

SCHÉMA DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS DANS LES ALPES-MARITIMES

2022-2027

25 février 2022

SOMMAIRE

PRÉAMBULE / P. 3

Genèse de la démarche

Définition et cadre d'actions du schéma départemental en addictologie

Présentation de la démarche

Le comité de pilotage

PARTIE 1 : L'ÉTAT DES LIEUX / P. 11

Diagnostic du territoire des Alpes-Maritimes

Recensement en l'état de l'offre en addictologie

Retour sur la crise sanitaire

Séminaire du diagnostic partagé

PARTIE 2 : RESTITUTION DES TRAVAUX / P. 63

Présentation des ateliers de travail

Première thématique – Parcours et coordination des acteurs

Deuxième thématique – Prévention

Troisième thématique – Coordination des politiques publiques

PARTIE 3 : PLAN D'ACTION / P. 75

Plan stratégique : Prévention et prise en charge

Calendrier prévisionnel : court, moyen et long terme

PARTIE 4 : FICHES-ACTIONS / P. 79

PARTIE 5 : PARTENARIATS / P. 103

ANNEXES / P. 111

PRÉAMBULE



INTRODUCTION

Priorité de santé publique, la prévention et la lutte contre les addictions figurent au cœur des principaux programmes nationaux de santé publique, comme :

- Ma santé 2022 ;
- Le plan priorité prévention ;
- Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 ;
- Le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 ;
- Le fonds de lutte contre les addictions.

POURQUOI UN SCHEMA TERRITORIAL DANS LES ALPES-MARITIMES ?

Au niveau régional, la prévention et la prise en charge des addictions sont une priorité du Projet Régional de Santé (PRS 2) 2018-2023 de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui compte près d'un million de fumeurs quotidiens. Parmi les 7 parcours prioritaires identifiés par l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) figure celui des personnes souffrant d'addictions.

Cette démarche participative sur le territoire des Alpes-Maritimes s'inscrit dans la ligne des travaux conduits au sein de l'Instance de Coordination Régionale (ICR) « parcours santé et addictions », et notamment l'animation des thématiques pour tous les partenaires et sur tous les territoires (aller-vers, réduction des risques et des dommages, prévention, soins, insertion, vigilance).

Conduite dans le droit fil des axes stratégiques de l'ARS PACA, en matière de prévention, de la feuille de route en addictologie, et notamment de l'ICR « parcours santé et addictions », cette réflexion territoriale s'attache à la veille sentinelle sur les nouveaux usages, nouveaux produits, nouveaux comportements, nouvelles populations cibles...

Dans le département des Alpes-Maritimes, **les addictions sont un véritable enjeu de santé publique** au regard des indicateurs de prévalence de comportements à risque (consommation excessive d'alcool, accidents mortels avec alcool, ventes de cigarettes par habitant qui sont supérieures à celles du niveau national). Les consultations pour 10 000 habitants en Centres

de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) pour le tabac sont supérieures de 5 % dans les Alpes-Maritimes à celui du niveau national. Mais ces données chiffrées ne sont que des exemples qui illustrent les problématiques liées aux addictions larges et complexes.

– Mieux organiser l'accès de tous à une prise en charge de qualité dans un département contrasté constitue l'enjeu majeur de ce schéma.

– Pour y répondre, le schéma propose une organisation graduée de soins, l'articulation de la réponse avec les dispositifs qui composent l'offre médico sociale : les CSAPA, les Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), l'offre des établissements de santé publics et privés, le 1^{er} recours avec notamment l'ensemble de structures d'exercice coordonné, les dispositifs d'appui à la coordination, les réseaux...

– La prévention, le repérage et les interventions précoces, la réduction des risques, l'accès à un hébergement, la prise en compte des publics fragiles, la formation des professionnels et l'évaluation ont fait l'objet de développements spécifiques. In fine, ce schéma, dont l'élaboration s'est appuyée sur une large concertation à partir de groupes de travail thématiques, est un projet de coordination des professionnels et de mise en synergie de l'ensemble de la filière de prévention et de soins en addictologie et non pas une projection d'implantation de nouvelles structures gestionnaires.

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

– Les principes de respect de la dignité des patients, d'accessibilité, de continuité et de qualité des soins, d'articulation ville / hôpital, de prévention et d'évaluation accompagneront la réalisation de ce schéma médico-social en cohérence avec le PRS2.

DÉFINITION ET CADRE D' ACTIONS DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN ADDICTOLOGIE

LE SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EST ARTICULÉ AVEC :

- le dispositif sanitaire et la médecine de ville ;
- le Plan Régional de Santé (PRS2) ;
- les objectifs de l'ICR addictions ;
- le plan gouvernemental de la MILDECA et ses déclinaisons départementales ;
- le plan territorial de la santé mentale (PTSM) ;

Le réseau ARCA SUD : l'association Régionale de Coordination en Addictologie de la région Sud est issue de la fusion des 3 réseaux de santé spécialisés en addictologie : Addiction 06, DICAdd13 et RESAD Vaucluse et s'inscrit dans la Loi du 24 juillet 2019 portant sur l'évolution des Réseaux de santé. ARCA SUD a pour objectif de promouvoir l'accès à la santé des personnes présentant une conduite addictive, sur l'ensemble de la Région Sud, en interface avec les structures existantes des différents territoires et avec les professionnels :

- Coordonner les parcours de santé des personnes présentant une conduite addictive, autour de projets de soins et de santé en cohérence avec leur projet de vie et en prévenant les ruptures de soins.
- Contribuer à améliorer le parcours des personnes en situation addictive, en garantissant un appui et une expertise auprès de tous les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, confrontés aux problématiques addictives des personnes qu'ils accompagnent.
- Améliorer les compétences des professionnels concernés (démarche apprenante, soutien aux professionnels) et promouvoir une culture commune.

LA DÉMARCHE DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL VISE ÉGALEMENT À CAPITALISER SUR L'EXISTANT :

- Augmentation des offres de services de proximité qualitativement et quantitativement ;
- Réduction des délais d'entrée dans les dispositifs ;
- Participation des usagers au fonctionnement des dispositifs ;
- Facilitation des accès à l'information, aussi bien pour la prévention que pour la prise en charge par les réseaux sociaux et numériques, les sites spécialisés et grands publics ;
- Identification des nouvelles addictions, des nouveaux publics et des prises en charge adaptées.

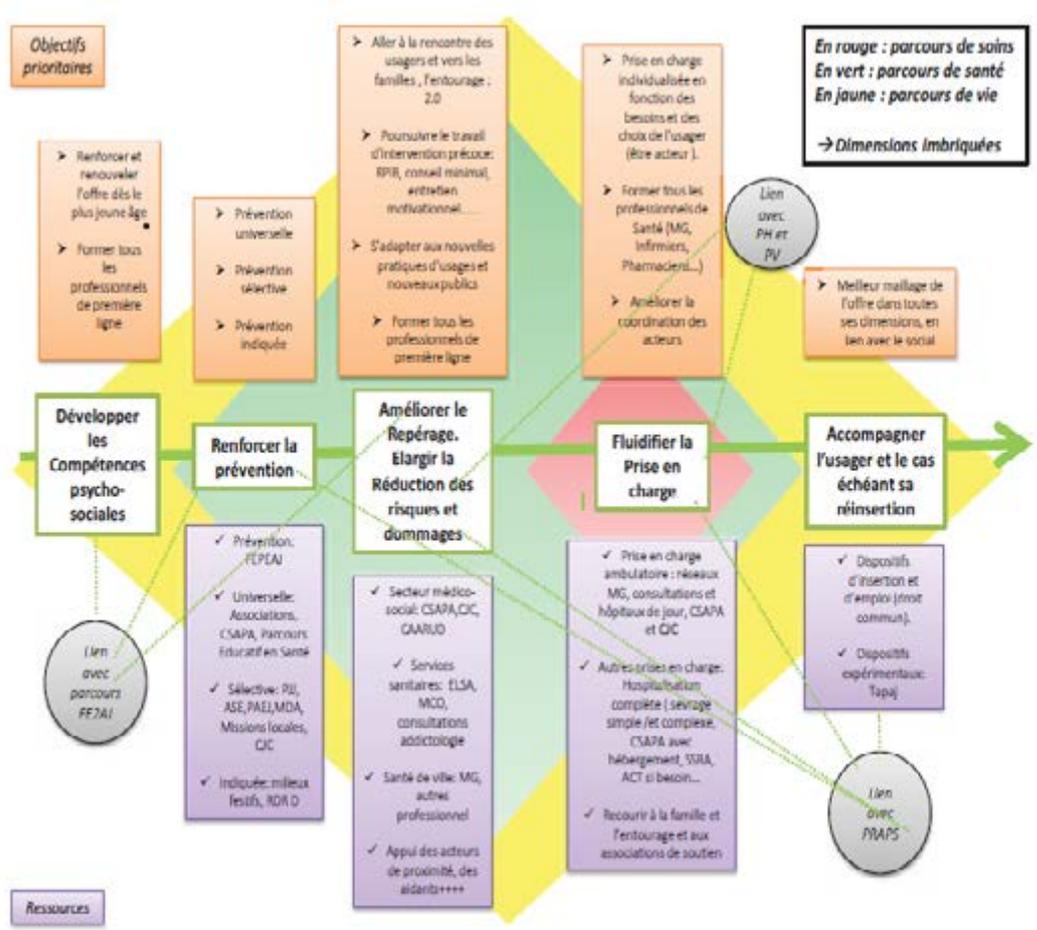
LE SCHÉMA DÉPARTEMENTAL MÉDICO-SOCIAL D'ADDICTOLOGIE A POUR OBJECTIFS :

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

CALENDRIER :

- Le schéma départemental est établi pour 5 ans.
- Il est révisable.

SCHÉMA DE PRÉSENTATION DU PARCOURS SANTÉ ADDICTION ARS PACA



LES FONDAMENTAUX DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ DE L'ARS PACA (PRS 2) 2018-2023

LA STRATÉGIE DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ S'APPUIE SUR SIX AXES

MAJEURS :

- I. Renforcer la prévention et l'implication des **usagers**.
- II. S'appuyer sur les **gouvernances partagées** dans les territoires.
- III. Reconfigurer l'offre de santé pour assurer le bon soin au bon moment.
- IV. Anticiper **l'évolution des métiers** tout en accompagnant celle des organisations.
- V. Utiliser les **innovations** et les outils numériques.
- VI. Développer la collaboration et la coordination dans les **prises en charge de proximité**.

7 parcours prioritaires ont été identifiés par les instances de concertation régionale (ICR), parmi lesquels figure celui des personnes souffrant d'addictions.



PRÉAMBULE

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE

À l'horizon 2025, les acteurs en addictologie du département poursuivent l'ambition, à travers ce schéma territorial, de développer un dispositif de prise en charge en addictologie pertinent, adapté et innovant.

CE PROJET COMMUN DOIT AINSI CONCOURIR À PROMOUVOIR :

- o Une politique publique au service des besoins des usagers ;
- o Un territoire maillé par des dispositifs pertinents et des réponses apportées à tous ;
- o Un regard plus positif porté sur les problématiques d'addictologie ;
- o Des interventions plus en amont des parcours et un « aller-vers » qui s'est développé ;
- o Des parcours de soins et de prise en charge coordonnés, sans rupture ;
- o Un dispositif moderne et innovant, intégrant notamment les solutions de « e-santé » ;
- o Une bonne interconnaissance et un bon niveau de collaboration des professionnels.

LE COMITÉ DE PILOTAGE

Le Comité de pilotage (COFIL) est représentatif des différents acteurs intervenant dans le champ de la prévention, de la formation, de l'accompagnement et de la prise en charge. Il a pour objectifs de suivre les travaux des groupes et de valider pas à pas les axes stratégiques du schéma sous le pilotage de l'ARS.

– Plusieurs types de COPILS se sont tenus :
COFIL intermédiaire, COFIL de validation et COFIL final.

- Le COFIL de lancement a permis d'aborder :
- la composition et les modalités de fonctionnement des travaux (rythme, méthodes de travail, préparation des ateliers, documents à l'appui...);
 - un appel au volontariat a été lancé pour désigner les pilotes des groupes.

Le COFIL est garant de la démarche et des points de consensus fondamentaux.

– La lisibilité des dispositifs : la communication existante est-elle pertinente ? Intègre-t-elle tous les acteurs présents ?

– L'évaluation nécessaire des pratiques : elle doit être établie afin de les harmoniser.

– Le maillage territorial : l'articulation des acteurs doit être renforcée.

– L'attention portée aux différents profils et publics (jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap...) doit être garantie en tous points de territoire.

– La prise en compte des politiques territoriales et de leurs enjeux.

– L'importance pour les partenaires de travailler en transversal et en cohérence pour développer une culture avec une terminologie et une pratique communes.

PRÉAMBULE

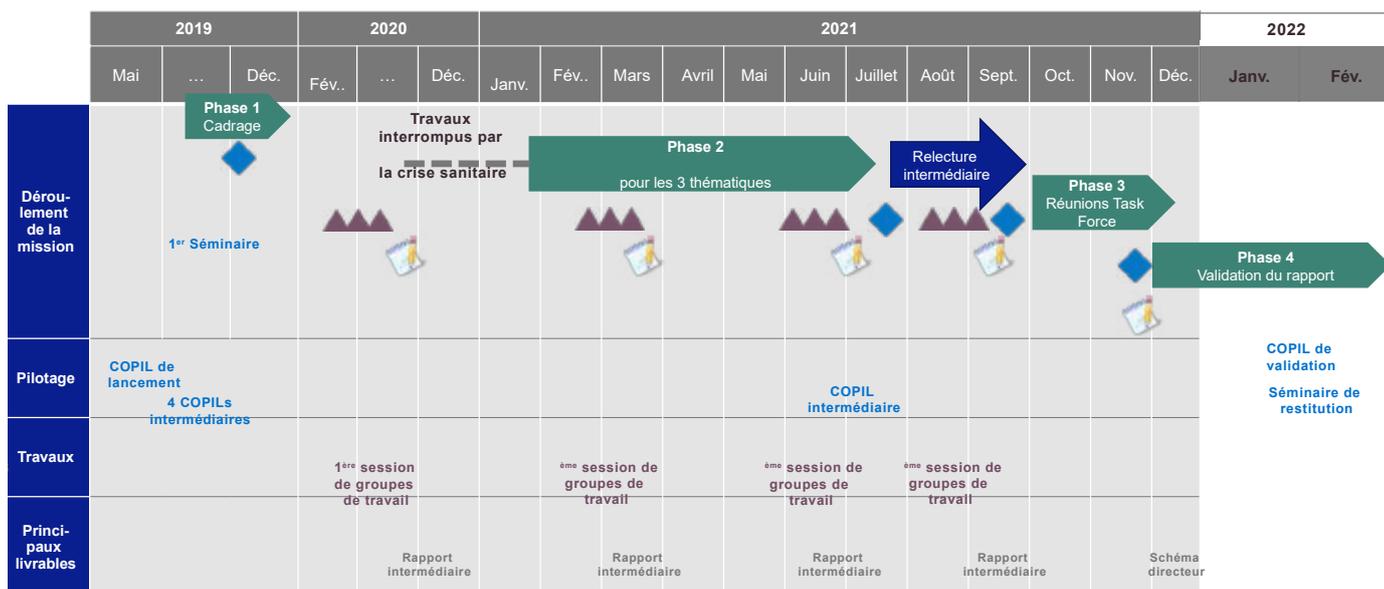
PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE

L'élaboration du schéma en addictologie s'est déroulée en 4 phases.

- Une **phase de cadrage** avec un état des lieux des intervenants et des premières pistes de réflexion dans le champ de l'addictologie afin d'identifier les acteurs clés à intégrer dans la démarche et les enjeux de ce schéma.
- Une **phase d'élaboration** qui a réuni les acteurs identifiés afin de faire le point sur les difficultés rencontrées et d'identifier les leviers existants pour répondre aux besoins de prévention et de prise en charge en addictologie sur le territoire.
- Cette période a été perturbée en raison de la crise sanitaire mais aussi de la tempête Alex : les travaux se sont interrompus en février 2020.
- Une **phase de relecture** qui a permis de mettre en perspective l'ensemble des éléments récoltés afin d'établir un plan d'actions en addictologie pour le département.
- Une **phase de validation** du rapport auprès de toutes les parties prenantes ayant participé à son élaboration.

En parallèle, des démarches collaboratives ont été menées avec les instances juridictionnelles de Nice et de Grasse et la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDN), dans l'objectif de formaliser des partenariats qui viendront renforcer et compléter les actions identifiées dans le schéma départemental.

SCHÉMA ADDICTOLOGIE 06 – RÉTROPLANNING





PARTIE 1

L'ÉTAT DES LIEUX



CARTOGRAPHIE DU TERRITOIRE DES ALPES-MARITIMES



Alpes-Maritimes



- | | | |
|--------------------------|---------------------------|---------------|
| ○ plus de 100 000 h. | ● ch.-l. d'arrondissement | — autoroute |
| ○ de 20 000 à 100 000 h. | ● ch.-l. de canton | — route |
| ○ de 2 000 à 20 000 h. | ● commune | — voie ferrée |
| ○ moins de 2 000 h. | ○ autre localité | |

PORTRAIT DU TERRITOIRE DES ALPES-MARITIMES

Un département contrasté en termes de relief, d'urbanisation et de densité de population et d'accès aux services, infrastructures, soins de proximité...

– Avec une surface de 4 299 km², soit 13,7 % de la superficie régionale, le département des Alpes-Maritimes est enserré entre la mer Méditerranée au sud et les hauts sommets du Mercantour au nord, dont un quart du département est constitué de plaines littorales et de vallées, tandis que les 75 % restants sont des espaces situés à une altitude supérieure à 700 mètres. Avec 1 086 682 habitants au 1^{er} janvier 2018 (soit une densité moyenne de 252 habitants par kilomètre carré), le département des Alpes-Maritimes représente 21,8 % de la population régionale. C'est le deuxième département de la région PACA en nombre d'habitants. La population départementale augmenterait de 11 % en 30 ans pour atteindre 1,2 million d'habitants en 2040, mais suivant un rythme de croissance de moins en moins rapide.

– La population est inégalement répartie au sein du département : la bande littorale, représentant moins d'un quart de la superficie du département, accueille les deux tiers de la population des Alpes-Maritimes. Avec 342 522 habitants, la commune de Nice concentre à elle seule près de 32 % de la population départementale. À l'inverse, le Haut-Pays, représentant 70 % du territoire départemental, n'accueille que 3 % de la population.

– La population est en augmentation dans le Moyen-Pays et est relativement âgée, notamment sur le littoral et dans le Haut-Pays.

Des inégalités d'accès aux services sur le territoire

– Des difficultés d'accès et de mobilité sont marquées dans le Haut-Pays. Le littoral est particulièrement bien desservi en infrastructures routières, ferroviaires et aéroportuaires. Le Moyen-Pays, interface entre le littoral et le Haut-Pays, est relativement facile d'accès par la route, bien que lui aussi confronté à un problème de saturation routière. Ce territoire

est moins bien doté en transports en commun que la bande littorale. Le Haut-Pays est plus difficile d'accès, de par la topographie du territoire et la qualité du réseau routier.

– Des inégalités d'accès aux équipements au sein du département : la majeure partie de la population des Alpes-Maritimes, résidant dans les zones urbanisées, est située à proximité des principaux équipements, y compris ceux de la gamme supérieure (hôpitaux, lycées...) ; en revanche, l'accès aux équipements, y compris aux équipements de proximité (écoles, épiceries, médecins...), est plus difficile dans le Haut-Pays, notamment dans les zones frontalières des Alpes-de-Haute-Provence et de l'Italie.

– L'offre médicale et paramédicale est importante, mais inégalement répartie sur le territoire, au détriment du Haut-Pays.

– L'afflux saisonnier de touristes peut aussi avoir un impact non négligeable sur l'accès aux équipements des résidents à l'année, mais aussi sur l'activité des professionnels de santé du département des Alpes-Maritimes. Par ailleurs, l'importante activité touristique occasionne la venue dans le département d'un grand nombre de travailleurs saisonniers, qui constituent une population à risque sur le plan de la santé. Ils sont soumis à davantage de risques professionnels de par la nature et l'intensité de leur activité, et font plus souvent l'expérience d'accidents du travail, de gravité souvent importante.

Des inégalités sociales et de santé importantes dans le département, notamment à Nice et Cannes, et les zones frontalières de l'Italie et des Alpes-de-Haute-Provence

– Le département des Alpes-Maritimes recouvre des inégalités socio-économiques particulièrement marquées : les 10 % de ménages les plus aisés disposent d'un revenu près de 4 fois supérieur aux 10 % les plus modestes ; plus de 15 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté (contre 14,3 % au niveau national) ; le taux de pauvreté infantile est de 21,8 % (contre 20,5 %) ; le taux de chômage a atteint 10,6 % en 2015 (contre 9,9 % en France métropolitaine).

Le rapport de revenus entre les 10 % des ménages les plus pauvres et les 10 % les plus aisés dans le département était de 6,4, soit le troisième chiffre le plus élevé de la région (6,8). Plus de 23 900 foyers sont bénéficiaires du RSA dans les Alpes-Maritimes, ce qui représente près de 45 000 personnes couvertes. Un taux de 11,8 % des allocataires maralpains sont bénéficiaires du RSA, soit 2,6 points de moins qu'au niveau national (14,4 %). Près de 20 800 personnes sont bénéficiaires de l'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH), dont 64 % sont à taux plein parce qu'ils n'ont pas d'autres revenus. Avec plus de 29 300 personnes couvertes, on constate ici une proportion plus importante des bénéficiaires AAH dans le département en comparaison du national (10,2 % contre 8,6 %). On compte plus de 20,5 % de bénéficiaires de la PPA contre 21,1 au niveau national.

Diagnostic social territorial de la Caf des Alpes-Maritimes – CPG 2018-2022

– Au 31/12/2017, 203 456 allocataires vivent dans les Alpes-Maritimes, ce qui représente près de 476 000 personnes couvertes par les prestations versées par la Caf, soit 44 % de la population du département, inférieur au taux de couverture au niveau national (46,2 %). En 2016, le cap des 200 000 allocataires a été atteint. Le taux de personnes couvertes varie dans les EPCI de 46,3 % (Métropole Nice Côte d'Azur réunissant près de la moitié de la population du département) à 31,3 % (CA Riviera Française).

– En comparaison de la répartition des prestations au niveau national, on note en 2017 qu'une part plus importante des prestations est attribuée au logement dans les Alpes-Maritimes (30 % contre 27 % au niveau national). En revanche la part versée au titre des prestations familiales est moindre dans le département (26,5 % contre 29,5 % au national), ainsi que la part attribuée à la solidarité/précarité (42,8 % contre 43,4 % au national).

– La proportion d'allocataires parmi la population générale des Alpes-Maritimes est près de 34 % pour les « 20-24 ans » et les « 25-29 ans », puis elle augmente pour les tranches d'âge allant de 30 à 49 ans, avec un maximum pour les 30-39 ans (39,4 %). À partir de 50 ans, la part d'allocataires parmi la population générale baisse de manière régulière et importante.

– La tranche d'âge la plus représentée parmi les allocataires des Alpes-Maritimes est celle des 30 à 49 ans, à l'image des proportions observées au niveau national. Toutefois, comparativement au niveau national, les tranches d'âge allant de 20 à

50 ans ont tendance à être sous représentées, là où les plus de 50 ans sont surreprésentés.

– Si la majorité des foyers allocataires maralpains sont des familles avec enfants, cette part est moins élevée dans les Alpes-Maritimes (51,1 %) qu'au niveau national (54,2 %). En revanche, le taux de personnes isolées est plus important dans les Alpes-Maritimes qu'au niveau national (45 % contre 41 %). Avec plus de 36 000 monoparents en 2017, la part des foyers monoparentaux est également surreprésentée au niveau du département (18 %) comparativement au niveau national (15,5 %).

– 18,4 % des allocataires des Alpes-Maritimes sont totalement dépendants des prestations versées par la Caf, c'est-à-dire qu'il s'agit de leur seule source de revenus. Ce taux est légèrement supérieur au taux national qui est de 17,2 %.

– La population des allocataires à bas revenus dans les Alpes-Maritimes se caractérise principalement par une part importante de personnes isolées (48 %) et de monoparents (28 %), dont plus de 90 % sont des femmes.

– 25,2 % des allocataires de l'ensemble des Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV) dépendent totalement des prestations versées par la Caf. Les QPV de Nice Paillon (29,4 %), Le Point du Jour (29,1 %) et Ariane Le Manoir (28,5 %) ont une part plus importante de ces allocataires. Les QPV du Paillon (22,9 %), de l'Ariane-Le Manoir (16,6 %) et du Point du jour (12,2 %) regroupent au total 51,7 % des allocataires résidant dans un quartier prioritaire. Ces trois QPV abritent également 54,6 % des personnes couvertes par une prestation versée par la Caf.

Une offre en médecine générale importante, mais inégalement répartie

La consultation de la cartographie interactive de la Démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins : [Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques \(demographie.medecin.fr\)](#), croisant les données InSEE et les inscriptions au tableau départemental des ordres des médecins, permet de constater que :

– En 2019, la densité de 100,6 médecins généralistes installés et exerçant en exercice libéral ou mixte dans les Alpes-Maritimes pour 100 000 habitants demeure de 20 % plus élevée en moyenne qu'en France (79,1 / 100 000 habitants), ce qui représente environ 115 médecins pour 100 000 habitants, soit une densité supérieure à la moyenne nationale et

régionale. Cette densité médicale est élevée également pour les médecins spécialistes ou mixtes (145 pour 100 000 habitants dans les Alpes-Maritimes, contre 125 au niveau régional).

– Néanmoins, cette densité décroît régulièrement depuis 2010.

En complétant par l'étude de l'Atlas national 2021 de démographie médicale du CNOM – **Atlas démographie médicale – CNOM – 2021v25062021.indd (conseil-national.medecin.fr)** – il est possible de préciser :

– Que le département des Alpes-Maritimes demeure attractif avec une variation de +2,3 % de médecins inscrits au tableau départemental entre 2020 et 2021, et de +0,8 % entre 2010 et 2021, quand d'autres départements en perdent ;

– Que l'âge moyen des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des Alpes Maritimes est de 57,5 ans, correspondant à la moyenne nationale ;

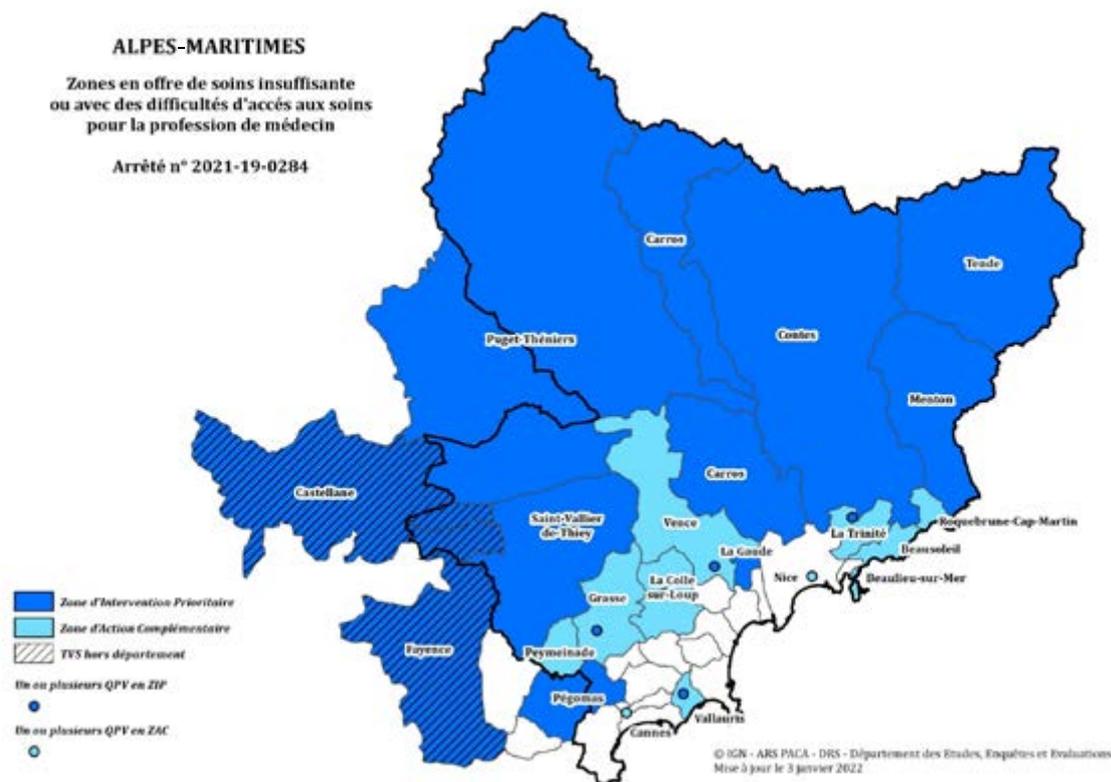
– En 2021, les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 50,4 % de l'ensemble des inscrits en France, et les moins de 40 ans représentent 18,2 % de ces effectifs (en 2010, les proportions étaient respectivement de 30,7 % et 13,8 %). L'âge moyen des actifs réguliers en 2021 en France est de 50,3 ans ; il est de 49,4 ans pour les Alpes-Maritimes. La part des femmes parmi ces médecins installés libéraux ou en exercice mixte est de 41 % dans les Alpes-Maritimes. La part des médecins en activité régulière était de 76,5 % en 2010, et chute à 63,5 % en 2021, la part des retraités inscrits augmente. Pour les Alpes-Maritimes, sur 5010 médecins inscrits au tableau, 2432 sont retraités. – La part des médecins retraités actifs sur l'ensemble des retraités augmente également.

– En 2018, l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur a classé 5 territoires de vie-santé des Alpes-Maritimes comme zones d'intervention prioritaires (ZIP), du fait d'une offre de soins insuffisante ou de difficultés d'accès aux soins médicaux libéraux : il s'agit des territoires de La Gaude, de Pégomas, de Puget-Théniers, de Saint-Vallier-de-Thiery et de Tende. Par ailleurs, 11 territoires de vie-santé des Alpes-Maritimes ont été classés en zone d'action complémentaire (ZAC). La révision du zonage en 2022 devrait augmenter le nombre de territoires en ZIP. Ce dispositif incitatif permet aux médecins s'installant dans ces territoires sous-dense, d'accéder à des aides à l'installation et à certaines dispositions fiscales.

Une offre spécialisée importante, mais concentrée dans les grandes villes du littoral

– Si la bande littorale est bien dotée en professionnels de santé libéraux malgré des disparités infra-communales, la situation concernant l'accès aux médecins généralistes, aux infirmiers libéraux et aux masseurs kinésithérapeutes est plus défavorable dans les vallées du haut pays. Un quart des bassins de vie compte une faible densité de médecins (moins de 11 pour 10 000 habitants). Il y a sur ces territoires encore des professionnels de santé libéraux mais la situation est fragile en raison de leur nombre et de leur âge. Cette démographie médicale est amenée à se raréfier dans les années à venir, étant donné le vieillissement marqué des professionnels de santé dans le département. Plus de la moitié (58,7 %) des médecins généralistes ont plus de 55 ans. À cela s'ajoute la problématique de l'accessibilité financière aux soins de ville pour les patients puisque dans les Alpes-Maritimes, plus de 20 % des omnipraticiens et plus de 50 % des spécialistes sont conventionnés en secteur 2. Ces médecins sont essentiellement concentrés sur la bande littorale et dans les trois plus grandes villes du département, Nice (n=759), Antibes (n=134) et Cannes (n=169), représentant les deux-tiers (66,2 %) de l'offre en médecine spécialisée du département.

Cartographie du zonage des médecins après révision



– Parmi les médecins spécialistes en activité dans le département, plus d'1 sur 2 (57 %) était âgé de 55 ans ou plus, un chiffre équivalent à la moyenne régionale (56,2 %). Par ailleurs, environ 4 sur 10 (41 %) avaient une activité en secteur 1, bien moins que dans le reste de la région (56 %).

– 53 communes sont situées à plus de 30 minutes de route du médecin spécialiste le plus proche, soit près d'1 commune sur 3 (32,5 %). Les communes du Haut-Pays, notamment celles du Mercantour et de la haute vallée de la Roya, étaient les plus éloignées de l'offre spécialisée libérale.

Des professionnels paramédicaux inégalement répartis au sein du département

– Un département globalement bien doté en professionnels paramédicaux avec une répartition inégale sur le département. 2 567 infirmiers libéraux exercent dans les Alpes-Maritimes, soit une densité de 237,1 pour 100 000 habitants dans le département, contre 141 au niveau national. 1 666 masseurs-kinés libéraux étaient en exercice dans les Alpes-Maritimes en 2018, pour une densité de 153,9 pour 100 000 habitants contre 102 au niveau national.

– Comparativement à la région, le département des Alpes-Maritimes est globalement bien doté en professionnels paramédicaux libéraux, excepté pour les infirmiers et les sages-femmes. Toutefois, comme les médecins, les professionnels paramédicaux sont inégalement répartis au sein du département : les zones urbanisées du littoral et du Moyen-Pays sont mieux dotées que les zones de montagne situées aux extrémités du département.

– L'offre hospitalière privée (33 établissements de santé) est très dynamique dans les Alpes-Maritimes. Elle représente 30 % des lits d'hospitalisation complète et 50 % des places disponibles dans le département.

– Avec 56 établissements de santé, l'offre hospitalière des Alpes-Maritimes est dense : 3,5 lits d'hospitalisation complète en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pour 1 000 habitants (contre 3,4 en France métropolitaine). Six établissements publics de santé de proximité assurent une offre de santé de proximité dans les zones repérées fragiles ou à risque. En revanche, les établissements de recours et de référence demeurent concentrés sur la bande littorale.

– Dans le département des Alpes-Maritimes, 107 communes sont situées à plus de 30 minutes de route du service d’urgences le plus proche, soit près de 2 communes sur 3 (65,6 %). Les temps d’accès peuvent dépasser même les 90 minutes dans les zones les plus reculées du Haut-Pays.

– Le département des Alpes-Maritimes compte 10 services d’urgences autorisés, dont 3 privés et 1 service d’urgences pédiatriques. Tous les services d’urgences du département sont implantés dans une commune du littoral, à l’exception de celui de Grasse. Ces services sont localisés à Nice (3 services pour adultes et 1 pédiatrique), Antibes-Juan-les-Pins, Cannes, Cagnes-sur-Mer, Grasse, Menton et Saint-Laurent-du-Var.

On observe une tendance à la baisse entre 2018 et 2021 très fortement marquée pendant la période de covid avec confinement :

– Entre 2018 et 2019 : on note une baisse de fréquentation d’environ 4 % sur le territoire.

– Entre 2019 et 2020 on a relevé 337 661 passages aux urgences (secteur public et privés confondus). À noter que les services d’urgence du secteur privé n’admettent pas de patients pour motifs de prise en charge pour une addiction). Cela représente une baisse de fréquentation d’environ 20 % par rapport à l’année précédente et ce qui rapporté au nombre d’habitants du territoire, représente un taux 32 %, un chiffre proche de la moyenne régionale en 2019 de 30 %. Ceci doit être interprété à l’aune de la pandémie de Covid.

– Un pic d’activité est observé durant la période estivale dans certains services d’urgences du département (Antibes-Juan-les-Pins, Cannes, Menton) : il est à mettre en lien avec la forte fréquentation touristique du département.

– **Entre 2018 et 2019**, une augmentation de l’activité des services d’urgence a été relevée dans les Alpes-Maritimes (-4 %), une tendance similaire à celle observée dans la région (-2 %).

L’OFFRE EN ÉTABLISSEMENTS ET EN SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

I La prise en charge des personnes âgées

En 2021, le département des Alpes-Maritimes compte :

- 146 établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), soit 11 523 lits d’hébergement permanent en EHPAD ;
- 32 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), soit 2 604 places en SSIAD ;
- 31 accueils de jour rattachés ou autonomes (AJ), soit 333 places en AJ.

Les enjeux partagés avec le Conseil départemental comme avec les acteurs du secteur médico-social, dans le cadre de la priorité « Grand Âge » et de développement de la société inclusive, portent sur l’adaptation de l’offre. Pour le grand âge : renforcer la médicalisation des établissements et services ; développer et restructurer le maintien à domicile ; accompagner la recomposition de l’offre en hébergement ; accompagner les expérimentations en cours sur le territoire (astreintes IDE de nuit, Ssiad à horaires élargis, pôle d’activité et de soins adaptés (Pasa) de nuit, services polyvalents d’aide et de soins à domicile (Spasad), relayage et Ehpad hors les murs.

À noter dans le département une problématique liée à l’accès financier pour les personnes âgées aux EHPAD, en raison de la prépondérance du secteur privé à but commercial (57 % de la capacité départementale des EHPAD en hébergement permanent) et du développement d’établissements neufs avec des prix de journée d’hébergement élevés.

La prise en charge des personnes en situation de handicap

En 2019, le taux d'équipement en établissement adultes dans les Alpes-Maritimes est de 4,3 pour 1 000 (moyenne nationale de 4,8 pour 1 000). Le taux d'équipement en établissement enfants est de 9,1 pour 1 000 jeunes (moyenne nationale de 10,4 pour 1 000 jeunes)

En 2021, le département des Alpes-Maritimes compte :

- 63 structures enfants (CAMSP, SESSAD, CMPP, IME, IES, ITEP, IEM, IME, EEAP), soit 2860 places (internat, semi-internat, SESSAD) ;
- 54 structures adultes (MAS, FAM, SAMSAH, ESAT, SSIAD), soit 2298 places (hébergement permanent, temporaire, accueil de jour).

Dans le secteur du handicap, en intégrant la priorité nationale de société inclusive, l'ambition est de développer des réponses souples et inclusives, diversifier les modalités d'accueil et de prise en charge

LES ACTIONS EN COURS ET À VENIR

I Renforcer l'offre de soins au service des patients

Un zonage pour identifier les territoires où l'offre est insuffisante. Le zonage de 2018 permettait une nette amélioration de la couverture avec :

- des zones d'intervention prioritaire (ZIP) couvrant 4 % de la population des Alpes-Maritimes ;
- des zones d'action complémentaire (ZAC) couvrant 26 % de la population départementale. Au total, 30 % de la population du département est couverte par le zonage contre 3 % dans l'ancien zonage datant de 2010.

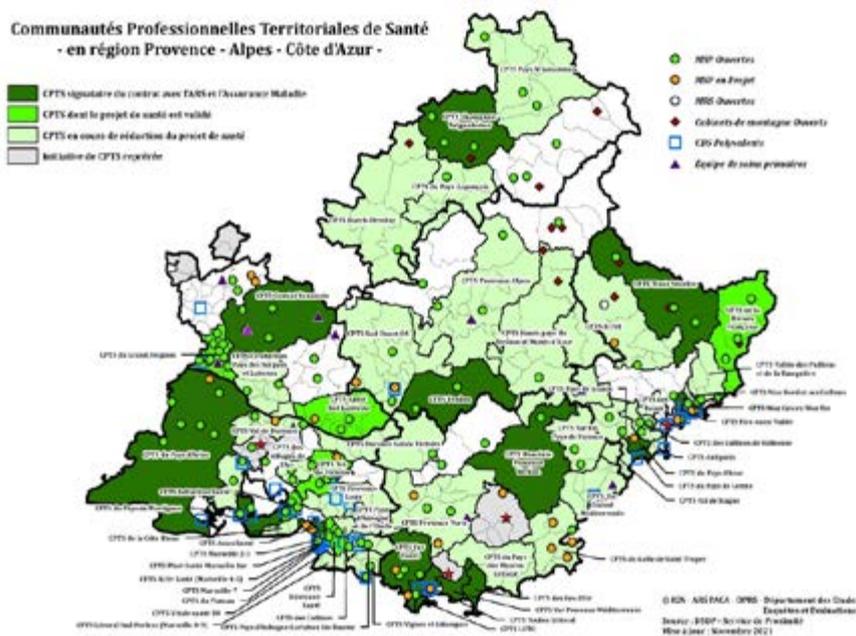
Ce sont désormais 120 communes sur les 163 du département qui bénéficient d'un bouquet d'aides financières, parmi lesquelles l'accès au fonds de compensation de la TVA et des incitations à l'installation de médecins généralistes.

Structures d'exercice coordonné ouvertes ou en projet dans les Alpes-Maritimes

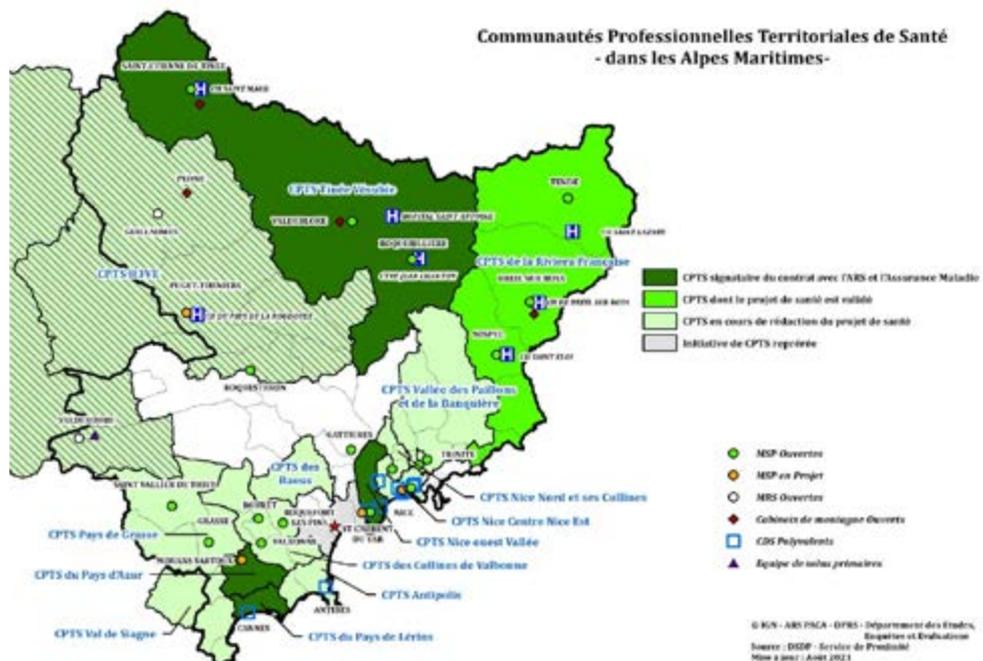
– Le mode d'exercice en structure d'exercice coordonné, de plus en plus prisé des professionnels, et tout particulièrement des jeunes médecins, constitue l'un des dispositifs favorisant le maintien ou le développement d'une offre de soins dans les territoires en voie de désertification médicale et / ou auprès des populations les plus vulnérables. La première évaluation des maisons de santé par l'IRDES en 2014 a montré que ces regroupements stabilisaient la démographie des professionnels, et amélioraient la qualité des soins à moindre coût.

– Alors qu'en janvier 2017, on comptait seulement 2 maisons de santé pluriprofessionnelles ouvertes avec un projet de santé labellisé par l'ARS (Breil-sur-Roya et Valdeblore) et un pôle de santé sur Nice en quartier prioritaire de la ville (PS3M quartier des Moulins), l'action conjuguée de l'ARS et de ses partenaires permet de compter aujourd'hui dans le département **14 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ; 14 Maisons de santé pluri professionnelles (MSP) ; 2 Maisons de santé rurales (MSR).**

Structures d'exercice coordonné et maillage régional des CPTS



Structures d'exercice coordonné et maillage départemental des CPTS



DANS LE 06

↘ 5 CPTS avec ACI signés

↘ 9 CPTS avec projet avancé

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

– L'espérance de vie à la naissance des habitants des Alpes-Maritimes s'élevait en 2021 à 80,1 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes, contre respectivement 79,2 ans et 85,2 ans en moyenne nationale.

– Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020, 12 422 décès toutes causes ont été recensés dans le département contre 11 785 en moyenne sur la même période, entre 2018 et 2019. Cela représente un excédent de 641 morts dans le département soit une augmentation de 5,2 % par rapport à 2018-2019. Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020, le département des Alpes-Maritimes présente une sous-mortalité toutes causes significative par rapport à la France, Un décès sur deux est lié à un cancer ou une maladie de l'appareil circulatoire dans le département.

– Les principales causes de décès dans les Alpes-Maritimes étaient les cancers (25,3 %), les maladies de l'appareil circulatoire (25,1 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (7,3 %). Ce département se distingue ainsi de la région, dans laquelle les traumatismes constituent la 3^{ème} cause de décès.

Une sous-mortalité par rapport à la France entière pour différentes causes de mortalité

– Sur la période 2014-2016, 1 238 décès prématurés ont été enregistrés en moyenne chaque année dans le département, soit une mortalité prématurée significativement moins élevée qu'en France entière (- 6,9 %), chez les hommes comme chez les femmes. La sous mortalité significative relevée dans les Alpes-Maritimes par rapport à la France entière est due à plusieurs causes de décès : les tumeurs (- 8,9 %), les suicides (- 5 %), l'alcoolisme (- 4,3 %).

– Ces constats mettent en évidence l'importance de renforcer des actions de prévention et de promotion de la santé dans le département.

Des disparités territoriales de mortalité prématurée importantes observées au sein du département

– La mortalité prématurée est élevée dans certains cantons du Haut-Pays et dans les grandes villes du département. La mortalité prématurée, survenue avant l'âge de 65 ans, est un puissant marqueur d'inégalités sociales de santé. Un tiers des décès prématurés serait évitable par une réduction des comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, conduites dangereuses).

– Deux cantons du Haut-Pays, frontaliers de l'Italie, se distinguent par une mortalité prématurée particulièrement élevée (+ 153 % dans le canton de Tende, + 77,5 % dans celui de Saint-Etienne-de-Tinée) de même que les plus grandes villes du département (+ 37,2 % à Cannes, + 22 % à Nice et + 21,6 % à Grasse). À l'inverse, plusieurs cantons du Moyen-Pays et du littoral présentent une sous-mortalité prématurée significative par rapport à la région (respectivement - 24,7 %, - 17,5 % et - 9,8 % dans les cantons de Tourrette-Levens, Valbonne et Le Cannet).

Des données de mortalité moins favorables à Nice, Grasse et dans plusieurs cantons du Haut-Pays

– Certains territoires des Alpes-Maritimes présentent des données de mortalité moins favorables que le reste du territoire : il s'agit notamment des communes de Nice (surmortalité prématurée, par maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, maladies infectieuses, cancers, dont cancers du poumon et du sein) et Grasse (surmortalité prématurée, par maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, pathologies liées à l'alcool), et de certains cantons du Haut-Pays comme Saint-Etienne-de-Tinée (surmortalité prématurée, par maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, maladies du système nerveux et traumatismes), Puget-Théniers (surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, traumatismes dont accidents de la vie courante), Sospel (surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire, maladies du système nerveux, traumatismes dont accidents de la vie courante) et Tende (surmortalité prématurée, par maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, maladies du système nerveux).

– À l'inverse, le canton littoral de Villefranche-sur-Mer se distingue par des données de mortalité particulièrement favorables (sous-mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, maladies du système nerveux, maladies infectieuses, traumatismes dont suicides, cancers dont cancers du poumon et du sein).

Une problématique importante liée aux hépatites virales et au VIH dans le département

– Le Bulletin de Santé Publique de décembre 2021 sur surveillance et prévention des infections à VIH montre que la région PACA reste la deuxième région de France métropolitaine la plus concernée par l'épidémie à VIH après l'Île de France. Si les diagnostics de VIH sont en baisse chez les personnes nées en France, les découvertes de séropositivité augmen-

tent en PACA chez les personnes nées à l'étranger, notamment en dehors de l'Afrique subsaharienne. La part des nouveaux diagnostics chez les HSH nés à l'étranger a d'ailleurs doublée en 2020 par rapport à 2017-2019, passant de 11 % à 23,4 %.

– La part des personnes originaires d'un autre pays que la France ou l'Afrique subsaharienne a augmenté en 2020 par rapport à 2017-2019 et représentait plus d'un tiers des nouvelles découvertes d'infection à VIH sur le territoire du COREVIH Paca Est (est du Var et Alpes-Maritimes). Sur ce territoire, les nouvelles contaminations étaient majoritaires chez les HSH (66 %) et la part des HSH nés à l'étranger a triplé en 2020. Les nouvelles découvertes diagnostiquées à un stade précoce sont stables sur PACA-Est en 2020 : 23,7 % versus 25,3 % sur la période 2017-2019. La part des co-infections avec une hépatite B ou C a très légèrement augmenté en 2020 par rapport à la période de référence passant de 5,6 % à 7,8 % pour le VHC et 4,5 % à 5,8 % pour le VHB. Ces données restent plus élevées sur l'Est de la région PACA.

– Selon Géodes de SPF, les Alpes-Maritimes sont le département de la région PACA où le taux d'ALD pour une Hépatite B est le plus élevé : 50,7 / 100 000 hab. Le taux régional est par ailleurs de 42,7 / 100 000 légèrement inférieur au taux national (France métropolitaine & DROM) de 49,8 / 100 000. Concernant l'hépatite C, le taux départemental de tests Ac anti-VHC confirmés positifs pour la première fois en laboratoire sur les Alpes Maritimes en 2016 est de : 61 / 1000 hab. Ce taux place notre département en 4^e position derrière les Hautes-Alpes (90), le Vaucluse (85) et les Bouches du Rhône (70). Le taux régional pour PACA est identique mais reste supérieur au taux national (France métropolitaine & DROM) de 45 / 1000.

– D'après une étude d'EpiPhare, au deuxième semestre 2018, rapporté à la population des 15 ans et plus, le département des Alpes-Maritimes se classe en 5^{ème} position parmi ceux réalisant le plus d'initiations de PrEP. En 2020, près de 885 patients bénéficient d'une PrEP sur le territoire PACA-Est. Parmi ces usagers de la PrEP, 23 % se déclarent consommateurs réguliers de substances psychoactives. La majorité d'entre eux pratique le chemsex (usage de drogues pendant l'acte sexuel). Trois décès connus de chemsex ont été enregistrés sur les Alpes-Maritimes entre 2019 et 2021 et de nombreuses publications témoignent d'une augmentation de la pratique du chemsex depuis le début de la pandémie Covid-19, en lien avec l'isolement et l'ennui provoqués par les confinements et couvre-feu due à l'épidémie.

La plus faible proportion de bénéficiaires d'une Affection Longue Durée de la région

– En 2017, 157 380 assurés du régime général étaient bénéficiaires d'une Affection Longue Durée (ALD) dans le département, ce qui représentait moins d'1 assuré sur 6 (14,4 %), soit la plus faible part de la région (15,9 %).

– Dans le Haut-Pays, les cantons de Puget-Théniers (18,4 %) et de Tende (18,1 %) se démarquent par une proportion de bénéficiaires d'une ALD particulièrement élevée. En 2013-2014, les principales causes de nouvelles entrées en ALD dans le département (en moyenne 27 800 par an) étaient les tumeurs malignes (n=6495), le diabète non insulino-dépendant (n=3552), les insuffisances cardiaques graves (n=3290) et les affections psychiatriques (n=2500).

– Comparativement à la région, le département enregistre significativement plus de nouvelles entrées en ALD pour les maladies d'Alzheimer (+ 5,1 %) mais significativement moins pour les maladies coronaires (- 8,5 %), le diabète non insulino-dépendant (- 11,6 %), les insuffisances cardiaques graves (- 12,4 %) et les affections psychiatriques (- 14,3 %).

Les conduites addictives dans les Alpes-Maritimes et la région PACA

– Dans le département des Alpes-Maritimes, on estime qu'environ 80 000 personnes ont une consommation excessive d'alcool. 15 000 d'entre elles auraient un risque de dépendance. Si ces consommations problématiques sont observées dans toutes les catégories sociales, elles sont souvent repérées chez les jeunes, les personnes vivant en milieu rural, les personnes en très grande précarité et parmi les parents d'enfants pris en charge par l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance).

– Concernant la consommation quotidienne de tabac, le taux régional de fumeurs masculins au niveau régional est comparable au taux national (30,7 % vs 30,8 %), alors que ce taux est supérieur parmi les femmes (27,1 % vs 24,1 %).

– L'usage régulier de cannabis est relativement stable, mais il est plus élevé dans la tranche des 15-25 ans.

– Dans le département des Alpes-Maritimes, on estime à environ 9 000 expérimentateurs d'héroïne. Deux types de consommation sont repérés : une consommation régulière et une consommation récréative. En ce qui concerne les consommations

régulières, les usagers sont majoritairement des hommes âgés de 35 à 50 ans et en situation de précarité. Pour les consommations récréatives, on retrouve un public jeune en rupture familiale et / ou sociale, mais aussi un public socialement inséré.

La consommation de cocaïne concerne la population générale. On estime sur la base des consommations en PACA à 42 000 expérimentateurs et 11 000 consommateurs dans la population départementale dans l'année.

– Enfin, 14 000 jeunes entre 15 et 30 ans auraient expérimenté des amphétamines ou MDMA (ecstasy, molécule psychostimulante de la classe des amphétamines).

Données ARPAS sur les auteurs de violences conjugales au 30 octobre 2021

o Juridiction de Nice :

- 31 suivis pour obligation de soins, dont 14 situations d'addiction avérées ;
- 67 personnes sur les stages, dont 16 personnes concernées par l'addiction

o Juridiction de Grasse :

- 48 suivis pour obligation de soins dont 22 situations d'addiction avérées ;
- 47 personnes sur les stages

I Les interruptions volontaires de grossesse

– En 2020, nous comptons 21 902 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) réalisées en région PACA, dont 4 595 dans les Alpes-Maritimes, soit un taux de de recours à l'IVG de 20,58 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, chiffre proche de la moyenne régionale (20,92) mais supérieur à la moyenne nationale (14,9 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans).

– Au niveau national, l'année 2020 se distingue par une baisse marquée du nombre des IVG réalisées dans les établissements de santé (154 000 contre 170 000 en 2019), tandis que les IVG médicamenteuses hors établissement ont augmenté au même rythme que les années précédentes (67 800 contre 62 000 en 2019). 72 % du total des IVG sont médicamenteuses, qu'elles soient réalisées en établissement ou non. La région PACA connaît la même évolution avec une diminution du taux de recours entre 2019 et 2020 (diminution d'1,2 % environ).

I La consommation de psychotropes

– Une consommation de médicaments psychotropes moins élevée dans les Alpes-Maritimes que dans la région

– En 2016, 17,1 % des assurés du régime général habitant le département des Alpes-Maritimes ont eu au moins un remboursement de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques-hypnotiques ou neuroleptiques), un des chiffres les plus bas de la région (18,5 %) derrière les Hautes-Alpes (16,8 %). À noter des remboursements de neuroleptiques (+33,1 %) et d'antidépresseurs (+5,1 %) significativement plus fréquents dans la commune de Nice que dans le département et la région.

I Les actes de prévention

– La réalisation de bilans bucco-dentaires chez les enfants de 6 ans est élevée, sauf dans certaines grandes villes du département. En 2015, la moitié des enfants âgés de 6 ans (49,7 %) résidant dans les Alpes-Maritimes ont bénéficié d'un bilan de santé bucco-dentaire ou d'une consultation chez un dentiste libéral, un chiffre plus élevé que dans la région (47 %).

– Chez les bénéficiaires de la CMUC, la réalisation des bilans bucco-dentaires s'élevait à 45,6 %, un des chiffres les plus élevés de la région (38,2 %). La proportion d'enfants ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire dans le département est en constante augmentation depuis 2012 : entre 2012 et 2014, les Alpes-Maritimes était le département de la région qui présentait les données les moins favorables.

– Certaines grandes villes côtières du département, comme Menton (33,1 %), Cannes (39,5 %) et Nice (40,7 %) se distinguent par une réalisation moins fréquente de bilans bucco-dentaires que dans le reste du département et dans la région.

– Selon l'Association Française Dentaire, une mauvaise hygiène dentaire a des conséquences majeures sur la santé globale et sur la qualité de vie des personnes, certaines étant irréversibles (caries, maladies des gencives, halitose, mais aussi risque de maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète...).

I Dépistage organisé du cancer

– La participation au dépistage organisé du cancer du sein qui restait assez faible aux extrémités du département a augmenté ces dernières années.

Entre 2020 et 2021 le taux de participation a été de 44,93 % dans les Alpes-Maritimes comparativement à un taux national de participation 42,8 % au cours de l'année 2020. L'année 2021 a même été une très bonne année dans les Alpes-Maritimes (avec +10 % par rapport à 2019). Ce chiffre n'avait jamais été atteint depuis 7 ans.

– Le dépistage du cancer du côlon est en augmentation depuis 2018 (2019 : arrêt du test, 2020 : COVID) de 17 % en 2021.

– Le dépistage du cancer du col de l'utérus est également en augmentation : il est passé de 50,8 % en 2020 à 51,8 % en 2021.

DONNÉES POUR ARS 06 ALPES-MARITIMES	2016-2017	2018-2019	2020-2021
DO Cancer du sein			
Population cible	181 281	183 278	160 490
Nombre de Mammographies	74 170	73 098	72 216
Taux de participation	40,91	39,88	44,93
Taux de participation Région	40	39,3	35 (2019-2020)
Taux de participation National	49,7	49,1	45,6 (2019-2020)
DO Cancer Colo-rectal			
Population cible	339 118	342 985	344 610
Nombre de TESTS	73 008	74 965	75 833
Taux de participation	21,53	21,86	22,01
Taux de participation Région			24,6 (2019-2020)
Taux de participation National			28,9 (2019-2020)

I La vaccination

– La vaccination est un des outils majeurs de santé publique en matière de prévention. Il existe en France une relative défiance à l'égard de la vaccination, qui se traduit par une couverture insuffisante pour certains vaccins, susceptible de conséquences infectieuses graves.

– Néanmoins, d'après Santé publique France, en 2020, sur la base du dernier baromètre santé, 80,0 % des personnes interrogées déclarent être favorables à la vaccination en général, résultat significativement plus élevé que ceux obtenus les années précédentes (73,9 % en 2019 notamment).

– Dans le Bulletin de santé publique de mai 2021 axé sur la région PACA, il est mis en avant les points clés suivants :

- l'augmentation du recours à la vaccination chez les nourrissons nés depuis le 1^{er} janvier 2018 pour lesquels s'applique l'extension de l'obligation vaccinale ;
- l'augmentation des couvertures vaccinales chez les enfants nés avant l'entrée en application de la loi, notamment pour la 1^{ère} dose du vaccin HPV chez les jeunes filles de 15 ans ;
- l'augmentation de la couverture vaccinale anti-grippale entre 2019 et 2020 chez les personnes âgées de 65 ans et plus, probablement liée en partie au contexte sanitaire de la COVID-19.

DONNÉES EN ADDICTOLOGIE

SIRSé PACA							
	Code	04	05	06	13	83	84
Référentiel géographique : département		Alpes-de-Hautes-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
	Libellé						
Part de la population âgée de la classe d'âges considérée 2017 30 - 44 ans		16,3	17,6	18,1	18,7	17,1	17,6
Part de la population âgée de la classe d'âges considérée 2017 15 - 29 ans		13,6	13,9	15,7	17,8	14,7	16
Taux de chômage chez les 15-64 ans (RP) 2017 TOTAL		14,6	10,6	13,7	14,9	14,8	16,9
Nb. de décès par consom. excès. d'alcool 2012 - 2016 Ens. des pathol. liées à l'alcool TOTAL		56	35	272	439	310	162
Indice comp. de mortalité par troubles mentaux (base 100 : Paca) 2012 - 2016 Psychose alcoolique et alcoolisme TOTAL		124,6	84,9	121,3	78,4	108,2	112
Indice comp. de mortalité par consom. excès. d'alcool (base 100 : Paca) 2012 - 2016 Ens. des pathol. liées à l'alcool TOTAL		119,6	90,6	95,1	92,7	107,1	116,3
Indice comp. de rec. à un psych. lib. d'alcool (base 100 : Paca) 2019 TOTAL borne inf. de l'IC		59,1	24,3	109,6	119,1	87,8	48,9
Indice comp. de rec. à un psych. lib. d'alcool (base 100 : Paca) 2019 TOTAL		61,1	25,7	110,6	119,8	88,8	50
Indice comp. de rec. à un psych. lib. d'alcool (base 100 : Paca) 2019 TOTAL borne sup. de l'IC		63,3	27,2	111,6	120,6	89,7	51
ICM par mal. infect. et parasit. (base 100 : Paca) 2012 - 2016 Hépatites virales TOTAL		85,9	N/A - Secret statistique	132,2	102,2	86,6	68

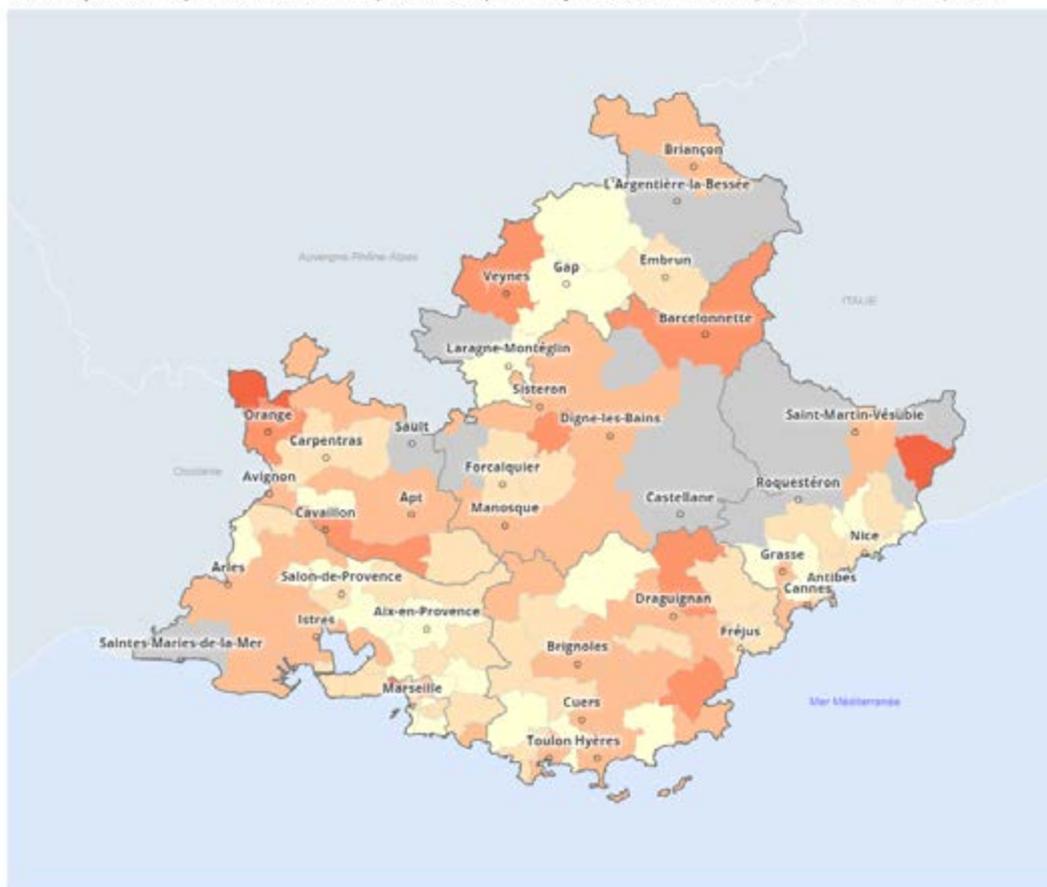
L'Indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une population au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux d'une population de référence (mortalité type : celle de la région Paca pour la période sélectionnée).

Les analyses ont porté sur la cause initiale du décès. Les données de mortalité comportent certains biais (qualité variable de la certification, décès de cause inconnue, effet compétitif des causes de décès) qu'il est important de prendre en compte dans l'analyse des disparités spatiales de mortalité.

Données infra départementales à l'échelle des Espaces de Santé de proximité de PACA

Indice comparatif de mortalité par consommation excessive d'alcool (base 100 : Paca) 2012-2016 – Ensemble des pathologies liées à l'alcool – Total

Indice comp. de mortalité par consom. excès. d'alcool (base 100 : Paca) - Ens. des pathol. liées à l'alcool - total, 2012-2016 - Source : Insm CspDC, Insee



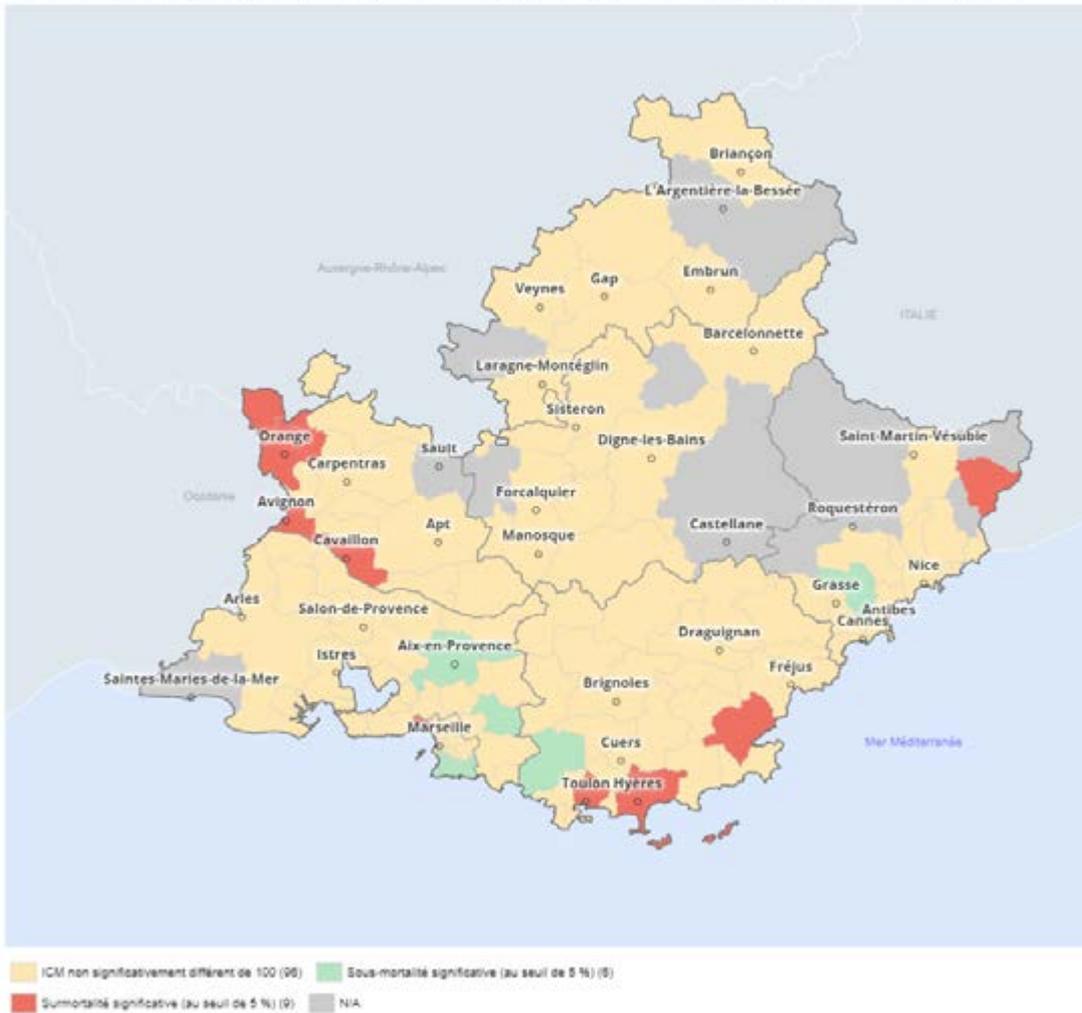
Indice comparatif de mortalité par consommation excessive d'alcool (base 100 : Paca) 2012-2016 - Ens. des pathol. liées à l'alcool - total

les 10 premiers	
Territoires	Valeur
1313F - Marseille - 16ème arrondissement	212,4
0612C - Breil-sur-Roya	206,2
8414B - Bollène	164,4
0411E - Barcelonnette	154,7
0511D - Veynes	151,9
8414A - Orange	144,2
8321C - Sainte-Maxime	143,1
0411D - Château-Arnoux-Saint-Auban	139,9
8412E - Cadenet	138,8
8322D - Figanières	136,3
les 10 derniers	
Territoires	Valeur
0511B - Saint-Bonnet-en-Champsaur	72,7
1321A - Aix-en-Provence	72,3
1332D - Tarascon	71,5
0611F - Tourrette-Levens	70,7
1314B - Auriol	69,3
8322E - Aups	68,7
8311H - Saint-Cyr-sur-Mer	67,9
1311A - Marseille - 8ème arrondissement	61,8
1312A - Marseille - 9ème arrondissement	60,9
0621D - Valbonne	51,5

Significativité de l'Indice comparatif de mortalité par consommation excessive d'alcool

(base 100 : PACA) 2012-2016 - Ensemble des pathologies liées à l'alcool – Total

Signific. de l'ICM par consom. excès. d'alcool (base 100 : Paca) - Ens. des pathol. liées à l'alcool - total, 2012.2016 - Source : Insee CAPIOC, Insee

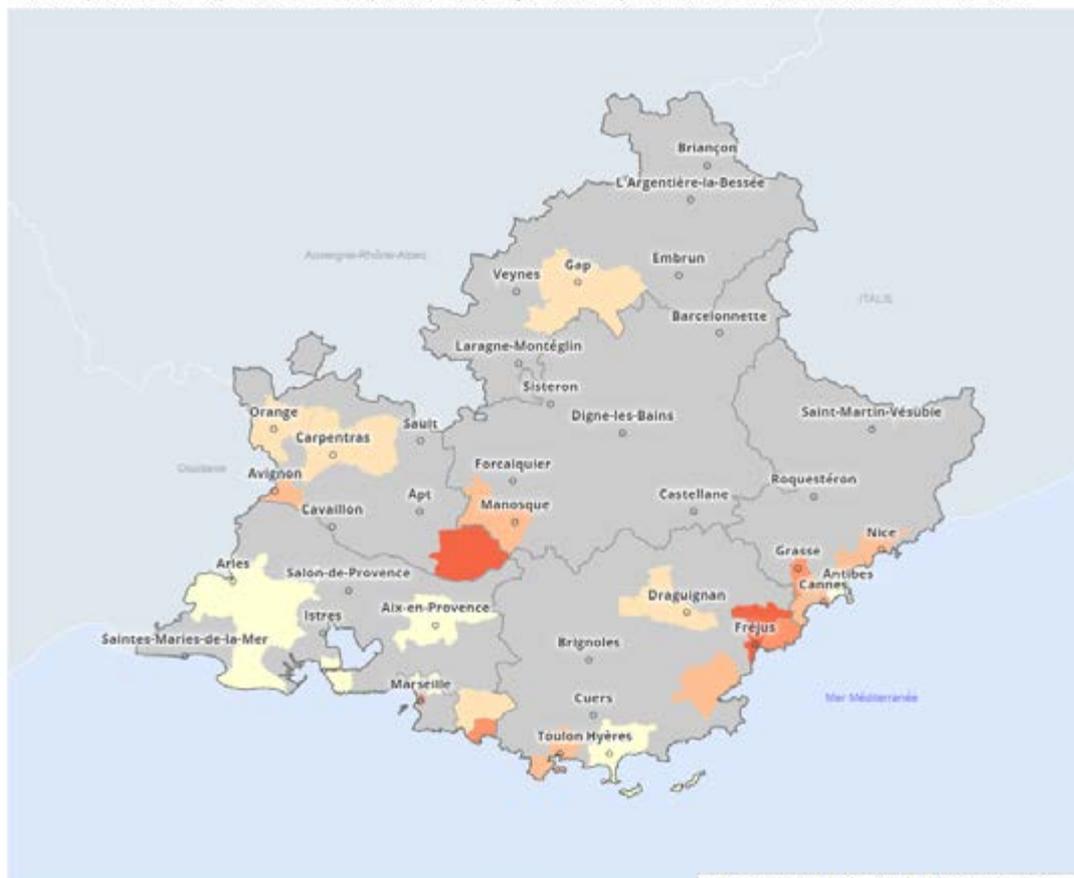


Sur les Alpes-Maritimes, on note une sur-mortalité significative dans le territoire de Breil-sur-Roya.

Indice comparatif de mortalité par troubles mentaux

(base 100 : PACA) 2012-2016 – Psychose alcoolique et alcoolisme – Total

Indice comparatif de mortalité par troubles mentaux (base 100 : Paca) - Psychose alcoolique et alcoolisme - total, 2012-2016 - Source : Inserm CépiDc, Insee



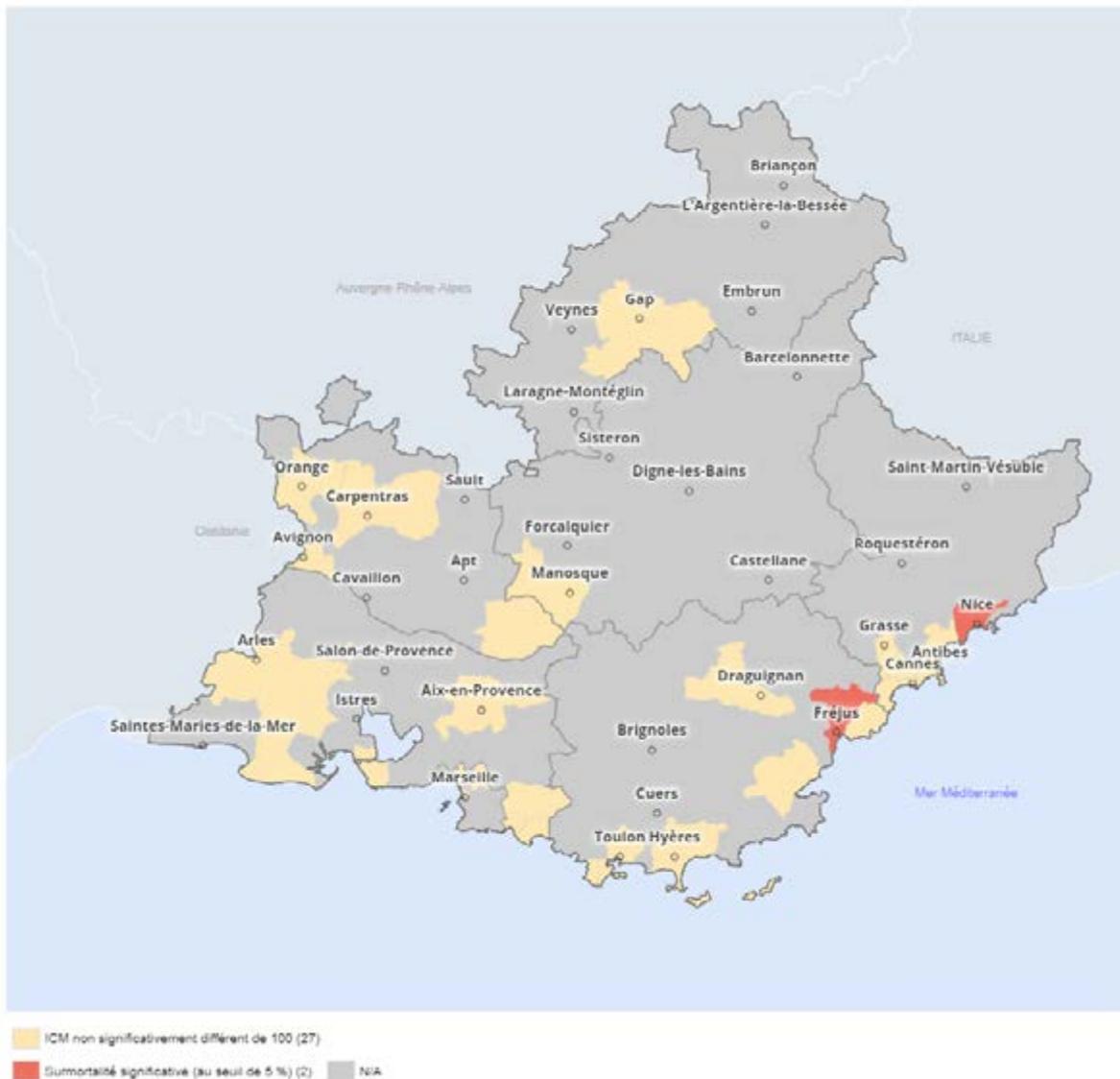
Indice comparatif de mortalité par troubles mentaux (base 100 : Paca) 2012-2016 - Psychose alcoolique et alcoolisme - total

Les 10 premiers	
Territoires	Valeur
8412C - Pertuis	180,5
1311C - Marseille - 1er arrondissement	178,2
8321A - Fréjus	170,7
1313G - Marseille - 3ème arrondissement	167,4
8321B - Saint-Raphaël	162,4
0621C - Grasse	154,7
1314C - La Ciotat	146,5
0611B - Cagnes-sur-Mer	143,5
8411A - Avignon	142,7
8321C - Sainte-Maxime	138,8
Les 10 derniers	
Territoires	Valeur
8414A - Orange	98,7
8322A - Draguignan	94,6
0511A - Gap	86,0
0622A - Antibes	84,2
8311B - Hyères	84,0
1313C - Marseille - 15ème arrondissement	83,6
1351B - Martigues	79,5
1321A - Aix-en-Provence	74,4
1313B - Marseille - 13ème arrondissement	74,3
1332A - Arles	73,7

Significativité de l'Indice comparatif de mortalité par troubles mentaux

(base 100 : PACA) 2012-2016 – Psychose alcoolique et alcoolisme – Total

Signific. de l'ICM par troubles mentaux (base 100 : Paca) - Psychose alcoolique et alcoolisme - total, 2012-2016 - Source : Inseem CépiDC, Insee

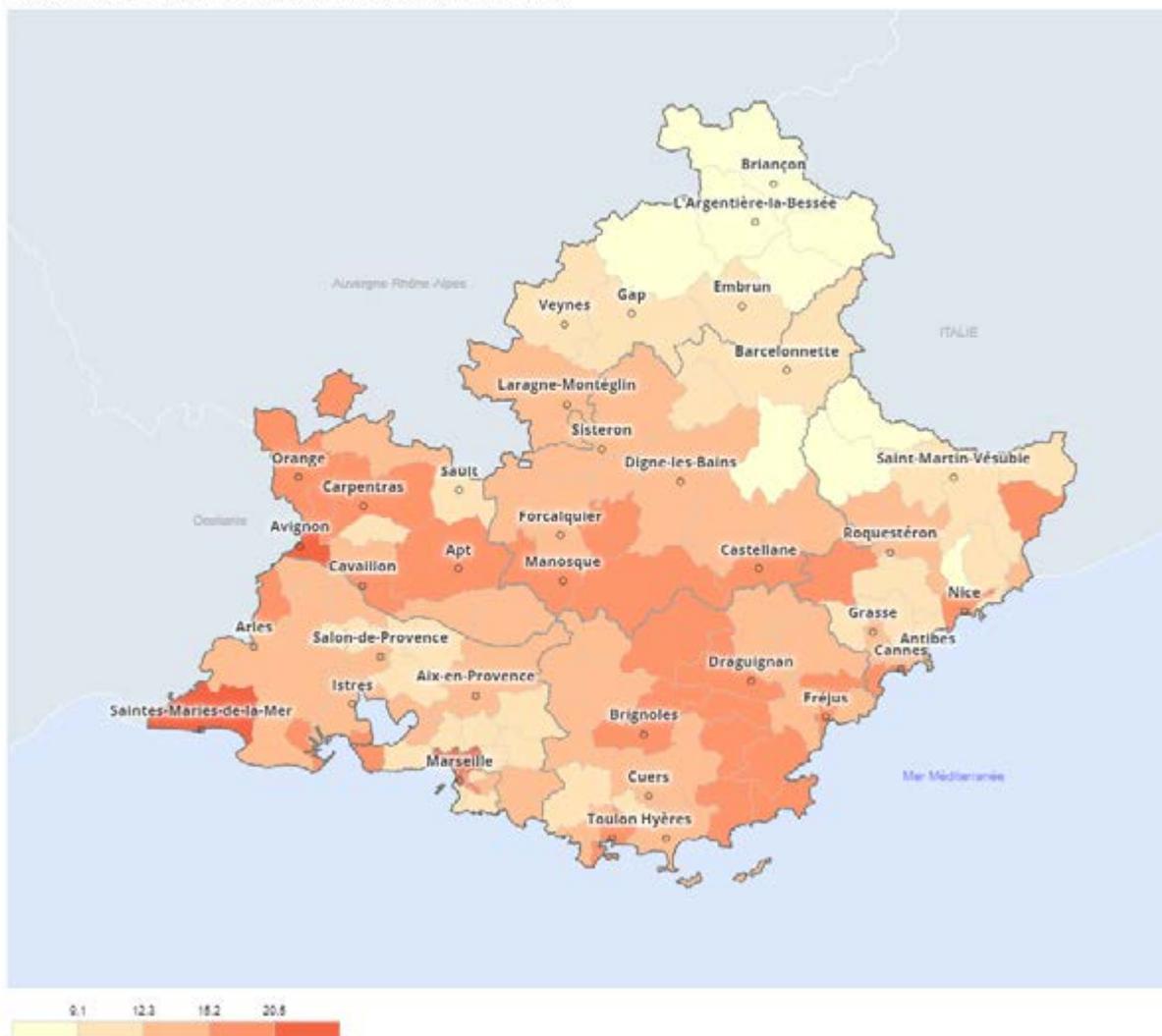


➤ Sur les Alpes-Maritimes, on note une sur-mortalité significative dans le territoire de Nice.

Comparatif avec les données de taux de chômage chez les 15-64 ans par espaces de santé de proximité en 2017

La médiane en PACA est de 13,6 %.

Taux de chômage chez les 15-64 ans (RP) - Total, 2017 (%) - Source : Insee, RP



Dans les Alpes-Maritimes, les territoires où le taux de chômage pour cette classe d'âge est le plus important sont : Cannes (17,3 %), Breil sur Roya (16,7 %), Andon (15,6 %) et Nice (15,4 %).

RETOUR SUR LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19

LA CONSOMMATION D'ALCOOL DURANT LA CRISE SANITAIRE

Durant le confinement, parmi les consommateurs d'alcool interrogés :

- 11 % déclarent avoir augmenté leur consommation ;
- 24 % indiquent l'avoir diminuée ;
- elle serait restée stable pour 65 % des consommateurs d'alcool.

Parmi ceux qui déclarent avoir augmenté leur consommation :

- 51 % déclarent avoir augmenté leur fréquence de consommation ;
- 10 % déclarent avoir augmenté le nombre de verres et 23 % les deux paramètres.

L'augmentation de la consommation d'alcool est plus fréquemment mentionnée par les moins de 50 ans (entre 14 % et 17 % selon les classes d'âge), les individus vivant dans une ville de plus de 100 000 habitants (13 % contre 9 % des habitants d'agglomérations de moins de 100 000 habitants) et les parents d'enfants de moins de 16 ans (18 % contre 8 % des répondants n'ayant pas d'enfant de moins de 16 ans).

« L'ennui, le manque d'activité, le stress et le plaisir sont les principales raisons mentionnées par les fumeurs ou usagers d'alcool ayant augmenté leur consommation. On note également que l'augmentation aussi bien pour le tabac que pour l'alcool est corrélée au risque d'anxiété et de dépression » constate Viêt Nguyen Thanh, responsable de l'unité addictions à la direction de la prévention et de la promotion de la santé à Santé Publique France.

DES DISPOSITIFS D'AIDE À DISTANCE POUR AIDER CHACUN PENDANT LE CONFINEMENT, ET APRÈS

En dehors de la médecine de ville sollicitée durant l'épidémie de la COVID-19, les personnes rencontrant des problématiques addictives ont pu compter sur le soutien d'associations et de dispositifs d'aide à distance (Tabac Info Service, Alcool Info Service...).

Source : Communiqué de presse provenant de Santé Publique France, paru le 13 mai 2020, sur l'impact du confinement sur la consommation des Français.

ALCOOL ET TABAC : UNE ACCESSIBILITÉ RESTÉE FORTE

L'offre d'alcool et de tabac a été peu altérée par le confinement, avec une augmentation des consommations : les boissons alcoolisées sont restées disponibles et accessibles durant toute la période. Les commerces de détail d'alcool ont bénéficié d'un soutien public, avec la garantie de commercer (classement en produit « de première nécessité » et notion de « commerce essentiel ») mais aussi d'un appui privé. Si, en France, les bars et les restaurants ont été fermés par décret, l'alcool est resté accessible dans les supermarchés et chez les détaillants (cavistes).

Source : Les addictions en France au temps du confinement. OFDT Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, septembre 2020.

CONSÉQUENCES DE LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID 19 EN MATIÈRE DE CONDUITE ADDICTIVE SUR LA POPULATION

RISQUES LIÉS À LA SITUATION DE CONFINEMENT

– Augmentation du stress et de l'anxiété avec des réactions de colère, d'évitement, de violence envers soi-même ou les autres. Décompensation de troubles psychiatriques pour des personnes jusqu'alors stabilisées ;

– Difficultés d'accéder aux produits psychoactifs pour les personnes consommatrices pouvant entraîner des violences liées aux situations de manque ou à de véritables syndromes de sevrage (en cas d'arrêt brutal des consommations chez un consommateur dépendant) dont certains sont des urgences médicales (delirium tremens, risque vital, sevrage aux opiacés) ;

– Consommation d'alcool rapidement et en forte quantité ou consommation d'autres produits psychotropes de remplacement mal contrôlés par peur du manque ou favorisée par le stress du confinement, avec risques de surdosage (notamment opioïdes) ou troubles du comportement et chutes ;

– Rupture du confinement pour accéder aux produits habituellement consommés (contacts rapprochés sur les lieux de deal ; sorties fréquentes pour acheter et consommer notamment de l'alcool).

Référence sondage Addictions France

Le Docteur Ariel Revah, lors d'un staff addictologique organisé par le Dr Cherikh, indique que « le confinement a augmenté toutes les compulsivités, le craving a augmenté pour toutes les addictions durant la crise » (définition du craving : une impulsion vécue sur un instant donné, véhiculant un besoin irrépressible de consommation d'un produit psychoactif et sa recherche compulsive ou encore l'application d'un comportement).

L'effondrement du moral des Français, notamment des plus fragiles, est la toile de fond de cette augmentation des conduites addictives. Plus d'un Français sur deux estime que la crise sanitaire et les restrictions vécues ont eu un impact négatif sur son moral (56 %). Preuve du lien entre souffrance psychologique et conduites addictives, la vulnérabilité de certaines populations face aux addictions est manifeste.

L'étude de BVA-Addictions France révèle de fortes inégalités concernant l'impact de la crise sanitaire sur les conduites addictives : pour certaines populations (chômeurs, poly-consommateurs - on désigne par ce terme les consommateurs d'au moins 2 produits alcool au-delà des repères de consommation, tabac ou cannabis -, étudiants, précaires), les consommations à risque flambent. Entre autres chiffres :

– 56 % des personnes en situation financière difficile admettent qu'il était difficile de maîtriser certaines consommations à risques en période de confinement (vs 38 % en moyenne).

– 45 % des poly-consommateurs ont augmenté leur consommation d'alcool (vs 21 % en moyenne).

Les personnes suivies pour addiction font état d'un fort besoin d'accompagnement, suite à une année marquée par une augmentation de leurs conduites addictives et un accès aux soins plus limité. Ainsi 78 % estiment avoir davantage besoin d'accompagnement pour leur problème d'addiction qu'il y a 1 an, 43 % beaucoup plus qu'avant et 35 % un peu plus qu'avant). Et pourtant, 39 % d'entre eux ont dû renoncer à se faire accompagner, soit parce qu'ils ont eu des difficultés à obtenir un rendez-vous, soit parce qu'ils ne savaient pas vers quelles structures se tourner.

**Source : ETUDE BVA-ADDICTIONS FRANCE ,
Communiqué de presse du 8 avril 2021.**

Selon l'Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, en 2019, 88 % des collégiens déclaraient surfer sur Internet tous les jours (enquête EnCLASS) ; ils étaient 23 % en 2003 (Enquête ESPAD). Si ces outils constituent indéniablement des vecteurs de socialisation (Gommans et al., 2015), d'information ou de loisirs, leurs usages intensifs à des âges précoces peuvent cependant générer des conséquences négatives (réduction du temps de sommeil (Léger et al., 2012), exposition à des images « violentes », difficulté d'apprentissage...). Ils sont donc susceptibles d'entraîner des comportements problématiques, voire de nouvelles formes d'addiction, notamment aux jeux vidéo ou aux réseaux sociaux. Définir et repérer d'éventuels comportements « abusifs » ou problématiques se révèle aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. La crise sanitaire est venue amplifier ces comportements.

Horizon Multimédia intervient dans le champ des addictions sans substance et du développement des compétences psychosociales. À travers un questionnaire, il interroge les élèves chaque année afin de faire un état des lieux de leur consommation et de leurs pratiques numériques.

Pour l'année 2020-2021, sur le département des Alpes-Maritimes :

– Horizon Multimédia est intervenu auprès de 3 461 élèves âgés entre 9 et 11 ans dans des établissements scolaires en Rep et Rep +.

Le temps passé sur les écrans ne cesse d'augmenter avec 1 élève sur 3 qui passe plus de 6h par jour connecté, tous écrans confondus avec des impacts sur leur santé, leur vie scolaire et sociale.

85 % de ces mêmes élèves jouent à des jeux non conseillés avant l'âge de 18 ans et sont à 75 % inscrits sur deux à trois réseaux sociaux.

Selon l'enquête Covi Prév de Santé Publique France, il est constaté une augmentation du temps d'écran pour 59 % des personnes interrogées. Le Dr Hervé Martini (Addictions France) indique qu'« Il faut effectivement rester attentif à cette question pour les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 25 ans, car ce sont des périodes de la vie où les connexions cérébrales, et donc en quelque sorte, les mécanismes du cerveau, se mettent en place. Ils peuvent s'y intéresser au point d'expérimenter puis devenir rapidement dépendant. Ainsi, on sait que certains contenus sont plus addictogènes que d'autres, comme les jeux en ligne, ou les jeux de hasard ».

– Horizon Multimédia est intervenu auprès de 1 828 élèves âgés de 5 ans dans des établissements scolaires en Rep et Rep +.

Il en ressort que 87 % des élèves âgés de 5 ans utilisent les écrans et 50 % des élèves sont consommateurs de jeux vidéos non adaptés à leurs âges.

Selon une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) conduite par une équipe de Rennes entre le 01/01/2020 et le 31/12/2020 sur Rennes, sur un public âgé entre 3,5 et 6,5 ans, les enfants exposés aux écrans le matin avant l'école maternelle et qui discutent rarement voire jamais du contenu de ces écrans avec leurs parents multiplient par 6 leur risque de développer des troubles primaires du langage. **La prévention en la matière doit commencer dès le plus jeune âge.**

La crise sanitaire a donc eu des répercussions manifestes sur les conduites addictives, avec à la fois une augmentation de la consommation chez des personnes « addict » mais aussi une prévalence de nouveaux consommateurs.

SYNTHESE DU RAPPORT TREND MARSEILLE-PACA 2020

USAGES ET USAGERS OBSERVÉS DANS LES ESPACES DE LA MARGINALITÉ URBAINE

– Pendant le premier confinement (mars-mai 2020), pour les usagers les plus marginalisés ou en situation de précarité, les situations de consommation ont été contrastées : certains – souvent contraints par le manque de ressources et les difficultés d'accès aux points de vente de rue – ont fait une pause dans leurs consommations ; d'autres – souvent par désarroi ou ennui – ont augmenté leurs consommations, notamment d'alcool et de cannabis. À partir de l'été 2020, il semble que les consommations des usagers en situation de précarité ou de pauvreté soient redevenues semblables à celles observées « d'habitude », à savoir des polyconsommations d'alcool, de cannabis, de médicaments détournés (en particulier Skénan® de Subutex® souvent en injection, Lyrica® ou Tramadol®), et de cocaïne.

USAGES ET USAGERS OBSERVÉS DANS LES ESPACES FESTIFS

– Du fait des mesures restrictives liées à l'épidémie de la COVID-19, la scène festive publique a été désorganisée et les pratiques et consommations des publics très diverses : pendant l'été, lorsque l'offre festive publique était possible, les observateurs n'ont pas noté de changements majeurs dans les produits, les modes de consommations ou les quantités consommées. Mais les périodes de confinement et de couvre-feu ont été l'occasion de nombreuses fêtes privées, à domicile, qui ont favorisé la circulation et la consommation de produits : nombre d'entre eux témoignent avoir consommé davantage (du fait de la disponibilité des produits sur place et de l'absence de contraintes ou de contrôles), et avoir consommé avec moins d'espacement des prises (du fait du temps plus court de ces soirées). Pourtant, la plupart des interlocuteurs témoignent aussi ne pas retrouver dans ces fêtes privées les qualités des soirées publiques, qui reposent sur l'expérience sociale de rencontres improbables que les soirées privées ne permettent pas, et sur l'expérience esthétique musicale que permettent les programmations professionnelles. Ainsi, ces usagers précisent que l'augmen-

tation de leurs consommations est principalement motivée par le besoin de combler l'ennui, le manque de sorties, de rencontres, de musique et de danse. – En CSAPA - CAARUD, il est relevé la « disparition » d'une partie des personnes suivies, et de nouvelles demandes. Pour les professionnels et bénévoles du soin et de la RDRD, si l'ensemble des structures et des équipes ont pu maintenir la continuité de l'offre de soin et d'accès aux traitements de substitution et à la RDRD, ils témoignent en fin d'année 2020 d'un essoufflement lié à la densité du travail exigée par la situation sanitaire et la nécessité d'adaptation incessante face aux mesures successives de restriction.

– Tous les CSAPA auditionnés et une partie des CAARUD soulignent avoir « perdu de vue » une partie importante (de 10 à 30 % selon les structures) des usagers habituels de leur file active au moment du premier confinement, et ne plus les avoir revus depuis l'été 2020 : particulièrement des personnes en situation de pauvreté, suivies pour leurs traitements de substitution ou pour leurs consommations d'alcool, cocaïne et médicaments détournés. Pour ces personnes « perdues de vue » qui étaient sans domicile, il est probable que les dispositifs d'accueil d'urgence mis en place et maintenus durant l'année les aient éloignés des CAARUD et CSAPA où ils consultaient habituellement, sans que ces structures ne puissent les retrouver ; mais rien ne permet de savoir si l'accompagnement a pu être suivi ailleurs ou par d'autres intervenants. En parallèle de ces « perdus de vue », les mêmes structures ont vu arriver de nouveaux usagers, et ont été interpellées sur des problématiques qui ne leur parvenaient pas jusque-là : par des personnes plus insérées, qui se « découvraient » des difficultés liées à leurs consommations, ou qui les découvraient chez des proches ; ou par des personnes dont les consommations se sont amplifiées en confinement, face à ce qu'ils qualifient de « grande détresse », principalement liée à l'isolement et la solitude.

L'EXPANSION DES CONSOMMATIONS DE COCAÏNE BASÉE

– Les consommations de cocaïne sous forme basée (aussi appelée « crack ») sont plus fréquemment observées. À Nice, Cannes, Avignon, Toulon, Marseille, Aix-en-Provence, et dans les Alpes-de-Haute-Provence, les intervenants signalent « une explosion des consommations de crack. Il est à noter que l'on n'observe pas de marché local du crack, mais les usagers préparent généralement eux-mêmes la base. Ces structures signalent aussi avoir distribué beaucoup plus de matériel pour la consommation de cocaïne basée que les années précédentes (à Avignon, Toulon, Aix-en-Provence ou Marseille) et davantage de matériel de consommation de cocaïne basée jeté dans l'espace public en centre-ville mais aussi dans certaines cités marseillaises. Parmi les consommateurs, on retrouve le profil de « teuffeurs » ou « ex-teuffeurs » ; celui d'une population en grande précarité, usagers réguliers de cocaïne, qui diversifient les modes d'usage (snif, injection, inhalation) ; mais aussi des profils de consommateurs de cocaïne basée que les structures ne voyaient pas jusqu'à récemment : quelques « jeunes branchés » de milieux artistiques et culturels, et plus généralement un profil de personnes de 25 à 35 ans, insérées.

FOCUS PROTOXYDE D'AZOTE

– Le protoxyde d'azote est un gaz utilisé dans le milieu médical pour ses propriétés anesthésiques (MEOPA) ou comme analgésique de courte durée (Kalinox®). Il est également employé comme gaz de pressurisation d'aérosol alimentaire, comme dans les cartouches pour siphon à chantilly ou les aérosols d'air sec. Plus communément appelé « gaz hilarant », les consommateurs en font un usage récréatif en raison de son effet euphorisant de courte durée (quelques minutes).

– On note :

– une augmentation des lieux avec présence de capsules jetées, et sur ces lieux, une augmentation du nombre de capsules, voire des bonbonnes depuis la fin de l'automne 2020 ; et une augmentation au fil de l'année de la visibilité d'adolescents ou de jeunes adultes consommant du protoxyde dans les espaces publics. Cependant, on observe aussi un renouvellement permanent de ces jeunes consommateurs. Cela permet de conclure qu'il s'agirait d'expérimentateurs de consommations non durables ;

– un profil de consommateurs plus réguliers : des jeunes adultes (20-30 ans, et quelques quarantennaires), essentiellement des hommes, dans les quartiers populaires ou sur les plages de Marseille, qui consomment du protoxyde associé à de l'alcool fort (généralement vodka), et ce plusieurs soirs par semaine depuis fin 2019-2020. Ces jeunes hommes témoignent ne pas être de nouveaux usagers de drogues, mais des personnes pour lesquelles le protoxyde prend place dans un ensemble de pratiques de consommations déjà existantes (le plus souvent, alcool et cannabis).

– Ces observations ne permettent pas de conclure à une tendance ni de qualifier ces phénomènes d'augmentation des expérimentations ou d'élargissement en termes de « tendance », dans la mesure où l'expérimentation à l'adolescence ou lors de la jeunesse est un phénomène typique et finalement très classique ; et la consommation de psychotropes pour combler l'ennui est également un phénomène récurrent. Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un « effet de mode » dont bénéficie le protoxyde d'azote, et seule une observation prolongée nous permettra de mieux qualifier ce phénomène émergent.

UN MARCHÉ TRÈS RÉACTIF

– Face aux mesures de restriction et aux difficultés d’approvisionnement, les organisations de vente de drogues illicites ont très rapidement mis en place des modalités de vente et de commercialisation adaptées à la situation : dès fin mars 2020, de nombreux réseaux de trafic commercialisaient leurs produits via des applications numériques (ouvrant leurs propres comptes sur des applications telles que Snapchat, Instagram ou Signal), et l’on a vu s’étendre les zones de livraison de produits vers des villes où ce service était confidentiel (Avignon, Toulon, Martigues...), vers les zones péri-urbaines et rurales, mais aussi sur la totalité du département des Bouches-du-Rhône, garanti en moins d’une heure, quelle que soit l’adresse. On a également relevé de nouvelles pratiques de commandes groupées en drive, via l’envoi de la référence GPS d’un lieu de livraison groupée. De nombreux usagers témoignent avoir débuté le recours à ce type de services (livraison ou drive) lors du premier confinement, et maintenir ces pratiques depuis : « On va moins au quartier du coup, c’est le quartier qui vient à nous. C’est pratique et les prix n’ont pas changé, ils sont très commerciaux, ils offrent des cadeaux, et ils sont hyper rapides ». On a également observé une diversification des packagings (tubes de verre, pochons personnalisés, petites boîtes...).

– Si le marché a clairement fonctionné de mars à juillet 2020, en logique de gestion des stocks / rationnement (avec des produits de qualité moindre et/ou des prix augmentés et / ou des quantités moindres par rapport au poids annoncé), il semble être redevenu stable entre juillet et octobre 2020 sur l’ensemble de la région PACA.

L'ÉTAT DES LIEUX DIAGNOSTIC DU TERRITOIRE

RAPPELS SUR L'ORGANISATION DE LA FILIERE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE

Il existe une prise en charge globale et graduée au sein d'une filière de soins en addictologie : consultations, hôpitaux de jour, hospitalisation complète, ELSA (dispositif transversal).

Une complémentarité ville-hôpital est assurée par le dispositif médico-social et les professionnels du premier recours.

DÉSERTIFICATION MÉDICALE ET HAUT-PAYS

Les Alpes-Maritimes se distinguent par une géographie qui modèle la densité de la population et les modes de vie des habitants entre :

- Une bande côtière densément peuplée qui s'organise autour des villes ;
- Le Moyen-Pays où l'offre de service est moins dense ;
- Le Haut-Pays avec une zone montagneuse composée de trois vallées cloisonnées où les densités de population sont encore moins élevées.

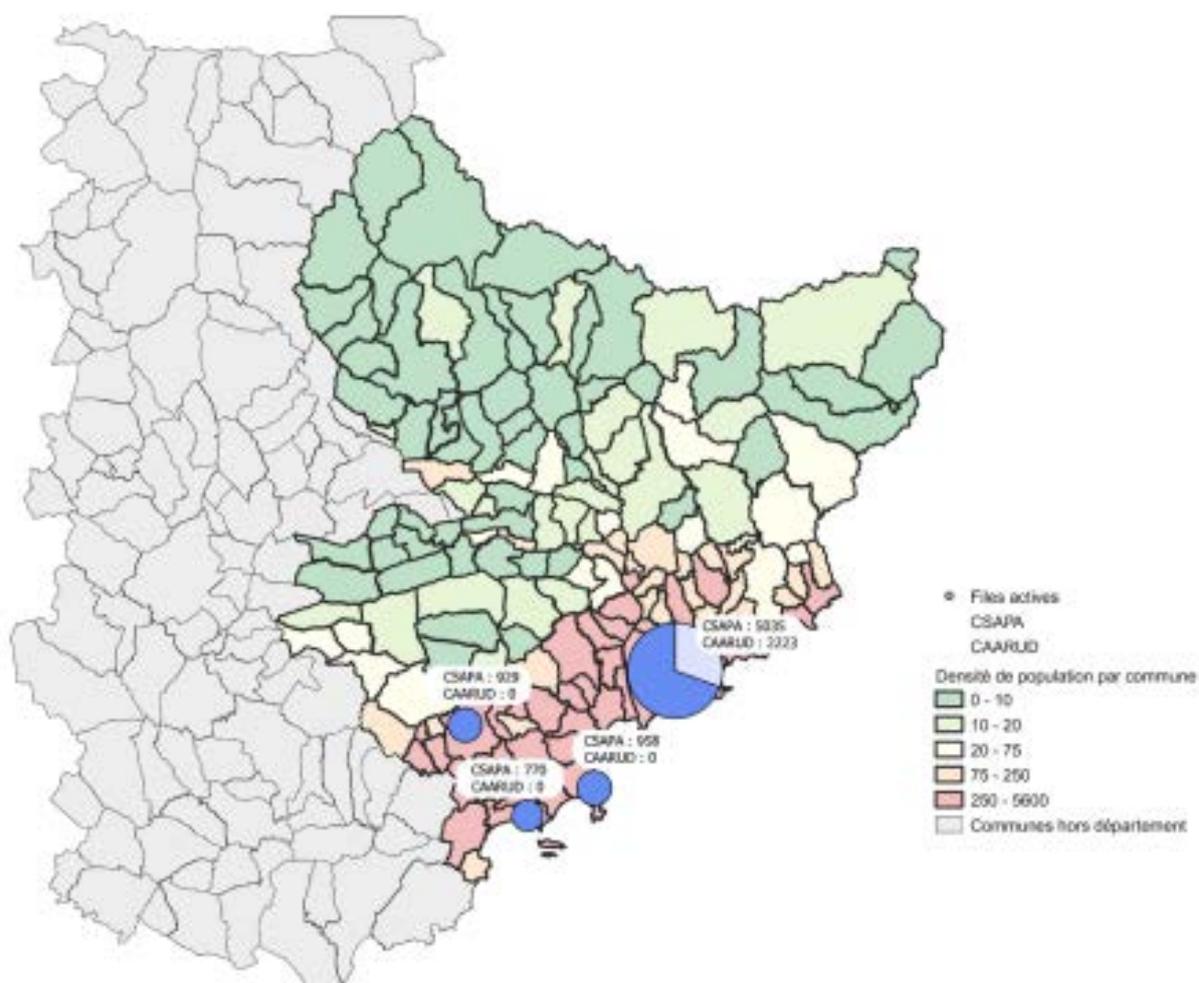
L'organisation des soins se concentre dans les zones les plus peuplées, en milieu urbain, ce qui engendre des inégalités territoriales d'accès à la santé, notamment en termes de réponses sanitaires et médico-sociales dédiées à la prise en charge des addictions.

L'isolement géographique des personnes incite également à des conduites d'alcoolisation au domicile. Les troubles psychiatriques sont également présents, et les professionnels de santé constatent une détresse sociale des habitants pouvant conduire à des dépressions.

Les professionnels notent également une augmentation des usages de drogues illicites et une augmentation des demandes de traitement de substitution tel que la méthadone, notamment chez les saisonniers.

Implantation et file active des CSAPA et CAARUD

Source : OFDT Addictions en Provence-Alpes-Côte d'Azur – Consommations de substances psychoactives et offre médico-sociale – 2019



L'ÉTAT DES LIEUX

RECENSEMENT DE L'OFFRE SANITAIRE

EN ADDICTOLOGIE

1/ OFFRE SANITAIRE DÉDIÉE AUX PATIENTS PRÉSENTANT DES CONDUITES ADDICTIVES SUR LES ALPES-MARITIMES

Centres hospitaliers,
Centres hospitaliers universitaires

L'un des maillons de la filière hospitalière dans la prise en charge des patients présentant des conduites addictives est la consultation en addictologie. Elle est à l'interface des différentes filières qui prennent en charge la problématique des conduites addictives : le dispositif hospitalier en addictologie, l'offre de ville, les dispositifs médico-sociaux et les dispositifs ambulatoires. Ses missions sont centrées sur le soin, la prévention et la formation.

La filière hospitalière peut s'appuyer sur le dispositif ELSA pour l'organisation de l'hospitalisation des personnes présentant des conduites addictives. Les ELSA organisent aussi l'accompagnement ambulatoire des patients dont les besoins de prise en charge font appel à la technicité hospitalière. Elles peuvent assurer des consultations pour des groupes spécifiques de patients et participent à la politique de prévention au sein des établissements de santé. Les hôpitaux de jour, en assurant une prise en charge ambulatoire, offrent un cadre thérapeutique qui permet de préserver l'insertion sociale et familiale des patients. Ces établissements prennent en charge des patients ayant une dépendance et / ou des complications sévères nécessitant un cadre de soins adapté à leurs besoins tout en maintenant un lien environnemental.

Des personnes en situation d'addiction peuvent se présenter au service des urgences qui n'est pas toujours en mesure de déclencher une prise en charge immédiatement coordonnée avec l'offre de structures en addictologie. Il en ressort ainsi le risque de perte de vue de ces patients qui peuvent dès lors échapper à un parcours patient coordonné. La mise en place de l'aller-vers au profit de personnes identifiées par l'hôpital pourrait être proposée.

L'unité spécifique de sevrage de l'hôpital de l'Archet et les unités de court séjour addictologique prennent en charge des patients ayant des conduites addictives dont la sévérité ou la gravité des complications somatiques ou psychiatriques justifie une hospitalisation complète.

Établissements de santé privés d'intérêt collectif (SSR) et cliniques

Les services de soins de suite et de réadaptation visent à consolider l'abstinence et à prévenir les rechutes. Ils ont pour objectif de prévenir et / ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation.

Articulation avec les dispositifs psychiatriques

Les conduites addictives sont souvent associées à des troubles psychiatriques, et l'on estime qu'environ la moitié des personnes admises en psychiatrie en Europe présente un trouble mental associé à un abus de substance (alcool, cannabis et sédatifs), et que la moitié des consommateurs de substances psychoactives souffre au moins d'un trouble de la personnalité.

Repérer les comorbidités psychiatriques est un enjeu majeur pour proposer une réponse adaptée aux patients. Cela nécessite une prise en charge intégrée et simultanée des conduites addictives et des pathologies psychiatriques. Les conduites addictives ayant de fait des liens étroits avec le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, l'articulation entre les deux s'avère nécessaire.

Le secteur psychiatrique comprend des établissements hospitaliers, spécialisés ou non, et des établissements de santé privés qui contribuent à hauteur variable à la filière de soins en addictologie dans les Alpes-Maritimes.

La sectorisation sur le département permet d'avoir des lieux d'accueils (Centres médico-psychologiques - CMP) dans les territoires les plus isolés, malgré des délais d'attente importants et une couverture de l'offre moindre sur le Moyen et le Haut-pays.

L'ÉTAT DES LIEUX

RECENSEMENT DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN ADDICTOLOGIE

2/ OFFRE MÉDICO-SOCIALE DÉDIÉE AUX PATIENTS PRÉSENTANT DES CONDUITES ADDICTIVES

Le secteur médico-social assure une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité d'intervention, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psychosocial, et l'aide à l'insertion.

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue

Ce type de structure médico-sociale en addictologie a pour objectif de prévenir et / ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants, y compris dans leur association avec d'autres substances psychoactives, et ainsi à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins.

Dans les Alpes-Maritimes, deux CAARUD sont identifiés : le CAARUD « IMP'ACTES » (Fondation de Nice) et le CAARUD « Lou Passagin » (groupe SOS Solidarités) au travers et de leur structure fixe et de leurs unités mobiles.

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

Les CSAPA sont des établissements médico-sociaux dédiés « aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage) ». Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).

Dans les Alpes-Maritimes, onze CSAPA sont implantés sur le territoire, dont huit d'entre eux peuvent délivrer de la méthadone ; il existe une antenne pour la maison d'arrêt de Nice et une antenne pour la maison d'arrêt de Grasse.

Au même titre que les CAARUD, les CSAPA des Alpes-Maritimes sont implantés le long du littoral des Alpes-Maritimes où la pression démographique est élevée.

I CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

Les dispositifs « consultations jeunes consommateurs » proposent un accompagnement aux jeunes usagers de substances psychoactives et à leurs familles. Depuis 2008, les CJC constituent une mission facultative des CSAPA. Ils ont vocation à informer et à évaluer aux premiers stades de la consommation pour déclencher une prise en charge et / ou une orientation, et sont localisés sur le littoral en majorité. Des projets de consultations avancées sont en cours de développement sur le territoire départemental pour pallier les difficultés d'accès.

Dispositifs d'aller-vers rencontrant les problématiques d'addiction

- Équipe mobile du CAARUD Lou Passagin (Groupe SOS Solidarités).
- Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) du CHU de Nice.
- Équipe mobile santé précarité (EMSP) du CHU de Nice, mise en place pendant la crise COVID-19 pour la prise en charge de personnes aux difficultés spécifiques.
- Plateforme de gérontologie du Pays grassois : il n'y a pas encore de dispositif d'aller-vers pour les personnes rencontrant une problématique d'addiction, mais un projet est en cours entre la MAIA et le CSAPA de Grasse.

L'ÉTAT DE L'OFFRE EN ADDICTOLOGIE : L'OFFRE DE VILLE ET ARTICULATION DES DISPOSITIFS EN RÉSEAU EN APPUI À LA SANTÉ DES POPULATIONS

3 / OFFRE DE VILLE DÉDIÉE AUX PATIENTS PRÉSENTANT DES CONDUITES ADDICTIVES

– Professionnels : médecins généralistes et spécialisés. Les professionnels de premier recours, tels que les médecins, les infirmiers... ont un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation et l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives, missions auxquelles le dispositif ARCA SUD s'associera.

– Pharmaciens : les pharmacies d'officine contribuent également au repérage, à l'accompagnement et à l'orientation des personnes en difficultés avec leur consommation.

– Maisons de Santé Pluridisciplinaires.

– Réseau Régional en Addictologie ARCA SUD.

– Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) : au sein d'un même territoire, plusieurs dispositifs peuvent venir en appui aux parcours de santé de la population sur des problématiques différentes, rendant les différentes interventions peu lisibles. C'est pourquoi ils sont progressivement amenés à s'unifier en un dispositif unique : le DAC, qui répond à tous les professionnels, quels que soient la pathologie ou l'âge de la personne qu'ils accompagnent.



**DANS CHAQUE TERRITOIRE, LE DAC EST
LE REGROUPEMENT DE :**

CTA
Coordination territoriale
d'appui (PAERPA)



PTA
Plateformes territoriales d'appui



Dispositif d'appui
à la coordination des
parcours complexes
DAC



Réseaux de santé



MAIA
Méthodes d'action pour
l'intégration des services d'aide
et de soins dans le champ
de l'autonomie



CLIC
Centres locaux
d'information et
de coordination

www.solidarites-sante.gouv.fr/dac

ACTEURS ET PROGRAMMES DE PRÉVENTION

I Structures associatives – principaux opérateurs :

- Addictions France
- ARPAS
- Azur Sport Santé
- CODES 06
- Fondation de Nice
- G - Addiction
- Horizon Multimédia
- La Mut'
- Groupe SOS Solidarités

I Principaux programmes probants déployés sur le territoire :

- PSFP – programme de soutien aux familles et à la parentalité
- GBG – Good Behavior Game

L'ÉTAT DES LIEUX SÉMINAIRE DU DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Le séminaire du 16 octobre 2019 à Antibes, première phase d'élaboration du schéma, a été une journée inédite, interactive et constructive. Il a rassemblé les acteurs de la prévention et de la prise en charge des addictions des Alpes-Maritimes pour partager un état des lieux et des orientations pour des propositions concrètes pour leur territoire.

Cet « arrêt sur image » proposé par l'ARS, avait en effet vocation à permettre à tous les intervenants de s'interroger sur leurs pratiques et à co-construire ensemble la politique locale la plus adéquate et la plus coordonnée pour répondre aux besoins du territoire.

Les conclusions de ce séminaire ont permis d'identifier trois thématiques prioritaires pour le schéma territorial :

- Parcours et coordination des acteurs
- Prévention
- Coordination des politiques publiques.



PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE



1 présentation générale du sujet



200
participants



7 interventions de professionnels du territoire

- I. Diagnostic de territoire
- II. Microstructures
- III. Prévention de la récidence
- IV. Les projets mis en place dans les écoles du département en matière d'addiction
- V. Conduites addictives au travail
- VI. Programme Good Behavior Game dans les Alpes-Maritimes
- VII. Addiction chez les personnes âgées



Des moments d'échanges informels



4 ateliers de travail

1 restitution globale

Microstructures

Consultations jeunes consommateurs

Prévention

Coordinations des acteurs

SYNTHÈSE DES ALLOCUTIONS DU MATIN

La matinée a été l'occasion pour les acteurs du territoire d'évoquer des **sujets spécifiques liés à la prise en charge des addictions**.

« DIAGNOSTIC DE TERRITOIRE » ADDICTION 06

**M. JULIEN SCHEEPERS, SOCIOLOGUE ET FORMATEUR À L'INSTITUT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE TRAVAIL SOCIAL DE NICE (IESTS)
ET M. MEHDI DOUBAL, INGÉNIEUR SOCIAL (IESTS)**

A l'appui : une enquête en ligne auprès d'acteurs diversifiés et non spécialistes des addictions (MSD, EHPAD, SSIAD, Cabinet médical, CHRS, Pharmacie, MECS...) et une étude (ARS PACA) par groupe de personnes : Jeunes / Femmes / Personnes âgées / Personnes sous main de justice.

Les structures spécialisées sont inégalement repérées par les différents acteurs (par exemple CSAPA et Centres Hospitaliers bien connus ; CAARUD et CJC moins bien connus) et leurs missions méconnues.

Groupe « Jeunes »

Les premières expérimentations ont souvent lieu avant l'âge de 18 ans (pratiques socialisantes, festives, recherche d'appartenance à un groupe identitaire, consommations établies au sein de la cellule familiale et absence d'identification par les jeunes aux campagnes de sensibilisation).

Groupe « Femmes »

Si les écarts restent non négligeables, voire spécifiques (consommation de produits psychoactifs moindre chez les femmes mais défavorables en termes de consommation de médicaments psychotropes) entre hommes et femmes, les comportements de consommation tendent de plus en plus à converger. Les pratiques sont « clandestines » à l'écart des interactions sociales, voire masquées pendant la grossesse. Elles recherchent une maîtrise de leur consommation et non un arrêt définitif et sont en demande d'une sensibilisation de leurs proches pour les aider dans cette gestion.

Groupe « Personnes Âgées »

Les pratiques autour de l'alcool sont plus « socialement » admises chez les personnes âgées. L'environnement et les épreuves de la vie vont favoriser l'entrée progressive dans les addictions. Ils recherchent l'arrêt total de leur consommation, mais au retour de cure, à nouveau confrontés à leur milieu de vie, ils peuvent se retrouver en difficulté.

Groupe « Personnes sous main de justice »

En 2014, les personnes « sous main de justice », mineures ou majeures, représentaient 12 % des personnes accueillies en CSAPA dans le cadre d'une obligation de soins. Pour autant, les orientations émanant de la justice sont en forte baisse (-15 points entre 2007 et 2014) grâce au développement des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants qui constituent une alternative aux orientations en CSAPA.

Constat : les établissements carcéraux n'ont pas les effectifs suffisants (médicaux et paramédicaux) pour pallier la sur-population. La prise en charge des troubles liés aux conduites addictives doit être renforcée par l'administration carcérale. Le risque accru de trafic de médicaments dans les prisons augmente le risque d'une gestion incontrôlée de la prise de médicaments potentiellement dangereux à laquelle il faut ajouter les dettes potentielles entre personnes incarcérées et un risque accru de violence. La fin de la détention peut signifier la rupture de l'accompagnement face aux addictions.

Au regard de l'étude menée, il semblerait que la mise en œuvre de campagnes de prévention par groupes de personnes soit pertinente et puisse s'appuyer sur des diagnostics de territoire.

« MICROSTRUCTURES »

MME DANIÈLE BADER, PRÉSIDENTE DU RÉSEAU NATIONAL DES MICROSTRUCTURES

Les microstructures, établies chez des médecins généralistes, des maisons de santé ou des CSAPA, sont des **établissements accueillant des patients addicts** et offrant une **pluridisciplinarité** des encadrants (du milieu médical, social et psychologique) afin de faire face à la complexité des conduites addictives. Cela permet de mettre en place des **traitements personnellement adaptés** à chaque patient.

Le bilan de ces infrastructures est positif. Il permet effectivement de toucher une certaine amplitude de profils. C'est l'exemple d'un dispositif de lutte contre l'hépatite C en Alsace.

« **Aucune microstructure n'est présente dans le département des Alpes-Maritimes** », depuis ce diagnostic plusieurs dispositifs sont en cours de création. Il faut continuer à les développer ainsi que l'aller-vers (avec une unité mobile notamment) pour soigner et prévenir un maximum de personnes.

« PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE »
PARTAGE D'EXPÉRIENCE DES STAGES ALTERNATIFS IL
(INFRACTION À LA LÉGISLATION DES STUPÉFIANTS)
DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE ET DU CENTRE DE SOINS,
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA EMERGENCE) :
MME MYRIAM VUOLO ET M. JEAN-CHARLES OUARTARA

Ces stages sont mis en place à Nice pour des **jeunes non condamnés par la justice, mais détenant des produits stupéfiants** à usage personnel. Ces stages comprennent :

- Une session « groupe de paroles » avec les parents permettant d'exprimer les ressentis de chacun et de présenter des informations concernant les drogues, validées scientifiquement ;
- Un entretien individuel en CSAPA.

Ces stages, **véritables outils de lutte contre la récidive co-construits avec l'ARS PACA**, donnent la priorité à l'**échange** et aident les mineurs concernés à établir des **stratégies pour arrêter leur consommation de drogues**.

« LES PROJETS MIS EN PLACE DANS LES ÉCOLES DU DÉPARTEMENT EN MATIÈRE D'ADDICTIONS »

**MME CORINNE MAINCENT, INFIRMIÈRE CONSEILLÈRE TECHNIQUE
ET MME SABRINA ALLÈGRE, INFIRMIÈRE AU LYCÉE LES EUCALYPTUS À NICE
ET CHARGÉE DE MISSION**

L'Éducation Nationale a instauré un **parcours éducatif de santé** à l'intention des élèves de l'école primaire aux établissements secondaires. Ce parcours mettant en place divers dispositifs concerne à la fois la **protection de la santé des élèves, l'éducation à la santé et la prévention**. Il vise également à promouvoir les **compétences psychosociales des élèves**.

Un bilan quantitatif et qualitatif des dispositifs a été mis en place dans les Alpes-Maritimes. Ce bilan indique que 95 % des lycées généraux et techniques ont bien été concernés par ces dispositifs, ainsi que 67 % des collèges et 54 % des lycées professionnels. Les actions sur la prévention des addictions concernent particulièrement celles liées au tabac, à l'alcool, aux autres drogues, et également aux multimédias.

Grâce à ces dispositifs, le bilan fait état d'une **diminution de la consommation de drogues**. 3,5 % des élèves sont repérés puis aidés. **De nouvelles perspectives incluant davantage les enseignants, les parents d'élèves et des représentants d'élèves** sont en cours de réalisation.

« CONDUITES ADDICTIVES AU TRAVAIL »

MME JO-HANNA PLANCHARD, CHEFFE DE SERVICE – PRATICIEN HOSPITALIER
DE MÉDECINE DU TRAVAIL

La médecine du travail doit permettre de sensibiliser les professionnels aux risques des addictions. **Si les campagnes anti-tabac sont aujourd'hui assez acceptées et les mesures prises respectées, il n'en va pas de même pour la lutte contre l'alcool.** La médecine préventive est assez peu appelée en milieu professionnel. La consommation d'alcool est encore banalisée dans la sphère professionnelle qu'elle soit publique ou privée (lors des pots de départs et des événements festifs de fin et de nouvelle année notamment).

Dans ces conditions, la médecine du travail éprouve des difficultés à lutter contre l'alcoolisme au travail et devrait pouvoir agir plus en amont en prévention et non pas seulement en soutien lorsque des comportements addictifs sont déjà en place.

La difficulté de positionnement de la prévention en matière d'addictions au travail est probablement due au risque de stigmatisation qu'elle comprend. En effet, des agents qui iraient consulter des addictologues sur leur lieu de travail pourraient être pointés du doigt par leurs collègues. **Les entreprises doivent donc encourager et permettre un environnement plus favorable à la prise en charge des addictions. La prévention doit pouvoir emprunter les voies les plus appropriées pour prendre en charge les agents et empêcher la consommation d'alcool sur les lieux professionnels.**

« PROGRAMME GOOD BEHAVIOR GAME (GBG) INITIÉ DANS LES ALPES-MARITIMES »

MME CATHERINE REYNAUD-MAURUPT, SOCIOLOGUE AU SEIN
D'UN GROUPE DE RECHERCHE SUR LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE (GRVS)

Le **programme GBG** (jeu du comportement adapté) est un **programme de prévention** américain, destiné aux **enfants de l'école élémentaire**. Son **efficacité** en matière de santé publique a été démontrée par plusieurs **études scientifiques et un suivi de long terme** : les travaux américains et hollandais publiés dans la littérature internationale confirment son impact bénéfique sur la prévention des conduites addictives.

GBG propose une **stratégie de gestion du comportement** en classe mise en œuvre par les enseignants eux-mêmes qui facilite le **développement des habiletés psychosociales** des élèves. La stratégie s'appuie sur **4 éléments-clés** : la **pédagogie explicite** appliquée à l'enseignement des **comportements sociaux**, la génération du **sentiment d'appartenance** à une équipe, l'**observation active** du comportement et le **renforcement positif**.

Depuis l'essai-pilote mené dans les Alpes-Maritimes en 2015-2017 par le GRVS et la direction des services départementaux de l'Education Nationale (co-financé par Santé Publique France, la Mildeca, l'ARS PACA), le déploiement du programme s'est poursuivi dans une dizaine d'écoles du département (circonscriptions de Vallauris / Valbonne, de Nice 2 et d'Antibes). L'expertise pédagogique du corps enseignant et les données recueillies durant les séances GBG, tout comme pendant le temps scolaire classique, témoignent de **l'amélioration du climat scolaire et des conditions d'apprentissage, ainsi que de la forte adhésion des enseignants comme des élèves.**

« ADDICTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES »

DR ISABELLE THÉVENIN-LAVALOU, PLATEFORME AG3, CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE ,
M. PASCAL LAMAURY, PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI (PTA) OUEST AZUR
ET MME DOMITILLE MARTINET, CHEFFE DE PROJET TERRITORIAL

Il existe très peu d'études sur le sujet et seulement quelques données concernent l'**alcoolisme chez les personnes âgées de plus de 65 ans**.

Néanmoins, pour ces personnes souffrant d'alcoolisme, **quelques particularités** ont été soulevées. Avec l'âge, elles supportent moins bien les effets de l'alcool. L'alcoolisme est difficile à prévenir ou plus compliqué à combattre que les autres addictions, en raison de l'acceptation sociale de la consommation d'alcool en général par cette catégorie d'âge. Par ailleurs, les personnes âgées sont plus isolées que les autres en moyenne, et donc leur alcoolisme est moins visible.

Cet alcoolisme est d'autant plus nocif qu'il a **un impact fort sur les capacités fonctionnelles des personnes âgées et provoquerait donc des accidents domestiques suivis de complications**. Ce sujet doit donc être traité, en lien avec la médecine de ville et les opérateurs spécialisés.

En conclusion,

L'ensemble des éclairages apportés par les participants a permis de mettre en exergue des problématiques prioritaires pour le territoire des Alpes-Maritimes.

Il s'agit de :

- La **lisibilité des dispositifs** : la communication existante est-elle pertinente ? Intègre-t-elle tous les acteurs présents ? En effet, nous observons une augmentation de la prévalence dans les conduites addictives.
- L'**évaluation des pratiques** : elle doit être établie afin d'harmoniser les pratiques.
- Le **maillage territorial** : l'articulation des acteurs doit être renforcée.
- L'**attention portée aux différents profils** : jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap... doit être ajustée selon des diagnostics territoriaux.
- L'**importance de travailler en transversal** : il est important de porter un discours commun cohérent et homogène auprès des usagers, quel que soit le service concerné (justice, sanitaire, social, médico-social), en particulier sur des thématiques communes comme les violences faites aux femmes.

Ces présentations se concluent sur une **incitation** de l'ARS PACA à mettre en place une réelle dynamique de co-construction innovante :

**« Soyez force de proposition !
Interpellez-nous afin que nous mettions
en place des mesures
qui vous ressemblent et vous inspirent ! »**

En images...



SYNTHÈSE DES ATELIERS DE L'APRÈS-MIDI

L'après-midi a donné lieu à **quatre ateliers de travail thématiques** animés par des professionnels avec le même objectif : parvenir à une **analyse des forces et faiblesses, ainsi que des opportunités et menaces pour la thématique sur le territoire.**

Ces ateliers étaient encadrés par des équipes composées de **deux animateurs** et un **rapporteur**, spécialistes du thème étudié :

Microstructures

o **Rapporteur** : Patrick FAVOT, vice-président du Réseau Addiction 06 et d'ARCA SUD, et chef de service du CSAPA de la Fondation de Nice

o **Animateurs** : Danièle BADER et Max DANIEL, Directeur adjoint secteur social et médico-social de la Fondation de Nice

Consultations jeunes consommateurs

o **Rapporteur** : Amélie DALFOSSO, psychologue au CSAPA Odyssée d'Antibes

o **Animateurs** : Brigitte GASC, Addictions France et trésorière du RAAMO, et Rémy BAUP, directeur du CALME – SSR spécialisé en addictologie

Prévention

o **Rapporteur** : Fabrice ETTORRE, directeur du CSAPA Emergence du Groupe SOS Solidarités

o **Animateur** : Dr Faredj CHERIKH, CHU de Nice

Coordinations des acteurs

o **Rapporteur** : Dr Jean-Louis GERSCHTEIN, Maison de santé pluriprofessionnelle de la Roya

o **Animateur** : M. Lionel CLOT, trésorier du Réseau Addiction 06 et d'ARCA SUD, directeur départemental d'Addictions France

ATELIER PRÉVENTION (PARENTALITÉ, RÉDUCTION DES RISQUES, ALLER-VERS)

o **Rapporteur** : Fabrice ETTORRE, directeur du CSAPA Emergence / Groupe SOS Solidarités

o **Animateur** : Dr Faredj CHERIKH, CHU de Nice

La prévention est un axe majeur pour la prise en charge des addictions. Qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, elle permet d'éviter l'arrivée des comportements nuisibles liés à l'addictologie ou à les limiter. Elle prend aujourd'hui des formes variées, que ce soit les actions de réduction des risques, de repérage, « d'aller-vers » ou de parentalité, et implique de nombreux acteurs. Cet atelier avait pour objectif de faire un état des lieux des actions de prévention existantes dans les Alpes-Maritimes et de réfléchir à des axes d'amélioration à mettre en œuvre sur le territoire.

« N'hésitons pas à nous appuyer sur les proches, la famille, les collègues, ou les camarades de classe en milieu scolaire pour faire passer des messages ! Ils **partagent au moins le même langage et provoquent moins de suspicion...** »

« vers l'alcool, les drogues ou les écrans et se laissent entraîner, il faut leur **parler pour éviter ces dérives...** »

« Le public cible pourrait être élargi et amené à visiter de nouveaux lieux ! »

« Le temps est venu de se tourner vers des **approches alternatives**. Nous travaillons avec une sophrologue et organisons des séances de méditation, les retours sont TRÈS positifs ! »

« **Une véritable discussion autour du cannabis** s'avère impérative et inévitable et ce, avec les législateurs et le parquet afin qu'il n'y ait plus de contradiction dans les injonctions... »

Forces

o Une offre de services déjà existante

- Actions de sensibilisation auprès de l'entourage du jeune avec l'élaboration d'un langage commun en cours.
- Actions de prévention dans les quartiers prioritaires de la ville.
- Les ateliers santé des villes.
- Une étude « addiction aux écrans ».

o Des professionnels compétents, disposés à intervenir en transversalité

- Une dynamique lancée de démarche collaborative entre tous les partenaires.
- Des outils et des méthodes innovants mis en place par La Mut'.

o « L'aller-vers » en bonne voie de développement

- À l'école notamment, et entre professionnels.

Faiblesses

o Un maillage peu lisible

- Même les professionnels du milieu éprouvent des difficultés à se repérer entre les institutions, les associations et les professionnels de terrain.
- Il faut décroquer et repérer les complémentarités à travailler.

o Le manque de culture commune

- Cela concerne tout aussi bien le socle de connaissances que le langage utilisé.

o Une communication insuffisamment développée

- Ce sujet particulièrement vrai pour atteindre les publics jeunes ainsi que le public des femmes, insuffisamment accompagné tandis que les chiffres évoluent : les femmes consomment également significativement.



Opportunités

- o **Une cartographie des acteurs à dresser**
 - En effet, les acteurs doivent apprendre à se connaître.
 - Participer au Plan Territorial en Santé Mentale (PTSM).
 - Créer un guide répertoire en santé mentale, à jour, sur Nice avec la liste des CSAPA et des CAARUD.
- o **Co-construire et travailler davantage avec les personnes présentes sur le terrain**
 - Cela concerne les associations mais aussi les parents ou les jeunes.
 - Pour donner un visage aux institutions et rendre plus facilement accessibles les offres.
 - Renforcer les compétences psychosociales auprès de la personne et son entourage (afin de pouvoir réellement accompagner les parents).
- o **Le Schéma départemental.**

Menaces

- o **Risques de ruptures de parcours**
- o **Attendre des « retours sur investissement » sur du court terme alors que les actions de prévention s'inscrivent dans le moyen et long terme**
 - Doit commencer le plus tôt possible.
- o **Manque de moyens**
 - Le réseau s'appuierait trop sur des individualités / initiatives personnelles.
 - En raison d'un manque de moyens RH sur le territoire (même quand les budgets sont accordés, les partenaires ne sont pas en capacité d'y répondre : CDD pas suffisamment attractifs).
 - Il faut donner les moyens aux CSAPA d'investir davantage la prévention.
- o **Manque de communication et d'accord sur la consommation de THC**
 - Absence de culture en RDR (réduction des conduites à risque).

ATELIER COORDINATION DES ACTEURS (INCLUANT LES PARCOURS)

o **Rapporteur** : Dr Jean-Louis GERSCHTEIN,
CPTS Riviera Française

o **Animateur** : M. Lionel CLOT, trésorier du
Réseau Addiction 06 et d'ARCA SUD, directeur
départemental d'Addictions France

Les **parcours de santé en addictologie** concernent de nombreux acteurs : ville, hôpital, réseaux de soins, médico-social, qui sont encore très cloisonnés, quels que soient les pathologies et l'âge des personnes concernées. L'atelier suivant a vocation à faire un premier état des lieux de ces parcours, de la **transversalité existante aujourd'hui entre les acteurs** de tous les champs de façon à définir des priorités d'actions concertées pour demain.

« À cause de la multiplication des intervenants,
la personne **se perd** dans son parcours »

« Il faut agir depuis la prévention jusqu'à la post-
cure, pour la prévention de la récurrence et maintenir
le lien avec tous »

« Il y a une **méconnaissance** du réseau,
des dispositifs spécialisés et un cloisonnement
en addictologie »

« La lisibilité des dispositifs, l'accès à l'information
et la communication sont essentiels pour travailler
de façon coordonnée »

Forces

o **La volonté et l'expertise des acteurs de terrain**

– Malgré le « mille-feuille » d'acteurs existant, il y a une vraie volonté de travailler ensemble et au-delà des institutions.

o **La proximité et le travail en réseau**

– Des contacts existants et une coopération effective en proximité au niveau local.

o **Un souci partagé de mettre l'utilisateur au cœur du dispositif**

– Cela reste la première préoccupation des acteurs.
– L'utilisateur ne doit pas être « forcé » et les moyens nécessaires doivent être mobilisés avec lui.

Faiblesses

o **Un manque de coordination entre les acteurs**

– Un important cloisonnement est aujourd'hui constaté entre les acteurs.
– Il faut développer la transversalité et la coordination autour de l'utilisateur.

o **Un manque de connaissance, de lisibilité et de visibilité des acteurs et des dispositifs existants (communication)**

– Des difficultés à joindre les acteurs ou partenaires existants sur des situations.
– Un annuaire partagé accessible et régulièrement mis à jour pourrait pallier à ces difficultés.

o **Une méconnaissance de la question de l'addictologie**

– Il s'agirait de partager un socle professionnel commun pour parler le même langage et avoir des prises en charge homogènes.



Opportunités

o Le développement de structures adaptées avec places d'hébergement

– Trop souvent les structures ne correspondent pas exactement aux besoins des usagers. Elles doivent donc s'adapter aux besoins des usagers et non l'inverse.

o La mise en place d'un système d'information partagé

– Mettre en place un outil numérique pour se coordonner, se former et échanger des informations sur les usagers pour adapter leur prise en charge.

o Renforcer la place du patient au centre de la prise en charge en prenant en compte la famille et les aidants

– Les patients doivent être pris en charge dans leur globalité et leur entourage doit être pris en compte.

Menaces

o L'absence ou la diminution de financements

– Il s'agit de pouvoir inscrire les actions dans le temps, grâce à des financements pérennes.

o Les questions de respect et de protection des données

– La question du secret médical et professionnel peut limiter l'échange d'informations autour de la personne.

o Le risque de rupture dans le parcours du patient et la stigmatisation de la personne addict

– Les addictions sont plutôt représentées comme une perversion au niveau sociétal, que comme une maladie. Cela peut conduire à un isolement des patients et une rupture de soins et de prise en charge.

ATELIER MICROSTRUCTURES

o Rapporteur : Patrick FAVOT,
vice-président du Réseau Addiction 06 et
d'ARCA SUD, et chef de service du CSAPA
de la Fondation de Nice

o animateurs : Danièle BADER et Max DANIEL,
Directeur adjoint secteur social et médico-social
de la Fondation de Nice

Les microstructures **facilitent l'accès aux soins des patients usagers de drogues auprès de différents acteurs du monde médico-social** (médecins, psychologues et travailleurs sociaux), leur offrant ainsi une vision globale de leur état. L'objectif de cet atelier était, premièrement de **réaliser un retour sur les expériences de microstructures existantes** afin de développer une réflexion partagée sur le développement de « l'aller-vers » et du « hors-les-murs » et secondement, de mener une réflexion sur les thématiques suivantes : « comment toucher les publics qui n'ont pas accès aux CSAPA ? » et « comment les femmes peuvent-elles bénéficier des microstructures ? ».

Forces

o Un dispositif complet et pourtant peu coûteux

- Ces maisons de santé offrent l'avantage d'être pluridisciplinaires.
- Leurs équipes réalisent des réunions de synthèse mensuelles intégrant parfois le patient et des évaluations annuelles sont opérées par le médecin, le psychologue et le travailleur social afin de suivre le patient.

o Une force de frappe centralisée et étendue

- Une unité de temps et de lieu pour faciliter le repérage des patients.
- Une coordination administrative entre les microstructures sur le territoire avec l'adhésion à la CNRMS (Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures).
- Un maillage du secteur de l'addictologie autour de la médecine de ville.

o Une attention portée aux publics invisibles

- Ceci est particulièrement vrai pour les femmes.

Faiblesses

o Un manque d'harmonisation

- En effet, un cahier des charges, socle national avec des fiches régionales est toujours attendu.
- Les modalités de financement des microstructures sont hétérogènes.

o Des difficultés de localisation dans le territoire

- Zone territoriale non couverte dans son ensemble.
- Des déplacements chronophages pour les intervenants (médecins, psychologues et travailleurs sociaux).

Opportunités

o Un ancrage réglementaire

- Axe 2 du plan MILDECA : dispositif de premier recours.
- Expérimentations dans 5 régions sur 3 ans (Article 51) pour pérenniser le dispositif.

o Du personnel engagé déjà repéré

- Des médecins souhaitant travailler en équipe ont été repérés par les ARS, la CPAM, les laboratoires, les réseaux et les équipes de terrain.
- Une possibilité de partage des savoirs, des formations... entre les agents soulevée et saluée.

o Un terreau médical et social propice

- Déploiement des MSP (maisons de santé pluridisciplinaires).
- Complémentarité du dispositif de soin en addictologie.

Menaces

o Des préparations peut-être trop brèves concernant :

- Le temps préalable d'échanges entre le médecin et les professionnels de la microstructure.
- Le temps préalable de mise à plat des objectifs, des moyens et des modalités d'intervention.

o Un manque d'espace chez les médecins

- La place disponible dans les cabinets médicaux serait insuffisante au regard des besoins des microstructures.

ATELIER CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

o **Rapporteur** : Amélie DALFOSSO,
psychologue au CSAPA Odyssée d'Antibes

o **Animateurs** : Brigitte GASC,
Addictions France et trésorière du RAAMO
et Rémy BAUP, directeur de la Clinique
LE CALME – SSR spécialisé en addictologie

L'objectif des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) est d'**accueillir des jeunes consommateurs en questionnement sur leur consommation, ainsi que leur entourage**. Le principe est de faire le point, éventuellement de proposer une aide, avant que la consommation ne devienne problématique. Les objectifs de cet atelier étaient les suivants :

- Remonter les besoins de prise en charge pour le public « jeunes » et également comprendre comment les jeunes repèrent les CJC / les partenaires. Ceci pourra amener à repenser les questions de marketing et de communication de ces CJC ;
- Réfléchir sur la notion de risques dans le cadre de la prévention secondaire ;
- Identifier les consultations des différents profils de jeunes adolescents et adultes (moins de 26 ans) ;
- Réfléchir à l'orientation des parents vers des espaces adaptés ;
- Aborder la question de l'hébergement adapté pour des jeunes.

Forces

o **Une appréciation positive des consultants**

– Les jeunes consommateurs reviennent et les demandes spontanées augmentent.

o **Un accueil infirmier proposé**

– L'identification rapide d'un lieu et d'un professionnel permet de s'approprier la démarche et de s'y inscrire.

o **Une communication efficace**

– Des actions de communication adaptées : une diminution des consommations quand les jeunes vont passer le permis de conduire.

o **Des consultants experts**

– La connaissance du jeune consommateur dans son produit et sa manière de consommer.

Faiblesses

o **Une mauvaise image**

– La représentation des addictions est toujours négative dans l'imaginaire collectif et ce, même pour les parents et les familles concernées.

o **Des critères de prise en charge à questionner**

– Les structures auraient des difficultés à établir ces critères. Notamment : est-ce que tout jeune de moins de 25 ans peut être accueilli et pris en charge ? Les obligations judiciaires entrent-elles en compte (comme la présence de casier judiciaire) ?

o **Le devenir des consultants**

– Que deviennent les jeunes consommateurs après leur passage en CJC ?
– Par ailleurs, les peu de données chiffrées homogènes permettent une analyse objective.

o **L'absence de CJC dans certaines villes et des difficultés d'accès en transport en commun pour les jeunes**

– Exemple de la ville de Cagnes-sur-Mer, qui ne dispose pas de CJC.



Opportunités

o L'implication des parents

– Une place particulière devrait leur être accordée par un accueil particulier et de la formation.

o Amplifier la formation des professionnels au repérage et à l'orientation

o Établir un état des lieux sur les spécificités de chaque CJC, aller à leur rencontre et créer du lien

Menaces

o La stigmatisation

– Éviter l'écueil d'aborder la CJC sous l'angle de la répression judiciaire.

– Éviter également de donner des réponses trop stigmatisées, et avoir plutôt une discussion à mener sur la limite entre l'utilisation viable et la problématique ainsi que la désacralisation de certains produits.

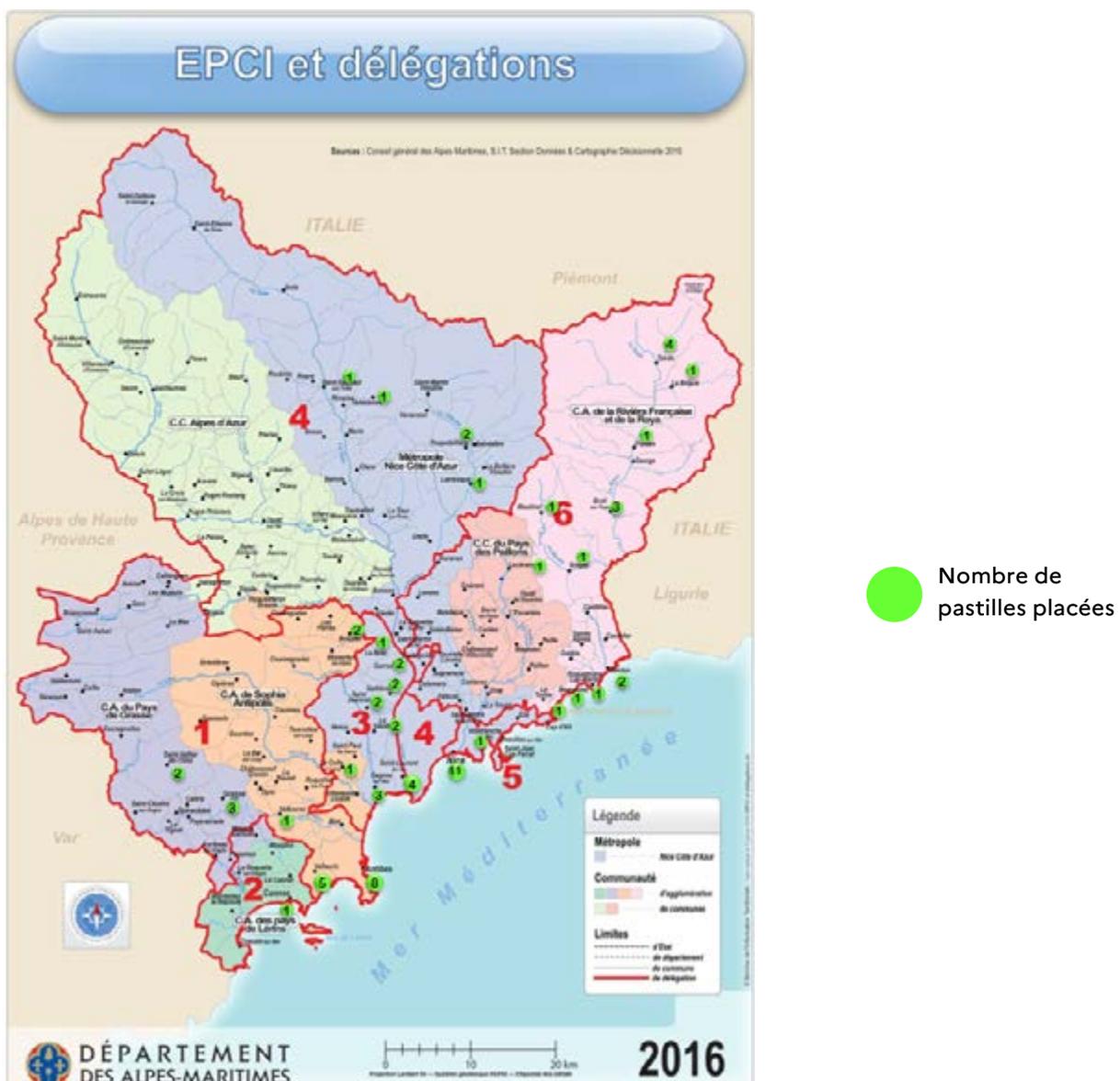
– Il ne faudrait pas mener des mesures trop hyguénistes.

o Le nom CJC

– Un nouveau nom pourrait être trouvé afin d'améliorer le repérage et l'attractivité des consultations.

LES ACTIONS DÉPLOYÉES DANS LE DÉPARTEMENT

Durant toute la journée, les participants au séminaire ont été invités à placer des pastilles sur la carte des Alpes-Maritimes afin de localiser les lieux où ils intervenaient.



● Nombre de pastilles placées

↘ Ce sondage par cartographie fait apparaître les problématiques de maillage du territoire, avec une quantité moindre d'actions réalisées dans le Haut-Pays et sur le versant plein ouest du département.

CONCLUSION DE LA JOURNÉE

Les axes majeurs issus des discussions, échanges et présentations de la journée préfigurant le socle de réflexion du schéma départemental de prévention et de prise en charge en addictologie.

COORDINATION DES ACTEURS

Dans le droit fil de l'ICR parcours « santé et addiction », il s'agit de rechercher une optimisation de l'offre et de développer les voies d'un meilleur maillage, notamment en développant l'« aller-vers » et la mutualisation des moyens.

Avec des points d'attention pour soutenir :

- une démarche d'innovation en matière de prévention, de RDRD, de prise en charge qui s'appuie sur la veille, la recherche appliquée et l'expérimentation de nouvelles pratiques ;
- l'entourage et les familles des usagers.

Et pour veiller à :

- s'articuler avec les dispositifs de la politique de la ville, de dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et se coordonner avec les projets territoriaux tels que le PTSM ;
- la coordination avec le système judiciaire.

Concernant les objectifs de coordination et de maillage territorial, seront recherchées les voies de développement suivantes :

- de la mise en place de consultations avancées des CSAPA, d'équipes mobiles de CAARUD et de CSAPA dans les territoires dépourvus de CJC, et en intensifiant la mise en œuvre des stratégies d'interventions en milieux festifs ;
- la déclinaison de la RDRD avec son élargissement, à l'alcool, au tabac, au cannabis... et la RDRD en milieu pénitentiaire ;
- l'articulation entre les acteurs partenaires pour la prévention et la prise en charge, la RDRD sera abordée au regard du développement de l'offre du 1^{er} recours et de l'ensemble des dispositifs d'appui : autour des structures d'exercice coordonné comme les maisons pluri-professionnelles de santé, les CPTS, les DAC...



LA DÉSTIGMATISATION ET L'AMÉLIORATION DE LA CONNAISSANCE DES USAGERS ET DES PATIENTS ADDICTS

Les personnes en difficultés spécifiques (PDS) devront faire l'objet d'une attention particulière : comment améliorer l'accès aux soins, aux structures sanitaires (services hospitaliers, Permanences d'Accès aux Soins de Santé) et médico-sociales (CSAPA, CAARUD...), population pénitentiaire...

Il est nécessaire de mieux connaître les publics spécifiques afin d'adapter la prise en charge qui leur est proposée :

- les jeunes, et notamment la question des consultations jeunes consommateurs et le cannabis ;
- les personnes âgées, les personnes handicapées...
- la coordination des parties prenantes : les effecteurs, les institutions, les usagers...

LA PRÉVENTION

La prévention multi-opérante (RDRD, repérage, actions « d'aller-vers » ou de parentalité) est identifiée comme un axe majeur pour la prise en charge des addictions et sera nécessairement structurante pour le schéma. Qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, opératoire, elle implique de cloisonner les pratiques et de repérer les complémentarités, d'élaborer et de partager des outils de travail en commun : socle de connaissances, langage utilisé...

Parallèlement, l'existant offre d'ores et déjà de belles pistes sur lesquelles consolider des actions :

- actions de prévention dans les Quartiers Prioritaires de la ville ;
- les ateliers santé des villes ;
- études, démarches en prévention « addiction aux écrans » ;
- des professionnels compétents disposés à intervenir en transversalité de manière innovante ;
- un « aller-vers » en voie de développement.

Des actions de prévention doivent être recherchées et proposées, quels que soient les publics cibles ou les points d'entrée : femmes enceintes, adultes, enfants, jeunes, personnes âgées, personnes vulnérables, structures de prise en charge, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux déjà opérants.

PARTIE 2

**RESTITUTION DES TRAVAUX THÉMATIQUES
LA PROJECTION EN 2025
LA DÉCLINAISON EN AXES DE TRAVAIL
ET EN FICHES-ACTIONS**

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE DE TRAVAIL EN ATELIERS : LA PROJECTION EN 2025



Présentation générale du sujet



70
participants



Méthode de travail

Il a été demandé aux participants de se projeter en 2025 et d'imaginer la prévention et la prise en charge des addictions de demain.



Des moments d'échanges informels



3 groupes de travail

1 restitution globale

Prévention

Consultation des acteurs des parcours

Coordination des politiques publiques



Les trois thématiques identifiées ont été approfondies lors de trois sessions de groupes de travail ayant réuni les acteurs de la prévention et de la prise en charge des addictions des Alpes-Maritimes :

- Session 1 : 13 février 2020
- Session 2 : 12, 14 et 18 janvier 2021
- Session 3 : 15, 21 et 22 avril 2021

Lors de chacune de ces sessions, les participants ont été répartis en 3 groupes de travail afin de réfléchir à la déclinaison opérationnelle des thématiques et aboutir à des actions concrètes, sous la forme de fiches-actions (présentées en partie 3).

Les groupes de travail ont été interrompus par la crise sanitaire après la première session. Ils ont pu reprendre en 2021 sous un format à distance.

Trame utilisée pour réaliser les fiches-actions

The image shows a template for an action sheet titled "FICHE ACTION". At the top left, there is a box for "Groupe n°". Below this, a horizontal line indicates the "Niveau de priorité" with options: "Court terme / Moyen terme / Long terme". The template is divided into several sections, each with a lightbulb icon:

- Titre de l'action**: A box for the title of the action.
- Objectifs de l'action**: A box for the objectives of the action.
- Acteurs impliqués**: A box containing two bullet points: "responsable(s) de l'action :" and "Contributeurs à l'action :".
- Description de l'action**: A large vertical box on the right side for a detailed description of the action.
- Résultats attendus / indicateurs de suivi**: A box for expected results and follow-up indicators.
- Moyens nécessaires et financements**: A box for necessary resources and financing.

At the bottom center, the logo for "ars" (Association Régionale de Santé) is visible.

CONCLUSIONS DE LA 1^{ÈRE} SESSION DE TRAVAIL DU 13 FÉVRIER 2020

LES AXES MAJEURS ISSUS DES DISCUSSIONS, ÉCHANGES ET PRÉSENTATION DE LA JOURNÉE

Les modes opératoires – les publics – les acteurs et les institutions

LES LIGNES FORCES COMMUNES AUX 3 GROUPES

Le décroisement entre les secteurs d'intervention pour forger une culture commune

– Interconnexions et coordination à développer entre acteurs et partenaires du sanitaire et médico-social, associatif, des forces de l'ordre, des élus : élaborer des interventions de prévention « plurielle » pour un continuum prévention-soins-législation-répression. Le message en direction des publics résultant d'une approche globale et commune à tous ces intervenants, il ne peut qu'en être plus percutant tout en renforçant l'identité de chacun.

– L'interconnaissance favorisant la lisibilité des actions : travailler ensemble avec toutes les ressources du territoire pour un maillage optimal : création d'un guide ou l'installation d'instances de travail à l'instar du plan départemental de la Meuse.

– S'insérer dans les dispositifs de la politique de la ville, les différentes instances et projets de coordination, DAC, PTSM...

– Recenser et répertorier l'ensemble des acteurs de l'addictologie.

– Former l'ensemble des professionnels de santé au repérage précoce des comportements et des consommations addictives.

– Créer un réseau d'élus référents addictions, représentant un maillage de proximité et d'intervention des élus locaux en matière de prévention, en s'assurant que chaque volet (préventif, répressif et sanitaire) soit représenté pour toute intervention.

– Fluidifier les articulations entre le repérage et l'amorce d'un accompagnement : repérer pour une prise en charge précoce, et adapter la prise en charge addictologique au territoire et à la complexité des diagnostics.

Une prévention le plus en amont possible et adaptée aux publics spécifiques avec le renforcement des compétences psychosociales

Réinvestir les personnes clés dans leur rôle principal de prévention des conduites addictives.

Inscrire la prévention dans un projet transverse : avec la politique d'éducation à la santé à l'école, co-construit avec les parents, les enseignants, les éducateurs sportifs et sociaux.

Dès la fin du primaire, pouvoir sensibiliser un public n'ayant pas encore expérimenté – ou très peu – de substances psychoactives, et ainsi viser à retarder l'âge de l'expérimentation de la nouvelle génération, mais aussi dans les milieux de socialisation extrascolaires, notamment dans les clubs sportifs et associations de jeunesse, comme alternatives au cadre scolaire.

La déstigmatisation des usagers et des patients addicts

Prise en compte de tous les publics et de leurs spécificités : jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes sous main de justice...

Implication de la personne souffrant d'addictions pour garantir l'accès à la prévention, aux soins, à l'éducation pour la santé et aux droits. Un important levier d'action est l'accompagnement global, mission fondamentale que partagent les professionnels des secteurs de l'addictologie et de la lutte contre les exclusions. Les personnes accompagnées doivent pouvoir devenir actrices de leur santé, s'investir dans un objectif de valorisation de soi et de leur santé, participer aux actions d'éducation et / ou de promotion de la santé (ateliers bien-être, repas collectifs...) La démarche participative peut être un levier pour atteindre ces objectifs : ces derniers ne sont pas imposés mais co-construits avec la personne accompagnée.

Sensibilisation par la médecine du travail dans les milieux professionnels, les secteurs d'activités au sein desquels les usages de substances psychoactives sont identifiés comme plus élevés : la construction, l'agriculture, la restauration, les métiers de relation avec le public...

Repérage précoce : nécessité de sensibilisation et de formation des médecins de 1^{er} recours dans la logique de repérage précoce.

Un autre point fort de consensus : la coopération entre la justice et la santé publique

- Conscientisation des publics et coopération pour une prise en charge adaptée.
- Endiguer les approvisionnements illicites.
- Renforcer l'efficacité de la réponse judiciaire à la délinquance en lien avec les addictions.
- Mutualiser les ressources en matière de prévention en articulant les divers modes d'intervention (préventif, répressif et sanitaire).
- Nécessité de référentiels clairs sur la question de l'évaluation de la dépendance et du partage d'information.
- Favoriser la connaissance réciproque des acteurs.
- Domaine de justice pénale : œuvrer à la conscientisation liée à une prise en charge adaptée, explorer les actions entreprises ailleurs si non existantes sur le territoire des Alpes-Maritimes.
- S'inspirer d'autres expériences :

Le plan départemental de la Meuse

- Systématiser les stages de sensibilisation pour consommation addictive de l'alcool comme peine alternative et / ou comme sursis probatoire dans les affaires pour lesquelles le Procureur de la République l'estimera pertinent.
- Se saisir de l'instauration du sursis probatoire et de la systématisation de la libération sous contrainte.

L'exemple en Île-de-France

La création en octobre 2018 d'un groupe d'enquêteurs sur les stupéfiants situé à un niveau intermédiaire entre commissariat de quartier et police judiciaire (groupe de travail CRACK).

- Mise en œuvre de sanctions par l'autorité judiciaire visant à prévenir la récidive en agissant sur les facteurs individuels de délinquance.
- Renforcer la formation des professionnels de justice sur les conduites addictives et celle des professionnels de santé aux enjeux judiciaires et pénitentiaires.

PREMIÈRE THÉMATIQUE – PARCOURS ET COORDINATION DES ACTEURS

PRÉSENTATION DE LA THÉMATIQUE

Cette thématique est identifiée comme l'élément structurant, pilier central de l'architecture du schéma. Dans le droit fil de l'ICR parcours « Santé et addictions », il s'agit de rechercher une optimisation de l'offre et de développer les voies d'un meilleur maillage, notamment en développant l'aller vers, la mutualisation des moyens. Pour mémoire, le développement de l'aller-vers s'inscrit dans deux des objectifs du Parcours santé et addictions, défini par l'ARS PACA :

- Améliorer les réponses de prévention, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de prise en charge. Soutenir l'entourage et les familles des usagers ;
- Soutenir une démarche d'innovation en matière de prévention, de Réduction des risques et des dommages (RDRD), de prise en charge qui s'appuie sur la veille, la recherche appliquée et l'expérimentation de nouvelles pratiques.

Concernant les objectifs de coordination et de maillage territorial, seront recherchées les voies de développement :

- De la mise en place de consultations avancées, d'équipes mobiles de CJC, en intensifiant la mise en œuvre des stratégies d'intervention en milieux festifs ;
- De la mise en place d'antennes, de consultations avancées des CSAPA ;
- Des équipes mobiles de CAARUD et de CSAPA dans les territoires isolés où l'accès aux soins est difficile. La déclinaison de la RDRD avec son élargissement à l'alcool, au tabac, au cannabis... et la RDRD en milieu pénitentiaire sera également un point de vigilance.

Les microstructures, établies chez des médecins généralistes, des maisons de santé ou des CSAPA, sont des établissements accueillant des patients addicts et offrant une pluridisciplinarité des encadrants (du milieu médical, social et psychologique) afin de faire face à la complexité des conduites addictives, ce qui permet de mettre en place des traitements adaptés à chaque patient. Le bilan de ces infrastructures est positif et il est tout autant pertinent de les développer que l'aller-vers via une unité mobile par exemple.

L'articulation entre les acteurs partenaires pour la prévention et la prise en charge

- La RDRD sera abordée au regard du développement de l'offre du 1^{er} recours et de l'ensemble des dispositifs d'appui : autour des structures d'exercice coordonné comme les Maisons pluri-professionnelles de santé (MSP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)...
 - Des interventions plus en amont des parcours et un « aller-vers » qui s'est développé ;
 - Des parcours de soins et de prise en charge coordonnés, sans rupture ;
 - Un dispositif moderne et innovant, intégrant notamment les solutions de « e-santé ».
- Une bonne interconnaissance et un bon niveau de collaboration des professionnels.

LE PARCOURS DE SANTÉ EN ADDICTOLOGIE A ÉTÉ DÉFINI PAR L'ARS PACA À TRAVERS 5 ÉTAPES :

- La prévention ;
- Le repérage précoce ;
- La réduction des risques et des dommages (RDRD) ;
- L'accès aux soins ;
- La prise en charge jusqu'à l'accompagnement à l'insertion dans la société.

La définition et l'organisation du parcours de santé en addiction passent ainsi par la coordination des acteurs intervenant à chacune des étapes.

La première thématique doit donc répondre à deux enjeux majeurs :

- Rechercher une optimisation de l'offre existante sur les cinq volets du parcours, sur l'ensemble du territoire et auprès de tous les publics ;
- Développer les voies d'un meilleur maillage, notamment en développant l'« aller-vers » et la mutualisation des moyens.

Pour cela, certaines innovations sur les modes de prise en charge ou son organisation doivent être déployées et répliquées sur l'ensemble du territoire :

- La déclinaison de la RDRD sur différentes substances, modes ou lieux de consommation ;
Le déploiement d'équipes mobiles ou de consultations avancées ;
- L'intervention de structures pluridisciplinaires (Maisons de santé pluridisciplinaires, communautés professionnelles territoriales de santé, dispositifs d'appui à la coordination...).

Le groupe a dégagé 4 axes majeurs et 1 axe transversal pour son projet. Les modalités de mise en œuvre opérationnelle des actions seront à détailler lors des prochains groupes de travail (Quelles actions concrètes acte-t-on ? Comment les met-on en œuvre ? Par qui ? Quels niveaux de priorité ? Quels indicateurs de suivi et de résultat ?).

AXE 1

- Améliorer la communication et le e-parcours

AXE 2

- Mettre en place un parcours qui inclut un dispositif de prévention en amont, adapté aux besoins de tous et qui permette d'éviter les ruptures de parcours

AXE 3

- Harmoniser les pratiques des professionnels et constituer une culture commune

AXE 4

- Promouvoir un changement de regard sur l'addiction

AXE 5

- En transversal, faire évoluer la place des usagers

DÉCLINAISON DE LA THÉMATIQUE

AXE 1 : AMÉLIORER LA COMMUNICATION ET LE E-PARCOURS

Le numérique a été identifié comme un outil pouvant venir pallier l'isolement souvent lié aux problèmes d'addiction. Un triple enjeu a été soulevé quant à l'utilisation du numérique : un appui aux professionnels nécessitant une expertise supplémentaire, un accès aux soins garanti aux personnes éloignées (éloignement géographique ou social) et un soutien pour les aidants isolés (groupes de parole virtuels, recherche d'informations).

o **Action n°1 : Intégrer la thématique « addictologie » dans le plan de déploiement des outils numériques : téléconsultation et télémédecine.**

AXE 2 : METTRE EN PLACE UN PARCOURS QUI INCLUT UN DISPOSITIF DE PRÉVENTION EN AMONT, ADAPTÉ AUX BESOINS DE TOUS ET QUI PERMETTE D'ÉVITER LES RUPTURES DE PARCOURS

Une prise en charge la plus en amont possible des addictions est un prérequis pour éviter des conséquences à long terme sur les volets santé, social et psychologique des individus. Cela implique un repérage précoce des addictions par des acteurs du quotidien.

o **Action n°2 : Proposer des formations adaptées aux professionnels de ville et aux intervenants à domicile, au repérage des conduites addictives (alcool, tabac, médicaments).**

Les personnes souffrant d'addictions doivent pouvoir bénéficier d'un accès aux soins facilité et de parcours coordonnés. Le but n'étant pas d'ajouter une organisation supplémentaire à l'offre de soins, il s'agit ici de prendre en compte l'existant notamment sur l'offre de proximité, en particulier dans les zones sous-dotées en ressources médicales.

o **Action n°3 : Adapter les modes d'intervention en addictologie dans les zones dépourvues de ressources médicales.**

o **Action n°4 : Intensifier le déploiement des IDE ASALEE sur le territoire.**

Le dispositif déployé en faveur de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction doit couvrir les besoins de tous, de l'amont à l'aval. Pour certains publics qui, outre l'addiction, cumulent d'autres problématiques (sociales, psychiatriques, handicap...), la prise en compte de la complexité des parcours est nécessaire et nécessite un échange fluide entre acteurs de différents horizons (social, médico-social, sanitaire, pénitentiaire...).

o **Action n°5 : Assurer une continuité et éviter une rupture de parcours pour des publics fragiles.**

AXE 3 : HARMONISER LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS, ET CONSTITUER UNE CULTURE COMMUNE

La rédaction d'un plan de formation associant différents acteurs clés du champ de la prévention et de la prise en charge de l'addiction est désormais nécessaire sur des thématiques comme le repérage précoce et l'intervention brève, l'entretien motivationnel, l'accueil du patient... Le plan de formation comportera des modules communs à toutes les professions, du champ de l'addiction ou non, et des modules spécifiques.

o **Action n°6 : Définir un socle commun de compétences à travers la formation et des outils communs pour tous les professionnels intervenant dans le champ de l'addictologie.**

Les experts ont soulevé lors des groupes de travail l'importance de travailler en équipe pluriprofessionnelle pour apporter une réponse pertinente à toute situation. Une bonne pratique a ainsi été identifiée au CHU de Nice : la tenue de réunions hebdomadaires réunissant tous les CSAPA du département afin de discuter des dossiers et de la meilleure prise en charge possible. Il a donc été décidé, dans le cadre de ce schéma territorial, d'élargir la démarche.

o **Action n°7 : Organiser le retour d'expérience entre les professionnels.**

AXE 4 : PROMOUVOIR UN CHANGEMENT DE REGARD SUR L'ADDICTION

Afin d'assurer une prise en charge plus efficiente des situations en addictologie, il est nécessaire d'apporter un regard davantage positif de la part du grand public, et ce dès le plus jeune âge, mais aussi des professionnels qui n'ont pas tous la même connaissance de ce public. Un enjeu est de s'appuyer sur l'existant et de le mettre en avant, plutôt que de créer à nouveau, au risque d'apporter de la confusion.

o **Action n°8 : Développer des messages de communication (contenu) davantage positifs, afin de faciliter le changement de regard sur l'addiction.**

o **Action n°9 : Développer des actions avec l'Éducation Nationale concourant à cet objectif.**

AXE 5 : EN TRANSVERSAL, FAIRE ÉVOLUER LA PLACE DES USAGERS

Les travailleurs pairs sont des usagers qui, de par leur expérience personnelle de l'addiction, peuvent assurer une médiation entre les usagers accompagnés et les professionnels.

o **Action n°10 : Développer la fonction de travailleur pair.**

DEUXIÈME THÉMATIQUE – PRÉVENTION

PRÉSENTATION DE LA THÉMATIQUE

La place de la prévention est identifiée comme un axe majeur pour la prise en charge des addictions. Qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, elle revêt de très divers modes opératoires (RDRD, repérage, actions « d'aller-vers » ou de parentalité) et implique différents acteurs.

L'atelier « Prévention » du 16 octobre 2019 a montré et fait valoir :

- un maillage peu lisible des actions de prévention sur le territoire ;
- la nécessité de décloisonner les pratiques et de repérer les complémentarités ;
- un manque de culture commune concernant tout aussi bien le socle de connaissances que le langage utilisé ;
- une communication insuffisamment développée particulièrement pour atteindre les publics jeunes.

Parallèlement, l'existant offre d'ores et déjà de belles pistes sur lesquelles consolider des actions :

- actions de prévention dans les Quartiers Prioritaires de la Ville ;
- ateliers santé des villes ;
- études, démarches en prévention « addiction aux écrans » ;
- des professionnels compétents, disposés à intervenir en transversalité, de manière innovante ;
- un « aller-vers » en voie de développement.

Des actions de prévention doivent être recherchées et proposées, quels que soient les publics cibles ou les points d'entrée : femmes enceintes, adultes, enfants, jeunes, personnes âgées, personnes vulnérables, structures de prise en charge, établissements de santé / sociaux / médico-sociaux déjà opérants.

Le groupe a dégagé **3 axes majeurs** pour son projet.

AXE 1

- ↳ Améliorer l'offre de service de prévention dans le territoire des Alpes-Maritimes

AXE 2

- ↳ Développer une nouvelle culture commune de la prévention

AXE 3

- ↳ Faire de la prévention une affaire de tous

DÉCLINAISON DE LA THÉMATIQUE

AXE 1 : AMÉLIORER L'OFFRE DE SERVICE DE PRÉVENTION DANS LE TERRITOIRE DES ALPES-MARITIMES

Plutôt que de créer de nouveaux services, les acteurs se sont mis d'accord sur la nécessité de consolider et d'étoffer l'offre de service existante. La Réduction Des Risques et des Dommages a modifié la conception même du soin et de la prévention. Elle a ouvert d'une part des alternatives à l'abstinence et au sevrage, introduisant la possibilité de l'usage contrôlé. Elle a enrichi d'autre part le repérage précoce et l'intervention brève par une logique d'intervention précoce. L'objectif de cette stratégie est de prévenir les erreurs comme les techniques de sevrage sauvage. Les perceptions de ce dispositif sont multiples et parfois mal comprises selon les approches, les philosophies d'intervention, et les publics.

o Action n°11 : Développer des outils de Réduction des risques et des dommages (RDRD).

L'état des lieux montre que de nombreuses actions via le numérique sont déjà réalisées dans les Alpes-Maritimes :

- Organisation de classes virtuelles, notamment dans les territoires isolés – Moyen et Haut-Pays
- Création d'applications numériques pour les jeunes et les familles (par exemple pour trouver les activités à proximité du domicile pour limiter le temps d'écran)
- Création d'une mallette d'outils téléchargeables en ligne pour les parents afin de les aider à avoir une meilleure gestion du temps d'écran à la maison
- Actions de formation en direction des professionnels de l'Éducation Nationale...

Ces actions sont à poursuivre ou développer, et doivent être mises au service des objectifs suivants : meilleure connaissance et développement de l'offre, faciliter l'accès au numérique pour les professionnels, développer une culture commune et partagée...

o Action n°12 : Utiliser les technologies du numérique au service de la prévention.

La prévention contre les addictions doit être déployée auprès des enfants dès le plus jeune âge. Pour cela, le renforcement des compétences psycho-sociales à travers divers programmes est une technique efficace et évaluable, qui mérite d'être reproduite à grande échelle sur le département.

o Action n°13 : Développer des programmes probants sur le département de renforcement des compétences psychosociales.

Les parents ont également un rôle important à jouer dans la prévention. Plusieurs actions d'accompagnement à la parentalité sont d'ores et déjà en place, notamment sur les réseaux sociaux des acteurs du territoire. Cependant, la demande d'informations de la part des jeunes et des parents est grandissante, et donc de plus en plus chronophage. Les acteurs ont ainsi identifié un besoin de mutualiser leurs ressources pour gagner en visibilité.

o Action n°14 : Communiquer de manière innovante vers les jeunes et les parents.

AXE 2 : DÉVELOPPER UNE NOUVELLE CULTURE COMMUNE DE LA PRÉVENTION

Comme évoqué précédemment, il apparaît désormais nécessaire de capitaliser sur les nombreuses initiatives existantes, de les mettre en complémentarité et d'identifier les manques dans le maillage territorial. En lien avec la définition et la mise à disposition d'un plan de formation (action n°6), les acteurs souhaiteraient réaliser un état des lieux de l'existant, qui serait à disposition de tous les professionnels de l'addictologie. Le recours au numérique pour la création de cet outil lui permettrait d'être évolutif, souple et déployable rapidement.

o Action n°15 : Développer une cartographie de l'offre en addictologie dans le territoire des Alpes-Maritimes.

o Action n°16 : Créer un extranet pour recenser l'offre de prévention, de sensibilisation et de formation.

AXE 3 : FAIRE DE LA PRÉVENTION UNE AFFAIRE DE TOUS

L'objectif de cet axe est de former des professionnels et des ambassadeurs de la santé-travail à la prévention, tout en véhiculant des représentations moins stigmatisantes de l'addiction, notamment :

- dans l'Éducation Nationale ;
- dans le milieu de la santé au travail ;
- sensibiliser les élus aux questions de prévention ;
- sensibiliser les commerçants (vente de tabac, alcool, jeux) sur les messages de prévention.

o Action n°17 : Réaliser des actions de sensibilisation flash auprès des commerçants.

TROISIÈME THÉMATIQUE – COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

PRÉSENTATION DE LA THÉMATIQUE

L'amélioration de la coordination des actions portées par les institutions a été signalée comme sujet prioritaire par de nombreux acteurs régionaux lors de l'élaboration de ce schéma. **La multiplicité des guichets d'entrée** (appels à projet de l'ARS, de la région, de la MILDECA, actions des collectivités, de l'Éducation Nationale) **et les différents échelons** (National, Régional, Départemental) **doivent gagner en lisibilité et en cohérence.**

Pour les professionnels, s'articuler et se coordonner est une nécessité afin de répondre efficacement et de manière adaptée aux besoins des personnes. L'accompagnement nécessite également un **fort soutien politique, pour contribuer à décloisonner les interventions sur les territoires et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.**

L'usage de substances psychoactives est marqué par de fortes inégalités sociales. Les groupes les plus défavorisés en termes de revenus, d'éducation ou d'intégration sociale présentent une proportion plus élevée de consommation addictive et passent le plus souvent de l'expérimentation à l'usage problématique des produits les plus couramment utilisés. **Cette corrélation entre les pratiques addictives et la précarité sociale implique de concilier plusieurs logiques d'intervention** (santé, logement, mobilité, ressources financières, formation, emploi, environnement familial...). En outre, ces pratiques sont aussi à l'origine de nombreux faits de délinquance.

À l'instar d'autres départements, si les ressources en prévention sont encore insuffisantes, les acteurs de terrain sont d'ores et déjà très investis, tandis que les acteurs institutionnels, l'ARS, le Rectorat, les communes et communautés de communes doivent s'impliquer davantage pour soutenir une cohérence et une coordination territoriales.

Le lien avec d'autres démarches structurantes a été également cité : le plan territorial de santé mentale, les actions conduites par l'Éducation nationale, le service sanitaire...

Cet axe du schéma porte notamment sur les partenariats entre institutions et collectivités dont bon nombre sont focalisés sur les fonctions régaliennes.

À horizon 2025, les acteurs en addictologie du département poursuivent l'ambition, à travers l'ensemble de ces actions, **de mettre en place une politique coordonnée, portée de façon concertée par tous les acteurs institutionnels du territoire.**

Les acteurs ont réaffirmé leur volonté de collaborer main dans la main. Il s'agit ainsi de porter un regard sur leurs différents modes opératoires et de simplifier les processus de portage de projets pour les opérateurs, en particulier lorsqu'ils concernent différentes institutions.

Les axes définis dans le cadre de cette troisième et dernière thématique sont les suivants :

AXE 1

- **simplifier et faciliter le financement des projets en addictologie**

AXE 2

- **Garantir une cohérence territoriale**

AXE 3

- **Favoriser l'innovation et des actions nouvelles au bénéfice des parcours des usagers**

DÉCLINAISON DE LA THÉMATIQUE

AXE 1 : SIMPLIFIER ET FACILITER LE FINANCEMENT DES PROJETS EN ADDICTOLOGIE

Un enjeu majeur du schéma d'addictologie est d'améliorer la coordination entre acteurs institutionnels. La mise en place d'une instance de coordination est donc envisagée, avec l'enjeu de ne pas créer de confusion en ajoutant un nouveau comité aux nombreuses organisations déjà existantes. Les missions de ce COPIL seraient donc :

- donner l'impulsion stratégique et politique : engagement de parties prenantes à collaborer, partager en toute transparence, les actions, les initiatives, les besoins, les appels à projets, les problématiques...
- coordonner les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux ;
- apporter une vision et une expertise globales des actions déployées pour identifier les manques sur le territoire ;
- donner de la visibilité sur les évolutions des pratiques et les problématiques émergentes.

o **Action n°18 : Créer un COPIL territorial.**

AXE 2 : GARANTIR UNE COHÉRENCE TERRITORIALE

Le littoral est bien mieux doté en structures d'accompagnement que le Moyen et le Haut-Pays. Il est donc nécessaire de réorganiser l'offre afin de la rendre accessible à tous et de garantir une homogénéité sur l'ensemble du territoire.

o **Action n°19 : Optimiser le maillage territorial de l'offre en addictologie.**

Cf. cartographie évoquée à l'action n°15

Un certain nombre d'initiatives et d'actions ont fait leur preuve sur le territoire des Alpes-Maritimes en matière de prévention et de prise en charge des addictions. Afin d'identifier les besoins de chaque commune et les actions à y reproduire, il est nécessaire de s'appuyer sur l'expertise des élus locaux.

o **Action n°20 : Démontrer la pertinence des actions de prévention auprès des élus.**

AXE 3 : FAVORISER L'INNOVATION ET DES ACTIONS NOUVELLES AU BÉNÉFICE DES PARCOURS DES USAGERS

Le schéma d'addictologie est une opportunité de déployer des **actions innovantes** en faveur de la prévention et de la prise en charge en addictologie.

Dans ce cadre, les acteurs ont souhaité déployer une action nouvelle en faveur des « cas complexes ». Il s'agit de personnes en situation d'addiction cumulant d'autres problématiques (social, maladies, handicap... Ainsi, il a été décidé de créer une commission de cas complexes sur le modèle des réunions de concertations pluridisciplinaires en médecine, afin de :

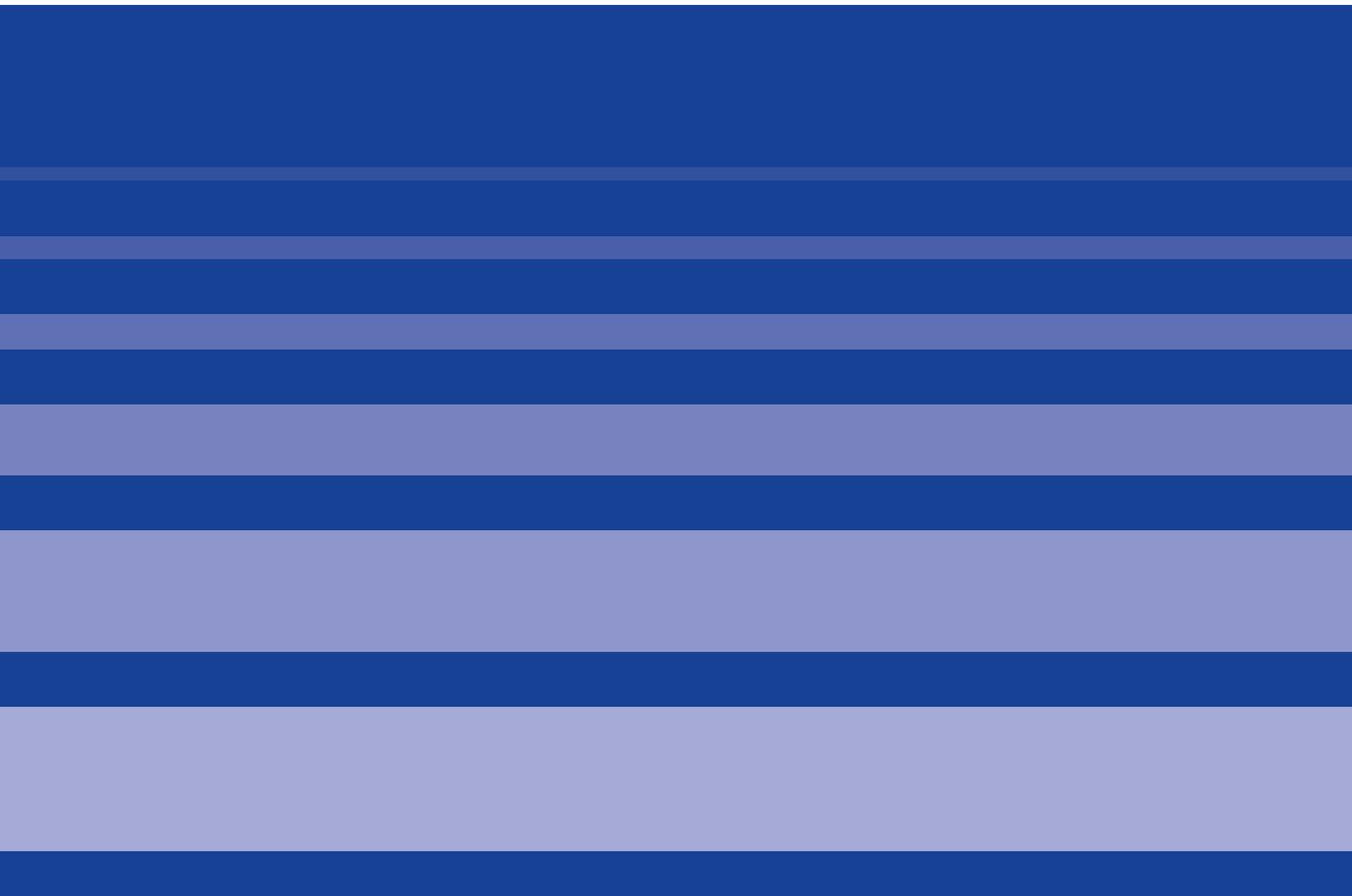
- réunir dans un même lieu tous les éléments de dossier et les compétences utiles afin de proposer une réponse unifiée ;
- traiter les situations « nomades » qui passent souvent de main en main ;
- favoriser la continuité des interventions et le « passage de relais » entre opérateurs pour éviter les perdus de vue et les ruptures de parcours.

o **Action n°21 : Favoriser la coordination pour la prise en compte des situations complexes (DAC).**

o **Action n°22 : Organiser l'accompagnement d'usagers très précaires et mobiles sur le territoire.**

PARTIE 3

**PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE
PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE
CALENDRIER D'EXÉCUTION**



PARTIE 3 : PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE

LA DÉMARCHE SUR LE TERRITOIRE DES ALPES-MARITIMES

Guidée par les axes des instances de coordination régionale (ICR), elle s'est tout d'abord voulue au service des enjeux prioritaires pour le territoire : animation des thématiques pour tous les partenaires et sur tous les territoires (aller-vers, réduction des risques et des dommages, prévention, soins, insertion, vigilance) et notamment la veille sentinelle sur les nouveaux usages, nouveaux produits, nouveaux comportements, nouvelles populations cibles...

Et vise également à capitaliser sur l'existant :

- Augmentation des offres de services de proximité qualitativement et quantitativement ;
- Réduction des délais d'entrée dans les dispositifs ;
- Participation des usagers au fonctionnement des dispositifs ;
- Facilitation des accès à l'information, aussi bien pour la prévention que pour la prise en charge par les réseaux sociaux numériques, les sites spécialisés et grands publics.

Et à prendre en charge les problèmes de publics spécifiques :

- Personnes en situation de handicap, publics jeunes et notamment leur prise en charge somatique aux urgences, publics relevant des instances juridiques, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), grands précaires, migrants...
- Familles, proches et aidants.

À accompagner les évolutions attendues dans le champ de l'addictologie : renforcement des compétences des professionnels ; accompagnement des aidants ; délais de prise en charge en structure ou en secteur hospitalier (réfèrent pivot, psychiatres de garde, consultations post-urgence...).

À identifier de nouvelles addictions, de nouveaux publics et leur prise en charge adaptées.

LE PLAN D'ACTION SUR 5 ANS (2022-2026)

Il se veut opérationnel, et au service des usagers et des effecteurs. Il résulte ainsi d'une concertation collégiale entre acteurs du secteur sanitaire et médico social, collectivités, institutions, associations...
– Il fera l'objet d'une évaluation et procédera pour ce faire, à une définition d'indicateurs ;
– Il s'agit d'une démarche en mode dynamique qui ouvrira la voie à des groupes de réflexion à moyens et longs termes.

Modalités de pilotage :

- Coordination et suivi de la mise en œuvre du schéma effectués par l'ARS PACA, en lien avec les référents identifiés par action ;
- Comité de pilotage annuel ;
- Réunions de suivi sur quelques actions spécifiques (exemple recherche actions).

LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX CIBLÉS PAR LE SCHÉMA DÉPARTEMENTAL

- Garantir une cohérence territoriale ;
- Renforcement des actions de prévention ;
- Décloisonnement des secteurs de prise en charge ;
- Amélioration de l'accès à l'offre de service ;
- Complémentarités entre les structures sanitaires et médico-sociales ;
- COPIL d'animation territoriale et journée scientifique animée par le CHU de Nice.

LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

I Agir dès le plus jeune âge

- Promouvoir l'environnement favorable, le soutien à la parentalité ;
- Développer les actions de prévention et les interventions précoces ;
- Renforcer le développement des compétences psycho-sociales.

I Prise en charge des publics spécifiques :

personnes en situation de handicap, PJJ, ASE, personnes âgées, personnes justiciables, les détenus, publics migrants.

I Fédérer les acteurs

- Améliorer la coordination des effecteurs, la transversalité dans la prise en charge ;
- Résoudre les problématiques de ruptures de parcours.

I Porter des actions innovantes :

- en s’inscrivant dans la e-santé et la e-prévention ;
- avec un accompagnement holistique des patients ;
- développer l’aller-vers sous toutes ses formes (appui sur les réseaux sociaux) et notamment vers les territoires sous denses et les publics isolés (personnes âgées) et / ou aux difficultés spécifiques.

I Déstigmatiser et permettre d’améliorer la connaissance des usagers

- Rendre plus lisible l’offre de service
- Développer la formation des professionnels de santé
- S’appuyer sur le savoir expérientiel, prendre en compte la parole des usagers.

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DÉCLINÉS EN 3 THÉMATIQUES ET 15 AXES

- Parcours et coordination des acteurs
- Prévention
- Coordination des politiques publiques.

Calendrier d'exécution

Court terme (Année 2022-2023)

LANCEMENT EN N1-N2

- **PARCOURS ET COORDINATION DES ACTEURS**
→ FICHES ACTION N° 2 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8
- **PRÉVENTION**
→ FICHES ACTION N° 10 / 11 / 12 / 13 / 14 / 15
- **COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES**
→ FICHES ACTION N° 18 / 19



Moyen terme (Année 2022-2035)

LANCEMENT EN N2-N3



↳ Évaluations des actions à court terme

- **PARCOURS ET COORDINATION DES ACTEURS**
→ FICHES ACTION N° 1 / 2 / 3 / 8 / 9
- **PRÉVENTION**
→ FICHES ACTION N° 11 / 14
- **COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES**
→ FICHES ACTION N° 16 / 18 / 19



Long terme (Année 2025-2026)

LANCEMENT EN N3-N4



↳ Évaluations des actions à moyen terme

- **PARCOURS ET COORDINATION DES ACTEURS**
→ FICHES ACTION N° 3 / 9
- **COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES**
→ FICHE ACTION N° 17

PARTIE 4

FICHES-ACTIONS



Tableau synthétique des actions :

Parcours et coordination des acteurs

N° Fiche action	Thématique	Intitulé de l'action	Objectifs de l'action	Responsable de l'action	Délais de mise en œuvre
1	Parcours et coordination des acteurs	Intégrer la thématique « addictologie » dans le plan de déploiement des outils numériques : téléconsultation et télémédecine	<ol style="list-style-type: none"> Faciliter la prise en charge des publics éloignés géographiquement des structures de soins et des publics isolés à domicile Articulation avec le e-parcours pour un espace numérique partagé permettant d'accompagner les professionnels de santé et médico-sociaux 	ARCA SUD	Moyen terme
2	Parcours et coordination des acteurs	Renforcer la formation et la sensibilisation au repérage et à l'accompagnement des conduites addictives avec ou sans produits	<ol style="list-style-type: none"> Lever les représentations liées aux addictions Transmettre des outils simples et adaptés aux professionnels pour repérer et orienter les patients Formation au suivi et accompagnement des parcours complexes et aux réponses aux situations d'urgence 	Organismes de formation habilités dans le 06 (Groupe SOS Solidarités et Addictions France) en coordination avec ARCA SUD	Court et moyen terme
3	Parcours et coordination des acteurs	Interventions en addictologie dans les zones dépourvues de ressources médicales	<ol style="list-style-type: none"> Permettre le repérage et l'accompagnement des pratiques addictives sur les territoires sous dotés en ressources médicales Compléter l'offre en addictologie au sein des territoires de l'arrière pays des Alpes-Maritimes 	ARCA SUD	Moyen et long terme
4	Parcours et coordination des acteurs	Structurer les parcours d'accompagnement, notamment pour les personnes présentant des difficultés spécifiques	<ol style="list-style-type: none"> Veiller à la continuité de parcours pour les publics spécifiques, notamment en situation de transition Initier ou réinitier le parcours de soins pour les personnes en situation de précarité 	Structures de soin	Court terme

N° Fiche action	Thématique	Intitulé de l'action	Objectifs de l'action	Responsable de l'action	Délais de mise en œuvre
5	Parcours et coordination des acteurs	Organiser le retour d'expérience entre les professionnels	<ol style="list-style-type: none"> Partage d'expérience incluant les professionnels universitaires, CSAPA et autres, autour de cas complexes Revue et veille littéraire / bibliographique proposées aux participants Diffusion d'information, documentation 	CHU Nice – Dr CHERIKH Faredj	Court terme
6	Parcours et coordination des acteurs	Développer des outils de communication pour changer les représentations sur l'addiction	Lutter contre les stigmatisations des publics et des établissements œuvrant dans le champ de l'addiction	ARCA SUD	Court terme
7	Parcours et coordination des acteurs	Développer un partenariat avec l'Éducation nationale pour le renforcement des compétences psychosociales afin de prévenir et réduire les conduites à risques liées aux addictions avec ou sans substances	<ol style="list-style-type: none"> Renforcer les compétences psychosociales Implanter le programme Unplugged (prévention des conduites addictives en milieu scolaire) 	Association Addictions France	Court terme
8	Parcours et coordination des acteurs	Développer la pratique régulière d'activités physiques comme outils thérapeutiques dans la prise en charge des conduites addictives	<ol style="list-style-type: none"> Sensibiliser et former les acteurs à l'utilisation de l'activité physique comme outil thérapeutique Innovier : mise en place d'un parcours de soin d'APA et ses outils (phase pilote) Développer les parcours et la prescription d'APA pour les patients souffrant d'addiction 	Addictions France, A2S, ville de Nice, ARS, université Nice	Court et moyen terme
9	Parcours et coordination des acteurs	Développer la fonction de travailleur pair	<p>Recrutement et formation de travailleur pair afin de :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mieux répondre aux besoins du public Renouveler des pratiques sources d'innovation Faire évoluer les représentations dans la société Renforcer les compétences des équipes en médiation 	CAARUD IMP'ACTES (Fondation de Nice) CAARUD Lou Passagin (Groupe SOS Solidarités)	Moyen et long terme

Tableau synthétique des actions : Prévention

N° Fiche action	Thématique	Intitulé de l'action	Objectifs de l'action	Responsable de l'action	Délais de mise en œuvre
10	Prévention	Développer des outils de Réduction des risques et des dommages (RDRD)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Multiplier les outils de RDRD sur le territoire des Alpes-Maritimes 2. Faciliter l'orientation des professionnels et des particuliers 3. Rendre le dispositif plus visible et plus compréhensible 4. Apporter une réponse face aux situations complexes, de multi addictions et aux multi risques en santé sexuelle, violence... 5. Former les acteurs à la RDRD 	CAARUD et CSAPA du 06	Cout terme
11	Prévention	Intégrer la réduction des risques liés aux consommations de toxiques dans la prise en charge des auteurs de violences conjugales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réduire l'impact des comportements de consommation ou des addictions dans les violences au sein du couple 2. Inscrire la prévention des risques liée aux consommations dans les parcours de prise en charge 	Centre de prise en charge des auteurs de violences conjugales du 06 (CPCA)	Court et moyen terme
12	Prévention	Utiliser les technologies du numérique au service de la prévention et de l'information	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formation aux technologies numériques pour cibler différents publics (professeurs, parents et jeunes) 2. Accompagner en mode virtuel les porteurs de projets pour l'utilisation ou la création d'outils à distance 	Collectif de partenaires	Court terme
13	Prévention	Développer des programmes probants et des programmes à données prometteuses, de renforcement des compétences psychosociales	Consolider et étoffer les programmes de renforcement des compétences psychosociales avec les programmes Good Behavior Game et Programme de soutien aux familles et à la parentalité	Addictions France, GRVS, CIDFF, CODES 06	Court terme
14	Prévention	Véhiculer des messages de prévention de manière innovante en direction des jeunes et des parents	Communiquer sur des outils accessibles aux jeunes de manière adaptée et vers les parents	La Mut'	Court et moyen terme
15	Prévention	Développer une cartographie de l'offre en addictologie des structures du territoire du 06	<ol style="list-style-type: none"> 1. Communiquer sur l'existant et repérer les lieux de prise en charge et les personnes ressources 2. Faciliter l'orientation des professionnels, des associations, des partenaires, des services municipaux et des particuliers (patients, parents). 	ARCA SUD	Court terme

Tableau synthétique des actions : Parcours et coordination des acteurs

N° Fiche action	Thématique	Intitulé de l'action	Objectifs de l'action	Responsable de l'action	Délais de mise en œuvre
16	Coordination des politiques publiques	Animation d'un COFIL territorial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réponse opérationnelle prenant en compte la réalité de terrain (maillage territorial) et l'actualité de territoire (événements exceptionnels) 2. Tenir et partager une feuille de route pour le territoire 3. Prise en compte des publics oubliés (ex. PJJ) 4. Recherche de l'exhaustivité des interventions en milieu solaire (décloisonnement des parties prenantes) 5. Accompagner le partenariat au niveau académique (rectorat et DASEN) 	à définir	Moyen terme
17	Coordination des politiques publiques	Coopération avec les collectivités territoriales pour des actions de prévention en addictologie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Communiquer sur les actions proposées 2. Faire contribuer les élus à l'identification des besoins des territoires dans le cadre du déploiement du schéma territorial 3. Sensibiliser puis former les élus aux questions de prévention et à l'addictologie (contribuer à la déstigmatisation) 	ARCA SUD	Long terme
18	Coordination des situations publiques	Prise en charge des situations complexes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construire un accompagnement pour les personnes en situations complexes : actions terrain / solutions opérationnelles, et accompagnement des professionnels 2. Créer une culture commune autour des situations complexes 3. Organiser l'accompagnement d'usagers très précaires et mobiles sur le territoire 	Formation collégiale	Court et moyen terme
19	Coordination des politiques publiques	Structurer des actions communes entre les champs de la gérontologie et de l'addictologie pour améliorer le parcours de santé des personnes âgées à domicile	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer « l'aller-vers » en addictologie : innovation et équité territoriale 2. Assurer une continuité et éviter les ruptures de parcours des personnes âgées 3. Renforcer le travail en équipe pour apporter une réponse individualisée et pertinente sur la situation accompagnée 4. Améliorer la visibilité de l'offre du territoire entre les partenaires de l'addiction et de la gérontologie 	DAC	Court et moyen terme

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°1



Niveau de priorité : **Moyen terme**



Titre de l'action

Intégrer la thématique « addictologie » dans le plan de déploiement des outils numériques : téléconsultation et télémédecine.



Objectifs de l'action

- 1 – Faciliter la prise en charge des publics éloignés géographiquement des structures de soins et des publics isolés à domicile dans le cadre d'un accompagnement par un professionnel.
- 2 – Articulation avec le e-parcours pour un espace numérique partagé permettant d'accompagner les professionnels de santé et médico-sociaux dans leur prise en charge des publics concernés par des problématiques d'addiction.



Acteurs impliqués

- **Responsable de l'action** : ARCA SUD
- **Contributeurs à l'action** : CPTS, DAC, CSAPA, GRADE
- **Partenaires** : tous les acteurs du champ social, médico-social et de la santé mentale.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Nombre de consultations réalisées
- Nombre de publics différents pris en charge
- Nombre de lieux d'accueil proposés pour la téléconsultation
- Nombre d'aidants accompagnés
- Étendue des territoires couverts.



Description de l'action

Pour les territoires isolés, ne disposant pas de structure d'addictologie locale (Haut et Moyen-Pays) :

– S'appuyer et s'articuler avec les services de proximité existants pour proposer des consultations à distance grâce à leurs outils numériques.

– S'appuyer sur les CPTS, les DAC et les réseaux de coordination pour orienter les patients et informer les professionnels sur l'existence de ces dispositifs.

– Proposer des interventions spécifiques au domicile pour des personnes isolées et en incapacité de se déplacer (personnes âgées, personnes en situation de handicap...) :

équipement en tablettes numériques des équipes intervenant au domicile pour proposer des téléconsultations accompagnées.

– Utiliser le numérique pour faciliter l'accompagnement des familles et des aidants à distance : proposer des groupes de parole ou de discussion en format numérique.



Moyens nécessaires et financements

– Financement des tablettes pour les interventions au domicile

– Financement du matériel dans les lieux d'accueil partenaires

– Formation des professionnels (IDE et partenaires) à l'utilisation des outils

– Identification d'un référent au sein d'ARCA SUD pour le pilotage et déploiement de l'action.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°2



Niveau de priorité : **Court et Moyen terme**



Titre de l'action

Renforcer les formations et la sensibilisation au repérage et à l'accompagnement des conduites addictives avec ou sans produits.



Objectifs de l'action

- 1 – Lever les représentations liées aux addictions.
- 2 – Transmettre des outils simples et adaptés aux professionnels de ville, aux praticiens hospitaliers, de l'éducation nationale, et à l'ensemble des professionnels de première ligne (intervenant à domicile (SSAD), PJJ, EHPAD, structures pour personnes en situation de handicap...) pour repérer et orienter les patients.
- 3 – Formation au suivi et accompagnement des parcours complexes et aux réponses aux situations d'urgence.



Acteurs impliqués

- **Responsable(s) de l'action** : organismes de formation habilités dans le 06 (Groupe SOS Solidarités et Addictions France) en coordination avec ARCA SUD
- **Contributeurs à l'action** : CSAPA, CAARUD, CHU de Nice, CODES, ELSA, DAC, CPTS, horizon multimédia.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- **Résultats** :
 - Amélioration des compétences en addictologie pour l'ensemble des professionnels (sanitaire, médico-social, social, justice)
 - Développement d'un plan de formation départemental en addictologie
 - Définition d'outils communs d'intervention.
- **Indicateurs** :
 - Nombre de professionnels formés
 - Nombre de formations proposées et réalisées.



Description de l'action

Sur le volet de la formation :

Formation (2 à 3 jours) et / ou webinaire sur des outils simples de repérage et d'accompagnement des personnes :

1. identification des besoins par structure : questionnaire, interview...
2. construction d'un catalogue de formations ;
3. évaluation et planification des actions de formation pour l'année suivante.

Sur le volet de la sensibilisation :

1. évaluation des risques ;
2. conduites d'actions de prévention sur les bonnes pratiques au sein du monde professionnel.

Création d'un extranet pour recenser l'offre de prévention, de sensibilisation et de formation :

3. sondage des différents acteurs sur leur vision et leurs besoins vis-à-vis de la plateforme ;
4. mise en place d'une équipe projet avec un médiateur ;
5. création de la plateforme et conduite d'actions de communication auprès des acteurs du territoire ;
6. veille et mise à jour de la plateforme avec la participation de tous les acteurs concernés ;
7. organisation de temps de regroupement, sous forme de webinaires et / ou de rencontres en présentiel pour que chaque acteur puisse présenter ses actions.



Moyens nécessaires et financements

- MILDECA
- Financement PTSM (droit de tirage, mutualisation des moyens)
- Appel à projet ou financements délégués au réseau régional
- Sollicitation du réseau pour la mobilisation des professionnels experts
- Moyens financiers nécessaires pour la création, l'hébergement et la veille de la plateforme, ainsi que l'adaptation de la communication aux réseaux sociaux (poste de médiateur).

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°3



Niveau de priorité : **Moyen et long terme**



Titre de l'action

Interventions en addictologie dans les zones dépourvues de ressources médicales.



Objectifs de l'action

- 1 – Permettre le repérage et l'accompagnement des pratiques addictives sur les territoires sous dotés en ressources médicales, notamment en médecins traitants.
- 2 – Compléter l'offre en addictologie au sein des territoires de l'arrière-pays des Alpes-Maritimes.



Acteurs impliqués

- **Responsable de l'action** : ARCA SUD
- **Contributeurs à l'action** : collectif des acteurs, association ASALEE.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Augmentation des prises en charge
- Amélioration du maillage territorial



Description de l'action

- Renforcer les modalités d'intervention des Infirmiers de Pratiques Avancées (IPA).
- Intensifier le déploiement des IDE ASALEE sur le territoire (information auprès des regroupements de professionnels de santé sur les modalités d'intervention et les possibilités de financement d'une IDE ASALEE).
- Formation des pharmaciens au repérage des conduites addictives.
- Mise en place d'un local dédié à l'addictologie dans les hôpitaux de proximité : intervention d'IPA, en lien avec les structures d'exercice coordonné et le réseau ARCA SUD.
- Mise en place d'un agenda de permanence de téléconsultations assurées par les structures expertes en addictologie auprès des soignants situés dans les maisons de santé des territoires ruraux.
- Intervention d'IDE experts en addictologie accompagnant un démarrage de prise en charge en alcoologie dans les territoires ruraux.



Moyens nécessaires et financements

- Financements délégués au réseau régional
- Financements pour les territoires en tension, non-couverts par l'association Asalée.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°4



Niveau de priorité : **Court terme**



Titre de l'action

Structurer les parcours d'accompagnement, notamment pour les personnes présentant des difficultés spécifiques.



Objectifs de l'action

- 1 – Veiller à la continuité de parcours pour les publics spécifiques, notamment en situation de transition : public sortant d'incarcération, d'hospitalisation, notamment, passage aux urgences des jeunes, passage de l'âge enfant à l'âge adulte, fin de prise en charge ASE ou médico-sociale, personnes en situation de handicap, personne en perte d'autonomie, en perte d'emploi, rupture d'hébergement, diagnostic...
- 2 – Initier ou réinitier le parcours de soins pour les personnes en situation de précarité.
- 3 – Renforcer la coopération et l'articulation entre l'addictologie et la psychiatrie.



Description de l'action

- Développer des protocoles de coordination pour assurer un meilleur suivi du patient du sanitaire, du médico-social et du social, vers la ville.
- Interventions d' « aller-vers » sur les structures de proximité ou de lieux d'accueil (points accueils écoute jeunes) de populations aux difficultés spécifiques.
- Appui sur le staff de coordination du CHU déjà existant.
- Appui sur ARCA SUD, les CPTS, les DAC, les CLSM et prochainement, sur une commission des cas complexes.
- Sensibiliser et mobiliser le conseil de l'ordre pour éviter les refus de prise en charge de ces publics par un médecin traitant (obligation éthique et déontologique de prendre en charge ces publics).
- Recours à l'aller-vers (développement des équipes mobiles, Bus...).



Acteurs impliqués

- **Responsable(s) de l'action** : structures de soin
- **Contributeurs à l'action** : ARCA SUD , DAC, Conseil départemental, PJJ, SPIP, instances juridictionnelles : tribunal judiciaire de Nice et tribunal judiciaire de Grasse, EMPP, EMSP, ESIP, CPTS...



Moyens nécessaires et financements

- Mise en place d'équipes mobiles
- Ressources en addictologie pour des consultations avancées.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

Amélioration des prises en charge et soutien aux structures.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°5



Niveau de priorité : **Court terme**



Titre de l'action

Organiser le retour d'expérience entre les professionnels.



Objectifs de l'action

- 1 – Partage d'expérience incluant les professionnels universitaires, CSAPA et autres, autour de cas complexes.
- 2 – Revue et veille littéraire / bibliographique proposées aux participants.
- 3 – Diffusion d'information, de documentation.



Acteurs impliqués

- **Responsable de l'action** : CHU Nice – Dr CHERIKH Faredj
- **Contributeurs à l'action** : ARCA SUD, CHU de Nice & les CSAPA du territoire des Alpes-Maritimes.



Description de l'action

- Apporter un éclairage et une expertise pluridisciplinaire autour de cas cliniques complexes :
 - identifier les obstacles du parcours de santé et de soins ;
 - analyser les dysfonctionnements et les ruptures de parcours ;
 - être force de proposition ;
 - partager et harmoniser les pratiques professionnelles.
- Organisation hebdomadaire (le vendredi à partir de 11h30 jusqu'à 13h30) d'un staff autour de cas cliniques psychopathologiques et médico-biologiques proposés par les structures et autres professionnels.
- Proposition de revue littéraire et bibliographique une fois par mois pour les participants, avec la participation d'un intervenant local ou national.
- ARCA SUD (antenne départementale) sera l'organisateur de ces séances (envoi de mails, logistique, visioconférence...)



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- **Résultats** :
 - Optimiser la prise en charge et le parcours de santé des patients repérés complexes.
- **Indicateurs** :
 - Nombre de cas complexes évoqués
 - Nombre de séances réalisées
 - Nombre de participants.



Moyens nécessaires et financements

- Logistique organisationnelle, temps dédié par les équipes ARCA SUD, CSAPA et CHU
- Équipement informatique
Logiciel de visioconférence.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°6



Niveau de priorité : **Court terme**



Titre de l'action

Développer des outils de communication pour changer les représentations sur l'addiction.



Objectifs de l'action

- Lutter contre les stigmatisations des publics et des établissements œuvrant dans le champ de l'addiction.
- Changer les regards sur l'addiction des professionnels et du grand public.



Acteurs impliqués

- **Responsable de l'action** : ARCA SUD
- **Contributeurs à l'action** : CPTS, CSAPA, CAARUD, ENIPSE, Élus locaux...



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- **Résultat** :
 - Délivrer une information générale pour l'ensemble des publics (professionnels et usagers).
- **Indicateurs** :
 - Nombre d'outils créés
 - Définitions et diffusion de messages communs
 - Qualité et impact des messages.



Description de l'action

- 1 – Consultation, mobilisation des usagers et co-construction de supports de communication.
- 2 – Production d'outils de communication à destination du grand public valorisant la démarche de soins en addictologie.
- 3 – Accompagnement, sensibilisation et actions en direction des professionnels, des élus : mise à disposition d'outils, organisation de réunions d'information.
- 4 – Information des professionnels via les bulletins de communication des CPTS.
- 5 – Création d'une newsletter régionale mensuelle avec des informations sur l'addictologie.



Moyens nécessaires et financements

Moyens financiers pour la création des supports de communication.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°7



Niveau de priorité : **Moyen terme**



Titre de l'action

Renforcer le partenariat avec l'Éducation Nationale afin de prévenir et réduire les conduites à risques liées aux addictions avec ou sans substances.



Description de l'action

Unplugged est un programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire, destiné aux adolescents de 12 à 14 ans, qui met particulièrement l'accent sur l'alcool, le tabac, le cannabis et les écrans.

Il comprend 12 séances interactives d'une heure (plus deux séances avec les parents), menées en coanimation par un enseignant et un professionnel de la prévention, ayant chacun reçu une formation adaptée.

L'association Addictions France proposera un renforcement des compétences en addictologie, à travers une formation adaptée, aux différents intervenants de l'Éducation Nationale.



Objectifs de l'action

- 1 – Renforcer les compétences psychosociales.
- 2 – Implanter le programme Unplugged (prévention des conduites addictives en milieu scolaire).



Acteurs impliqués

- **Responsable de l'action** : Association Addictions France
- **Contributeurs à l'action** : Éducation Nationale, CODES, Horizon multimédia, GT addiction, Mutualité Française.



Moyens nécessaires et financements

Document de contractualisation entre ARS et Éducation Nationale (cf. partie 5 du schéma).



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- **Résultats** :
- Favoriser les aptitudes intra-personnelles des collégiens et des lycéens (confiance en soi, expression de soi, respect des autres). Décrypter les attitudes positives et négatives à l'égard des produits, les influences et attentes du groupe, les croyances sur les produits et leurs effets.
- Encourager le développement des habiletés interpersonnelles de communication, d'affirmation et de conciliation.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°8



Niveau de priorité : **Court terme**



Titre de l'action

Développer la pratique régulière d'activités physiques comme outils thérapeutiques dans la prise en charge des conduites addictives.



Objectifs de l'action

- 1 – **Sensibiliser et former les acteurs** à l'utilisation de l'activité physique comme outil thérapeutique dans les parcours de soin en addictologie.
- 2 – **Innover** : mise en place d'un parcours de soin d'APA et ses outils (phase pilote).
- 3 – **Développer** les parcours et la prescription d'APA pour les patients souffrant d'addiction.



Acteurs impliqués

– **Responsable(s) de l'action** :
COFIL : Addictions France, A2S, ville de Nice, ARS, université Nice

– **Contributeurs à l'action** : CSAPA, URPS, CPAM, Établissements de santé publics et privés (MCO, SSR, Psychiatrie), CPTS, PTA, MSP, Maisons Sport Santé, Réseaux Sport santé, CAARUD, ESSMS, DRAJES.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

– **Indicateurs de résultats** : Observance / Adhésion aux programmes d'APA et poursuite de l'activité physique en milieu ordinaire, qualité de vie, réduction du syndrome anxio-dépressif, estime de soi, participation sociale, condition physique et co-morbidités, amélioration du contrôle des consommations et consolidation de l'abstinence post-sevrage.

– **Indicateurs de suivi** : Nb de personnes et structures formées (APA et acteurs du médico-social), nb de journées de formation / sensibilisation, nb de programmes en APA effectués, nb de patients ayant bénéficié du parcours (nb de prescriptions).



Description de l'action

1 – Sensibiliser et former :

- Co-construire les contenus de formations
- Former les professionnels de santé et médico-sociaux à l'activité physique sur prescription médicale et à l'utilisation de l'APA dans les parcours de soins
- Former les intervenants APA à la spécificité des fragilités et des besoins des personnes souffrant d'addiction.

2 – Innover :

- Co-construire un parcours de soin d'APA-addiction et ses outils (X réunions du COFIL)
- Mise en œuvre de ce parcours de soin et de ces outils sur X sites / X Patients (phase pilote)
- Évaluer grâce à un partenariat universitaire
- Définir le cahier des charges d'un programme d'APA « addictologie » spécifique (forfaitisation)
- Définir le cahier des charges d'un programme passerelle (forfaitisation).

3 – Développer :

- **Promouvoir et faciliter (via un accompagnement et / ou un financement) la mise en place sur prescription médicale**
 - de programmes d'APA au sein des établissement de santé et structures médico-sociales spécialisées ;
 - de programmes passerelles pour accompagner les patients vers une pratique d'AP en milieu ordinaire.

– **Susciter et développer des partenariats** entre les maisons sport santé et structures sportives d'accueil, la médecine de ville et le dispositif en addictologie.



Moyens nécessaires et financements

Financement spécifique lié au développement de la formation, des programmes et de l'évaluation (coordination, forfaitisation des programmes APA, Licences sportives, communication & promotion...).

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°9



Niveau de priorité : **Moyen et Long terme**



Titre de l'action

Développer la fonction de travailleur pair.



Objectifs de l'action

Recrutement et formation de travailleur pair afin de :

- mieux répondre aux besoins du public ;
- renouveler des pratiques sources d'innovation ;
- faire évoluer les représentations dans la société ;
- renforcer les compétences des équipes en médiation.



Acteurs impliqués

- **Responsable(s) de l'action :**
- CAARUD IMP'ACTES (Fondation de Nice)
 - CAARUD Lou Passagin (GROUPE SOS Solidarités)



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Améliorer des compétences psychosociales et de l'autonomie des personnes accompagnées.
- Nombre de formations proposées et effectuées.
- Qualité de vie personnelle et professionnelle du travailleur pair.



Description de l'action

Le soutien par les pairs est une pratique qui utilise des liens de groupe pour augmenter l'auto-efficacité et les compétences psychosociales des individus. Ce soutien par les pairs est un processus de groupe spontané caractérisé par des pratiques de réciprocité et d'échange, de communication horizontale et d'apprentissage partagé. Les services de réduction des risques doivent s'appuyer sur ce modèle d'intervention pour une perspective différente, qui va au-delà de la maladie et de la déviance, et dans laquelle les usagers de drogues sont des acteurs sociaux et des sujets compétents. L'opérateur pair, dans ce type de services, est un consommateur actif qui a atteint ou maintenu une condition de consommation maîtrisée, qui n'a pas de conflit d'intérêts particulier avec les autres usagers et qui entretient de bonnes relations au sein du groupe d'usagers.

L'action se traduit alors de la manière suivante :

- Mobilisation et reconnaissance de l'expérience et de l'expertise du travailleur pair ;
- Accompagner le processus de transformation de l'expérience au savoir ;
- Permettre au travailleur pair de (re)devenir un citoyen par la restauration de son pouvoir d'agir et être reconnu par la rémunération.

Le travailleur pair contribuerait à accompagner la conscientisation de la situation vécue par l'usager.

La création d'une fiche de poste est nécessaire afin de préciser le cadre d'intervention.



Moyens nécessaires et financements

- Financement d'un poste de travailleur pair (2 par an / CAARUD)
- Financement de la formation et de l'accompagnement à la pair aidance.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°10



Niveau de priorité : **Court terme**



Titre de l'action

Développer des outils de Réduction des risques et des dommages (RDRD).



Objectifs de l'action

- 1 – Multiplier les outils de RDRD sur le territoire des Alpes-Maritimes.
- 2 – Faciliter l'orientation des professionnels et des particuliers.
- 3 – Rendre le dispositif plus visible et plus compréhensible.
- 4 – Apporter une réponse face aux situations complexes, de multi addictions et aux multi risques en santé sexuelle, violence...
- 5 – Former les acteurs à la RDRD.



Acteurs impliqués

- **Responsable(s) de l'action** : CAARUD et CSAPA
- **Contributeurs à l'action** : ensemble des partenaires du champ des addictions.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Changer les représentations des personnes vis-à-vis de la RDRD
- Nombre de matériel de RDRD mis à disposition
- Nombre de partenaires (pharmacies).



Description de l'action

- RDRD à distance portée par SAFE au niveau national et mise en œuvre sur la région par le CAARUD Le Patio à Avignon, et que les CAARUD souhaiteraient dupliquer localement : service gratuit de conseil personnalisé et envoi de matériel de consommation pour usagers de drogue.
- Analyse des drogues (spectromètre).
- Permettre à davantage de professionnels de s'appropriier le dispositif : CPTS, DAC, acteurs de quartier, associations, médecine du travail.
- Prise en charge en cas de crise (risque d'overdose) sur des zones du territoire départemental plus éloignées des services d'urgence.
- Multiplier les automates de distribution.
- Poursuivre le développement des partenariats avec les pharmacies : sensibiliser à la RDRD en lien avec le RESPAAD, kits de naloxone accessibles en pharmacie.



Moyens nécessaires et financements

- Financements MILDECA
- Financements ARS pour les produits
- Formation des professionnels de santé et paramédicaux.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°11



Niveau de priorité : **Court et Moyen terme**



Titre de l'action

Intégrer la réduction des risques liés aux consommations de toxiques dans la prise en charge des auteurs de violences conjugales.



Objectifs de l'action

- 1 – Réduire l'impact des comportements de consommation ou des addictions dans les violences au sein du couple.
- 2 – Inscrire la prévention des risques liée aux consommations dans les parcours de prise en charge du CPCA.



Acteurs impliqués

- **Responsable de l'action** : CPCA 06
- **Contributeurs à l'action** : CSAPA Nice, Antibes Grasse- SPIP-CMP- ARCA SUD
- **Secteurs associatifs** : CIDFF, Montjoye, ALC, AS3P, Addictions France
- **Collectivités territoriales** (Service parenthèse).



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Orientation effective sur les soins si addiction
- Absence de récurrence de violences sous prise de toxiques
- Réduction des consommations.



Description de l'action

- Module sur la réduction des comportements à risques sur les stages de responsabilisation et de lutte contre les violences conjugales organisés par le Centre de prise en charge des auteurs de violence CPCA (Nice et Grasse).
- Intégration des données liées aux consommations dans les fiches entrée et sortie de parcours CPCA.
- Consultations psychologiques d'orientation d'accompagnement et de suivi pendant le parcours de prise en charge CPCA.
- Groupes de parole mensuels (Nice-Grasse-Cagnes sur Mer).
- Suivi et orientation vers le réseau de prise en charge des addictions.



Moyens nécessaires et financements

0,8 ETP de psychologue sur les stages, les suivis individuel, les groupes dont 0,2 ETP temps de coordination et d'accompagnement sur les structures partenaires.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°12



Niveau de priorité : **Court terme**



Titre de l'action

Utiliser les technologies du numérique au service de la prévention et de l'information.



Objectifs de l'action

- 1 – Formation aux technologies numériques pour cibler différents publics (professeurs, parents et jeunes).
- 2 – Accompagner en mode virtuel les porteurs de projets pour l'utilisation ou la création d'outils à distance.



Acteurs impliqués

- **Responsable(s) de l'action** : collectif de partenaires
- **Contributeurs à l'action** : Horizon Multimedia, service jeunesse des communes, ERIC (Espace Régional Internet Citoyen), Conseil départemental (PMI, MSD), Éducation Nationale, CAF (REAAP 06), CPAM, MSA, MFS, SLV, centres sociaux, PRE.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Meilleure connaissance et développement de l'offre existante
- Faciliter l'accès pour tous les professionnels
- Création d'une culture commune de la prévention des addictions (jeunes, parents, acteurs).



Moyens nécessaires et financements

Un ingénieur pédagogique et un développeur d'application.



Description de l'action

Actions à destination des jeunes :

- Réalisation d'ateliers de prévention à distance auprès des jeunes ;
- Prévention des jeunes via les réseaux sociaux ;
- Classes virtuelles pour les territoires plus reculés ;
- Travail avec la PJJ pour le développement d'une application sur les cyberviolences.

Actions à destination des parents :

- Accompagnement à la parentalité (ateliers à distance, webinaire, MOOC, site internet, « plateforme clé – parentalité » du CODES ;
- Création d'une application « With Family » : recensement d'activités gratuites à proximité du domicile, avec un objectif de réduction du temps d'écran de leurs enfants ;
- Mallette d'outils à destination des parents pour mieux gérer le temps d'écran en famille (e-parents.fr).

Actions à destination des professeurs et de tous les adultes qui interviennent auprès des enfants et des jeunes :

- Interventions dans les crèches ;
- Interventions dans les écoles (à la demande des mairies et des écoles) ;
- Fiches de liaison à l'école transmises aux familles
- Le bus scolaire : formation des IDE scolaires, des professeurs de SVT, des CPE à des messages de prévention sous forme de saynètes ;
- Actions auprès des IDE et médecins de l'Éducation nationale en présentiel ou distanciel dans le cadre du PAF.

Actions à destination des porteurs de projet :

- Former les professionnels qui souhaitent développer des outils à distance sur leur territoire ;
- Organiser une journée de rencontre annuelle des partenaires pour présenter les actions des différents acteurs, avec diffusion sur la plateforme ;
- Organisation de formations à destination des partenaires :
 - Santé sexuelle (ENIPSE) ;
 - Compétences liées à l'addictologie (Addictions France, CODES).

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°13



Niveau de priorité : **Court terme**



Titre de l'action

Développer des programmes à données prometteuses, de renforcement des compétences psychosociales.



Objectifs de l'action

Consolider et étoffer les programmes de renforcement des compétences psychosociales avec les programmes Good Behavior Game et Programme de soutien aux familles et à la parentalité.



Acteurs impliqués

- **Responsable(s) de l'action** : Addictions France, GRVS, CIDFF, CODES 06
- **Contributeurs à l'action** : Éducation Nationale, CODES, Addictions France, CIDFF, équipes de prévention spécialisées, partenaires (médiation animale, art thérapie...), CAF, Horizon Multimédia.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Déploiement des programmes au sein des établissements scolaires
- Renforcement des compétences psychosociales
- Transfert des compétences en addictologie.



Description de l'action

- 1 – **Programme GBG** (par GRVS) : stratégie de gestion du comportement en classe qui favorise le développement des compétences psychosociales. GBG est directement mis en œuvre par les enseignants pendant que les élèves travaillent sur leurs leçons habituelles et vise à l'amélioration du climat scolaire. Il est déjà expérimenté à l'Ariane où cela a très bien fonctionné.
- 2 – **Programmes PSFP 6-11 ans et 12-16 ans** : programme de développement conjoint des compétences parentales et des compétences psychosociales des enfants.
- 3 – **Dispositif Unplugged** (par Addictions France) : renforcement des compétences psychosociales auprès des collégiens (formation des enseignants, évaluation...)
Programme d'auto-défense verbale (CIDFF).



Moyens nécessaires et financements

Financements MILDECA, ARS.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°14



Niveau de priorité : **Court et Moyen terme**



Titre de l'action

Véhiculer des messages de prévention de manière innovante en direction des jeunes et des parents.



Objectifs de l'action

Communiquer sur des outils accessibles aux jeunes de manière adaptée et en direction des parents (influenceurs identifiés sur les réseaux sociaux).



Acteurs impliqués

- **Responsable de l'action** : La Mut'
- **Contributeurs à l'action** : ensemble des partenaires du réseau.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Visibilité et activité sur les réseaux sociaux : nombre de messages diffusés et mis à jour ;
- Création de la plateforme commune et de la bibliothèque d'outils.



Moyens nécessaires et financements

- Objectif de moyen terme pour la mise en place de ces actions - très chronophage, autant pour la création que pour les échanges avec les utilisateurs : web designer + compétences en prévention
- Financement d'outils, plateforme
- Formation des professionnels à ces nouveaux outils
- Financements ARS, MILDECA
- À définir : modalités de recrutement des influenceurs.



Description de l'action

- 1 – Communiquer sur les réseaux sociaux (Tik Tok, Instagram, Facebook, Snapchat, jeux en réseaux) avec des messages de prévention adaptés et non culpabilisants et sur les structures de prises en charge existantes : mettre l'accent sur les vidéos, les messages à caractère humoristique, les challenges, les escape game. Un enjeu est de trouver le meilleur canal de diffusion (FB plus simple d'utilisation, Tik Tok plus populaire).
- 2 – Diffusion de messages sur l'Espace numérique de travail à destination des enfants et des parents
- 3 – Partager les messages de prévention entre les comptes des différents partenaires afin d'en améliorer la visibilité
- 4 – Proposer des échanges avec les jeunes et les parents par chat (via les réseaux sociaux ou les applications de rencontre)
Créer la fonction de relais pairs (ex. des jeunes en service civique mènent des actions sur les réseaux / les stands)
- 5 – Continuer / reprendre les actions en présentiel :
 - Travail des IDE, des assistants sociaux et des médecins de l'Éducation nationale
 - Pauses-santé de l'Université Côte d'Azur
 - Villages Santé
 - Rendez-vous de testing (ENIPSE)
 - Consultations jeunes consommateurs (CSAPA)
- 6 – Construire une offre à destination des parents, notamment via les podcasts
- 7 – Création d'une bibliothèque d'outils clés en main pour les professionnels à destination des enfants et des parents : lister les moyens d'accès à ces outils sur une plateforme commune.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°15



Niveau de priorité : **Court terme**



Titre de l'action

Développer une cartographie de l'offre en addictologie des structures du territoire du 06.



Objectifs de l'action

- 1 – Communiquer sur l'existant et repérer les lieux de prise en charge et les personnes ressources.
- 2 – Faciliter l'orientation des professionnels, des associations, des partenaires, des services municipaux et des particuliers (patients, parents).



Acteurs impliqués

- **Responsable(s) de l'action** : ARCA SUD
- **Contributeurs à l'action** : ensemble des partenaires porteurs de structures et d'actions, CPAM.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Meilleure visibilité de l'offre
- Orientation des professionnels et des particuliers
- Quantifier le recours à la cartographie sur la base du nombre de vues.



Description de l'action

– Proposer une cartographie en ligne (possibilité de s'appuyer sur le site sante.fr) sur les lieux de prise en charge et les ressources du territoire :

- CSAPA-CAARUD (équipes fixes et mobiles)
- Addictologues
- Médecins généralistes avec un DU en addictologie
- Consultations hospitalières
- Équipe mobile (ELSA / EMPP)
- Infirmières en pratiques avancées
- Consultations jeunes consommateurs
- Infirmières scolaires
- Associations d'auto support (AIDES – ASUD)
- Carrefour Santé Jeunes

– Un lien doctolib ou plateforme sécurisée pourrait permettre la prise de rdv vers le professionnel de santé.

– Liens vers les structures d'appui et de Coordination : DAC, CPTS.

– Lieux de cure.



Moyens nécessaires et financements

- Suivi et mise à jour des coordonnées par le réseau régional
- Liens avec outils existants
- MILDECA : opportunité de financer des sites dans les départements
- Appui potentiel sur le site [santé.fr](http://sante.fr)



Niveau de priorité : **Court terme**



Titre de l'action

Animation d'un COPIL territorial.



Objectifs de l'action

- 1 – Réponse opérationnelle prenant en compte la réalité de terrain (maillage territorial) et l'actualité de territoire (événements exceptionnels).
- 2 – Tenir et partager une feuille de route pour le territoire.
- 3 – Prise en compte des publics oubliés (ex. PJJ).
- 4 – Recherche de l'exhaustivité des interventions en milieu scolaire : décloisonnement des parties prenantes pour faciliter les interventions, sur les communes, en milieu scolaire.
- 5 – Accompagner le partenariat au niveau académique (rectorat et DASEN).



Acteurs impliqués

- **Responsable(s) de l'action** : à définir ultérieurement
- **Contributeurs à l'action** : MILDECA (antenne départementale), ARS, CPTS, CD06, Ville de Nice, effecteurs associations...



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Meilleure coordination territoriale (partenariats entre les structure)
- Définition d'un plan d'action.



Description de l'action

Missions du COPIL :

- 1 – Garantir une cohérence territoriale :
 - Piloter et animer la coordination territoriale (favoriser le développement et l'utilisation d'outils de communication entre acteurs, fédérer et animer le réseau de partenaires).
 - développer le maillage territorial, soutenir, définir une charte d'intervention en addictologie, identifier des référents thématiques.
 - Se coordonner entre acteurs institutionnels : éviter des doublons dans les appels à projet ou les demandes, projets multi-financeurs.
- 2 – Simplifier et faciliter le financement des projets en addictologie :
 - Renforcer et améliorer la communication institutionnelle : communication sur la stratégie départementale, visibilité des acteurs sur les futurs axes ou projets qui vont être développés.
 - Simplifier les réponses aux appels à projet (pérennité des financements, CPOM, cahiers des charges moins prescriptifs, modalités de réponse aux appels à projets simplifiées).



Moyens nécessaires et financements

- Recruter un chargé de mission pour la gestion logistique du COPIL
- Mise en place d'une communauté numérique pour faciliter les échanges et pratiques des intervenants de l'addictologie.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°17



Niveau de priorité : **Long terme**



Titre de l'action

Coopération et sensibilisation des collectivités territoriales aux enjeux en addictologie.



Objectifs de l'action

- Sensibiliser les élus aux enjeux de la prévention des consommations à risque et de l'addiction.
- Sensibiliser les élus aux enjeux des représentations et des discriminations de ces publics.
- Rendre les élus et son administration acteurs de prévention sur leur territoire.



Acteurs impliqués

- **Responsable de l'action** : ARCA SUD
- **Contributeurs à l'action** : les CSAPA, les collectivités territoriales, la Mut'.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Intégration de la prévention en addictologie dans les politiques locales (environnement, urbanisme, culture...).
- Adoption par les élus du territoire d'un discours public clair (à partir des données scientifiques) et déterminé sur la nécessité de modifier le regard sur cet enjeu de société et de faire évoluer les comportements de tous.



Description de l'action

- 1 – Participation des associations des maires au COPIL
- 2 – Valorisation sur les sites / CRES / OSCAR : mise en valeur des actions qui fonctionnent sur les territoires : interviews photos, petits films de témoignage des élus...
- 3 – **Réaliser des actions de sensibilisation flash auprès des commerçants** :
 - Modalité de prise de contact : à formaliser (élus-commerçants, aller-vers...)
 - Contenu :
 - Thématiques ciblées (ex. vente aux mineurs, horaires de vente, existence d'un numéro vert...)
 - Maximum 30 min.
 - Format :
 - Présentiel (pour les personnes faisant de la déambulation).
 - Distanciel selon les besoins identifiés.



Moyens nécessaires et financements

- Recruter un chargé de mission pour animer cette dynamique, pour créer du lien entre les acteurs.
- Financement MILDECA et l'ARS pour les formateurs, la campagne de communication.
- Financement des collectivités pour les agents territoriaux (temps RH dédié aux sensibilisations, aux actions), pour la campagne de communication.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°18



Niveau de priorité : **Moyen terme**



Titre de l'action

Prise en charge des situations complexes.



Objectifs de l'action

- 1 – Accompagner les professionnels dans la gestion des cas complexes.
- 2 – Construire un accompagnement pour les personnes en situations complexes : actions terrain / solutions opérationnelles.
- 3 – Créer une culture commune autour des situations complexes.
- 4 – Organiser l'accompagnement d'usagers très précaires et mobiles sur le territoire.



Acteurs impliqués

- **Responsable(s) de l'action** : formation collégiale
- **Contributeurs à l'action** : Opérateurs, ARS, DAC, CPTS, MSP.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

Nombre de personnes en situation complexe suivies et accompagnées.



Description de l'action

- Créer un groupe de référents avec un plan de sensibilisation ;
- Créer un groupe de sentinelles issu d'un large panel d'acteurs ;
- Repérer et orienter :
 - recueillir tous les éléments du dossier,
 - créer une réflexion commune,
- Acteurs à impliquer (référents ou sentinelles) :
 - Structures addictions (CSAPA, CAARUD)
 - CMPP
 - CH, CHU, médecins libéraux (généralistes et addictologues)
 - DAC, CPTS, réseaux addiction, MSP
 - LHSS
 - Équipes du domicile (ACT, CHRS)
 - Acteurs institutionnels (CCAS, Communautés d'agglomérations, ateliers santé-ville, département, PJJ, SPIP, police municipale et nationale, gendarmerie, SAMU social, pompiers, 115, Galice)
 - Associations spécialisées en santé sexuelle, planning familial
 - Association d'usagers
 - Création d'outils communs (fiche d'orientation vers les DAC, recueil de données
 - Orientation vers les DAC via Azurezo.



Moyens nécessaires et financements

Valorisation de la participation des professionnels de santé libéraux.

FICHE ACTION

Parcours et coordination
des acteurs – n°19



Niveau de priorité : **Court et moyen terme**



Titre de l'action

Structurer des actions communes entre les champs de la gérontologie et de l'addictologie pour améliorer le parcours de santé des personnes âgées à domicile.



Objectifs de l'action

- Développer « l'aller-vers » en addictologie : innovation et équité territoriale.
- Assurer une continuité et éviter les ruptures de parcours des personnes âgées.
- Renforcer le travail en équipe pour apporter une réponse individualisée et pertinente sur la situation accompagnée.
- Améliorer la visibilité de l'offre du territoire entre les partenaires de l'addiction et de la gérontologie.



Acteurs impliqués

- **Responsable de l'action** : DAC
- **Contributeurs à l'action** : acteurs de la gérontologie et de l'addictologie.



Résultats attendus / indicateurs de suivi

- Meilleure prise en charge en addictologie du public âgé.
- Harmonisation des pratiques et construction d'une culture commune :
 - Nombre de situations suivies par les équipes mobiles « géronto-addicto »
 - Nombre de visites à domicile commune
 - Nombre de synthèses / PPCS co-écrites
 - Nombre de réunions cliniques sur les situations complexes organisées
 - Nombres d'action d'informations et de sensibilisation envers les professionnels qui interviennent dans le champ de la gérontologie
 - Nombre de professionnels mobilisés sur les actions de sensibilisation / formation.



Description de l'action

- Actions à destination des professionnels :
 - Faire se rencontrer les équipes du CSAPA et des dispositifs d'appui à la coordination (plus particulièrement celles en charge de l'accompagnement renforcé en gérontologie)
 - Mettre en place des visites à domicile en binôme pour les personnes âgées en situation complexes avec des problématiques d'addiction
 - Organiser des concertations cliniques à domicile avec les professionnels de différents champs (sanitaire / social / médico-social)
 - Création de temps de sensibilisation quant aux problématiques d'addiction chez les personnes âgées.
 - Améliorer les pratiques professionnelles des personnes qui interviennent au quotidien à domicile (culture commune + harmonisation des pratiques).
- Action à destination des usagers :
 - Structurer des actions de prévention autour de la problématique d'addiction
 - Favoriser les accès à la prévention, aux soins, à l'éducation à la santé et aux droits.
- Action à destination des familles :
 - Sensibiliser au repérage et à l'accompagnement de la problématique d'addiction à domicile.

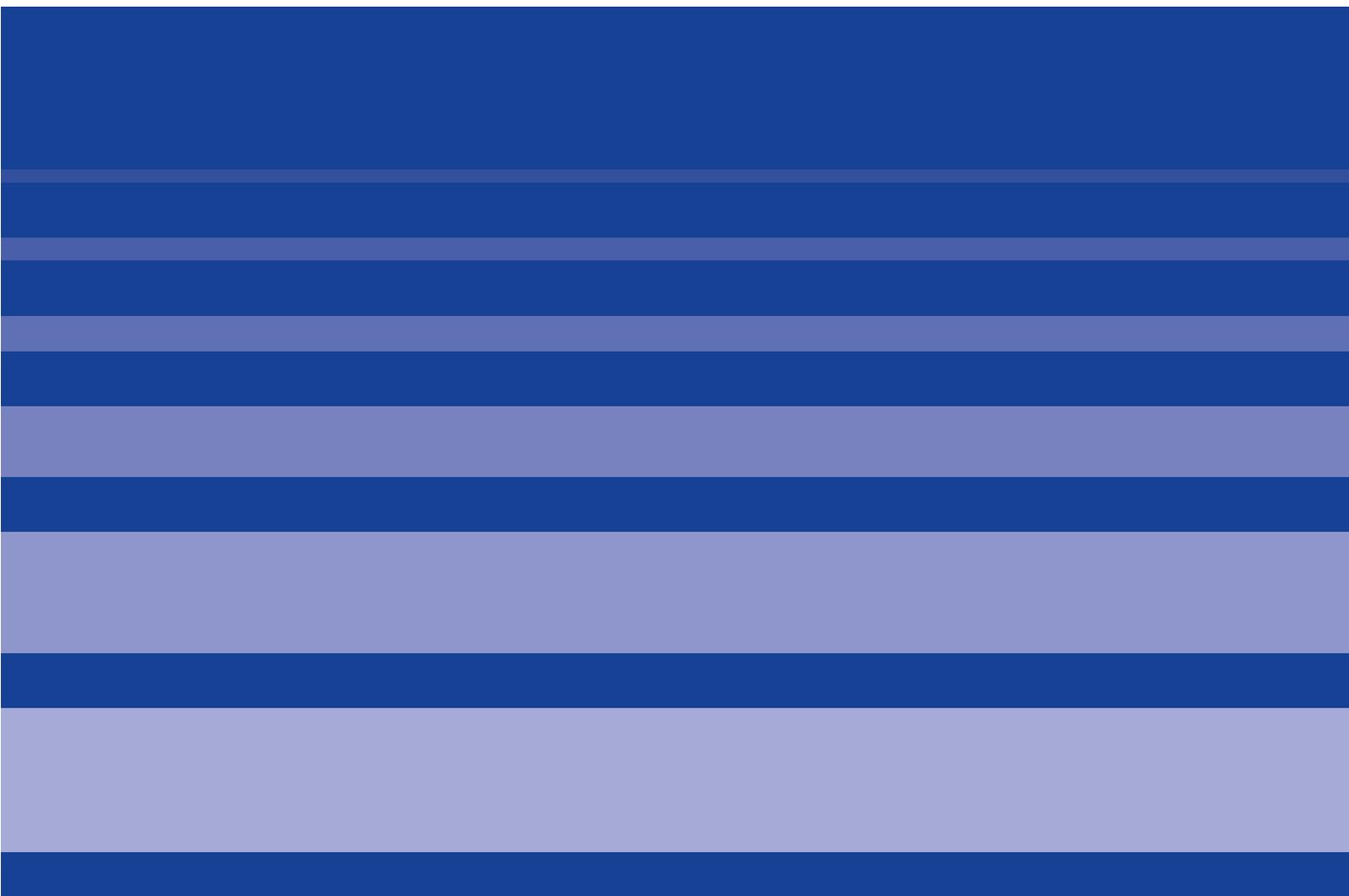


Moyens nécessaires et financements

- Financement ARS pour professionnels du CSAPA
- Financement ARS pour les équipes en charge de l'accompagnement renforcé des personnes âgées.

PARTIE 5

PARTENARIATS



COOPÉRATION AVEC LES INSTANCES JURIDICTIONNELLES : LES PRIORITÉS SUR LE TERRITOIRE D'INTERVENTION NIÇOIS

Priorités	Actions	Sous-actions
<p>Priorité 1 Renforcer l'efficacité de la réponse judiciaire à la délinquance en lien avec les addictions.</p>	<p>Maintenir une réponse judiciaire adaptée à l'usage illicite de stupéfiants.</p>	<p>Continuer à prévenir la récidive en agissant sur les facteurs individuels de délinquance, notamment en intégrant à la mesure pénale, le cas échéant, une obligation de soins (en alternatives aux poursuites, par les injonctions thérapeutiques...).</p>
		<p>Continuer à favoriser, tout au long de la chaîne judiciaire, la sortie de la délinquance.</p>
<p>Priorité 2 Diminuer les risques pour les personnes sous-main de justice.</p>	<p>Maintenir un suivi effectif des personnes sous-main de justice (particulièrement celles détenues, identifiées dans la stratégie nationale de santé comme des populations vulnérables).</p>	
<p>Priorité 3 Faciliter la lutte contre les trafics.</p>	<p>Continuer à adapter les stratégies de lutte contre le trafic et leur pilotage.</p>	<p>Maintenir une réponse pénale adaptée à la lutte contre l'évolution des trafics notamment par l'identification des avoirs criminels, leur saisie et leur confiscation.</p>
<p>Priorité 4 Élargir les connaissances dans tous les domaines de la lutte contre les addictions.</p>	<p>Continuer à favoriser la connaissance réciproque des acteurs de la prévention et la prise en charge des addictions et notamment renforcer les connaissances sur les usages et les trajectoires de consommation.</p>	

RÉFLEXIONS EN COURS DES EFFECTEURS INTERVENANT À L'INTERFACE DU CHAMPS DE LA JUSTICE, DE LA SANTÉ ET DE LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Le schéma de prévention et de prise en charge des addictions sur le territoire des Alpes-Maritimes a fait valoir dès la phase de travail diagnostique la nécessité d'une collaboration en proximité entre la justice et la santé publique sur divers points.

Un groupe de travail s'est constitué en marge des travaux du schéma.

Participants au groupe de travail :

- Addictions France : Lionel CLOT, Vincent LAROCHE
- ARPAS : Christophe AUROUET
- MONTJOYE : Cécile THIRIET
- PJJ : Nicolas CLERET
- CHU NICE : Dr Faredj CHERIKH
- HARPEGES : Elisabeth de BURLET
- Bruno TANCHE, délégué du procureur au Tribunal judiciaire de Marseille
- ARS : DD06 et siège

Besoins identifiés et proposés par le Tribunal judiciaire de Nice :

- Mise en place d'une consultation en addictologie au sein des tribunaux judiciaires avec mise à disposition de professionnels du soin.
- Permettre un recours facilité à l'injonction thérapeutique.

Autres objectifs pré-identifiés :

- Lien à renforcer avec la PJJ pour les mineurs et les jeunes majeurs
- Promouvoir une culture commune sur la lutte contre les addictions.

ÉTAT DES LIEUX – ACTIONS EN COURS

Services de la PJJ 06 :

La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse des Alpes-Maritimes (DTPJJ 06) est constituée de **deux STEMO** (service territorial éducatif en milieu ouvert) à Grasse et à Nice, et **d'un EPEI** (établissement de placement éducatif et d'insertion) à Nice.

Sur le STEMO de Grasse, sont rattachées les unités éducatives en milieu ouvert (UEMO) de Cannes, Antibes, Grasse qui inclut le quartier mineur (QM) de la Maison d'arrêt de Grasse.

– Travail avec Addictions France qui réalise des consultations jeunes consommateurs avancées (CJCA) une journée par mois sur l'UEMO d'Antibes.

– L'action menée l'année dernière étant très concluante il a été décidé que toutes les CJCA seront dorénavant étendues à l'ensemble des unités du STEMO de Grasse ; elles ont commencé à l'UEMO de Grasse et vont bientôt démarrer sur l'UEMO de Cannes.

– Addictions France intervient également dans le cadre du stage de citoyenneté sur une demi-journée, ainsi qu'au QM de Grasse pour une consultation jeune consommateur avancée (CJCA). Cette action qui sera reconduite doit aussi permettre d'envisager les obligations de soins et la prise en charge de la santé mentale.

– L'association ARPEJ intervient sur l'UEMO d'Antibes une fois par mois dans les stages alternatifs aux poursuites. ARPEJ a également mis en place des formations de sensibilisation aux addictions pour les professionnels de chaque unité du STEMO de Grasse en deux séances d'une demi-journée (niveau 1 et 2).

Sur le STEMO de Nice :

Concernant l'UEMO Nice nord, mise en place de :

– Un stage SSDUS (sensibilisation au danger de l'usage des stupéfiants) dans le cadre d'alternative aux poursuites et / ou de réparation pré-sentencielle – partenaire conventionné : Groupe SOS Solidarités (CSAPA) ;

– Un atelier santé qui s'adresse à des mineurs de l'unité pour lesquels une information sur les addictions semble importante mais également des mineurs orientés par le parquet pour un SSDUS arrêtés pour consommation et qui sont jeunes consommateurs – partenaire conventionné Groupe SOS Solidarités (ARPEJ). Il est à noter que cette unité a eu une consultation jeune consommateur avancée (CJCA) sur une année en 2019, mais en accord avec ARPEJ, l'unité a dû mettre un terme à cette CJC avancée au vu de la faible fréquentation ;

Un stage trafic : participation de mineurs inscrits dans du petit trafic et orientés par le parquet. À ce jour, un seul stage a été réalisé en décembre 2021. Il s'est décliné sur une journée avec une intervention du CSAPA Émergence du Groupe SOS Solidarités et l'intervention d'une sociologue de l'association l'ouvre boîte 44 / 85. Ce stage trafic est encore en construction car il nécessiterait des améliorations. L'équipe éducative a pensé à le conduire sur deux jours et à faire intervenir la compagnie MIRANDA en modifiant les interventions de la sociologue sur une journée.

Concernant l'UEMO de Nice centre :

En cours de création : rencontre de présentation le 03/12/21 entre l'équipe de l'UEMO et l'association Addictions France, CSAPA Odysée avec M. Laroche psychologue et chef de service. Une intervention est souhaitée pour cette unité dans le cadre des stages peines routiers (délits routiers sous effet de stupéfiants ou drogues) en favorisant la participation des parents. Six stages routiers sont programmés durant l'année 2022. La mise en place d'une consultation jeune consommateur avancée (CJCA) devrait également être réalisée.

Concernant Nice Ouest :

– Il est envisagé d'étoffer l'actuel partenariat avec l'association Addictions France pour les stages de citoyenneté et la mise en place d'une consultation jeune consommateur avancée (CJCA).

– Concernant le partenariat avec le CSAPA Emergence, le souhait de la Responsable d'unité serait de les solliciter à raison d'une journée par mois pour des consultations jeunes consommateurs avancées et 5 fois dans l'année pour une demi-journée d'intervention sur les stages de citoyenneté.

– S'agissant de l'association ARPAS, une intervention est envisagée d'une psychologue sur une demi-journée tous les 15 jours sur l'unité pour répondre aux obligations de soins et pour proposer une intervention dans les mesures de réparation.

– Sur l'EPEI : il comprend l'UEHC (unité éducative d'hébergement collectif), l'UEHD (unité éducative d'hébergement diversifié : Famille d'accueil, Foyer de Jeunes Travailleurs...) et l'UEAJ (unité éducative d'activités de jour).

Il n'y a à ce jour aucune action menée sur l'UEHC qui souhaite vivement déployer une consultation jeune consommateur avancée (CJCA). Ce point sera abordé avec Addictions France lors d'une prochaine rencontre.

Pour autant, des actions ont été menées régulièrement sur l'UEAJ, ce qui n'est plus le cas actuellement puisque la structure est en restructuration.

L'UEHD travaille avec le CSAPA des moulins.

CONTRACTUALISATION ENTRE L'ARS ET LA DSDEN

L'objectif partagé avec l'ARS est de développer progressivement un maillage territorial afin que tous les élèves puissent bénéficier d'un programme de prévention des addictions durant leur cursus scolaire.

Le contexte :

– Les projets de prévention des addictions au sein des écoles et des établissements scolaires s'inscrivent dans le cadre des projets d'école ou d'établissement et des CESCE, en s'appuyant, notamment, sur la démarche des écoles promotrices de santé.

– Le transfert de compétences grâce à la formation d'intervenants au sein des Ecoles (Enseignants et non enseignants) facilite, à terme, le maillage du département en pérennisant les programmes implantés.

– Les stratégies de prévention efficaces s'appuient sur le renforcement des compétences psychosociales et sur des démarches de qualité, notamment les programmes de prévention aux données probantes (programmes dont les interventions sont fondées sur des preuves) et les interventions expérientielles prometteuses. Une intervention prometteuse est une intervention dont l'efficacité n'a pas été évaluée par la recherche mais pour laquelle une évaluation normative solide induit une présomption de résultats pertinents, l'intérêt des interventions prometteuses réside principalement dans le fait qu'elles peuvent être plus innovantes que les interventions probantes (car plus récentes). Ces programmes permettent de développer des compétences cognitives, sociales et émotionnelles chez les élèves grâce à des actions mises en place au sein des enseignements disciplinaires et des espaces de vie, elles sont complémentaires et cohérentes avec les interventions des professionnels de santé et des partenaires extérieurs.

L'ARS s'engage à favoriser l'implantation des programmes probants et des programmes aux données prometteuses en soutenant :

- Des porteurs de projets chargés du déploiement de ces programmes dans les collèges et lycées, dans le respect de la charte d'intervention en milieu scolaire destinée à toute association intervenant auprès de l'Éducation Nationale.
- Des associations qui assurent la formation des personnels de l'Éducation Nationale dans le cadre du transfert de compétences nécessaire à la pérennisation de ces programmes au sein de l'École.

L'Éducation Nationale s'engage à inscrire dans les travaux du Comité départemental dédié aux questions sociales, de santé, de sécurité et aux politiques éducatives (CD3SPE) cette stratégie de prévention des addictions afin :

- D'identifier des territoires prioritaires volontaires à l'échelon des réseaux d'établissements.
 - D'accompagner et de valoriser ces projets.
- De proposer les dispositifs de formation dédiés aux addictions dans son école académique de formation.

CHARTRE D'INTERVENTION EN MILIEU SCOLAIRE DESTINÉE À TOUTE ASSOCIATION INTERVENANT AUPRÈS DE L'ÉDUCATION NATIONALE

La présente charte a pour objet, dans le cadre des textes en vigueur, de déterminer les modalités de toute action éducative complémentaire de l'enseignement public et privé sous contrat, menée dans les établissements d'enseignement scolaire, pendant ou hors temps scolaire.

Aspect réglementaire :

- Toute intervention d'association en milieu scolaire est soumise à l'autorisation du chef d'établissement dans le second degré et de l'inspecteur d'académie – et par délégation le directeur d'école – dans le premier degré. Elle intervient à la demande ou avec l'accord des équipes pédagogiques concernées et dans le respect de la responsabilité pédagogique des enseignants.
- Tout projet d'action, élaboré à l'initiative de l'établissement d'enseignement scolaire ou à l'initiative du partenaire associatif, doit être réalisé dans le cadre du projet d'école ou d'établissement :
- Il a fait l'objet d'une présentation en conseil d'école qui doit se prononcer sur l'organisation des activités périscolaires et la protection des enfants dans le cadre scolaire et périscolaire (circulaire n° 93-136 du 25 février 1993).
- Dans les collèges et lycée publics ou privés sous contrat, il doit être soumis au conseil d'administration.

Démarche :

- L'établissement d'enseignement scolaire reste maître du pilotage s'agissant de la conception, de l'élaboration et la réalisation de l'action et de l'évaluation.
- Toute action s'inscrit dans une démarche de co-construction et participative, mise en œuvre par les professionnels de l'établissement d'enseignement scolaire. En cas de besoin, ces derniers font appel à des intervenants extérieurs choisis selon des compétences reconnues.
- Le contenu de l'action (objectifs, modalités, évaluation) est élaboré en partenariat avec l'intervenant extérieur à partir d'une première analyse des besoins faite par les professionnels de l'Éducation Nationale. En cohérence avec les programmes, ce contenu fait explicitement référence aux programmes d'enseignement et au socle commun de compétences, de connaissances et de culture.
- Toute intervention s'inscrit dans le continuum éducatif de l'élève. Une intervention ne se résout pas à la seule information. Elle doit comporter un travail préalable et prévoir les suites à donner.
- L'intervention se déroule en co-animation avec un personnel de l'Éducation Nationale.
- Toute action est évaluée avec des critères et des moyens envisagés dès sa préparation.

Principes :

- Toute intervention est gratuite pour les élèves et ne présente pas un caractère lucratif.
- Tout intervenant s'engage au respect de l'individu, de ses droits et de sa dignité, sans discrimination sociale, culturelle, ethnique, de sexe ou d'appartenance religieuse.
- Dans le strict respect du code de l'éducation, l'intervenant ne manifeste et n'expose aucune forme de prosélytisme idéologique, politique ou religieux et aucune attitude moralisatrice ou culpabilisante.
- Le professionnel de l'Éducation Nationale fait de préférence appel à des associations agréées.
- La convention précitée fait explicitement référence à la charte académique et / ou au projet académique qui lui est annexé(e).

Le signataire de la présente charte,

M / Mme

Qualité :

Mis à disposition par l'organisme / l'association / l'autoentreprise :

S'engage à respecter les aspects règlementaires, la démarche et les principes précités.

Le signataire reconnaît avoir pris connaissance de la présente charte et s'engage à la respecter.

Fait à , le

**Le chef d'établissement / L'inspecteur
de l'Éducation Nationale (si nécessaire
et en fonction du contexte l'IA-DASEN),**

L'intervenant,

ANNEXES



GLOSSAIRE

o **Aller-vers** : adaptation des dispositifs de prévention existants pour les décliner au plus près des publics.

o **RDRD** : politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue qui vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants (article L3411-8 du code de la santé publique).

o **Compétences psychosociales** : capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, et à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement (définition OMS).

o **CSAPA – centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie** : lieu d'accueil et de prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et éducative) de personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives licites ou non licites ou souffrant d'addictions sans substance.

o **CAARUD – centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues** : structure d'accueil, d'information, d'accès aux soins, aux droits et à la réinsertion pour les usagers de drogues, sans condition de sevrage.

o **DAC – dispositif d'appui à la coordination** :

Au sein d'un même territoire, plusieurs dispositifs peuvent venir en appui des parcours de santé de la population sur des problématiques différentes, rendant leur intervention peu lisible. C'est le cas des réseaux de santé, des MAIA, des plateformes territoriales d'appui (PTA) et des coordinations territoriales d'appui (CTA). C'est pourquoi ces dispositifs sont progressivement amenés à s'unifier en un dispositif unique, qui répond à tout professionnel quels que soient la pathologie ou l'âge de la personne qu'ils accompagnent : le dispositif d'appui à la coordination (DAC).

o **ELSA – équipe de liaison et de soins en**

addictologie : équipe pluridisciplinaire qui œuvre à l'amélioration de la prise en charge intra et extra hospitalière en addictologie par la formation et le conseil auprès d'acteurs non spécialisés en addictologie et l'intervention au près des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation.

o **MSP – maison de santé pluridisciplinaire** :

structure pluri-professionnelle dotée de la personnalité morale et constituée de professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

o **CPTS – communautés professionnelles**

territoriales de santé : regroupement de professionnels d'un même territoire qui s'organisent – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

MESURES PRÉVENTIVES À L'ÉCHELLE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DANS LES ÉTABLISSEMENTS

LES PROFESSIONNELS ONT DES SAVOIR-FAIRE QU'IL S'AGIRA DE SOUTENIR.

De nombreuses informations et recommandations pour mieux faire face à la crise sur le plan individuel et collectif sont disponibles sur le site du PSYCOM : listes des dispositifs d'écoute pour les personnes et les personnels, conseils pour préserver sa propre résilience, fiches diffusées par le Ministère chargé de la santé, recommandations de l'OMS...

CONCERNANT L'ALCOOL

– Poser un cadre clair (en associant les personnes accueillies aux prises de décisions) et en informer tous les résidents.

– La consommation d'alcool peut être permise au sein des structures d'accueil collectif et une aide à la gestion des consommations pourra être proposée. Ces mesures exceptionnelles seront inscrites dans le règlement de fonctionnement de la structure et seront maintenues durant toute la période de confinement dans une optique de réduction des risques.

– Ne pas contraindre les consommations mais les sécuriser et ajuster les accompagnements aux besoins de chaque personne accueillie.

– Ne pas imposer de quantité maximale car le manque entraînera des surconsommations rapides qui sont à risque (troubles du comportement, chutes...)

– Être informés sur les effets de sevrage en cas d'arrêt brutal ou de surdosage en cas de surconsommation soudaine.

– Associer autant que possible l'alimentation à la consommation d'alcool et inciter les personnes à se réhydrater régulièrement.

– Être vigilants autant que faire se peut aux associations de différents produits psychoactifs.

CONCERNANT LES AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS (PRODUITS ILLICITES, MÉDICAMENTS MÉSUSÉS)

– Être informés des effets de sevrage en cas d'arrêt brutal ou de surdosage en cas de surconsommation.

– Lorsque du personnel sanitaire est présent sur place ou en orientant vers une structure de soin (CSAPA ou CAARUD ou officine de ville ou professionnel de santé) :

– Veiller à la continuité d'accès au traitement de substitution aux opiacés (TSO) pour les usagers dépendants aux opioïdes, en lien avec un CSAPA de proximité.

– Veiller à ce que les usagers consommateurs actifs aient accès au matériel de réduction des risques et des dommages (kit d'injection, matériel de sniff) pour prévenir le sur risque de contamination infectieuse, en lien avec les professionnels ressources (CAARUD, CSAPA) et à la naloxone prête à l'emploi pour le traitement d'une surdose d'opioïdes (délivrable en CSAPA, CAARUD ou en pharmacie en prescription médicale facultative).

– Aider les usagers à rester vigilants aux gestes barrière lorsqu'ils sont amenés à manipuler des produits et leur matériel de consommation (lavage des mains notamment).

CONCERNANT PLUS LARGEMENT LA SANTÉ MENTALE

– Soutenir le cadre bienveillant et non stigmatisant de l'établissement afin de réduire les situations de stress (formation brève des professionnels, proposition aux personnes accueillies de recourir à une personne tiers pour un temps d'écoute et de réassurance, comme un levier de décompression dans une situation confinée).

– Mettre en place dans un cadre respectant la confidentialité et les mesures barrières, des espaces pour des entretiens téléphoniques ou en visio, accessibles à chacune des personnes accueillies le souhaitant. Il peut s'agir de consultations médicales, de soutien

psychologique ou d'écoute proposées par les professionnels de l'addictologie (notamment prescription de traitement de substitution aux opiacés – TSO) et de la psychiatrie. (Information auprès des CSAPA, CAARUD, CHS de psychiatrie ou Agences régionales de santé du territoire).

– En l'absence de CSAPA, CAARUD, ou équipe de psychiatrie de proximité et le cas échéant, des entretiens pourront être proposés par des travailleurs sociaux en télétravail qui se référeront au guide Dihal « Outil de soutien téléphonique ».

– Faciliter toutes les actions de mise en lien des personnes accueillies avec leurs proches : accès aux réseaux sociaux, réseaux d'entraide et d'auto-support, et plus largement l'accès aux cellules nationales de soutien par téléphone.

TRAITEMENT DES SITUATIONS DE VIOLENCE ET DE TROUBLES DU COMPORTEMENT

– De la personne envers elle-même (tentative de suicide) : ne jamais minimiser la situation et appeler la médecine de ville (notamment médecin traitant) pour une évaluation somatique ou centre 15 si nécessaire. Se mettre en lien dans un second temps avec les équipes de liaison de psychiatrie et / ou d'addictologie selon la situation.

– Dans le cadre de violence envers le collectif : isoler la personne au maximum et sécuriser les autres accueillies. Si les mesures habituelles d'accompagnement des travailleurs sociaux ne permettent pas d'apaiser la personne, faire appel aux forces de l'ordre. Un lien avec les services de psychiatrie sera fait si nécessaire.

LES OUTILS ET RESSOURCES À DISPOSITION DES PROFESSIONNELS ET PERSONNES ACCUEILLIES

– Une réponse disponible 7 jours sur 7 par téléphone ou tchat. Appel anonyme et gratuit. Pour les professionnels et personnes accueillies.

– Cellule nationale de soutien psychologique COVID-19 : Aide pour la population française en détresse psychologique pendant l'épidémie et le confinement : 0 800 130 000 (24h/24).

– Croix-Rouge écoute : Service de soutien par téléphone (solitude, dépression, violence, addictions...): 0 800 858 858 (24h/24).

– Drogues info service au 0 800 23 13 13 (de 8h à 2h ; ou <https://www.drogues-info-service.fr/>

– Alcool info service au 0 980 980 930 (de 8h à 2h) ;

ou <https://www.alcool-info-service.fr/>

– Une écoute personnalisée et des réponses adaptées sur le territoire via des liens avec les acteurs de première ligne en addictologie (CSAPA, CAARUD...).

– Soit les professionnels ont déjà des liens avec une structure ressource en addictologie,

– Soit ils se réfèrent à l'annuaire :

<https://www.drogues-info-service.fr/Adresses-utiles>

– Soit ils contactent par mail :

soutien.covid19@federationaddiction.fr

pour connaître la structure de soins en addictologie disponible sur leur territoire (site mis à jour) qui pourra notamment apporter un soutien aux professionnels et une aide à la résolution des situations complexes concernant l'accompagnement des résidents et un accompagnement à la mise en place de stratégies de réduction des risques (alcool et autres substances...).

RESSOURCES UTILES

Des contenus de formation disponibles à la demande et répondant aux besoins des professionnels.

Des capsules vidéo courte sur la chaîne YouTube de la fédération addiction :

www.youtube.com/c/federationaddiction

– Des formations brèves organisées à la demande par la structure de soins en addictologie de proximité en visioconférence et s'appuyant sur les capsules vidéo.

Plus largement, chaque structure affichera le plus largement possible dans ses locaux les contacts utiles avec l'équipe de psychiatrie et les acteurs de santé mentale et d'addictologie de son territoire avec l'appui de l'Agence régionale de la santé : le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et notamment le CMP de proximité, les associations proposant un soutien psychologique et un médecin généraliste de proximité, le(s) CSAPA et le(s) CAARUD de proximité.

Une procédure d'activation de ces ressources pourra être mise en place avec ces acteurs pour définir qui appeler, dans quelle situation, pour quel type de problème.

Sites utiles sur l'addiction :

Fédération addiction :

<https://www.federationaddiction.fr/>

La Fédération addiction met également en place une adresse mail spécifique de soutien dans le contexte COVID : soutien.covid19@federationaddiction.fr

Addictions France : (ressources en ligne)

<https://addictions-france.org>

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) :

<https://www.drogues.gouv.fr/actualites/covid-19-tabac-alcool-drogues-risques-precautions>

Troubles de santé mentale :

Psycom : <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Actualites-du-Psycom/Epidemie-et-confinement-ressources-utiles-pour-notre-sante-mentale>

Croix-Rouge : <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Coronavirus-COVID-19/COVID-19-Croix-Rouge-chez-vous-maintenir-le-lien-social-des-personnes-isolees-2356>

MISSIONS DES DISPOSITIFS

Dispositifs	Missions	Actions locales
CAARUD	<p>Accueil collectif et individuel, Information et conseils personnalisés pour usagers de drogues, Soutien aux usagers dans l'accès aux soins, Soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, Mise à disposition de matériel de prévention des infections, Intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers, Développement d'actions de médiation sociale.</p>	<p>Trod VIH / VHC, Délivrance Nalscue, Reprises, Interventions, réduction des risques.</p>
CSAPA	<p>Accueil, Information, Évaluation médicale, psychologique et sociale, Orientation vers des structures adaptées, Accueil, informations et orientation personnalisées, Évaluation médicale, psychologique et sociale, Prises en charge individuelles et activités de groupes, Délivrance de traitement de substitution aux opiacés, Action de prévention et de dépistage individuelles et collectives, Consultation hépatite C (filère hépatite C), Prise en charge de l'entourage du patient en entretien.</p>	<p>Appartement thérapeutiques relais, activités thérapeutiques telles que le sport, jardinage, sortie nature, informatique. Sur Cannes : stages de citoyenneté en collaboration avec la PJJ. Convention avec les services de justice pour les soins obligés. Interventions au niveau de la maison d'arrêt de Grasse (CSAPA référent) avec prise en charge et suivi des traitements de substitution aux opiacés et suivi des autres addictions y compris addictions sans substances. Ateliers de groupe (éducation thérapeutique et groupes de parole, art thérapie). Actions de formation auprès du SPIP et du personnel pénitentiaire. Interventions dans les établissements scolaires et milieux spécialisés dans le cadre de la prévention.</p>
CJC	<p>RPIB (repérage, précoce, interventions brèves), Réaliser une évaluation de la situation médico-psycho-social du consommateur et les types d'usages, Accueil conjoint au consommateur et à son entourage, Participation à des actions d'information et de prévention collective, Réception des personnes orientées par l'autorité judiciaire, Obligations de soins, Injonction thérapeutique, Orientation, Accueil et information à l'entourage, Participation à des actions d'information et de prévention collective, Informations, conseils personnalisés, Liens avec les structures partenaires.</p>	<p>Prévention des différents établissements (missions locales, ESAT, Carrefour Santé Jeunes, MECS). Entretiens familiaux. Appui aux équipes des services et institutions recevant des adolescents. Collaboration avec les services demandeurs à un travail de prévention plus approfondi. Participation aux stages de citoyenneté organisés par la PJJ. Consultation jeune consommateur au niveau de la maison d'arrêt de Grasse et ateliers jeunes consommateurs.</p>

COORDONNÉES DES STRUCTURES

Adresse des structures spécialisées ADDICTOLOGIE dans les Alpes-Maritimes

NOM USAGE	ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE
CSAPA MALAUSSENA 1 ^{er} étage CHU DE Nice	10, avenue Malausséna	06000	NICE
CSAPA MALAUSSENA 2 ^{ème} étage - CHU DE Nice Délivrance Méthadone	10, avenue Malausséna	06000	NICE
CSAPA CHU de Nice – Menton Délivrance Méthadone	7, route du Val de Gorbio	06500	MENTON
CSAPA Emergence – Groupe SOS Solidarités Délivrance Méthadone	3, avenue Martin Luther King	06200	NICE
CSAPA Emergence Groupe SOS Solidarités Pôle Santé des Moulins	19, avenue Martin Luther King	06200	NICE
CSAPA Olivetto – Fondation de Nice Délivrance Méthadone	6, avenue Olivetto	06000	NICE
CSAPA ADDICTIONS FRANCE – Nice	2, rue Gioffredo	06000	NICE
CSAPA ADDICTIONS France – Antibes	6, rue de l'Isle	06600	ANTIBES
CSAPA de Grasse "La Caravelle" – CHG Délivrance Méthadone	Chemin de Clavary	06130	GRASSE
CSAPA CH de Cannes Délivrance Méthadone	7, rue Teisseire 27, avenue Isola Bella	06400 06400	CANNES CANNES
CHU de NICE Unité Addictologie D1	151, route St Antoine de Ginestière	062020	NICE
CSAPA CHU de Nice Archet II	151, route St Antoine de Ginestière	06202	NICE
Centre Hospitalier Ste Marie – CSAPA Baie des Anges	87, avenue Joseph Raybaud	06009	NICE
CSAPA CHS Ste Marie – Antenne Maison d'arrêt	12, rue de la Gendarmerie	06000	NICE
CSAPA CH d'Antibes Juan les Pins Délivrance méthadone	14, avenue Reibaud	06600	ANTIBES
Centre Hospitaliers Ste Marie – CSAPA Délivrance Méthadone	87, avenue Joseph Raybaud	06009	NICE
Soins de Suite et de Réadaptation Addictions SSR-A « LE CALME »	358, Avenue de la Plantade	06530	CABRIS
Cliniques Psychiatriques Addiction LA COSTIERE	171, chemin de la Costière	06000	NICE
Cliniques Psychiatriques Addiction SAINT LUC	42, Voie Romaine	06000	NICE
Cliniques Psychiatriques Addiction SAINT FRANCOIS	10, boulevard Pasteur	06000	NICE
Cliniques Psychiatriques Addiction LA GRANGEA	707, Avenue de la Borde, Mougins	06250	MOUGINS
Cliniques Psychiatriques Addiction VALD'ESTREILLES	126, Chemin de l'Écluse	06580	PEGOMAS

Adresse des structures spécialisées ADDICTOLOGIE dans les Alpes-Maritimes

NOM USAGE	ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE
Antenne CJC SUMPPS – CSAPA Émergence PSA	24, avenue des Diables bleus	06300	NICE
Antenne CJC Pôle des Moulins CSAPA Émergence PSA	19, avenue Martin Luther King	06200	NICE
CJC – Fondation de Nice	6, avenue Olivetto	06000	NICE
Consultations avancées Carrefour Santé Jeunes Fondation de Nice	2, rue Raynardi	06000	NICE
CJC - CSAPA Odyssee	28, rue Gioffredo	06000	NICE
CJC PAROLES – CSAPA Malausséna	10, avenue Malausséna	06000	NICE
CJC Antibes, Valbonne et Vence du CSAPA du CH d'Antibes	14, avenue Reibaud	06600	ANTIBES
CJC Antibes et Vallauris – CSAPA Odyssee	6, rue de l'Isle	06600	ANTIBES
CJC de Grasse – CSAPA "La Caravelle"	Chemin Clavary	06130	GRASSE
CJC - CSAPA de Cannes (PREVADD)	7, rue Teisseire	06400	CANNES
CJC Menton – CSAPA CHU de Nice	7, route du Val de Gorbio	06500	MENTON
CJC Vence	44,, avenue Foch	06140	VENCE

ADDICTOLOGIE EN 2018 DANS LE 06

1. STRUCTURES D'ACCUEIL

SANITAIRES

Ambulatoires Source SAE

Indicateurs	ALPES-MARITIMES
Existence d'équipe(s) de liaison en addictologie	OUI
Existence de consultations d'addictologie ?	OUI

Hospitalisation Source PMSI

Indicateurs	ALPES-MARITIMES			Indicateurs de comparaison 2018 Valeur médiane des départements		
	PSY	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR
Nb d'établissements avec une activité de sevrage en hospitalisation	7	10	10	2	6	4
dont % d'établissements avec une activité de psychiatrie		40,00%	10,00%		33,60%	23,60%
Nb d'établissements avec une activité de sevrage en hospitalisation pour 100 000 habitants	0,65	0,92	0,92	0,36	1,2	0,7
Nb d'établissements avec une autorisation spécifique pour la prise en charge des conduites addictives		1	1		2	1

MÉDICO-SOCIALES SOURCE FINESS

Indicateurs	ALPES-MARITIMES	Indicateurs de comparaison 2018
	Nb établissements	Valeur médiane des départements
Nb de Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)	12	5
Nb de Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)	2	1

2. CONSOMMATION DE SOINS LIÉE À LA PRISE EN CHARGE POUR ADDICTION DES HABITANTS DE LA ZONE GÉOGRAPHIQUE

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE SANITAIRE SOURCE SAE

Indicateurs	ALPES-MARITIMES	Indicateurs de comparaison 2018 Valeur médiane des départements
Nb de patients pour lesquels une équipe de liaison en addictologie a été sollicitée au cours de l'année (en nb de séjours)	3 439	1 605
Nb de personnes différentes ayant bénéficié au moins une fois dans l'année d'une consultation d'addictologie (File active)	4 586	1 681

PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (HORS AMBULATOIRE) SOURCE PMSI

FOCUS : PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET PRISE EN CHARGE MULTICHAMPS

Nombre de patients

Indicateurs	ALPES-MARITIMES				Indicateurs de comparaison 2018 Valeur médiane des départements			
	PSY	MCO	SSR	Total (tous champs)	PSY	MCO	SSR	Total (tous champs)
Nb total de patients (ANO) pris en charge pour addiction en hospitalisation	1 556	679	405	2 384	654	548	303	1 238
Nb de patients (ANO) hospitalisés pour addiction uniquement dans un des champs MCO, SSR ou Psychiatrie	1 389	502	251		533	344	120	
Taux de recours des patients aux établissements de la zone	93,60%	96,00%	75,10%	92,70%	76,50%	79,80%	48,10%	74,40%

Nombre de séjours / journées

	Indicateurs	ALPES-MARITIMES				Indicateurs de comparaison 2018 Valeur médiane des départements			
		Nb de séjours	DMS	Nb de journées	DMH	Nb de séjours	DMS	Nb de journées	DMH
Psychiatrie	Prises en charge à temps partiel			4 283	37,2			3 508	33
	Dont HDJ			4 281	37,5			3 321	33,7
	Prises en charge à temps complet			72 409	48,1			25 513	43,2
	Dont HTPlein			68 700	46,2			23 856	41,7
MCO	HDJ	26			2,6	749			9,2
	Dont réalisé en UM=19	16			8	417			11,3
	Hospitalisation complète	784	8,6			685	8,7		
	Dont réalisé en UM=19	269	12,4			270	13,6		
SSR	Hospitalisation à temps partiel	.		0	.	70		630	15,6
	Dont réalisé en UM=58	.		0	.	54		521	19,9
	Hospitalisation à temps complet	445	34,9	14 140		351	36,3	11 028	
	Dont réalisé en UM=58	359	29,6	9 852		292	36,8	9 149	

ADDICTOLOGIE EN 2019 DANS LE 06

1. STRUCTURES D'ACCUEIL

SANITAIRES

Ambulatoires Source SAE

Indicateurs	ALPES-MARITIMES
Existence d'équipe(s) de liaison en addictologie	OUI
Existence de consultations d'addictologie ?	OUI

Hospitalisation Source PMSI

Indicateurs	ALPES-MARITIMES			Indicateurs de comparaison 2019 Valeur médiane des départements		
	PSY	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR
Nb d'établissements avec une activité de sevrage en hospitalisation	7	11	10	2	6	3
dont % d'établissements avec une activité de psychiatrie		36,40%	10,00%		35,00%	23,70%
Nb d'établissements avec une activité de sevrage en hospitalisation pour 100 000 habitants	0,65	1,01	0,92	0,4	1,21	0,71
Nb d'établissements avec une autorisation spécifique pour la prise en charge des conduites addictives		1	1		2	2

MÉDICO-SOCIALES SOURCE FINESS

Indicateurs	ALPES-MARITIMES	Indicateurs de comparaison 2019
	Nb établissements	Valeur médiane des départements
Nb de Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)	12	5
Nb de Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)	2	1

2. CONSOMMATION DE SOINS LIÉE À LA PRISE EN CHARGE POUR ADDICTION DES HABITANTS DE LA ZONE GÉOGRAPHIQUE

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE SANITAIRE SOURCE SAE

Indicateurs	ALPES-MARITIMES	Indicateurs de comparaison 2019 Valeur médiane des départements
Nb de patients pour lesquels une équipe de liaison en addictologie a été sollicitée au cours de l'année (en nb de séjours)	3 712	1 637
Nb de personnes différentes ayant bénéficié au moins une fois dans l'année d'une consultation d'addictologie (File active)	2 173	1 774

PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (HORS AMBULATOIRE) SOURCE PMSI

FOCUS : PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET PRISE EN CHARGE MULTICHAMPS

Nombre de patients

Indicateurs	ALPES-MARITIMES				Indicateurs de comparaison 2019 Valeur médiane des départements			
	PSY	MCO	SSR	Total (tous champs)	PSY	MCO	SSR	Total (tous champs)
Nb total de patients (ANO) pris en charge pour addiction en hospitalisation	1 548	657	383	2 338	645	548	295	1 221
Nb de patients (ANO) hospitalisés pour addiction uniquement dans un des champs MCO, SSR ou Psychiatrie	1 383	484	240		533	344	120	
Taux de recours des patients aux établissements de la zone	91,30%	96,20%	74,70%	91,40%	73,90%	78,40%	47,60%	72,40%

Nombre de séjours / journées

	Indicateurs	ALPES-MARITIMES				Indicateurs de comparaison 2019 Valeur médiane des départements			
		Nb de séjours	DMS	Nb de journées	DMH	Nb de séjours	DMS	Nb de journées	DMH
Psychiatrie	Prises en charge à temps partiel			3 246	34,2			3 405	33,7
	Dont HDJ			3 246	34,2			3 257	34,1
	Prises en charge à temps complet			73 498	48,7			25 715	43,2
	Dont HTPlein			70 755	48,5			24 134	41,9
MCO	HDJ	11			1,1	796			9,2
	Dont réalisé en UM=19	1 à 10			1	420			11,6
	Hospitalisation complète	748	9,2			710	8,5		
	Dont réalisé en UM=19	267	13,2			281	13		
SSR	Hospitalisation à temps partiel	1 à 10		274	34,3	86		682	15,7
	Dont réalisé en UM=58	1 à 10		255	36,4	72		564	18,7
	Hospitalisation à temps complet	425	32,2	12 614		340	36,7	10 858	
	Dont réalisé en UM=58	354	29,8	9 697		282	37	9 008	

ADDICTOLOGIE EN 2020 DANS LE 06

1. STRUCTURES D'ACCUEIL

SANITAIRES

Ambulatoires Source SAE

Indicateurs	ALPES-MARITIMES
Existence d'équipe(s) de liaison en addictologie	OUI
Existence de consultations d'addictologie ?	OUI

Hospitalisation Source PMSI

Indicateurs	ALPES-MARITIMES			Indicateurs de comparaison 2020 Valeur médiane des départements		
	PSY	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR
Nb d'établissements avec une activité de sevrage en hospitalisation	8	10	8	2	5	3
dont % d'établissements avec une activité de psychiatrie		40,00%	12,50%		35,80%	23,10%
Nb d'établissements avec une activité de sevrage en hospitalisation pour 100 000 habitants	0,74	0,92	0,74	0,38	1,17	0,62
Nb d'établissements avec une autorisation spécifique pour la prise en charge des conduites addictives		1	1		2	2

MÉDICO-SOCIALES SOURCE FINESS

Indicateurs	ALPES-MARITIMES	Indicateurs de comparaison 2020
	Nb établissements	Valeur médiane des départements
Nb de Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)	12	5
Nb de Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)	2	1

2. CONSOMMATION DE SOINS LIÉE À LA PRISE EN CHARGE POUR ADDICTION DES HABITANTS DE LA ZONE GÉOGRAPHIQUE

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE SANITAIRE SOURCE SAE

Indicateurs	ALPES-MARITIMES	Indicateurs de comparaison 2020 Valeur médiane des départements
Nb de patients pour lesquels une équipe de liaison en addictologie a été sollicitée au cours de l'année (en nb de séjours)	3 842	1 419
Nb de personnes différentes ayant bénéficié au moins une fois dans l'année d'une consultation d'addictologie (File active)	4 260	1 450

PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (HORS AMBULATOIRE) SOURCE PMSI

FOCUS : PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET PRISE EN CHARGE MULTICHAMPS

Nombre de patients

Indicateurs	ALPES-MARITIMES				Indicateurs de comparaison 2020 Valeur médiane des départements			
	PSY	MCO	SSR	Total (tous champs)	PSY	MCO	SSR	Total (tous champs)
Nb total de patients (ANO) pris en charge pour addiction en hospitalisation	1 429	521	317	2 057	624	460	241	1 091
Nb de patients (ANO) hospitalisés pour addiction uniquement dans un des champs MCO, SSR ou Psychiatrie	1 271	392	196		526	302	103	
Taux de recours des patients aux établissements de la zone	90,90%	97,90%	74,40%	91,20%	75,30%	79,50%	48,20%	73,70%

Nombre de séjours / journées

	Indicateurs	ALPES-MARITIMES				Indicateurs de comparaison 2020 Valeur médiane des départements			
		Nb de séjours	DMS	Nb de journées	DMH	Nb de séjours	DMS	Nb de journées	DMH
Psychiatrie	Prises en charge à temps partiel			2 008	23,6			2 250	24,4
	Dont HDJ			2 008	23,6			2 148	24,5
	Prises en charge à temps complet			65 090	47			25 377	45,7
	Dont HTPléin			63 196	46,7			23 758	43,9
MCO	HDJ	1 à 10			1,1	657			9,2
	Dont réalisé en UM=19	1 à 10			1	361			9,7
	Hospitalisation complète	601	8,3			574	8,6		
	Dont réalisé en UM=19	193	12,3			223	13,1		
SSR	Hospitalisation à temps partiel	35		277	11,1	63		460	13,4
	Dont réalisé en UM=58	34		258	10,8	55		376	13,1
	Hospitalisation à temps complet	329	37,3	10 821		269	39,5	9 177	
	Dont réalisé en UM=58	266	32,6	7 850		220	39,7	7 499	



2022-2027