurs consultations mais seuls 34 % d'entre eux déclarent voir en moyenne au moins un patient par mois dans le cadre de l'usage de drogues illicites. Mais, au-delà de ces données qui montrent combien les médecins sont fréquemment confrontés à la prise en charge des addictions, différents travaux indiquent aussi que les médecins de ville, de par leur rôle, constituent des acteurs de première ligne par rapport aux problématiques d'addictions. Les médecins peuvent favoriser la réalisation d'un dépistage du VIH ou du VHC. Concernant les consommations problématiques d'alcool, la médecine générale de ville apparaît comme un lieu privilégié pour le diagnostic, l'orientation et la prise en charge, dans la mesure où les médecins généralistes sont les professionnels de santé les plus étroitement en contact avec les populations. Par ailleurs, « La prévention des risques importants doit être abordée de façon plus globale que thématique. Il est en effet noté que ce sont les associations de comportements qui entraînent le plus de troubles : consommations de substances psychoactives et d'alcool »⁴¹ Aussi le médecin généraliste a-t-il une place prépondérante dans la prévention des addictions puisqu'il possède, dans une grande majorité des situations, une vision globale de l'état de santé de ses patients.

⁴⁰ Gautier A (dir), « Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 ». Rapport INPES, 2005.

⁴¹ Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », février 2000, p.47.

2 ETAT DES LIEUX ET ANALYSE DES DISPOSITIFS DE PREVENTION EN SEINE-SAINT-DENIS

2.1 Evolution économique et sociale de la Seine-Saint-Denis

2.1.1 Eléments historiques structurants du département

Dans les années 1960, la Seine-Saint-Denis était la plus grande zone industrielle de l'Ile-de-France. Le développement économique et démographique de ce département a permis la réalisation de nombreux logements sociaux qui ont contribué à résorber, dans les années 1960, les bidonvilles situés dans certaines communes.

Depuis, ce département a connu une grave crise économique avec la désindustrialisation des années 1970-1980. Le faible coût des loyers et la proximité de la capitale ont généré un afflux de nombreux immigrés. La population d'origine étrangère est très importante en Seine-Saint-Denis, 26 % contre 6 % en France.

Bien que ce territoire soit un des départements les plus petits de France (236,2 km²), celui-ci concentre une population importante : 1 515 983 habitants au 1^{er} janvier 2009⁴² (1 382 861 en 1999) avec une très forte densité de population (6 377,9 habitants au km²). Il s'agit du 6^{ème} département français le plus peuplé et du 3^{ème} département le plus densément peuplé d'Ile-de-France. En effet, celui-ci concentre plus de 20 % des franciliens sur 2 % du territoire régional.

Le département de la Seine-Saint-Denis fait partie de l'agglomération parisienne et bénéficie de son important réseau d'infrastructures de transport routier, avec notamment les autoroutes A1 et A4, ainsi que le boulevard périphérique de Paris. S'y rajoutent les autoroutes urbaines (A3, A86, A103 et A104) ainsi que les anciennes routes nationales RN1, RN2 et RN3. Le département bénéficie également d'importantes infrastructures de transports en commun qui couvre l'ensemble du territoire. Certaines extrémités du métro parisien desservent également les communes de la Seine-Saint-Denis. Il existe au total 6 lignes et 17 stations de métro, 5 lignes de RER, 2 tramway. Les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions) peuvent facilement accéder aux structures spécialisées en transport en commun (métro, bus, tramways, RER).

La population est très jeune puisque plus d'un tiers de celle-ci à moins de 25 ans. Au regard des statistiques réalisées en Ile-de-France, la Seine-Saint-Denis est le plus jeune département de la région avec un taux élevé de fécondité de 2.35/1000.

⁴² Source INSEE au 1^{er} janvier 2010 (recensement de la population au 1^{er} janvier 2009)

Une part très importante de la population est confrontée à un Indice de Développement Humain (IDH2)⁴³ dégradé. Le département représente 66,2 % des populations demeurant dans des communes à IDH2 le plus faible et 59,7 % des habitants demeurant dans des communes à IDH2 très faible.

La Seine-Saint-Denis se caractérise par l'importance des situations de précarité : 10 % des ménages vivent principalement des prestations des caisses d'allocations familiales (7 % en Ile-de-France) et 5 % de la population âgée de 18 à 69 ans bénéficie du RMI (3 % en Ile-de-France). Le taux de bénéficiaires de prestations d'aides au logement est important et en augmentation : 119 habitants pour 1000 bénéficient d'une aide en 2003 (86 en Ile-de-France), ce taux ayant augmenté de 13 % depuis 1998.

Le département possède le plus faible revenu moyen et le taux de chômage, en progression constante, est le plus élevé de la région avec 16,3 % contre 10,8 % au niveau national pour la population âgée de 15 à 64 ans. On note une proportion importante de ménages bénéficiaires de minima sociaux. Le pourcentage de jeunes déscolarisés est également le plus élevé dans ce département de l'Ile-de-France.

La Seine-Saint-Denis rencontre aujourd'hui d'importants problèmes de sécurité qui ne doivent pas cependant dissimuler les difficultés quotidiennes de la population. La violence, l'insécurité, l'absence ou l'insuffisance de soins, la dépendance aux addictions ou à la drogue, les problèmes liés à l'éducation, à la scolarité, le chômage, les difficultés à se loger rencontrées par notamment les plus jeunes sont un frein à l'évolution économique et sociale du département qui s'est installé progressivement dans la paupérisation depuis les années 1970. La consommation d'alcool et de substances illicites par la jeunesse en difficulté vivant dans des quartiers dits « sensibles » est souvent associée à certaines formes de délinquance et d'incivilités fréquemment observées dans le département. Cependant, si certaines études étrangères ont exploré cette question, celle-ci n'est pas véritablement documentée en France et en Seine-Saint-Denis à l'heure actuelle.⁴⁴

Malgré les difficultés rencontrées par ce département, la Directrice de la santé du Centre de santé municipal de Bagnolet souligne que les jeunes sont très attachés à leurs quartiers, à leurs cités car ils ont souvent le sentiment qu'il n'existe pas d'avenir ou peu de perspectives ailleurs. De plus, la paupérisation et la stigmatisation du département sont parfois source d'humiliation pour certains d'entre eux. Les atteintes à l'identité résidentielle touchent les jeunes, leurs familles et leurs communautés de vie.

⁴³ Indice de Développement Humain 2 : Indicateur international agrégé mis au point par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) qui repose sur trois éléments : l'espérance de vie moyenne des hommes et des femmes à la naissance, le pourcentage de la population de plus de 15 ans diplômée, le revenu disponible médian des ménages par unité de consommation exprimé en euros sur un territoire déterminé

⁴⁴ - Source OFDT – Décembre 2010

Les sentiments de ghettoïsation et d'exclusion contribuent à fédérer en même temps qu'ils isolent la population du reste du monde. Ainsi, malgré les conditions de vie et de logement qui se sont dégradées depuis une trentaine d'années, la plupart des jeunes souhaitent continuer à vivre et à travailler en Seine-Saint-Denis dans la mesure où les habitants partagent les mêmes conditions d'existence.

2.1.2 L'impact de la précarité sur la santé de la population

La santé publique en Seine-Saint-Denis est un problème majeur en raison de la précarité de la population qui présente souvent une méconnaissance des dispositifs administratifs et sociaux permettant l'accès aux soins (barrière linguistique ou culturelle...) ou une absence de droits. Malgré la mise en place de nombreuses actions de santé, la population de Seine-Saint-Denis souffre encore d'un état de santé inférieur au reste de la région et de la France. La Seine-Saint-Denis est le département ayant le taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire le plus élevé de France métropolitaine (12 % contre 6 % au niveau national). Plus de la moitié d'entre eux bénéficient aussi du RMI.

Le département regroupe 20 % des bénéficiaires franciliens de l'Aide Médicale Etat, couverture santé pour les personnes ne remplissant pas les conditions de stabilité et de régularité de résidence⁴⁵. Près de 8800 décès sont enregistrés chaque année en Seine-Saint-Denis dont 53 % masculins et 47 % féminins. Le niveau de mortalité générale est le plus élevé des départements de la région après la Seine-et-Marne et celui de mortalité prématurée (avant 65 ans) le plus élevé de la région. Celui-ci est, chez les hommes, supérieur à 7 % à la moyenne nationale et, chez les femmes de 10 %. Les trois principales causes de décès sont les mêmes qu'en France : maladies cardio-vasculaires, tumeurs et morts violentes représentent 63 % des décès du département. Le département présente une surmortalité par tumeurs pour les deux sexes par rapport à la région et à la France.

Les principales pathologies liées au tabac sont responsables d'environ 1500 décès et celles liées à l'alcool de près de 500 décès par an en Seine-Saint-Denis. Ces consommations expliquent donc 22 % des décès annuels dans le département.

Le cancer est la première cause de mortalité dans la population qui présente une surmortalité qui reste significative par rapport au niveau régional et national.⁴⁶ La Seine-Saint-Denis présente cette surmortalité prématurée due aux cancers car les populations précaires sont plus exposées. En effet, la corrélation entre le profil socioéconomique de la population et les indices de surmortalité et de surmortalité prématurée existe et s'observe particulièrement pour la maladie cancéreuse. De façon générale, l'ensemble des observations montrent un excès de risques pour les hommes dans les classes sociales défavorisées notamment pour les cancers des poumons et des voies aéro-digestives

⁴⁵ Source ORS Ile-de-France, tableau de bord départemental Seine-saint-Denis, Février 2005

⁴⁶ Source Comité départemental des cancers (Internet <http://cdc93.fr>)

supérieures, qui ne peut être expliqué uniquement par les facteurs de risques classiquement évoqués qui sont l'alcool et le tabac. L'exposition à des cancérogènes dans l'environnement professionnel est de plus en plus souvent évoquée. Cette corrélation a été également observée pour le cancer du sein. Le profil socioéconomique et les indicateurs présents en Seine-Saint-Denis ne peuvent qu'alerter sur cette situation car l'espérance de vie à 60 ans est inférieure à la moyenne régionale : 20,2 ans pour les hommes et 25,2 ans pour les femmes contre respectivement 21,0 et 25,7 en Île-de-France⁴⁷. Enfin, la mortalité infantile en Seine-Saint-Denis est l'une des plus élevée de France métropolitaine (5,9 pour 1000) en 2008 contre 4 pour 1000 en Ile-de-France⁴⁸.

Nombre annuel de décès en Seine-Saint-Denis pour plusieurs pathologies fortement liées à la consommation d'alcool et/ou de tabac selon l'âge et le sexe, en 2006

	0-34 ans		35-64 ans		65 ans et plus		Tous âges		Total Tous âges
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Maladies chroniques du foie	0	0	66	24	37	15	103	39	142
Troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool	0	0	24	10	6	6	30	16	46
Cancers de l'œsophage	1	0	25	8	26	9	52	17	69
Cancers de la cavité buccale	0	0	41	7	31	3	72	10	82
Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	0	0	202	60	257	88	450	148	598
Cardiopathie ischémique	1	1	99	16	247	214	347	231	578
Total des décès liés aux pathologies précédentes	2	1	457	125	604	335	1 054	461	1515
Nombre total de décès toutes causes confondues	232	162	1 454	707	2 770	3 077	4 456	3 946	8402

Source : CépiDc-Inserm 2009

2.2 Les conduites addictives chez les jeunes, une problématique de santé publique sur le territoire selon les données épidémiologiques

2.2.1 Caractéristiques des addictions chez les jeunes du département

D'une façon générale, l'usage quotidien d'alcool diminue dans l'ensemble de la région Ile-de-France. En effet, l'usage régulier d'alcool à 17 ans en Seine-Saint-Denis concerne 3 % de la population contre 9 % en France. Cependant, l'expérimentation de l'ivresse s'accroît et se traduit par une augmentation significative des interpellations pour ivresse sur la voie publique qui place la Seine-Saint-Denis au 24^{ème} rang des départements français (981 interpellations en 2009). A noter qu'avec 4 441 consultations en 2009 dans les centres spécialisés en alcoologie (CSAPA), la Seine-Saint-Denis se positionne au 2^{ème} rang des départements français.⁴⁹

⁴⁷ Source Comité départemental des cancers (Internet <http://cdc93.fr>)

⁴⁸ Source Insee, Mortalité et espérance de vie, comparaisons départementales 2008/2009

⁴⁹ Source OFDT, Données locales/Iliad, Drogues licites en 2009 en Seine-Saint-Denis

Selon l'enquête Escapad réalisée en 2008 auprès des jeunes de 17 ans (un jour donné), on observe dans le département de la Seine-Saint-Denis un développement de la polytoxicomanie chez les jeunes lié aux consommations d'alcool, de cannabis, et d'autres produits psychoactifs entraînant des troubles psychiatriques importants. Toutefois, si les jeunes déclarent un usage quotidien du tabac inférieur au reste de l'Île-de-France, le niveau de tabagisme quotidien est identique chez les jeunes filles et les jeunes garçons (20 %). En revanche, les jeunes garçons déclarent une consommation régulière de cannabis très supérieure par rapport aux jeunes filles (8 % contre 2 %). Enfin, le nombre de jeunes de 17 ans déclarant avoir expérimenté des produits psychoactifs est à un niveau proche ou égal à la moyenne régionale pour certains produits (héroïne : 1 %, ecstasy : 2 %) et à un niveau inférieur pour d'autres produits, tout particulièrement le cannabis (31 %) et la cocaïne (2 %). Analyse des conduites à risques et leurs conséquences.

- Consommation chez les jeunes de 17 ans

	Seine Saint Denis		Ile de France	
	2005	2008	2005	2008
Usage quotidien de tabac	nd	20%	25%	25%
Usage régulier d'alcool	nd	3%	7%	7%
Ivresses alcooliques répétées	nd	10%	16%	20%
Usage régulier de cannabis	nd	5%	10%	8%
Expérimentation de cocaïne	nd	2%	2%	4%

O.F.D.T., enquête ESCAPAD 2008

Les problématiques liées aux consommations de produits psychoactifs par les jeunes diffèrent selon le territoire du département. A l'Est et au Nord-Est, les jeunes consomment plus fréquemment des opiacés et de la cocaïne. Le Directeur du CAARUD YUCCA à Bondy a observé en 2010, une nette progression de l'héroïne et de la cocaïne hautement dosés. De plus, les produits sont coupés avec d'autres substances. Le CAARUD YUCCA constate également une consommation importante d'alcool mélangé avec les benzodiazépines. Cette information est confirmée par un médecin addictologue du Centre municipal de santé et du CSAPA de La Courneuve qui constate une forte consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes de la commune. Au Nord-Ouest du département, la consommation et le trafic de crack demeure une problématique majeure malgré la disparition de la scène ouverte de crack qui s'était installée près de la gare de Saint-Denis au cours des années 2008 et 2009. L'ampleur de ce phénomène, à Saint-Denis et dans les communes voisines ne semble pas diminuer mais sans que l'on puisse toutefois l'évaluer de façon précise.

La Directrice de la santé du Centre de santé municipal de Bagnolet constate une importante consommation de cannabis sur la commune et d'une façon générale sur l'ensemble du département chez un public de plus en plus jeune (dès les classes de primaire pour certains contre le collège il y a encore quelques années). L'usage de la chicha chez les jeunes est également assez répandu notamment par son côté festif en raison des origines ethniques et des coutumes familiales.

Cependant, le Centre de santé précise que le problème relève actuellement plus du trafic que de la consommation sur le territoire. Cette information est confirmée par le Directeur du Pôle prévention des addictions de l'Association AURORE à Aubervilliers qui précise que la Seine-Saint-Denis est le département de la région Ile-de-France qui présente le plus grand nombre d'interpellations concernant le trafic de stupéfiants. En effet, selon l'OFDT, en 2007, la Seine-Saint-Denis est au premier rang des départements français pour les interpellations d'usagers de cannabis. Le Directeur de l'Association SAUVEGARDE située à la Courneuve constate un important trafic et une forte augmentation de consommation d'héroïne notamment sur la commune de Stains chez un public de plus en plus jeune. La déscolarisation, l'absence d'emploi ou de formation des jeunes ou encore la grande précarité financière constatée dans près de la moitié des familles du département peuvent expliquer en partie ce phénomène.

Les établissements accueillant les jeunes consommateurs notamment les CSAPA et les CAARUD rencontrés dans le département font état d'un accroissement de la précarisation des usagers et de l'augmentation des problématiques d'ordre psychiques et psychiatriques. Les conduites à risques concernent différents profils d'usagers et notamment les jeunes consommateurs de produits psychoactifs. Les professionnels de santé et de l'accompagnement social constatent une graduation dans les conséquences de la consommation de substances illicites. Des consommateurs bien insérés socialement dont le recours aux addictions est très occasionnel et ne met pas en danger leur vie scolaire ou professionnelle, sociale et familiale. Les produits sont achetés à l'extérieur mais consommés généralement au domicile ou lors de réunions festives.

Les consommateurs quotidiens sont très souvent fragilisés, en situation financière précaire, en réinsertion professionnelle ou familiale. D'autres pour lesquels la consommation prend de plus en plus de place, perdent leur travail, leur logement, s'éloignent de leur famille pour sombrer dans la précarité, en situation d'exclusion sociale et administrative. Ces personnes sont pour la plupart isolées, à la rue, sans domicile fixe et présentent un état de santé très dégradé. Le département compte un nombre important de familles monoparentales, de parents sans emploi qui présentent une grande précarité financière. La violence physique ou verbale est souvent présente dans les familles. Les jeunes peuvent être amenés à reproduire à l'extérieur leur mal-être, l'agressivité et la violence conjugale ou parentale.

Les jeunes présentent pour la plupart une double culture avec une forte radicalisation religieuse dans certaines familles qui n'est pas sans impact sur leur vie sociale, scolaire ou professionnelle. Les jeunes recherchent dans les conduites à risques (vitesse au volant, tentative de suicide ou agression sur tierce personne) ou les addictions une compensation à ce sentiment d'insécurité familiale, professionnelle, sociale.

2.3 Etat des lieux des dispositifs de prévention et de réduction des risques en Seine-Saint-Denis

2.3.1 Les dispositifs de prévention

Le département de la Seine-Saint-Denis dispose d'un important maillage de dispositifs de prévention des conduites à risques et des addictions porté par des partenaires institutionnels ou associatifs. Ce qui importe pour les acteurs de prévention, c'est de pouvoir disposer d'une meilleure compréhension des conditions sociales qui favorisent le développement des conduites à risques des jeunes. La dissuasion (ne parler que des dangers, brandir des menaces, réaffirmer les interdits) a une efficacité très faible dans la prévention des addictions et des comportements extrêmes. Il importe également de ne pas alimenter les visions simplistes d'élimination de tous les risques du monde social (contrôle et répression systématiques, hygiénisme), qui tendent, de plus en plus, à faire porter la responsabilité de ces conduites aux seuls individus vulnérables.

Une autre vision des conduites à risques permet de les prévenir efficacement. Il s'agit d'approcher les processus à la base de la production des vulnérabilités et d'engager des actions pour les compenser ou les infléchir. Pour mieux appréhender les fonctions sociales des conduites à risques et ces voies d'actions préventives, le Conseil Général de la Seine-Saint-Denis a mis en résonance les différents facteurs qui contribuent à la fabrication sociale des conduites à risques⁵⁰. Dans ce cadre, la Mission de prévention des conduites à risques du Conseil Général de Seine-Saint-Denis invite régulièrement, depuis plusieurs années, les professionnels de la Seine-Saint-Denis à des ateliers d'échanges d'expériences, de débats et de formation. Ces professionnels des secteurs préventifs, sociaux, sanitaires, éducatifs socioculturels et judiciaires ont analysé les logiques de production sociale des conduites à risques à l'œuvre dans le département. Cinq processus principaux, qui peuvent se conjuguer, sont particulièrement actifs dans la fabrique des vulnérabilités et des comportements extrêmes tels que la précarisation, l'enclavement, le sentiment d'humiliation et le besoin de reconnaissance. La fragilisation des lieux de socialisation traditionnels (famille, école, quartier) et les tensions de genre. « L'école de la rue » et les micro trafics.

⁵⁰ Mission départementale de prévention des conduites à risques, Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, revue Proximités, Vivre, risquer, vibrer « Les conduites à risques – Penser et agir la prévention » hors série, juin 2007, extrait de l'Introduction, p.6.

Les discriminations, les conflits de culture et la vie en clandestinité. Enfin, le basculement vers l'errance⁵¹. A partir de cet état de lieux, la Mission des conduites à risques a fait en sorte de créer des liens de proximité avec les jeunes du département notamment par la mise en place de l'espace « tête à tête » situé dans l'enceinte du Centre commercial Rosny II. Ce lieu d'implantation très innovant et propice à « capter » l'attention des jeunes a été imaginé et mis en place par la Mission pour répondre aux questions et aux besoins des jeunes sur des thèmes portant sur la prévention des addictions (alcool, tabac, drogues, jeux multimédia...), l'isolement et la solitude, le rapport à l'argent facile, les relations garçons/filles, les relations sexuelles et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, le suicide, la violence et plus particulièrement la violence verbale entre jeunes, l'autorité parentale, les échecs scolaires, la délinquance, les problèmes familiaux, la prostitution.... Par ailleurs, à titre d'exemple d'actions mises en œuvre dans le département, la Directrice de la santé du Centre de santé municipal de Bagnolet indique que la municipalité a mis en place des Contrats Réussites Jeunes (CRJ) destinés aux jeunes de 16-25 ans pour financer des actions d'aide à la recherche d'une formation, d'un stage, d'un emploi (la commune recrute en priorité les jeunes du département) ou l'obtention du permis de conduire. Le CRJ permet également d'identifier les jeunes isolés, en conflit ou en rupture familiale. Au regard des différents entretiens conduits avec les professionnels du département en matière de prévention des conduites à risques, les lieux d'accueil et d'écoute (Missions locales, les Points accueil écoute jeunes, les Centres municipaux de santé, les Ateliers santé ville, les consultations jeunes consommateurs, les CSAPA, les CAARUD, les Associations d'entraide....) constituent une des réponses importantes dans les configurations locales, car ils offrent un accueil sans exigence où l'on peut se rendre sans demande particulière, dans lequel jeunes et parents peuvent être reçus. L'absence de jugement et le bas niveau d'exigence à l'accès de ces structures permettent d'aborder directement les nouvelles problématiques sociales, comme celles liées aux trafics. Le travail de réseau engagé par les lieux d'écoute peut offrir des réponses subtiles en introduisant une articulation entre le travail social, socioculturel en lien avec l'Education Nationale, afin de faciliter la « rétention » de certains jeunes dans la scolarité. En effet, l'école est un « capteur local » clé pour identifier, soutenir et orienter les jeunes à risques de marginalisation. Le rôle des travailleurs sociaux et des acteurs de prévention (et de leurs partenaires, en particulier l'Education Nationale) est central dans la stimulation des facteurs de protection⁵². L'Etat est également acteur de prévention par le financement d'actions d'éducation pour la santé au travers notamment des campagnes d'informations mises en œuvre par l'assurance maladie.

⁵¹ Cf. source ci-dessus, p.9.

⁵² Mission départementale de prévention des conduites à risques, Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, revue Proximités, Vivre, risquer, vibrer « Les conduites à risques – Penser et agir la prévention » hors série, juin 2007, extrait de l'Introduction, p.20.

Des actions d'information et de communication au niveau local dans les quartiers les plus défavorisés sont financées au titre des Contrats Urbains de Cohésions Sociales (CUCS) ou encore des actions de prévention des addictions relevant de la MILDT. L'agence Régionale de Santé et la Délégation Territoriale de Seine-Saint-Denis, par son action d'animation territoriale pour la signature des Contrats locaux de santé, prévus par la loi HPST, participe également à réduire les inégalités territoriales en matière d'accès à la prévention et aux soins.

2.3.2 Les dispositifs de réduction des risques

La réduction des risques est plus généralement employée pour les consommations de produits illicites tels que l'héroïne ou la cocaïne et concerne dans ce cas la mise à disposition de matériels tels que stéribox, seringues...pour les usagers de drogues afin d'éviter ou de limiter les risques de contamination de pathologies comme le VIH ou le VHC. L'objet de ce mémoire étant plus particulièrement orienté sur la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes, seuls les dispositifs concernant ces deux addictions seront évoqués. La réduction des risques étant plus particulièrement associée à la prévention de type secondaire qui vise à mieux identifier les risques pour les usagers qui peuvent avoir dépassé le stade de l'expérimentation. Le CRIPS Ile-de-France accompagne la Délégation Territoriale de l'ARS et l'Inspection académique de Seine-Saint-Denis dans la mise en œuvre du programme « Prévaddict » auquel participe l'association AURORE à Aubervilliers par la création et la diffusion de plaquettes de prévention de l'alcool et l'expérimentation de l'outil en milieu scolaire, par l'organisation et l'animation lors de plusieurs rencontres sportives d'un stand « prévention alcool » au Stade de France. Le CRIPS IDF appuie également l'association Vie Libre dans la réalisation d'une action de prévention de l'alcool à destination des salariés de l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle. La réduction des risques liés à l'alcool concerne également la sécurité routière et, dans ce cadre, des campagnes d'information sont mises en place par les pouvoirs publics (campagne audiovisuelle nationale mais également par voie d'affichage dans le département). L'Education Nationale organise des campagnes d'information au sein des établissements scolaires afin de dénoncer les risques liés à l'expérimentation ou à l'usage de l'alcool ou du cannabis et sur l'impact que ces deux substances peuvent générer sur la concentration ou la mémorisation et le risque de démotivation du jeune (décrochage scolaire). Le Directeur du Pôle prévention des addictions de l'association AURORE à Aubervilliers a évoqué au cours de notre entretien les actions conduites en milieu scolaire pour informer les jeunes des risques liés à l'usage de l'alcool et du cannabis sachant qu'il existe aujourd'hui une forte problématique concernant ces deux types d'addictions dans le département « dès l'entrée au collège ».

Cette association travaille beaucoup avec les jeunes pour savoir comment refuser les sollicitations à ces deux substances par les groupes de jeunes notamment dans les milieux scolaires ou festifs principalement en zone urbaine. L'association AURORE conduit également ses actions dans les centres d'hébergement ou les foyers de jeunes travailleurs. Des actions sont également menées avec les familles (parents) afin de les sensibiliser aux problèmes des addictions et de répondre à leurs questionnements (les familles présentent souvent une méconnaissance du cannabis ou des autres substances illicites).

2.4 Les structures et dispositifs d'accueil, d'accompagnement et de soins

2.4.1 Les établissements médico-sociaux spécialisés addictions

Le dispositif de prévention et de soins en addictologie en Seine-Saint-Denis est constitué de treize CSAPA répartis de la façon suivante : 7 CSAPA spécialisés « alcool » dont six sont sous gestion municipale et un sous gestion associative. Il existe 3 CSAPA sous gestion hospitalière spécialisés « drogues illicites » et 2 CSAPA sous gestion hospitalière dits « généralistes ». Le département comprend également un Centre Thérapeutique Résidentiel, CSAPA sous gestion associative qui se compose d'une unité réservée aux personnes sortant de prisons (10 places), de 24 places d'appartements thérapeutiques et de 5 places dédiées à l'accueil de femmes accompagnées d'enfants de moins de 3 ans.

La file active des patients suivis en 2010 dans les CSAPA spécialisés « drogues illicites » du département est de 2 350 patients, dont 1 432 patients substitués (soit un taux de patients substitués de 64 % (source DT 93). La file active des patients suivis en 2010 dans les CSAPA spécialisés « alcool » du département est de 3 288 (source DT 93).

La file active des patients suivis en 2010 dans les CSAPA généralistes du département, hébergement inclus, est de 1 810 (source DT 93). Au total, les CSAPA de Seine-Saint-Denis, toutes spécialités confondues, ont suivis 7 488 usagers en 2010, soit une augmentation de 7,40 % par rapport à 2009 et un taux de renouvellement de 33,31 %. En 2010, un usager a bénéficié en moyenne de 15 consultations en CSAPA dans le département. A noter également que 1 777 personnes en 2010 sont sous traitements de substitution aux opiacés dans les CSAPA de Seine-Saint-Denis (contre 1 200 en 2008).

Le département dispose également d'une communauté thérapeutique de 35 places. Cette communauté thérapeutique, à gestion associative et située sur la commune d'Aubervilliers, a ouvert un accueil de jour thérapeutique et 8 places d'hébergement en appartement, dans l'attente de la fin des travaux de l'aménagement complet de la structure en 2012.

La Seine-Saint-Denis met à disposition de la population 3 CAARUD dont 1 est géré par l'Association FIRST qui dispose d'un local situé à Aulnay-sous-Bois, à l'entrée de l'Hôpital Robert Ballangé, 1 CAARUD géré par l'Association PROSES qui dispose d'un local à Montreuil et d'une antenne à Saint-Denis. Le dernier CAARUD est géré par l'Association Prévention et Soins en Addictologie (PSA), groupe SOS et dispose d'un local d'accueil situé au centre-ville de Bondy.

Les CSAPA, les CAARUD et la Communauté Thérapeutique de Seine-Saint-Denis se sont associés sous forme d'une association intitulée « Observatoire pour la mise en place qualitative et de proximité de l'addictologie en Seine-Saint-Denis », dit « Observatoire Addicto 93 ». Cette association a pour objectifs de valoriser les savoir-faire, les compétences, de défendre la pérennité du dispositif ambulatoire et résidentiel médico-social en addictologie inscrite dans l'offre de soins existante et de développer le maillage de l'ensemble des structures médico-sociales relevant de l'addictologie pour assurer une meilleure couverture de proximité. La DT ARS de la Seine-Saint-Denis précise que cette association est un interlocuteur privilégié sur le champ de l'addictologie.

Par ailleurs, le département dispose de 80 places de Lits Halte Soins Santé (LHSS) qui se répartissent en deux structures : LHSS « Les Voisins » qui comporte 40 places gérées par l'Association Habitat et Soins, groupe SOS à Saint-Denis et LHSS Aurore qui dispose de 40 places gérées par l'Association Aurore située à Gagny.

Enfin, le département compte 116 places d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) gérés pour 20 places par l'Association Emmaüs Alternatives, 15 places par l'Association Maavar, 23 places par l'Association Cité Myriam, 28 places par l'Association Habitat et Soins, groupe SOS (+ 8 places accompagnants) et 25 places gérées par l'Association Aurore, sont 5 réservées aux personnes sortant de prison (+ 4 places accompagnants). A noter que dans le cadre de la convention départementale d'objectifs de lutte contre les dépendances en Seine-Saint-Denis, renouvelée en 2010 pour la période 2010-2013, quatre structures participent au dispositif de prise en charge médico-sociale et d'hébergement des personnes dépendantes sous main de justice, sortants de prison : les associations ADHOCT, ARAPEJ, AURORE et FIRST.

2.4.2 Les consultations jeunes consommateurs

Les « Consultations jeunes consommateurs » (CJC) sont destinées aux jeunes de moins de 25 ans qui ressentent une difficulté en lien avec leur consommation de cannabis ou d'autres substances (alcool par exemple). Les jeunes sont accueillis par une équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue, infirmier et/ou éducateur) pour une information, une évaluation et/ou une prise en charge brève et une orientation si nécessaire.

A contrario, un jeune dépendant aux opiacés adressé par un médecin n'a pas vocation à être reçu dans le cadre de ce dispositif mais à être pris en charge par un CSAPA.

Le département dispose actuellement de 6 consultations jeunes consommateurs. Le rapport d'activité de la consultation jeunes consommateurs gérée par le CSAPA Boucebeci de l'Hôpital Avicenne de Bobigny fait état pour l'année 2010 d'une file active de 82 jeunes dont 67 ont été reçus accompagnés d'une personne de leur entourage. Au total, ce sont 350 entretiens individuels et 12 séances de groupe avec les jeunes et leur entourage qui ont eu lieu au sein de cette structure au cours de l'année 2010. Cependant, l'accès aux consultations jeunes consommateurs doit encore être développé. En effet, le problème est de savoir comment faire pour que ces consultations trouvent leur public. ROC ADO, est une étude IPSA (financée par le PRSP) qui a cherché à voir comment les orientations vers les CJC sont faites par les établissements scolaires. La réponse est la suivante : sur 1000 jeunes, une centaine pouvait bénéficier d'une prise en charge. Ils ont donc été orientés vers une consultation et seulement une personne est venue consulter. La difficulté vient du lien entre le terrain et les consultations et aussi de l'implantation géographique des CJC qui présentent un trop faible rendement ⁵³.

A noter que le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 prévoit le renforcement du dispositif des CJC. L'objectif étant d'augmenter (tripler) le nombre de consultations. Le plan « santé des jeunes » du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports a également inscrit le renforcement des CJC dans ses objectifs et a mis en place, en lien avec l'Education Nationale, une campagne expérimentale de repérage de l'usage à risque de cannabis dans les académies d'Ile-de-France⁵⁴.

2.4.3 Les filières territoriales

L'offre médico-sociale et sanitaire est organisée en filières sur le département⁵⁵.

La filière territoriale de Montreuil dispose d'une offre en addictologie peu développée sur le volet hospitalier mais assez étoffée sur le volet médico-social. Il existe un bon maillage de proximité entre les deux CSAPA implantés sur la commune et la médecine de ville (Montreuil, Bagnolet et Rosny-sous-Bois) et le Centre municipal de santé de Bagnolet.

Le CAARUD PROSES dispose d'un local d'accueil situé proche du centre ville de Montreuil. Cet établissement a développé un partenariat avec le CSAPA « La Mosaïque » (deuxième file active du département dans la spécialité « drogues illicites ») et le Centre municipal de Bagnolet (vacations d'hépatologues) depuis plusieurs années.

La ville de Montreuil dispose également d'un nombre important de places d'ACT.

Les CSAPA d'Aubervilliers et de la Courneuve spécialisés « alcool », qui interviennent dans le cadre de la filière territoriale de Bobigny, développent une activité de prévention

⁵³ Dr Philippe BATEL, AP-HP Beaujon, Groupement hospitalier universitaire nord, Commission régionale des addictions d'Ile-de-France, le 03 juillet 2009

⁵⁴ ORS Ile-de-France, Eléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile-de-France en 2009

⁵⁵ Données issues d'une note de l'Inspectrice en charge des personnes à difficultés spécifiques de la DT ARS du 93 concernant l'état des lieux de l'offre de soins et d'accompagnement en addictologie et l'articulation des différents dispositifs sur le département de la Seine-Saint-Denis

importante auprès des jeunes ainsi qu'en milieu professionnel. A noter que ces deux CSAPA ont développé des relations privilégiées avec l'Hôpital Avicenne de Bobigny, lui-même gestionnaire du CSAPA généraliste Boucebci, qui présente la deuxième file active du département. Ce CSAPA développe un projet innovant lié à l'accompagnement des mères avec enfants en lien avec le service pédopsychiatrie de l'hôpital dans le cadre d'une expérimentation financée conjointement par la MILDT et la DGS.

La communauté thérapeutique, gérée par l'Association AURORE, a mis en place un accueil de jour thérapeutique (semaine et week-end) dans l'attente d'ouverture de places d'hébergement. Ce dispositif constitue un maillage important dans l'offre de structures sanitaires et médico-sociales du département.

Pour la filière territoriale de Saint-Denis, les médecins du CSAPA spécialisé « drogues illicites » Le Corbillon, géré par l'hôpital de Saint-Denis et le CSAPA spécialisé « alcool » de Saint-Denis participent à la liaison hospitalière, ce qui permet un partenariat important avec l'activité d'addictologie de l'Hôpital Casanova et l'Hôpital Delafontaine (équipe de liaison, sevrage...). A noter que l'avenir des équipes de liaison (ELSA) passe par une meilleure articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et la nécessité pour les patients de passer d'un secteur à l'autre dans un parcours de soins cohérent et coordonné. Pour atteindre cet objectif, les équipes de liaison doivent faire de la liaison, c'est-à-dire être présentes dans les établissements et les services pour former les professionnels. Le CSAPA Le Corbillon gère également une consultation jeunes consommateurs qui a ouvert une consultation hebdomadaire à la maison des adolescents de Saint-Denis. A noter que le CSAPA Le Corbillon recense la file active la plus importante du département et que celle-ci est en augmentation constante. Le CSAPA spécialité « alcool » géré par la commune de Saint-Denis dispose d'une antenne à Stains. Les deux structures sont situées au sein des Centres municipaux de santé des deux communes, ce qui facilite l'accès à un plateau technique important. Par ailleurs, les CSAPA de Saint-Ouen et de Saint-Denis ont une activité de prévention importante auprès des jeunes par, notamment, la mise en place d'une pièce de théâtre « Leurre de vérité » créée par le CSAPA de Saint-Denis, la formation de jeunes relais et interventions auprès des publics précaires par le CSAPA de Saint-Ouen. S'agissant de la réduction des risques, la ville de Saint-Denis est particulièrement concernée par le crack, malgré la disparition de la scène ouverte. Un important travail est mené par l'Association AIDES relayée par l'Association PROSES en direction de ce public.

Concernant la filière d'Aulnay-sous-Bois, un partenariat existe entre l'Hôpital Robert Ballanger et l'Association FIRST gestionnaire d'un CAARUD qui dispose d'un lieu d'accueil et d'un distribo à l'entrée de l'Hôpital (consultations jeunes consommateurs, modalités d'orientation, dépistages...). Le CAARUD entretient par ailleurs un partenariat ancien avec le service d'hospitalisation de psychiatrie et le service de gastro-entérologie

de l'Hôpital Robert Ballanger (initiation des traitements de l'hépatite C à l'hôpital puis hébergement avec l'Association FIRST). Les CSAPA municipaux sont tous impliqués sur leur commune dans des actions de prévention à destination des jeunes et des adultes. Le CSAPA d'Aulnay-sous-Bois est impliqué dans l'action du CLICA, association menant des actions de conduites à risques notamment chez les jeunes.

La filière territoriale de Montfermeil est animée par notamment le CSAPA « généraliste » du GHI le Raincy-Montfermeil. Ce CSAPA installé dans l'enceinte de l'Hôpital est partie prenante de l'unité d'addictologie qui comprend également l'équipe de liaison. Il intègre sous forme de vacations plusieurs médecins généralistes. L'addictologie hospitalière est renouvelée sur cette partie du territoire par l'ouverture de lits de sevrage et de consultations d'addictologie au sein de l'Hôpital René Muret à Sevran ouverts en 2010. Des partenariats devront être construits et formalisés avec le secteur médico-social.

Par ailleurs, le CSAPA Clémenceau à Gagny a fortement développé son activité en 2009 et 2010 avec la création d'une unité réservée aux personnes sortant de prisons et l'ouverture en cours d'appartements thérapeutiques dédiés à l'accueil de femmes avec enfants. Il s'agit de l'unique CSAPA avec hébergement de la Seine-Saint-Denis : les sollicitations émanent donc de l'ensemble du département et au-delà.

2.4.4 L'organisation hospitalière en addictologie

L'offre sanitaire hospitalière en Seine-Saint-Denis est composée de 8 structures sanitaires publiques : les centres hospitaliers situés à Saint-Denis, Aulnay-sous-Bois, Le Raincy-Montfermeil, Montreuil, le Centre hospitalier spécialisé de Ville-Evrard, l'Hôpital Avicenne à Bobigny (APHP), l'Hôpital Jean-Verdier à Bondy (APHP), l'Hôpital René Muret à Sevran (APHP). Selon la circulaire du 16 mai 2007 et le Plan de prise en charge et de prévention des addictions, l'organisation repose sur trois niveaux d'intervention : le niveau I (recours de proximité) propose des consultations en addictologie, des interventions dans le cadre des équipes de liaison (ELSA) et des hospitalisations pour sevrages simples. Tous les établissements de santé dotés d'une structure d'urgence devraient disposer d'intervention de niveau I. Ces consultations existent dans le département dans les centres hospitaliers Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, André Grégoire à Montreuil, de Saint-Denis, Le Raincy-Montfermeil, Jean Verdier à Bondy et Avicenne à Bobigny. Les équipes de liaison exercent dans les centres hospitaliers Robert Ballanger à Aulnay-Sous-Bois, de Saint-Denis, Le Raincy-Montfermeil, Jean Verdier à Bondy et Avicenne à Bobigny.

Le niveau II (recours de territoire) propose en plus des prestations de niveau I des hospitalisations pour sevrages complexes (en cas de poly-addictions, de comorbidités somatiques, etc...) A cet effet, des lits dédiés d'hospitalisation existent au sein des hôpitaux Robert Ballanger à Aulnay-Sous-Bois et René Muret à Sevran. Le niveau III (recours régional), implanté dans un CHU, est impliqué de surcroît dans des activités de

formation et de recherche. A ce jour, ce niveau-là n'est pas formalisé dans le 93 en ce qui concerne les addictions. Par ailleurs, un centre de soins de suite en hospitalisation complète dédié aux personnes alcoolo-dépendantes a ouvert en 2010 à Epinay-sur-Seine. Sa capacité d'accueil est de 80 lits d'hospitalisation complète et de 10 places d'hospitalisation de jour.

2.4.5 La place de la médecine libérale dans la prise en charge des addictions

La densité des omnipraticiens est plus faible que les moyennes départementales, régionales et nationales dans la plupart des communes de la Seine-Saint-Denis et en particulier pour l'ouest et le nord de ce département. Le contexte économique dégradé de ce territoire et la forte précarité de ses habitants sont des facteurs qui ne sont pas attractifs pour les professionnels de médecine libérale. Par ailleurs, un nombre important de patients en situation de pauvreté et d'exclusion, qui connaissent des difficultés d'accès à la prévention et aux soins, se tourne plus volontiers vers des soins de premier recours dispensés par l'hôpital (exemple : la PASS de Saint-Denis qui a pris en charge en 2009 679 patients et délivré plus de 4000 bons PASS) ou des centres municipaux de santé.

2.4.6 La prévention et la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire

Il apparaît important de rappeler la forte prévalence des addictions dans la population carcérale et de souligner qu'elle est en constante augmentation. Ainsi, presque les deux tiers des arrivants présentent une addiction à un ou plusieurs produits illicite ou licite. Ce constat reste quasiment identique si on exclut le tabac comme premier produit isolé.

A cela, s'ajoute une complexité accrue des situations des personnes liées aux comorbidités imbriquées psychiatriques et somatiques mais aussi à la détresse sociale de ces populations souvent en situation d'exclusion et de grande précarité. Dans ce contexte, la prison, le temps de l'incarcération peut être le temps de la première prise en charge et le temps d'une mise en lien avec les secteurs sanitaires et médico-sociaux⁵⁶.

Par ailleurs, le problème de l'alcool est très important en prison. Cela fait peu de temps que le milieu pénitentiaire s'occupe de l'alcoolisme. A noter aussi que la population est très jeune (35 % ont moins de 25 ans). D'autre part, la préparation à la sortie doit intervenir le plus précocement possible. Il est donc important d'instaurer un « dialogue » avec le détenu dès son entrée⁵⁷. Le CAARUD First intervient dans ce cadre à la maison d'arrêt pour mineurs de Villepinte. Par ailleurs, la Délégation territoriale de la PJJ du 93 précise lors de notre entretien que depuis le 1^{er} janvier 2005, leurs services sont chargés de suivre les peines restrictives ou privatives de liberté pour les mineurs condamnés avec la présence d'éducateurs dans les établissements pénitentiaires pour mineurs.

⁵⁶ Dr Katia ILLEL, SPMP, Maison d'Arrêt de la Santé, Commission régionale des addictions d'Ile-de-France, le 03 juillet 2009

⁵⁷ Mme Isabelle BIANQUIS, SPIP, Commission Régionale des Addictions d'Ile-de-France, 03 juillet 2009

3 ACTIONS A DEVELOPPER POUR AMELIORER LA PREVENTION DES ADDICTIONS AUPRES DES JEUNES

3.1 Le projet transversal « addictions » du Projet Régional de Santé

3.1.1 Un volet transversal pour améliorer la coordination des dispositifs de prévention et de prise en charge des addictions.

Le volet « Personnes en Difficultés Spécifiques » (PDS) du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), qui comporte une déclinaison territoriale, est actuellement soumis à la concertation en conférence de territoire (janvier 2012) et sera expérimenté en cours d'année avant sa validation par l'ARS fin 2012. Le volet PDS organise le dispositif francilien de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie, basé sur le principe d'une articulation forte entre les différents secteurs (prévention, éducation à la santé, intervention précoce, réduction des risques, médecine de ville, médico-social, sanitaire), en vue d'assurer aux personnes confrontées aux addictions une prise en charge adaptée, globale et continue. L'élaboration du volet PDS du SROMS nécessite d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins de la population en tenant compte de l'évolution des consommations. Il s'agit également de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre médico-sociale, l'offre du secteur hospitalier et de la médecine de ville. Le volet PDS du SROMS est destiné à déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre, indique leurs déclinaisons en actions, et précise le cadre de la coopération et de la coordination entre les différents dispositifs de prévention (en lien avec le Schéma régional de prévention), de prise en charge et de soins (en lien avec le Schéma de l'organisation sanitaire). Enfin, celui-ci précise les modalités d'accompagnement, de suivi et d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des orientations du Plan stratégique régional de santé (PSRS) qui décline les objectifs prioritaires du Projet régional de santé (PRS). Par ailleurs, le Schéma régional de prévention (SRP), actuellement en cours de rédaction par l'ARS, prévoit des mesures de prévention des addictions et des conduites à risques sur des thèmes spécifiques et adaptés aux publics concernés (jeunes, femmes enceintes et/ou avec enfants, personnes en situation de précarité, détenus...). La prévention des addictions occupe donc une place importante dans le guide du promoteur 2012, actuellement en cours d'élaboration, qui a pour objectif de développer les actions de prévention et de promotion de la santé au regard des orientations définies par le SRP.

A noter que le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) prévoit également plusieurs volets dédiés à la prise en charge des personnes confrontées aux addictions dont les volets établissements de santé, soins aux détenus ou encore en direction de certaines populations comme les migrants.

3.1.2 Développer et structurer une prévention de proximité auprès des jeunes

Selon la Mission intercommunale réunie pour l'emploi (MIRE) de Bobigny, le partenariat avec les associations et/ou les structures spécialisées dans le domaine de l'addictologie est à privilégier ainsi que des actions à mener conjointement avec l'Education Nationale ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Dans le milieu scolaire, les infirmières jouent les rôles des Consultations jeunes consommateurs car les jeunes reviennent facilement les voir pour parler de leur consultation⁵⁸. Les éducateurs de la PJJ du 93 interviennent régulièrement sur le thème des addictions au sein de la maison des adolescents et exerce un partenariat avec plusieurs CSAPA du département dans le cadre des consultations jeunes consommateurs. Par ailleurs, les CJC présentent une trop faible fréquentation et doivent être développées avec une expérimentation vers l'extérieur, dans des lieux de proximité (établissements scolaires, PAEJ, Maisons des adolescents...). Il est nécessaire de créer des structures centrées sur les produits et les personnes et non sur les comportements. La demande des jeunes consommateurs (soins, évaluation, prévention ou encadrement de leur entourage) devrait être étendue sur un champ plus émergent qui est celui de la consommation massive de psychostimulants. C'est un enjeu à saisir car « il est inacceptable de dépenser de l'argent public pour ne voir qu'une vingtaine de patients »⁵⁹ au sein des CJC. Pour ce faire, la consultation doit être visible et connue. Si on repère des jeunes, il faut les adresser dans des lieux personnalisés. Plusieurs actions peuvent contribuer à prévenir et lutter contre la consommation d'alcool et de produits psychoactifs chez les jeunes. En premier lieu, l'information des professionnels sur la vente et la distribution d'alcool et la réglementation s'y rapportant en intervenant auprès des commerçants, organisateurs d'évènements. Faire circuler l'information auprès des professionnels de proximité (formation des moniteurs des auto-écoles, des enseignants au sein des établissements scolaires, les missions locales, les maisons des adolescents, les points accueil écoute jeunes, les associations sportives, les familles...). Affichage dans l'enceinte des établissements scolaires des indicateurs de suivi des conséquences liées à l'abus de substances addictives (contrôles routiers d'alcoolémie, des ivresses publiques, des comas éthyliques ou overdoses, incidents liés à la consommation de produits psychoactifs, le nombre d'infractions relevées pour la vente illégale d'alcool à mineurs, etc...) sachant que ces données pourraient faire l'objet d'un suivi trimestriel par le CRIPS Ile-de-France. Le volet PDS du SROMS prévoit des actions en milieu professionnel afin de réduire les accidents sur les lieux de travail, l'absentéisme et le risque lié à l'alcool, à la consommation de psychotropes ou de stupéfiants⁶⁰.

⁵⁸ Dr Albert HERSZKOWICZ, DRASS Ile-de-France

⁵⁹ Dr Philippe BATEL, AP-HP Beaujon, Groupement hospitalier universitaire nord, Commission régionale des addictions d'Ile-de-France, le 03 juillet 2009

⁶⁰ Assises nationales organisées en 2010 sur le thème « drogues illicites et risques professionnels »

3.1.3 Améliorer la qualité de l'accompagnement social pour renforcer la prévention des conduites à risques

L'accompagnement et la prise en charge des jeunes doit être organisée de façon globale en prenant en compte l'ensemble des déterminants de vie et de santé.

Le logement est certainement le premier facteur de socialisation et d'insertion dans la société pour les jeunes les plus marginalisés. Un accueil spécifique et des réponses adaptées doivent être mises en place pour les jeunes confrontés aux addictions. Il est en effet aujourd'hui nécessaire de développer des hébergements spécifiques pour adolescents et jeunes adultes, de proposer des établissements non mixtes pour les femmes, avec ou sans enfants, de développer des dispositifs d'hébergement et d'orientation pour les personnes sortant de prison. Les moyens et les dispositifs existants doivent être renforcés afin de mieux prendre en charge les personnes souffrant de comorbidités psychiatriques. Les professionnels rencontrés constatent un engorgement à la sortie des LHSS en raison de l'absence ou de l'insuffisance de solutions d'aval toutes structures confondues. A ce jour, les places d'accueil en Appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont insuffisantes et ne permettent pas, dans la majorité des situations, l'accueil des personnes accompagnées d'animaux domestiques. Ce type d'hébergement est à envisager car les professionnels (éducateurs de rue) constatent une recrudescence de jeunes à la rue accompagnés d'animaux. Ce public n'est pas en capacité d'accéder aux soins ou à un hébergement même provisoire. Pour atteindre ces objectifs, l'ARS doit mettre en œuvre des modalités de coopération entre les acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires (groupes de travail dans le cadre de l'élaboration du Projet régional de santé, des schémas et programmes qui en découlent, travail en réseau entre les différents professionnels des établissements d'accueil et de soins (CAARUD, CSAPA), les acteurs du champ social lié à l'hébergement, l'accueil de jour, les CHR, les acteurs de la veille sociale (115, SIAO), les acteurs institutionnels (DRIHL, DRJSCS, collectivités territoriales) et les associations gestionnaires de structures d'accompagnement des personnes précaires). Par ailleurs, l'Association AURORE située à Aubervilliers constate aujourd'hui une forte proportion de jeunes déscolarisés et désœuvrés qui n'ont aucun projet. Il s'agit pour cette association de travailler à l'insertion de cette population des 16-25 ans. Ce sont ces jeunes qui passent d'une consommation festive aux addictions telles que l'alcool ou le cannabis souvent liées au sentiment de solitude, de découragement sans perspective d'avenir social ou professionnel. L'association AURORE organise des actions de réduction des risques liés à l'alcool essentiellement en milieu festif et scolaire. Des dispositifs incluant l'hébergement et la mise en place d'un projet d'insertion professionnelle sous gestion des CAARUD et des CSAPA pourraient être proposés aux jeunes qui sont dans l'incapacité d'arrêter leur consommation (alcool, drogues...).

3.1.4 Proposer une prise en charge décloisonnée et accessible à tous pour lutter contre les inégalités territoriales

Le département de la Seine-Saint-Denis n'est pas totalement couvert par l'activité des CAARUD (seules 40 % des communes font l'objet d'interventions), acteurs essentiels dans la réduction des risques. La DT ARS de la Seine-Saint-Denis préconise de renforcer les effectifs (travailleurs sociaux, psychologues, infirmiers) des 3 CAARUD en exercice actuellement dans le département afin de pouvoir répondre aux besoins des usagers sur l'ensemble du territoire. La DT ARS recommande également un renforcement des interventions (maraudes régulières). Ce renfort serait particulièrement nécessaire dans la zone Nord-Ouest du département qui présente un important trafic et une consommation de crack notamment chez les jeunes. L'objectif pour atteindre un maillage efficace du territoire serait de permettre aux CAARUD d'étendre leur activité (consultations avancées) sur les 30 communes bénéficiaires actuellement des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS).

Actuellement, la DT ARS de la Seine-Saint-Denis constate que la dotation globale de financement des CSAPA spécialisés « alcool » ne permet pas de financer une équipe pluridisciplinaire qui permette aux CSAPA d'accomplir l'ensemble des missions prévues par la réglementation en vigueur. A noter que les CSAPA du département sont très actifs en matière de prévention primaire (auprès des jeunes, en milieu professionnel...). Hors, aujourd'hui ce sont les communes du département qui cofinancent une grande partie des dépenses de fonctionnement de ces structures. Il s'agit par conséquent, selon la DT ARS, d'anticiper les difficultés qui pourraient mettre en difficulté les CSAPA spécialisés « alcool » dans l'éventualité où les communes ne seraient plus en capacité d'assurer ces financements. Par ailleurs, précise toujours la DT ARS, des difficultés sont prévisibles à très court terme pour les CSAPA à gestion hospitalière en raison du décalage entre le taux d'évolution de l'ONDAM médico-social et l'évolution des coûts hospitaliers (notamment les règles applicables à la fonction publique hospitalière). Il serait également nécessaire de renforcer l'effectif des CSAPA (travailleurs sociaux et psychologues) pour assurer une meilleure prise en charge et développer des actions de prévention. A noter que dans le contexte de rigueur budgétaire actuel, les dotations globales de financement attribuées à ces établissements ne le permettent pas. D'une façon générale, les établissements spécialisés (ACT, LHSS, CAARUD, CSAPA) constatent une dégradation de l'état de santé mentale ou psychiatrique des usagers. Il serait donc nécessaire d'organiser une coopération avec les secteurs de la psychiatrie. Des partenariats devront être construits et formalisés avec le secteur médico-social. Les consultations hospitalières de proximité sont à développer notamment en accueil de jour sur l'ensemble du département. Il est important de mettre en œuvre la contractualisation des réseaux de prise en charge et de les étendre sur les communes les plus déficitaires.

Il s'agit également de poursuivre la création d'équipes de liaison au sein des hôpitaux. Selon la DT ARS du 93, les partenariats (décloisonnement) entre les secteurs médico-social et sanitaire, notamment avec la psychiatrie et la médecine de ville, doivent être renforcés par la création de filières de soins en addictologie. Les personnels doivent être mieux formés à la problématique des addictions (l'accueil du public, le service des urgences...) concernant le parcours et la graduation des soins.

3.2 Le réseau partenarial d'intervention

3.2.1 Les orientations prioritaires et perspectives de la MILDT

Dans le cadre de son action départementale en Seine-Saint-Denis, la MILDT a financé et mis en place en 2011 un programme de prévention en addictologie à destination des collégiens via l'expérimentation de l'outil « Prévaddict » dans cinq établissements sélectionnés par l'Inspection académique. Ce programme de prévention est conduit sur une cohorte d'élèves durant quatre années (de la 6^{ème} à la 3^{ème}) dans ces cinq collèges du département. Les professionnels volontaires des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et l'Association AURORE à Aubervilliers collaborent aux séances de prévention auprès des élèves en accompagnant les professionnels de l'éducation nationale dans la mise en œuvre du programme « Prévaddict ». Le CRIPS-IDF est mandaté pour former les intervenants et pour évaluer l'action. Une convention CRIPS, Education nationale, ARS et Préfecture formalise ce partenariat. A noter que « Prévaddict » s'inscrit dans la continuité du programme expérimental « Capri » de prévention des addictions dans les collèges (jeunes de 12 à 16 ans) mis en place par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAMIF) en partenariat avec les trois académies de Créteil, Paris et Versailles. Ce programme novateur a permis de consolider un partenariat durable entre la CRAMIF et l'Education Nationale mais également d'instaurer une culture de l'évaluation des dispositifs de prévention.

Il s'agit aujourd'hui en effet de réfléchir avec l'éducation nationale sur la création d'un outil partagé pour le recensement des différentes interventions en milieu scolaire (hors appels à projets, MILDT, PRSP et PRS) pour une meilleure visibilité en termes de couverture du département.

La MILDT prévoit également de développer la prévention des consommations de drogues durant l'apprentissage à la conduite. Publics cibles : les moniteurs de code et de conduite, les collégiens passant les épreuves de l'attestation secondaire de sécurité routière, les conducteurs participant aux stages de récupération de points.

Enfin, il s'agit également d'étendre l'action menée par l'association Vie Libre auprès d'autres catégories de salariés de l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle (l'action est actuellement menée auprès des personnels fréquentant la cantine de l'aéroport le midi) et auprès des salariés employés sur le site d'Orly.

3.2.2 Promouvoir la coopération entre partenaires institutionnels

Les dispositifs de prévention mis en place en Seine-Saint-Denis, dans le cadre notamment du Plan départemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies et de prévention des dépendances 2005-2008 reconduit pour 2009-2011, ont permis de mettre en place un important maillage d'opérateurs tels que les associations, les communes, la DDASS, les établissements médico-sociaux en addictologie, l'Assurance maladie, le Conseil Général, l'Education Nationale, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, la police et la gendarmerie. Cependant, il est nécessaire aujourd'hui de mettre en place une stratégie de promotion et de prévention de la santé, de développer des modes d'accompagnement et de prises en charge dans un parcours de soins coordonné et cohérent en lien notamment avec l'Assurance maladie. Les enjeux pour les pouvoirs publics sont multiples tant en termes de protection de la santé publique que pour une meilleure maîtrise des coûts liés à la prise en charge et aux soins des pathologies générées par les addictions. Par ailleurs, les opérateurs portant des projets liés à la prévention en direction des publics précaires sont peu nombreux en Seine-Saint-Denis. Le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), actuellement en cours d'élaboration par l'ARS, comportera un volet dédié aux personnes confrontées aux addictions. Ainsi, l'ARS devra mobiliser les acteurs de terrain (CSAPA, CAARUD, associations...) afin de faire émerger des dispositifs spécifiques en direction des jeunes en situation de grande précarité.

Les acteurs locaux du département doivent identifier les territoires prioritaires afin de travailler à réduire les inégalités territoriales de santé, développer le travail en partenariat et coordonner les actions qui devront s'inscrire dans un cadre plus contractuel par notamment la signature des Contrats locaux de santé dans le cadre du Projet Régional de Santé et de la loi HPST de juillet 2009.

D'une façon générale, l'ensemble des professionnels rencontrés dans le cadre de la recherche d'informations destinées à l'élaboration de ce mémoire sont unanimes sur le fait qu'il est nécessaire de développer des actions d'écoute, d'accueil et d'accompagnement pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Il est indispensable pour améliorer le parcours de santé des jeunes d'inciter et de soutenir le travail en réseau entre professionnels du secteur social et de la santé ainsi que de l'éducation nationale. Il apparaît prioritaire de cibler des actions qui ont pour objectif un travail partenarial avec les acteurs de la veille sanitaire souvent impliqués dans l'accompagnement des personnes confrontés aux addictions. La prise en compte des problématiques de logement et d'hébergement est également essentielle. Il est important d'imaginer un dispositif qui permettrait le suivi des personnes et notamment pour les jeunes en errance quel que soit leur lieu de vie, peut-être en lien avec les services de la Préfecture.

3.2.3 L'implication et l'avis des partenaires associatifs

Il existe un nombre important d'associations en Seine-Saint-Denis qui exercent des missions en direction des jeunes et plus particulièrement sur la prévention des addictions. Selon le Directeur du Pôle développement social et prévention de l'Association départementale de Sauvegarde, de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte à La Courneuve, « il existe de très nombreux dispositifs au sein du département qui ne sont peut-être pas suffisamment coordonnés et articulés notamment par les acteurs institutionnels ». En effet, « chaque institution met en œuvre une politique spécifique avec des objectifs précis et particuliers propres à son domaine d'intervention ». « Il serait nécessaire de sortir de cette logique institutionnelle pour une approche plus globale et transversale en privilégiant les intérêts et les besoins des usagers. Cela pourrait se traduire sur le terrain par la mise en place d'actions concrètes auprès des jeunes sans pour autant engager des moyens financiers beaucoup plus importants ou supplémentaires ». En effet, l'ensemble des interlocuteurs associatifs soulignent le nombre important de réunions de concertation organisées par les acteurs institutionnels sans que celles-ci aboutissent à la mise en place d'actions significatives sur le terrain. Des informations souvent incomplètes, contradictoires avec des délais d'instruction des dossiers (appels à projets par exemple) souvent très importants et qui peuvent mettre en difficultés financières les associations les plus modestes. L'association précise par ailleurs que « la première prévention de la délinquance et des addictions est de lutter contre le décrochage scolaire et la déscolarisation. Ce sont en effet, les jeunes sans projets scolaires ou professionnels qui sont les plus vulnérables, souvent dans la rue et cela de plus en plus jeune avec un état de santé très dégradé constaté depuis ces cinq dernières années ». Enfin, l'association Sauvegarde propose de développer les séjours thérapeutiques encadrés par des animateurs pour les jeunes les plus en difficultés. L'expérience démontre en effet que ces séjours permettent aux jeunes de reprendre espoir, de retrouver des repères et d'amorcer une réinsertion familiale et professionnelle. Enfin, l'association APCIS située à Stains indique « qu'il est nécessaire aujourd'hui d'agir sur les déterminants de la santé et que pour limiter les risques liés aux addictions, il est nécessaire de développer la mixité sociale et culturelle sur le territoire. Il s'agit également de lutter contre le phénomène de ghettos très prégnant sur la commune de Stains et d'une façon générale dans le département de la Seine-Saint-Denis ».

Enfin, selon le psychologue clinicien, Richard Durastante, un « dispositif de tuilage qui consiste à la mise en place d'un réseau pluridisciplinaire qui établit un maillage protecteur autour de l'adolescent en souffrance et sa famille serait susceptible de mettre fin à terme au symptôme des addictions dans un processus de reconstruction personnelle ».⁶¹

⁶¹ Durastante R. « Adolescence et addictions », 2011, p.265.

3.3 Le rôle de l'ARS dans la stratégie territoriale de lutte contre les addictions

3.3.1 Le positionnement de l'IASS dans l'animation territoriale au sein de l'ARS

La création des Agences régionales de santé est récente et il est nécessaire aujourd'hui pour les Délégations territoriales, premières instances de proximité de l'ARS dans le département, de clarifier les modes d'intervention, de négociation et de financement nécessaires pour la mise en œuvre des dispositifs de prévention et de prise en charge sur le territoire. J'ai constaté que le choix des territoires prioritaires, notamment ceux concernant la Seine-Saint-Denis, déterminés selon l'indicateur IDH2⁶² et la présence de ZUS⁶³, doit s'inscrire dans une logique de priorisation régionale destinée à réduire les inégalités territoriales en Ile-de-France. Cependant, au regard des contraintes financières, reste à déterminer quelle sera la politique régionale de l'ARS concernant le financement des appels à projets sur les zones prioritaires des départements. L'IASS aura-t-il une visibilité sur le montant des subventions disponibles pour la région et le département avant de pouvoir engager les négociations (coût et volume de projets à déposer par les promoteurs à la DT) avec les collectivités territoriales ou les associations dans le cadre des appels à projets ou des dialogues de gestion ? Par ailleurs, l'IASS affecté au sein du Service Personnes en difficultés spécifiques travaille en liens étroits avec l'ensemble des secteurs de la DT et de l'agence susceptibles d'intervenir dans le champ des addictions (Secteur médico-social ou sanitaire, Service Prévention promotion de la santé....). En effet, la création de l'ARS, le personnel qui la compose issu d'horizons professionnels très différents, favorise aujourd'hui le décloisonnement des services et des agents afin de tendre vers une culture professionnelle qui soit plus orientée vers la pluridisciplinarité et la complémentarité des connaissances et des compétences. Cette nouvelle vision du travail partenarial permettra à terme d'atteindre un des objectifs de l'ARS qui consiste à mieux organiser et coordonner le parcours de santé de la population.

3.3.2 L'IASS et l'animation territoriale avec les partenaires institutionnels et les professionnels de santé

Après avoir appréhendé le diagnostic territorial des besoins des personnes en difficultés spécifiques et l'état des lieux de l'offre de prévention, d'accompagnement et de soins disponible dans le domaine des addictions, le rôle de l'IASS consiste à piloter et animer l'action territoriale en partenariat avec l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs.

⁶² Indice de Développement Humain 2 : Indicateur international agrégé mis au point par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) qui repose sur trois éléments : l'espérance de vie moyenne des hommes et des femmes à la naissance, le pourcentage de la population de plus de 15 ans diplômée, le revenu disponible médian des ménages par unité de consommation exprimé en Euros sur un territoire déterminé.

⁶³ Zone Urbaine Sensible

L'IASS doit se positionner en qualité de chef de projet afin d'initier une dynamique de travail, d'échanges avec les partenaires (organisation et animation de réunions, contractualisation et conventionnements entre les services de l'Etat et les collectivités territoriales). L'IASS doit travailler en partenariat avec les différentes institutions afin de mieux appréhender les enjeux et les objectifs des politiques publiques mises en œuvre sur le territoire. L'IASS doit en effet inscrire son activité au sein de l'ARS en articulation et en cohérence avec l'ensemble des politiques publiques conduites par les administrations de l'Etat et des Collectivités territoriales. Dans ce cadre, l'IASS organise ou participe à des réunions de concertation, collabore à des groupes de travail sur les orientations stratégiques à conduire dans le département. L'IASS doit avoir une vision globale des actions de prévention et de soins des addictions conduites par l'ensemble des partenaires institutionnels ou associatifs afin de mieux évaluer la pertinence et l'efficacité des dispositifs sur le territoire. Il s'agit également pour l'IASS, de repérer les zones déficitaires, les thèmes ou les publics prioritaires.

L'IASS conduit et organise au quotidien l'animation territoriale en lien étroit avec les associations gestionnaires et les établissements de santé afin de toujours mieux répondre aux besoins des usagers. Il s'agit aujourd'hui d'améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge dans un contexte budgétaire et financier contraint. L'IASS doit donc promouvoir et encourager la culture de la performance auprès des établissements. Cet objectif implique de connaître l'organisation et le fonctionnement des établissements afin de comprendre les logiques de travail mais également les contraintes et les freins éventuels à l'exercice de leur activité. L'IASS dispose d'outils pour mieux appréhender les besoins ou les difficultés des établissements (documents comptables et budgétaires, visites de conformité ou inspections, réunions de concertation dans le cadre d'appels à projets ou dialogues de gestion...).

Par ailleurs, la coopération entre les établissements et les services de santé peut être initiée par l'IASS en accompagnant la création de Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ou encore par la signature de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui peuvent permettre aux établissements de mutualiser des moyens humains ou matériels ou encore de développer des activités complémentaires et transversales (formation de personnels, consultations avancées ou équipes mobiles notamment aux domiciles pour le suivi des usagers).

L'objectif poursuivi par l'IASS étant d'initier une meilleure organisation de l'offre de prévention et de soins sur le territoire et de simplifier les procédures administratives dans un souci d'efficacité du service public. Pour exercer ses missions et atteindre ses objectifs, l'IASS dispose d'un appui organisationnel, juridique et budgétaire de la part de l'Agence Régionale de Santé.

3.4 Les leviers d'actions pour l'ARS

3.4.1 La planification et la programmation des projets de prévention, d'accueil et de prise en charge en établissements

a) *Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)*

Aujourd'hui, le département de la Seine-Saint-Denis n'est pas totalement couvert par les interventions des CSAPA et des CAARUD en matière notamment de prévention, d'intervention précoce et de réduction des risques. Il est nécessaire de renforcer les effectifs des structures et les interventions des équipes mobiles dans les lieux les plus exposés à la problématique des addictions ou les plus dépourvus du département. La prise en charge et le suivi des personnes confrontées aux addictions doivent pouvoir être étendues aux domiciles des familles pour favoriser le dialogue parents/jeunes (thérapie familiale). La problématique actuelle concernant le manque de places d'hébergement et de logement (aspect essentiel pour permettre une prise en charge globale et satisfaisante des usagers et notamment des jeunes les plus vulnérables) nécessite la création ou l'extension de places de structures comme les CSAPA et CJC, les CAARUD, les ACT, les LHSS ou les LAM en Seine-Saint-Denis. Le PRIAC, outil stratégique de programmation et de planification pour l'IASS, permet de mieux identifier et de planifier sur plusieurs années au niveau régional les besoins du département en matière d'équipement. Le PRIAC, est un outil essentiel pour l'IASS, car en lui permettant de faire remonter les besoins d'équipement du département à la région, ce programme lui permet de contribuer à réduire les inégalités territoriales entre les différents départements de l'Île-de-France en adaptant l'offre de services et de soins aux évolutions sociaux-démographiques spécifiques à chaque territoire.

b) *Les appels à projets et dialogues de gestion*

L'appel à projet départemental MILDT 2010 a prévu un axe « prévention des addictions en direction des jeunes ». Cet axe a connu un important succès auprès des promoteurs : 26 dossiers ont été déposés (sur 39 projets déposés au total) et 19 d'entre eux ont été retenus pour un financement global de 130 839 €. Le thème « santé des jeunes a représenté en 2011 plus de 20 % des actions portées par les collectivités territoriales (soit 293 835 € financé par l'ARS), contre 2 % pour la thématique « addictions ». Il serait nécessaire aujourd'hui de financer des actions de prévention portées par les CSAPA. A noter qu'il s'agit d'une demande très forte de la part de ces structures auprès de la DT ARS de la Seine-Saint-Denis. L'appel à projet est un outil pertinent pour permettre la mise en place d'actions de formations spécifiques des professionnels intervenant auprès des jeunes.

Pour les professionnels de la veille sociale par exemple, la DT ARS du 93 préconise de former les écoutants du 115 pour mieux identifier les problèmes de santé, formation également destinée à une meilleure connaissance des structures d'accueil et de soins en mettant à leur disposition des fiches concernant les caractéristiques des structures d'accueil et de soins. Le recrutement de professionnels de santé (médecins, infirmiers) au sein des équipes de maraudes du 115 afin de mieux évaluer les situations sanitaires et faciliter l'orientation vers les structures appropriées (LHSS, CSAPA, CAARUD). En parallèle, doit être facilitée la participation des acteurs du soin à la commission d'insertion du SIAO (commission partenariale d'orientation – CPO) et au groupe de concertation technique de l'urgence (CTU) notamment par le biais de conventions partenariales. Il s'agit donc de former les intervenants du champ social (CHRS, hébergement d'urgence...) aux problématiques spécifiques des jeunes ayant des conduites addictives. Il est en effet nécessaire de sensibiliser et informer les professionnels du champ social, de permettre le repérage et l'orientation des jeunes par ces mêmes professionnels vers des structures de prises en charge spécialisées, de développer des stratégies d'actions spécifiques sur les lieux d'hébergement (horaires adaptés, casiers individuels...)

c) La contractualisation et le conventionnement

Les Contrats locaux de santé ont été institués par la loi HPST du 21 juillet 2009. L'agence Régionale de Santé de l'Île de France a prévu la signature de 80 contrats pour l'Île de France avant la fin de l'année 2012 (date de validation du PRS) dont 17 contrats pour le département de la Seine-Saint-Denis. Ces contrats permettent en premier lieu d'établir un diagnostic territorial, de déterminer les besoins de la population, de faire un état des lieux de l'offre de soins et des actions de prévention du territoire et enfin d'identifier quels sont les départements et les communes prioritaires (sur la base de l'indice IDH2) dans les actions de santé publique à mettre en œuvre par les pouvoirs publics. Il s'agit conformément aux objectifs du Projet régional de santé, de lutter contre les inégalités territoriales de santé, d'améliorer la qualité de la prise en charge et des soins et de diminuer les dépenses de santé par la recherche d'une plus grande efficacité dans l'organisation des soins. Les Contrats locaux de santé permettent de « mettre à plat » l'ensemble des dispositifs et des financements alloués par les différents partenaires et d'obtenir ainsi une meilleure lisibilité sur le territoire. Cette lisibilité permettant de mieux appréhender les priorités, les actions efficaces qui sont à reconduire ou au contraire à ne plus financer faute d'insuffisance de résultats ou d'évaluation qui permette de les mesurer. Une réflexion est menée actuellement par l'ARS pour améliorer les processus et les modalités de contractualisation, calendrier, procédures d'instruction des appels à projet ou dialogues de gestion.

Par ailleurs, pour permettre de fixer les objectifs, les orientations prioritaires et les actions à conduire, les partenaires institutionnels ou associatifs ont la possibilité de signer des conventions de partenariat qui précisent les engagements réciproques dans la mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé. Dans ce cadre, l'ARS a signé en juillet 2011 une convention avec l'Education Nationale pour la mise en place de mesures de prévention auprès des jeunes dans l'enceinte des établissements scolaires. Il est en effet indispensable que les professionnels du secteur de la santé ou du social puisse intervenir notamment dans les collèges pour d'une part former les enseignants à la problématique des addictions mais intervenir également auprès des jeunes dans le cadre d'actions de sensibilisation aux risques liés à la consommation de substances licites ou illicites telle que l'alcool ou le cannabis. Par ailleurs, il est difficile d'associer la pratique d'activités sportives avec la consommation de substances psychoactives. La DRJSCS étant compétente dans le champ de la jeunesse et des sports, il serait souhaitable que cette administration puisse conclure une convention avec l'ARS pour mener une réflexion, organiser et financer des actions conjointes dans le secteur social, sportif et culturel. Des professionnels de santé spécialisés dans le domaine des addictions (CSAPA ou CAARUD, équipes mobiles hospitalières...) pourraient intervenir au sein des associations sportives afin de sensibiliser les jeunes aux addictions afin que ces derniers puissent porter et relayer l'information auprès d'autres jeunes plus vulnérables.

3.4.2 Les moyens financiers mobilisables

Dans un contexte économique contraint, L'ARS doit pour les cinq prochaines années cibler les populations et les thèmes prioritaires afin de répondre aux besoins identifiés dans la région. Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 a permis de financer en 2011 la mise en place de nouveaux programmes dans les établissements médico-sociaux d'addictologie et la création de nouvelles structures (917 000 € ont été attribués au niveau national) . Les actions de prévention des addictions et des conduites à risques conduites auprès des jeunes dans les établissements scolaires ou dans la commune par les structures (CSAPA, CJC, ASV, PAEJ, Centres municipaux de santé, Missions des conduites à risques...) font l'objet de cofinancements entre les services de l'Etat et les collectivités territoriales. L'ARS dispose de l'ONDAM (qui a progressé de 5,9 % en 2011 par rapport à l'année précédente) pour financer les établissements et services médico-sociaux. Par ailleurs, la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) fixée chaque année dans le cadre de l'ONDAM pour les établissements de santé permet de financer, entre autres mesures, des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

En effet, les MIGAC peuvent participer au financement des unités de consultations en soins ambulatoires notamment pour les soins de premier recours. Ce type de financement contribue également à la prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé. Enfin les crédits MIGAC attribués aux établissements de santé permettent la prise en charge des patients en situation de précarité notamment dans le cadre du PRAPS. En effet, il existe des crédits spécifiques alloués aux structures dans le cadre des programmes obligatoires du PRS, le PRIAC et le PRAPS. Les CUCS, financés par des crédits attribués par l'ACSé, présentent pour la plupart des actions de prévention en santé publique. Des enveloppes régionales sont destinées aux appels à projets pour la mise en place d'actions sur les orientations prioritaires du PSRS notamment dans le cadre de la Prévention et la promotion de la santé des jeunes. Le Conseil Général et les municipalités participent au financement du fonctionnement des structures d'accueil et de soins. Enfin, la MILDT, organisme interministériel, entièrement dédié à la lutte contre les addictions, finance régulièrement des actions de prévention auprès des jeunes (Prévaddict en 2011).

3.4.3 L'évaluation et le suivi pour une meilleure lisibilité des dispositifs

Le Projet régional de santé de la région Ile-de-France prévoit de constituer un guichet unique qui permettra d'obtenir une meilleure lisibilité des actions de santé publique conduites par l'Etat et ses partenaires.

Cette commission de coordination en lien avec la MILDT permettra de recenser l'ensemble des dispositifs de la région concernant notamment la prise en charge et l'accompagnement des jeunes dans le domaine des addictions.

Par ailleurs, les actions de qualité, qui ont fait l'objet d'une évaluation interne ou externe, sont certainement encore insuffisamment valorisées par les pouvoirs publics.

L'identification et l'analyse de ces dispositifs sont à développer pour permettre d'étendre, après modélisation, les actions innovantes et probantes. Il est également nécessaire d'évaluer l'efficacité par une meilleure estimation des résultats et leur impact sur la population.

L'évaluation pour chaque type d'action repose sur au moins trois types d'indicateurs concernant le processus, l'activité et le résultat.

De plus, une amélioration de l'évaluation des actions mises en œuvre permettra à terme de simplifier les procédures d'instruction des dossiers présentés par les porteurs de projets et de promouvoir la pluri-annualité des financements.

Conclusion

Le Projet régional de santé qui prévoit dès 2012 au travers du Plan stratégique régional de santé et des Schémas régionaux de santé un volet transversal et expérimental Personnes en Difficultés Spécifiques permettra de mieux articuler et coordonner les actions de prévention et de prise en charge par les différents professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux et médecine de ville. Le Projet régional de santé doit répondre également aux objectifs de réduction des inégalités territoriales pour les cinq prochaines années. En effet, l'égalité dans l'accès à la prévention et aux soins suppose une implantation territoriale équilibrée des professionnels de santé, un maillage entre les dispositifs permettant de répartir les services et les prestations de proximité pour l'ensemble de la population. La qualité de l'accompagnement, de la prise en charge et des soins, doit intégrer à la fois les préoccupations de sécurité et d'expertise des prises en charge et des soins, l'amélioration des pratiques professionnelles, la diversité des modes de prise en charge mais également l'accompagnement de la personne. Enfin, il s'agit d'assurer la continuité de la prise en charge et des soins par une meilleure coordination du parcours du patient de la prévention à l'insertion/réinsertion sociale et professionnelle en incluant l'éducation pour la santé, le repérage, l'intervention précoce, la réduction des risques, le diagnostic, la prise en charge médicale et psychologique/psychiatrique. La Seine-Saint-Denis dispose d'un important maillage de partenaires institutionnels et associatifs, de professionnels de santé avec lesquels l'ARS peut conduire son action de pilotage d'une politique de santé publique efficiente et de qualité. Il s'agit aujourd'hui de faire émerger des actions innovantes de prévention des addictions visant à prévenir les conduites à risques particulièrement chez les jeunes et renforcer la légitimité des adultes (parents) à intervenir auprès de leurs enfants.

La prévention des addictions dès le plus jeune âge constitue en effet un véritable enjeu de santé publique. Il est également nécessaire aujourd'hui de conjuguer la dimension psychosociale des conduites addictives avec l'approche biomédicale pour parvenir à une réelle compréhension de ce phénomène de société.

Enfin, « Les mesures de prévention doivent porter autant sur l'individu que sur son environnement et sur la période de crise autant que sur son passé et son suivi dans le temps ». Par conséquent, seule une approche globale et transversale qui prenne en compte les facteurs contextuels, collectifs ainsi que tous les déterminants de la santé de la population sera en mesure de réduire les conduites à risques et notamment les pratiques addictives dès le plus jeune âge⁶⁴.

⁶⁴ Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », février 2000, p.47.

Bibliographie

Références législatives et réglementaires :

Lois :

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic, et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Journal Officiel du 03 janvier 1971, p. 74.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel n° 185 du 11 août 2004, p. 14277.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Journal Officiel n° 299 du 27 décembre 2006, p. 19641.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2007-297 du 05 mars 2007 relative à la prévention et à la délinquance. Journal Officiel n° 56 du 07 mars 2007, p. 4297.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n° 0167 du 22 juillet 2009, p. 12184.

Décrets :

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2002-1227 du 03 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique. Journal Officiel, n° 232 du 04 octobre 2002, p. 16410.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues et complétant le code de la santé publique. Journal Officiel n° 88 du 15 avril 2005, p. 6732.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatifs aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel, n° 297 du 22 décembre 2005, p. 19743.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Journal Officiel, n° 112 du 15 mai 2007, p. 8997.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal Officiel n° 179 du 04 août 2007, p. 13113.

REPUBLIQUE FRANCAISE. 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. Journal Officiel, n° 0023 du 27 janvier 2008, p. 1623.

Circulaires :

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DRT n° 5-83 du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° 557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie de liaison hospitalière.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n° 648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n° 460 du 08 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour des personnes ayant des conduites addictives.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire n° 551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire n° 101 du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des S.R.O.S. de troisième génération.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire n° 464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°01 du 02 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

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° 449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° 203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire n° 79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux en addictologie.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire n° 299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

Notes et instructions ministérielles :

NOTE INTERMINISTERIELLE MILDT/DGS/DHOS/DAP n° 474 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.

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE n°DGAS/5D/2007/309 du 03 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale

Plans nationaux et Schémas régionaux :

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues, le tabac et l'alcool 2008-2011.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Plan cancer 2009-2013

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Plan national santé des jeunes 2010-2014

Plan « crack » du plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France. Plan régional de santé publique d'Ile-de-France 2006-2010 (loi du 09 août 2004).

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. Plan départemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies et de prévention des dépendances de Seine-Saint-Denis.

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Schéma régional d'addictologie Ile-de-France 2009-2013, volet médico-social.

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS III), volet prise en charge des addictions.

Rapports :

LEPINE J.P., MOREL A., PAILLE F., 2006. Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions, Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 64 p.

GAUTIER A., 2005, « Baromètre santé médecins, pharmaciens », rapport INPES.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Haut comité de la santé publique, avis et rapport, février 2000, La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, 93 p.

Compte-rendu de réunion :

BATEL P., ILLEL K., BIANQUIS I., HERSZKOWICZ A., 03 juillet 2009, Commission Régionale des Addictions Ile-de-France.

Enquêtes et diagnostics :

INSEE, recensement de la population 2007 et 2008

INSEE, Mortalité et espérance de vie, comparaisons départementales 2008/2009

ORS Ile-de-France, juin 2009, « Eléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile-de-France en 2009 ». Document réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma régional d'addictologie d'Ile-de-France 2009-2013, pp. 77-78, 84.

ORS Ile-de-France, février 2005, tableau de bord départemental Seine-Saint-Denis

OFDT – « Drogues chiffres clés 3^{ème} édition, juin 2010 », pp. 2-5.

OFDT – « Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD », juillet 2010

OFDT – Décembre 2010

OFDT – « Drogues licites 2009 en Seine-Saint-Denis »

OFDT – mise à jour de décembre 2009

OMS, septembre 2011, Bureau régional de l'Europe, 61^{ème} session, « Projet de résolution du plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 » pour approbation du Comité régional de l'Europe, pp. 1-3, 6.

OMS, août 2011, Centre des médias, « Risques pour la santé des jeunes », aide-mémoire n° 345, p. 1.

ORS Ile-de-France, décembre 2010, « La santé des jeunes », p. 1.

ORS Ile-de-France, mars 2009, « Groupe focal sur l'articulation du médico-social et de l'hospitalier dans la prise en charge des addictions ».

ORS Ile-de-France, décembre 2002, « Produits psychoactifs en Ile-de-France », « Synthèse du document de travail réalisé pour le PRS Addictions », p. 1.

Bibliographie :

BOUSLIMI J., PIARD C., 2002, *Psychopédagogie des adolescents*, L'Harmattan, 160 p.

DURASTANTE R., 2011, *Adolescence et addictions, de la crypte familiale au dispositif en tuilage, approche psychanalytique de la famille et du transgénérationnel*, préface de J. Bergeret et Postface A. Brun, la collection de l'Oxalis, P. Van Meerbeeck et A. Lefèbvre, 272 p.

HACHET P., 2002, « Usages festifs de cannabis » in AUBRAY M.C., FALQUE O., GIVRE P., « *Adolescence* », éditeur Georg, 581- 589 p.

DEL VOLGO J.P., 2004, « *Cannabis... nouvel opium* » in AUBRAY M.C., FALQUE O., GIVRE P., 2004, *Adolescence*, éditeur Georg, 591-602 p.

LE BRETON D., 2004, *L'adolescence à risque. Corps à corps avec le monde*, dir., Loret A., Hintermey, Collection Autrement, Mutations, 183 p.

TURSZ A., SOUTEYRAND Y., SALMI R., 1993, *Adolescence et risque*, Inserm, éditeur Syros, 266 p.

Revue et articles consultés:

CATEL P., janvier-février 2009, dossier « Jeunes en insertion : la santé en question », « *Promouvoir la santé des 16-25 ans : le rôle des missions locales* », La santé de l'homme, sommaire n° 399, pp. 14-17. (site internet : www.inpes.sante.fr)

DEIT-SUSAGNA C., janvier-février 2009, dossier « Jeunes en insertion : la santé en question », « *Une psychologue en mission locale : « les écouter, les aider à être acteurs de leur santé »* », La santé de l'homme, sommaire n° 399, pp. 19-20.

DUTERTRE J., janvier-février 2009, dossier « Jeunes en insertion : la santé en question », « *Intégrer dans une trajectoire de soins ces jeunes en situation délicate* », La santé de l'homme, sommaire n° 399, pp. 25-27.

DANGAIX D., janvier-février 2009, dossier « jeunes en insertion : la santé en question », « *Les reconnaître pour qu'ils puissent exister* », La santé de l'homme, sommaire n° 399, pp. n° 28-29.

BECK F., GUILLEMONT J., LEGLEYE S., juin 2009, actualité « *L'alcoolisation des jeunes : l'apport de l'approche épidémiologique* », adsp n° 67, pp. 9-15.

BROUSSOULOUX S., janvier-février 2008, dossier « La santé : un défi pour les étudiants », « *Difficultés socio-économiques : des conséquences sur la santé et les études* », La santé de l'homme, sommaire n° 393, pp. 26-28.

LOUVEL A., FAYARD A., BROUSSOULOUX S., janvier-février 2008, dossier « La santé : un défi pour les étudiants », « *La santé : un défi pour les étudiants* », La santé de l'homme, sommaire n° 393, pp. 13-14.

GERBAUD L., GRONDIN M.A., PERREVE A., janvier-février 2008, dossier « La santé : un défi pour les étudiants », « *A quand de véritables services de santé dans les universités* », La santé de l'homme, sommaire n° 393, pp. 23-25.

GALAP C., janvier-février 2008, dossier « La santé : un défi pour les étudiants », « *Créer des centres de santé pour les étudiants* », La santé de l'homme, sommaire n° 393, pp. 21-22.

RIGAUD A., novembre-décembre 2008, dossier « Jeunes et alcool, quelle prévention ? », « *Les jeunes et l'alcool* », La santé de l'homme, sommaire n° 398, pp. 13-15.

GUILLEMONT J., BECK F., novembre-décembre 2008, dossier « Jeunes et alcool, quelle prévention ? », « *La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes* », La santé de l'homme, sommaire n° 398, pp. 10-12.

DAVID H., novembre-décembre 2008, dossier « Jeunes et alcool, quelle prévention ? », « *Alcool et jeunes : les grands principes de toute intervention de prévention* », La santé de l'homme, sommaire n° 398, pp. 22-24.

JEAMMET P., novembre-décembre 2008, dossier « Jeunes et alcool, quelle prévention ? », « *Les parents, premiers acteurs de la prévention* », La santé de l'homme, sommaire n° 398, pp. 25-26.

TREMBLAY J., BRUNELLE N., LANDRY M., novembre-décembre 2008, dossier « Jeunes et alcool, quelle prévention ? », « *L'organisation des services en alcoolisme et toxicomanie auprès des jeunes du Québec* », La santé de l'homme, sommaire n° 398, pp. 39-41.

PHAN O., novembre-décembre 2008, dossier « Jeunes et alcool : quelle prévention ? », « *Binge drinking chez les jeunes Européens : les programmes allemands et néerlandais de prévention* », La santé de l'homme, sommaire n° 398, pp. 36-38.

LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S., BECK F., mars 2008, « *Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, France* », Bulletin épidémiologique (BEH), Institut de veille sanitaire (INVS) n° 13, pp. 89-96.

LEGLEYE S., BECK F., PERETTI-WATEL P., CHAU N., 2008, « Le rôle du statut scolaire et professionnel dans les usages de drogues des hommes et des femmes de 18 à 25 ans », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 56, ScienceDirect, Elsevier Masson, pp. 345-355. (site internet : www.sciencedirect.com)

GAYRARD P., POLOMENI P., septembre 2007, « Prévenir les addictions », « *Etat des lieux et concepts* », adsp n°60, pp. 3, 18-20.

GAYRARD P., septembre 2007, adsp n° 60, p. 22.

COSTES J.M., septembre 2007, « Prévenir les addictions », « *Etats des lieux et concepts* », adsp n° 60, p. 22.

PERETTI-WATEL P., septembre 2007, éditorial, adsp n° 60, page n° 1

COSTES J.M., septembre 2007, « Prévenir les addictions », « *Etat des lieux et concepts* », adsp n° 60, p. 22.

MOREL A., novembre-décembre 2006, dossier « Prévenir les consommations à risque chez les jeunes », « *Adolescents et usages de cannabis : plaidoyer pour une intervention précoce* », La santé de l'homme, sommaire n° 386, pp. 32-34.

AIT EL CADI H., novembre-décembre 2006, dossier « Prévenir les consommations à risque chez les jeunes », « *Adolescentes en souffrance : pour une prise en charge plus proche de leur sensibilité* », La santé de l'homme, sommaire n° 386, pp. 26-28.

LE BRETON D., novembre-décembre 2006, dossier « Prévenir les consommations à risque chez les jeunes », « *Conduites à risque ou... passion du risque ?* », La santé de l'homme, sommaire n° 386, pp. 22-25.

Toxibase n° 09, mars 2003, thème : *La prévention en milieu scolaire*

Toxibase, n°11, septembre 2003, thème : *Les conduites à risque des jeunes*

ASSAILLY J.P., septembre 2003, Toxibase n° 11, p.1.

Mission départementale de prévention des conduites à risques, Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, revue Proximités, vivre, risquer, vibrer « Les conduites à risques, penser et agir la prévention » hors série, juin 2007, extrait de l'introduction, p. 6.

Sites Internet :

www.sante.gouv.fr

www.lamutualitefrancaise.fr

www.ofdt.fr

www.drogues.gouv.fr

www.drogues-info-services.fr

www.cdc93.fr

Liste des annexes

- Annexe I** Liste des personnes rencontrées en entretien individuel
- Annexe II** Grille d'entretien
- Annexe III** Dispositif médico-social de prise en charge des addictions en Ile-de-France en 2009
- Annexe IV** Le dispositif de prise en charge des addictions en 2009 pour le département de la Seine-Saint-Denis
- Annexe V** Expérimentation et consommation régulière de cannabis : évolution entre 1997 et 2005 chez les garçons et les filles de 15-19 ans selon le lieu de résidence (Ile-de-France, hors Ile-de-France, France)
- Annexe VI** Organigramme de la Délégation Territoriale de la Seine-Saint-Denis

ANNEXE I

Liste des personnes rencontrées en entretien individuel :

- Madame MALET-LONGCOTE, Médecin responsable santé du Centre Municipal de Santé de Bagnolet (93)**
- Madame TACHFINE, Conseillère et référent en santé au sein de la Mission Locale de Bobigny (93)**
- L'ensemble du personnel du CAARUD YUCCA lors de la journée Portes Ouvertes « Rencontres avec le groupe SOS » du 15 juin 2011 à Bondy (93)**
- Monsieur Fawzi MALDJI, Chef de service du CAARUD YUCCA à Bondy (93)**
- Melle EMERAUD, Chef de service « Prévention Santé » à l'Hôtel de Ville de Bobigny et coordinatrice Atelier Santé Ville de Bobigny (93)**
- Monsieur Denis PEDOWSKA, Directeur du Pôle Prévention des Addictions de l'Association AURORE à Aubervilliers (93)**
- Madame Evelyne DORVILLIUS, Responsable adjointe de l'espace « TETE A TETE », situé au sein du Centre Commercial Régional Rosny II à Rosny-sous-Bois (93) structure d'accueil et d'informations pour les usagers de la Mission des Conduites à Risques du Conseil Général de Seine-Saint-Denis.**
- Madame Thérèse GAUDIER, Directrice adjointe de la Mission des conduites à risques, structure en lien avec les professionnels de l'éducation et de la santé située à Bobigny (93)**
- Docteur REYRE, Directeur du CSAPA de l'Hôpital AVICENNE à Bobigny (93)**
- Docteur LAUGIER, Directrice du CSAPA de l'Hôpital DELAFONTAINE de Saint-Denis (93)**
- Monsieur Jean-Louis BARA, Directeur du CAARUD de l'Association FIRST à Aulnay-sous-Bois (93)**
- Monsieur Florian LAVOYER et Madame Sophie BALIAS , Infirmiers de la Délégation Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse à Pantin (93)**
- Monsieur S. LACHAISE, Directeur du Pôle Développement Social et Prévention de l'Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte de la Seine-Saint-Denis à La Courneuve (93)**
- Madame KOVACEVIC, Directrice de l'APCIS (Association pour la Promotion Culturelle Intercommunautaire Stannoise) à Stains (93)**
- Docteur Martine DONARS, Responsable du CSAPA au Centre Municipal de Santé de la Courneuve (93).**

**PROBLEMATIQUE : ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES
FACE AUX ADDICTIONS EN SEINE-SAINT-DENIS**

1 - Rappel du cadre de l'entretien :

- entretien mené pour permettre l'élaboration du mémoire par l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale dans le cadre de la formation statutaire effectuée à l'EHESP.
- enregistrement de l'entretien (accepté ou non)

2 – Présentation de l'enquêté :

- fonction/rôle
- ancienneté dans la fonction
- parcours ou formations particulières
- expériences antérieures avec les jeunes, actions liées aux addictions

3 – Présentation de l'établissement :

- association gestionnaire : ancienneté, moyens
- action (s) de l'association gestionnaire/thématique
- quels personnels interviennent dans la structure
- valeurs inscrites dans le projet d'établissement /contrat de séjour/livret d'accueil

4 – Population cible :

- caractéristiques du public accueilli, types d'addictions, évolution de ce public
- quelles sont les demandes et les attentes des jeunes au quotidien
- comment les font-ils passer
- quelles sont les difficultés que cela occasionne
- quels sont les questions ou les avis des familles

5 – Fonctionnement de l'établissement :

- actions spécifiques engagées
- quelles sont les actions de prévention mises en oeuvre
- avec quels outils
- avec quels moyens de communication
- avec quels financements
- quels types de formation pour le personnel
- quels partenariats ou quels professionnels impliqués dans les actions
- spécificités de la région, du département

6 – Evaluation de l'activité :

- **point sur les actions spécifiques engagées ou innovantes...**
- **éventuels projets en cours**
- **bilan de l'enquête sur le personnel, les jeunes et leurs familles...**
- **constat (points positifs/négatifs)**
- **quelles sont les pistes d'amélioration,**
- **quelles actions mettre en œuvre**
- **quels sont les besoins à court/moyen ou long terme**
- **sous quelle forme est réalisée l'évaluation de l'activité**
- **avec quels outils, quels indicateurs**
- **à quels organismes l'évaluation est-elle communiquée**

La structure est-elle en mesure de communiquer un organigramme, une cartographie du territoire, de la documentation, des statistiques concernant son activité ou les caractéristiques du public accueilli ?

Remerciements

Annexe III

Eléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile-de-France en 2009

Tableau 1 : Dispositif médico-social de prise en charge des addictions en Ile-de-France en 2009

	Nombre de CCAA	Nombre de CSST en ambulatoire sans hébergement	Nombre de CSST en ambulatoire avec hébergement	Nombre de Consultations jeunes consommateurs	Nombre de Caarud	Nombre de sites d'implantation des automates de seringues*
Paris	5	12	6	11	9	34
Seine-et-Marne	7	3	1	4	2	2
Yvelines	6	2	0	7	1	1
Essonne	4	3	2	5	1	10
Hauts-de-Seine	6	4	3	8	1	28
Seine-Saint-Denis	12	5	0	8	4	16
Val-de-Marne	5	5	2	7	1	29
Val-d'Oise	5	0	3	1	1	5
Ile-de-France	50	34	17	51	20	125

Sources :

- CIRDD/ORS ILE-DE-FRANCE. Dispositifs de prise en charge sanitaire et médico-sociale des addictions aux produits. Paris : Crips-Cirdd Ile-de-France, 2009, pp. 17, 20, 23 et 26.

Sauf * : éléments issus du chapitre 1 (signalons qu'un site d'implantation peut comporter plusieurs automates).

Annexe IV

Éléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile-de-France en 2009

Le dispositif de prise en charge des addictions en 2009 Seine-Saint-Denis

Secteur médico-social

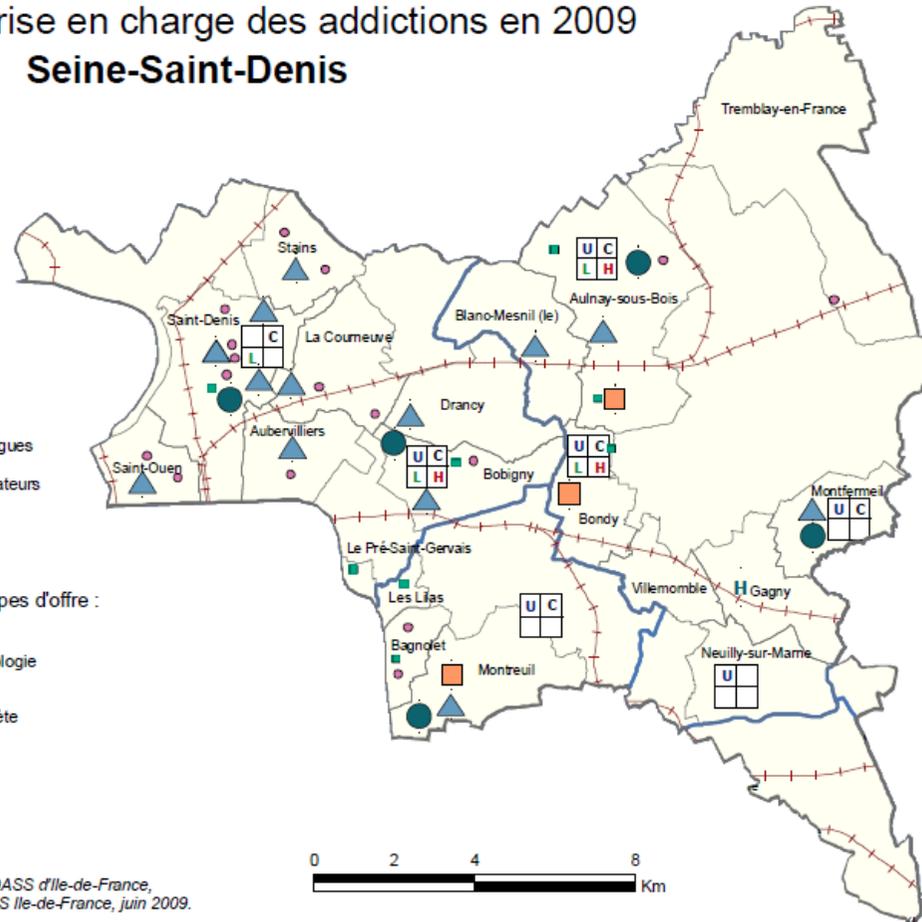
-  CCAA (lieu d'accueil principal, antenne ou permanence)
-  CSST (lieu d'accueil principal, antenne ou permanence)
-  H CSST hébergement
-  Caarud
-  Automate distributeur de seringues
-  consultation jeunes consommateurs

Secteur hospitalier

-  hôpital présentant 4 types d'offre :
-  U : Unité d'addictologie
 -  C : Consultation d'addictologie
 -  L : Equipe de liaison
 -  H : Hospitalisation complète

Autres

-  Lignes de RER
-  Limites des territoires de santé



Sources : Drass, Cramif, ARH, les 7 DDASS d'Ile-de-France, DASS de Paris, Cird - Exploitation ORS Ile-de-France, juin 2009.

Annexe V

Éléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile-de-France en 2009

Tableau 1 : Expérimentation et consommation régulière de cannabis : évolutions entre 1997 et 2005 chez les garçons et les filles de 15-19 ans selon le lieu de résidence (en % de l'ensemble des jeunes de 15-19 ans)

En %	Expérimentation (au moins une fois dans la vie)				Usage régulier (au moins dix fois dans l'année)			
	Garçons		Filles		Garçons		Filles	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005	1997	2005
Ile-de-France	44	46	30	28	24	27	11	9
Hors Ile-de-France	30	41*	21	33*	13	19*	5	12*
France	32	42*	23	32*	15	20*	6	11*

* Écart significatif entre le pourcentage de 1997 et celui de 2005 (probabilité du test de chi-2 <0,05)

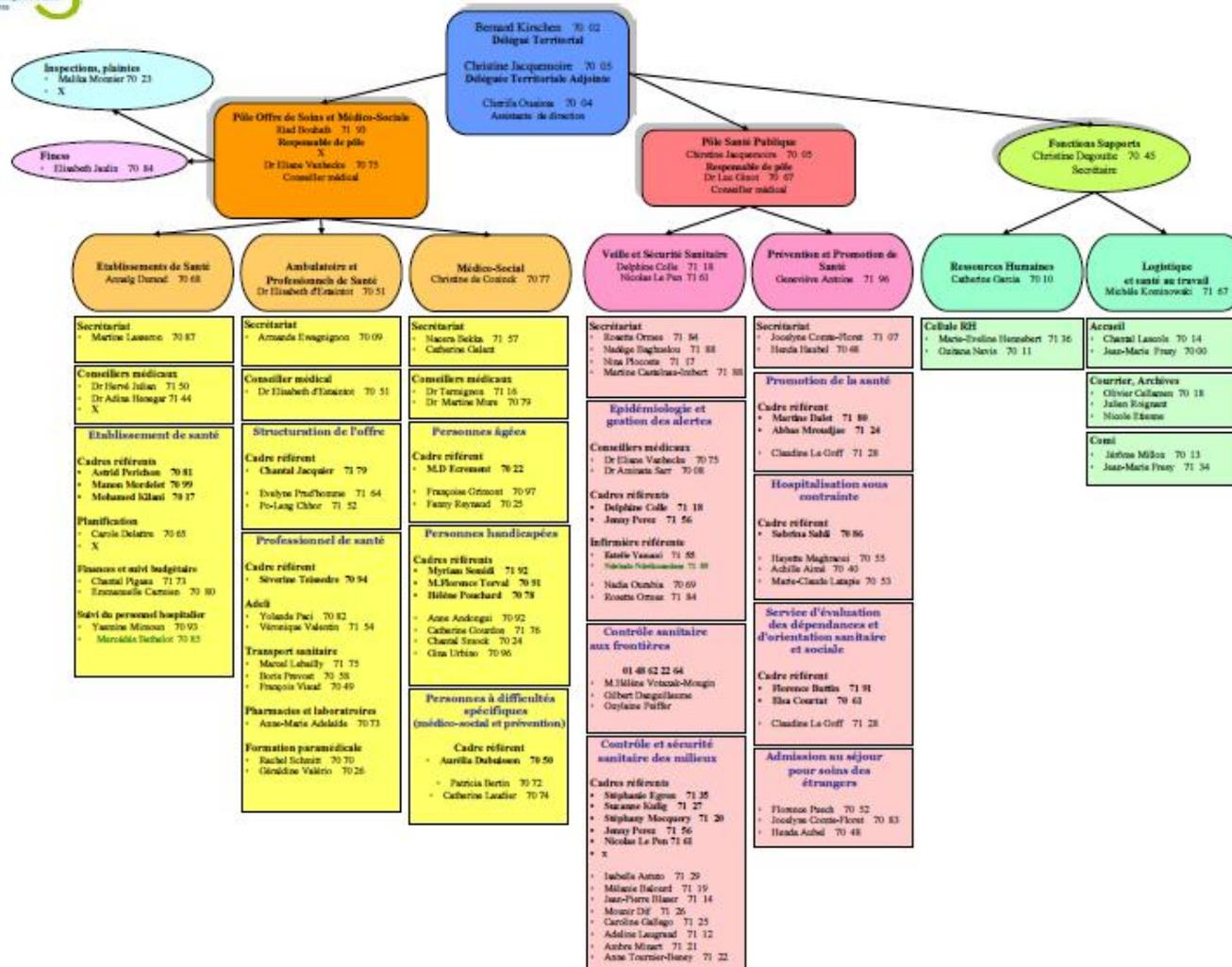
Source : EMBERSIN C., CHARDON B., GRÉMY I. Jeunes en Ile-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risque, exploitation régionale du Baromètre Santé 2005. Rapport ORS Ile-de-France, 2007, p. 58.

Annexe VI



Organigramme de la Délégation Territoriale de la Seine-Saint-Denis

01 41 60 + Poste



BODEQUIN	Claudine	2012
INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE 2010-2012		
LE PROJET REGIONAL DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE « Un outil transversal pour améliorer la prévention des addictions auprès des jeunes » Perspectives en Seine-Saint-Denis (93)		
<p>Résumé :</p> <p>Les addictions constituent en France, comme dans beaucoup d'autres pays européens et dans le reste du monde, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires et sociaux, notamment chez les plus jeunes.</p> <p>Pendant de nombreuses années, les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives ont été abordés essentiellement à travers leurs produits et leurs effets. Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions marque la volonté des pouvoirs publics de promouvoir une approche globale des conduites addictives. La Seine-Saint-Denis rencontre de nombreuses problématiques économiques et sociales qui fragilisent la santé de la population. La consommation d'alcool et de cannabis sont deux substances prégnantes chez les jeunes de ce département. Le volet transversal « addictologie » du PRS, élaboré par l'ARS IDF, poursuit l'objectif de décloisonner et mieux coordonner les différents dispositifs pour améliorer la prévention des addictions notamment auprès des jeunes.</p>		
<p>Mots clés : Addiction - Adolescent - Alcool - Cannabis - Prévention - Santé publique - Territoire - Pauvreté - Pouvoirs publics - Programme régional de santé – MILDT - IASS - Pilotage - Politique publique</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		