

Elaboration du Projet de Santé Réunion – Mayotte

Groupes de travail – Schéma Régional de Santé

2 Juin 2017

Parcours addictions

Les éléments repris dans cette présentation sont issus d'un atelier ouvert à l'ensemble des acteurs intéressés; ils ne constituent pas un engagement d'inscription par l'ARS Océan Indien au futur PRS.

Introduction

La loi définit trois volets constitutifs du futur Projet de Santé 2018 - 2027

COS
Cadre
d'Orientations
Stratégiques à
10 ans

Définit les résultats attendus en termes de :

- Amélioration de l'état de santé de la population
- Lutte contre les inégalités de santé

SRS
Schéma
Régional de
Santé à 5 ans

Comporte des objectifs opérationnels visant à :

- Développer la prévention et la promotion de la santé
- Améliorer les parcours, la coordination et la coopération en santé
- Préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

PRAPS
Programme
Régional
d'accès à la
prévention et
aux soins

Comporte un plan d'actions concrètes pour favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement des personnes les plus démunies

Les addictions et les comportements addictifs

Éléments de diagnostic

Les comportements addictifs : entre constats persistants et nouvelles tendances

Les comportements avec produits

-Alcool, tabac, cannabis, médicaments détournés de leur usage (Artane®)

- Polyconsommation fréquente
- Usage précoce



Alcool, produit le plus expérimenté (93%)



Tabac, produit le plus consommé au quotidien (1 Réunionnais sur 4 fume tous les jours)



Tendances

- Des usages de drogues illicites plus fréquents
- Emergence des **nouveaux produits de synthèse**
- Hausse des ventes d'artane®

Les comportements sans produit

- Des usages problématiques pour les **jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo et internet**
- Des décalages : usages à risques / prises de conscience, usages à risques / prises en charges

Quid des autres comportements (sexe, sport, ...) ?



Tendances

- Contextes favorables à la progression des comportements addictifs sans produit (cyberaddictions, ...)

Des publics variés ... mais les jeunes hommes fortement concernés

Les usagers concernés par les comportements addictifs



Tendances

- Usage 1^{ère} cigarette de + en + précoce
- Cannabis : hausse des usages chez les jeunes
- Alcool & Tabac : usages en baisse ou stables ...
- ... mais usages en hausse chez les filles

Rattrapage des usages chez les filles

Contextes de vie, familiaux, environnementaux, ... : de possibles facteurs de vulnérabilité



Variété des portes d'entrées pour le repérage, l'orientation et la prise en charge

Personnes

Produits

Contextes

Des situations variées et multifactorielles
Plusieurs publics cibles

Usagers quotidiens de produits*

Tabac : 150 500

Alcool : 31 300

Cannabis : 9 300

Usagers des casinos en 2015 :

100 demandes d'exclusions

150 limitations volontaires

d'accès aux casinos

Plusieurs portes d'entrées

Plusieurs acteurs de prévention, d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge : sanitaire, social, médico-social, éducatifs, associatifs, ...

Usagers des structures médico-sociales en 2016

CJC : 375 usagers

CAARUD : 779 usagers

CSAPA : 3 532 usagers

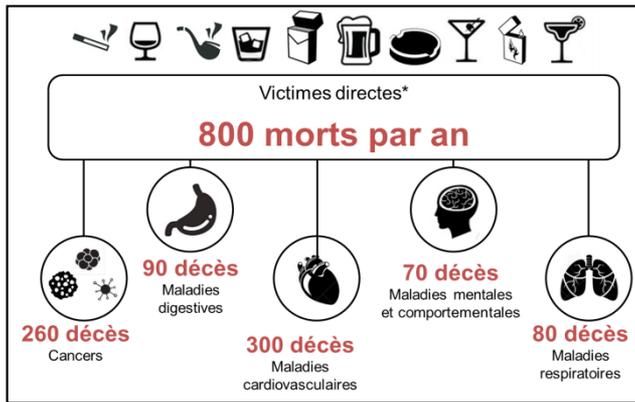
Des usagers avec des profils à risques



Des usagers repérés, accompagnés

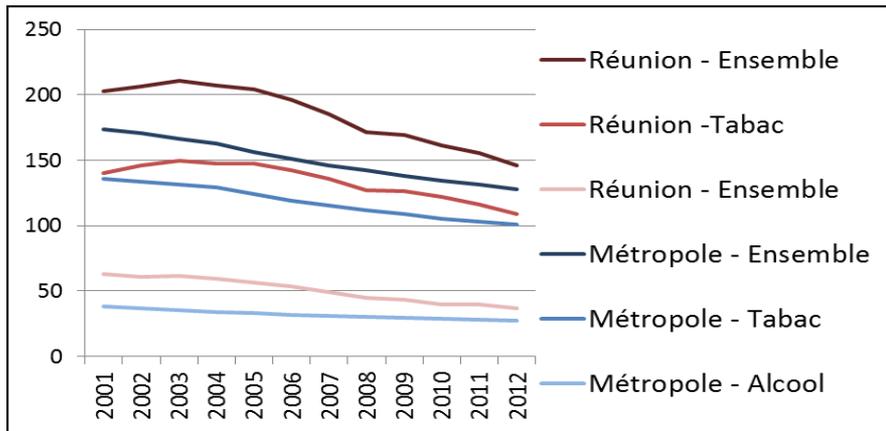
Quid des populations « invisibles », des usagers non repérés, non orientés, non accompagnés, non inscrits dans un parcours de prise en charge ?

Des conséquences importantes ... mais une mortalité en baisse



Estimation sur la période 2011-2013

- Des conséquences sanitaires et judiciaires importantes
- Alcoolisme : un impact toujours considérable (sur-recours aux CSAPA, sur-recours hospitaliers, surmortalité, forte mortalité prématurée)
- Tabagisme : le produit qui tue le plus
- **Alcool + tabac : ≈20% des décès (entre 2000 et 2014)**



Evolution des taux standardisés de mortalité directement liée à l'alcool et au tabac, taux pour 100 000 habitants (2000-2013)



Tendances

- Baisse de la mortalité liée à l'alcool & au tabac
 ↘ **30% en 10 ans à La Réunion et en métropole**
- Hausse des infractions liées aux stupéfiants

Prise en charge sanitaire

	2012	2013	2014	2015	Etablissements concernés
File active suivie par la Consultation médicale Addicto hospitalière ou en consultation externe	2061	1745	1314	2098	
est	312	291	335	386	GHER
nord	1263	958	ND	971	CHU Nord
ouest	ND	ND	511	309	CHGM
sud	486	496	468	432	CHU Sud
Nombre de patients vus par une ELSA par territoire	ND	ND	ND	1849	
est	ND	ND	ND	470	GHER
nord	ND	ND	ND	331	CHU Nord
ouest	ND	412	313	334	CHGM St Paul
sud	738	709	694	714	CHU Sud
Nombre de patients suivis en hôpital de jour	762	820	747	896	
nord-est	202	236	207	317	GHER (St Benoit) et CHU Nord (St Denis)
ouest	157	167	170	209	CHGM et IRD
sud	405	418	373	374	CHU Sud (Saint Louis)

Prise en charge sanitaire

	2012	2013	2014	2015	Etablissements concernés
Nombre de patients suivis en hospitalisation complète « addictions », par territoire	3094	3158	3126	3158	
nord-est	1090	1136	1151	1217	GHER (HDS) et CHU Nord (2 Unités médicales)
ouest	833	831	846	855	CHGM et IRD
sud	1201	1215	1149	1106	CHU Sud : 15 lits à st Louis identifiés pour du sevrage complexe
Nombre de patients suivis en SSR addictions par territoire		612	515	760	
nord-est		409	317	439	
ouest		147	146	232	
sud		62	57	96	

Prise en charge médico-sociale

Profil du public : Env. 883 patients par CSAPA

- **82,5% d'hommes** et 17,5% de femmes
- 23% < 25 ans
- 33% en situation de travail / **67% : Assedic, RSA, AAH, autres ressources...**

Origine du public :

- **Initiative du patient (30,2%), post-sentence (23,8%), pré-sentence (12,5%), médecins traitants (8,2%), structures hospitalières (2,2%)** <=> disparités inter-CSAPA +++

Méthadone :

- 136 prescriptions au total, dont 48% sont faites en CSAPA
- 78 dispensation de méthadone, dont 78% sont faites en CSAPA

Artane® et Parkinane® en CSAPA :

- **12 traitements prescrits par 1 CSAPA en 2016**

Des pistes ont été évoquées le 02/05 pour améliorer le parcours addictions à La Réunion

- **Améliorer l'observation des addictions :**

- Améliorer la vigilance et pouvoir analyser localement la composition des produits en circulation
- Améliorer la connaissance de l'émergence des nouvelles drogues grâce au déploiement de SINTES et TREND à la Réunion

- **Améliorer la prévention :**

- Coordonner les travaux de l'ARS OI, de la Préfecture et des Communes pour permettre une offre de Prévention étoffée à l'entrée de tous les festivals de l'île, ainsi que la formation des organisateurs aux problématiques d'addiction
- Renforcer la Prévention sur internet

- **Amener la population en situation d'addiction vers les soins :**

- Faire connaître les CSAPA et CAARUD auprès de l'ensemble des acteurs (sanitaire, social et autres) en renforçant les moyens dédiés à la communication des CSAPA et CAARUD
- Développer, sur chaque territoire, des instances de concertation formalisées sur le secteur des addictions (RCP pour les patients complexes ...), en lien avec SAOME
- Renforcer les partenariats existants avec les acteurs de la santé mentale (CMP, psychiatres libéraux...) en CSAPA

Des pistes ont été évoquées le 02/05 pour améliorer l'offre médico-sociale à La Réunion

- **Optimiser la couverture territoriale d'accompagnement et de soins en addictologie**
 - Identifier les lieux disponibles sur le territoires pour développer les consultations avancées ou de proximité en addictologie (MSP, maisons de santé...)
 - Couvrir les écarts en développant le « aller vers » grâce à des formules innovantes : télé conseil en addictologie, bus mobile...
 - Doter l'ensemble des territoires de CSAPA généralistes
 - Modéliser des organisations de travail des CSAPA et CAARUD adaptés à la diversité des publics (travailleurs, « teufeurs », sans ressources, femmes...) : horaires /jours d'ouvertures...
 - Objectiver et analyser le besoin de places en hébergement pour les publics ayant des problématiques d'addiction, via, notamment les réunions mensuelles du réseau « 1er accueil » (rassemblement des usagers CAARUD CSAPA...) et le PDALPD
 - Développer l'offre de CAARUD fixe et mobile sur le territoire en lien avec un CSAPA

La filière sanitaire hospitalière addictologie a été revue le 10/03 avec les acteurs du secteur

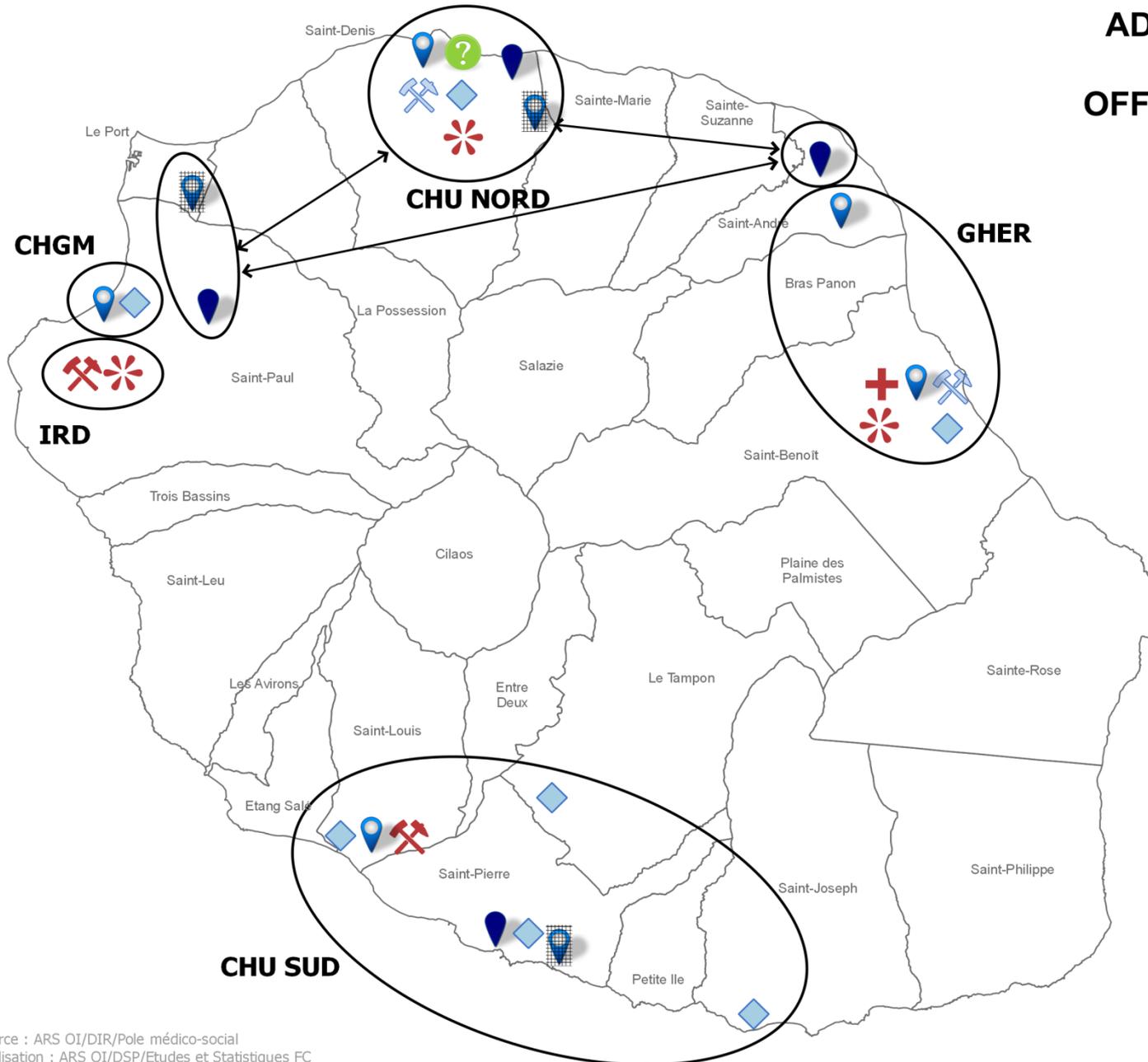
Des axes de travail sont ressorties pour structurer l'offre hospitalière :

- **Réévaluer le dimensionnement des ELSA sur les 4 territoires et ajuster les moyens aux besoins.**
- **Mettre à niveau l'offre de niveau 1 de chaque territoire :**
 - OUEST : Sevrage simple au niveau du service de médecine du CHGM/PSO
 - EST : Sevrage simple au niveau du service de médecine du GHER
- **Mettre à niveau l'offre de niveau 2 :**
 - Hospitalisation de jour : CHU sud ; PSO ; CHU nord
 - Requalifier les lits du SSR du CHU Nord en Sevrage complexe (avenant contractuel).
- **Qualifier le service addictologie du CHU au niveau 3, adossé au CHU de bordeaux**

L'offre de soins en addictologie portée par les établissements de santé

ADDICTOLOGIE

OFFRE SANITAIRE



Niveau 1

- Consultation hospitalière
- Consultation pénitencière
- Consultation CSAPA
- Sevrage simple
- ELSA

Niveau 2

- Hôpital de jour
- SSR
- Sevrage complexe

Niveau 3

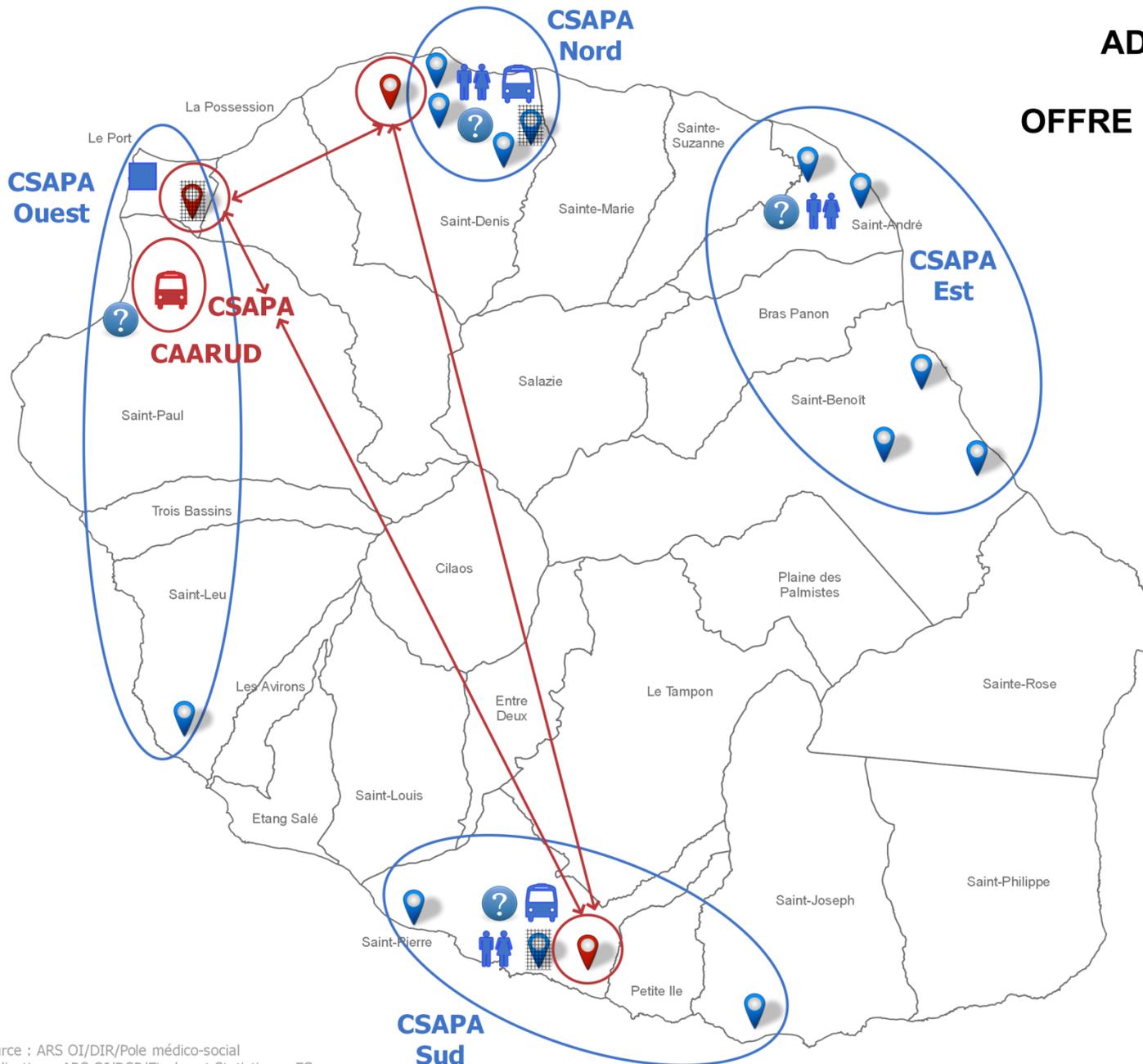
- Recherche enseignement



L'offre de soins en addictologie portée par le secteur médico-social

ADDICTOLOGIE

OFFRE MEDICO-SOCIALE



Service

- Référent prévention
- Consultation avancée
- Equipe SAF
- Equipe mobile structures sociales
- Antenne

Gestionnaire

- ANPAA 974
- Réseau OTÉ

- Etablissement pénitencier et maison d'arrêt



Parcours addictions

Compte rendu du 1^{er} atelier PRS

Compte-rendu de l'atelier précédent

Sujets traités

Prévention, repérage et dépistage :

- Comment améliorer la connaissance et le ciblage des différents publics?
- Comment améliorer le repérage, y compris des publics « invisibles »?
- Quelles sont les différentes portes d'entrée dans le parcours? Comment garantir une orientation efficiente en termes de soins et d'accompagnement?

Coordination et suivi :

- Le maillage territorial sanitaire, médico-social, social et associatif en matière d'addictions est-il satisfaisant?
- Quels sont les points de rupture dans le parcours?
- Comment améliorer la coordination entre les acteurs du soin, médico-sociaux, sociaux.... ?
- Quel suivi proposer à la personne et comment éviter les reprises de consommation ?

Prévention, repérage et coordination

Constats partagés

- Les **jeunes adultes** constituent une cible importante avec des risques de chronicisation des pathologies ;
- Besoin d'améliorer le codage afin de mieux repérer les patients ayant des pathologies liées aux addictions : exemple de la psychiatrie où il n'existerait pas de codage dédié ;
- Identification/connaissance des nouvelles drogues : le lien entre les douanes et les services de santé doit être développé (labo...etc) ;
- Création d'un « pôle festif » au niveau du CAARUD qui permet d'améliorer la connaissance et de cibler ce public : explosion de l'usage de MDMA, produits coupés, etc.
- **Publics invisibles : ceux des casinos , repérés par les services de police, gendarmerie, SDIS, ceux qui restent à domicile...**
- La présence du CAARUD sur le terrain alimente la connaissance du public notamment pour les soignants en CSAPA. Le CAARUD constitue une source d'information pour l'ensemble des acteurs. « les CAARUD sont les yeux du CSAPA ».
- Le recueil d'information auprès des partenaires « MILDECA » permet d'alimenter les tableaux de bord de l'ORS.
- Les **Portes d'entrées sont multiples et peu optimisées** : aide sociale à l'enfance, PMI, CCAS, services d'urgence, gendarmerie, police, pompiers, entreprises, médecins du travail, écoles/collèges/lycées/université, médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, etc

Leviers d'action identifiés

1. Développer les prise en charge et accompagnements de proximité
2. Réaffirmer la **réduction des risques** comme modalité de réponse à la problématique des addictions
3. Diversifier les modes d'intervention (intervention dans la rue, dans ou avec tous les points d'entrée, sur Internet, etc.)
4. **Cartographier l'ensemble des acteurs concernés** (« les portes d'entrée », ceux du soin et de l'accompagnement) pour favoriser l'entrée dans le soin et une meilleure coordination ;
5. Informer les acteurs (à l'aide de la cartographie) et former l'ensemble des acteurs dits « Porte d'entrée » (sur l'addictologie) : internes hospitaliers, travailleurs sociaux, psychiatrie et santé mentale, etc.
6. S'appuyer sur la **plateforme territoriale d'appui** pour renforcer la coordination (orientations, Réunions de concertations pluridisciplinaires...);
7. Formaliser la **stratégie de repérage et d'orientation vers le soin**, en lien avec le réseau des addictions « SAOME », et définir de manière concertée un mode opératoire **adapté aux organisations internes propres à chaque Acteur** « Porte d'entrée »

Coordination et suivi

Constats partagés

- Travaux en cours, dans le cadre du Plan santé mentale avec l'appui de l'ANAP : Fiche action : « coordination entre la psychiatrie et l'addictologie »;
- Le **dispositif de référent carcéral a été mis en place sur les 3 territoires de santé**;
- Les équipes de CSAPA interviennent en postcure lors des sorties d'hospitalisation, le lien avec les CSAPA doit cependant être renforcé en sortie de sevrage.
- **Publics précaires : besoin de développer d'avantage de consultations avancées de CSAPA vers les CCAS, le CD (GUT, PMI, ASE et Foyers de l'enfance...), la CAF...**
- Pour les personnes en situation de handicap ayant des problèmes d'addiction, la logique de notification peut occasionner des ruptures de parcours.
- Handicap psychique : enjeu d'adhésion de la personne à la prise en charge ;
- En ce qui concerne les collèges et lycées : **validation de principe du rectorat de mettre en place des « points infos CJC » dans les établissements volontaires**. Les IDE scolaires évoquent le manque de suivi post orientation vers le soin, la difficulté de se coordonner avec l'extérieur. **Besoin de mobiliser les chefs d'établissement pour améliorer l'impact.**
- Il faudrait développer la prévention des addictions du CP à la 4^{ème} => développement des compétences psycho-sociales. Les addictions sont désormais dans le socle d'éducation à la santé des enseignants.
- Pratique actuelle : réunions de coordination, sur les 4 territoires, des acteurs du 1^{er} accueil de SDF (PASS, structures sociales type Croix rouge, etc.) : est il possible de dupliquer ce dispositif pour les autres types de publics concernés par les addictions?

Leviers d'action identifiés

1. Renforcer les compétences psychosociales à l'école et développer la prévention au plus jeune âge en lien avec l'éducation nationale ;
2. Objectiver les ruptures de parcours via la mise en place d'un tableau d'indicateurs spécifiques et partagés par les acteurs autour de l'addictologie ;
3. **Mobiliser les acteurs libéraux (médecins généralistes, infirmiers, etc.) dans le repérage et le suivi quotidien des usagers**
4. Intégrer la question des addictions dans les projets de **maison de santé**
5. Développer les **consultations avancées dans les lieux accueillant les divers publics (précaires, bénéficiaires des minimas sociaux, enfance et adolescence...)**
6. Développer l'offre de post cure pour réduire les ruptures de parcours
7. Mettre en place des **réunions de concertation pluridisciplinaires** pour les cas complexes (PTA)

Parcours addictions

Ordre du jour : 3 sujets de discussion

Quatre questionnements proposés

1. Comment améliorer la politique de prévention ?

- Quelles stratégies et modalités d'intervention mettre en œuvre pour éviter ou retarder l'entrée en consommation excessive ou les usages à risque ?
- Comment lutter contre la banalisation de certains produits et usages ?
- Quels acteurs/opérateurs mobiliser ? Dans quels milieux intervenir (communes, milieu scolaire, milieu universitaire, public de la PJJ, etc.)

2. Comment améliorer la politique de réduction des risques au niveau régional ?

- Dont focus sur l'Artane : quel mode opératoire partagé ?

Quatre questionnements proposés

3. **Quels sont les points de rupture identifiés dans le parcours des personnes ayant des problématiques d'addictions ?**
 - Comment améliorer le repérage et l'orientation vers le soins des personnes ayant des problématiques d'addiction ?
 - Comment améliorer la coordination et les échanges entre les différents acteurs intervenant auprès des publics concernés ?

4. **Comment améliorer la connaissance des produits émergents et en circulation ?**

Parcours addictions

Comment améliorer la politique de prévention ?

Constats partagés	Leviers d'action et propositions identifiées
<p><u>Politique de prévention :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Quid du financement de la prévention au niveau des CSAPA – inadéquation moyens CJC par rapport à la proportion de jeunes sur l'île ?• Un enjeu est identifié par la filière sanitaire autour des troubles des comportements alimentaires (TSA) a été remonté.• Actions de prévention menées en Lycée (SAOME, Police, Réseau OTE) mais difficultés d'accompagnement et de suivi des jeunes notamment lorsqu'ils sont réfractaires au parcours de santé. Pour les mineurs, difficultés liées au besoin d'autorisation parentale pour intervenir• Prévention primaire : dimension éducative / Prévention secondaire : déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire, mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours• Importance de la publicité pour l'alcool qui impacte notamment à l'adolescence ; l'affichage de prévention face à cette publicité est très discret.• Consommation de spiritueux plus importante à la Réunion qu'en métropole : régimes dérogatoires outre-mer sur la fiscalité de l'alcool.• Le nombre de points de vente de tabac est plus élevé à la Réunion qu'en métropole ;• Gestion des Troubles psychiques (schizophrénie) sur fond de consommation d'alcool, de cannabis, de médicaments ; Le handicap psychique représenterait 48% des dossiers de la MDPH.• Le CCAS de la Possession fait de l'accompagnement vers le soin pour les personnes ayant des problématiques d'alcool : bons retours notamment auprès des femmes. Le CCAS travaille en partenariat avec le GUT pour le repérage. Le CCAS est identifié par les services de soins comme acteur référent sur la possession.• Besoin de compétences socio-éducatives dans le corps médical ;• Tenir compte des problématiques sociales : chômage important chez les jeunes.• Prise en charge des troubles cognitifs liés à l'alcool : comment prendre en charge ces patients qui refusent le soin ?	<ol style="list-style-type: none">1. Mise en place d'actions coordonnées dans le cadre des manifestations publiques2. Application de la réglementation relative à l'affichage publicitaire (notamment visa à vis des communes)3. Plaidoyer contre les régimes dérogatoires outre-mer sur la fiscalité de l'alcool4. Généralisation de l'orientation et accompagnement vers le soins par les CCAS (dans le cadre des CLS et des ateliers Santé Ville)5. Renforcement des compétences socio-éducatives en milieu sanitaire et hospitalier6. Création d'espaces pour les enfants dont les parents souffrent d'addictions (méthode « Repère »)

Parcours addictions

Comment améliorer la politique de prévention ?

Constats partagés

- Comités de prévention de la délinquance (Maires/Procureurs) qui permettent aux collectivités d'intervenir sur les addictions?
- **La politique de la ville** est également un canal d'action permettant de financer des agents de proximité et des éducateurs spécialisés
- **Signalements remontés en milieu universitaire** (purple drunk) => signalement à l'IFSI – des actions d'éducation à la santé sont organisées sur le campus universitaire : « étudiants relais santé ». Les étudiants sont en milieu ouvert donc problèmes de repérage et peu de signalements par les professeurs..
- Présence du réseau OTE aux électropicales : 900 personnes rencontrées.

Repérage et orientation vers le soin :

- Le **transport** est une problématique importante , **qui limite l'orientation et l'accompagnement vers le soin : prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie à rechercher**
- Du côté de la police, possibilité de dispenser une information (**plaquette sur les dispositifs de soins existants**) en sortie de garde à vue ;
- L'«**Obligation de soins** » représente une part importante des personnes fréquentant les services addictologie. Cela peut poser des problèmes d'adhésion pour une partie des cas mais favorise l'entrée en parcours de soin.
- **La sortie de détention** est souvent un temps reprise de consommation. L'ARS a financé des postes de référents en milieu carcéral qui vont pouvoir intervenir en sortie de détention. 1/Repérage en entrée 2/Accompagnement en détention 3/Sortie de détention - dans le cadre de Conventions santé justice (PSMR, CHU, ARS, Service Insertion Probation)
- Problématique de la sortie du service addictologie : nécessité de mobiliser une pluralité d'acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux (hébergement, logement, psychiatrie, médico-social) , **avec un manque de places d'hébergement, notamment dans l'Est**
- Le Schéma régional d'Addictologie identifie un besoin d'**appartements thérapeutiques** en sortie d'hospitalisation ou de détention ;

Leviers d'action identifiés

1. Stratégie d'appui au domicile avec mise en place d'une plateforme pluridisciplinaire de soins
2. Positionnement du SSR sur la réinsertion sociale et professionnelle
3. Prise en charge des frais de transport pour les patients suivis en addictologie
4. Déployer le programme «un chez soi d'abord» à la Réunion

Parcours addictions

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<p><u>Repérage et orientation vers le soin :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Problématique d'information et de mobilisation des médecins généralistes (méconnaissance des réseaux, des acteurs, etc.), pharmaciens et IDE libéraux : la formation RPIB proposée par l'ANPAA n'a pas eu grand succès, malgré la mobilisation des URPS...etc,• Les 8% de médecins généralistes qui orientent vers les CSAPA sont toujours les mêmes• Problématique au niveau des patients sous tutelle dont beaucoup ont des problématiques d'addiction : un travail de partenariat doit être amorcé avec la DJSCS et les associations concernées pour cibler les actions à mener avec ce partenaire <p><u>Réduction des risques :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Soigner et accompagner dans une vie sociale acceptable ;• Aide et accompagnement à la reconstruction de la personne ; l'intervention en répression ne doit pas se faire au détriment de la santé.• L'Artane : la répression sur un produit peut entraîner le recours à des produits inconnus via Internet. Stratégie d'accompagner la consommation d'Artane.• Protocole (ARS, Préfecture, CGSS, Ordre des médecins, Ordre des pharmaciens) visant encadrer la consommation d'Artane. Protocole qui ne fait pas l'unanimité auprès des acteurs de santé. Il a toutefois été validé localement par l'ensemble des institutions : ARS OI, Préfecture, CGSS, DRSM, Conseils de l'ordre et proposé au Groupe d'expert national T2RA qui a émis un avis favorable, La validation officielle de la DGS est en attente, la mise en œuvre opérationnelle suivra avec les CSAPA	<ol style="list-style-type: none">1. Mobiliser l'ensemble des professionnels de santé libéraux (dont les paramédicaux) sur le repérage précoce grâce à des techniques innovantes2. Mobiliser les associations de tutelle sur les problématiques d'addiction et l'accompagnement vers le soin3. Favoriser les actions de sensibilisation et interconnaissance entre professionnels libéraux et structures addictologie4. Mettre en œuvre le protocole expérimental de Réduction des Risques en Addictologie « Artane »

