RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Addictions : améliorer les parcours de prise en charge

JUIN 2026
2025-079R

RAPPORT

Nathalie **Rabier-Thoreau**

Stéphanie **Seydoux**

Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Avec la participation de Juliette **Berthe** et de Raphaël **Capranico** du Pôle DATA et de Philippe **Romenteau** du Pôle du numérique

Suivez-nous sur Linkedin

CADRE D'INTERVENTION

Le présent rapport est le produit d'une mission assurée par l'Igas.
L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) réalise des missions d'inspection, de contrôle, d'audit, d'expertise et d'évaluation à l'intention des ministres chargés des affaires sociales et du Premier ministre. Elle intervient sur le fondement d'une saisine écrite d'un de ces commanditaires ou dans le cadre de son programme annuel de travail. Ses rapports sont transmis aux ministres commanditaires, seuls décideurs de leur publication, sans préjudice de l'application des dispositions du code des relations entre le public et l'administration sur la communication des documents administratifs.
Les travaux du service se déroulent dans le respect des principes d'indépendance, d'impartialité et de qualité.
Le respect de ces principes est assuré par :

- la responsabilité individuelle des inspecteurs, dans la limite du cadre défini par la lettre de mission, en particulier ses objectifs et ses délais : tout membre de l'inspection générale fait preuve d'impartialité et d'indépendance de jugement et est libre des diagnostics et propositions qu'il formule. Il signe le rapport. Il peut refuser d'apposer sa signature à un rapport dont il ne partagerait pas tout ou partie des conclusions ;
- la déontologie : une charte et un collège de déontologie définissent et précisent les règles que doivent respecter la direction de l'IGAS et les inspecteurs. L'absence de conflits d'intérêt est notamment vérifiée au moment de l'affectation des inspecteurs sur une mission ;
- la collégialité. Un comité des pairs, saisi lors du cadrage des travaux puis de la rédaction du rapport, vise à garantir le respect de la commande, la rigueur de la méthode d'investigation et la robustesse des recommandations ;
- l'objectivité des constats : les inspecteurs outre leur formation initiale et continue, et leurs compétences personnelles, peuvent mobiliser les expertises internes, dont un pôle Données, et disposent d'outils méthodologiques adaptés autant que possible à la diversité de leurs missions. Ils veillent à recueillir, sans parti pris ni présupposé, le point de vue de l'ensemble des parties prenantes au cours de leurs travaux ;
- la contradiction vis-à-vis des organismes évalués et contrôlés : les membres de l'IGAS restituent leurs travaux auprès des principaux acteurs concernés ; les contrôles font l'objet d'une procédure contradictoire préalable à la finalisation et à l'envoi du rapport à ses commanditaires.

SYNTHESE

[1] Le système français de prise en charge des addictions repose sur une organisation structurée et globalement cohérente, conforme aux standards internationaux. Il s'articule autour du triptyque ville–hôpital–médico-social et vise à offrir des parcours adaptés à la diversité des situations individuelles plutôt qu'un modèle uniforme. L'addiction est considérée comme une maladie chronique multifactorielle, nécessitant une approche globale intégrant les dimensions médicales, psychologiques et sociales, ainsi que la participation active de l'usager à la construction de son parcours de soins.

[2] Ce cadre est cependant confronté aux évolutions rapides des conduites addictives. Les usages se diversifient et se complexifient, avec une progression des polyconsommations (en particulier impliquant l'alcool), une augmentation de l'usage de certaines substances comme la cocaïne, et le développement des addictions sans substance. Ces évolutions s'accompagnent d'une hausse des situations complexes, souvent marquées par des comorbidités, notamment psychiatriques, aggravées par le gradient social. Dans ce contexte, les addictions représentent un enjeu majeur de santé publique, à l'origine de plus de 115 000 décès évitables par an en France, principalement imputables au tabac et à l'alcool.

[3] Le dispositif apparaît aujourd'hui sous tension et rencontre des difficultés croissantes à répondre à l'ensemble des besoins – qui restent difficiles à évaluer. Le repérage des conduites addictives, qui constitue la première étape du parcours, demeure insuffisant et inégal. Il reste peu systématique, en particulier pour l'alcool et le cannabis, et dépend largement de l'initiative des usagers eux-mêmes plutôt que d'une orientation par les professionnels de santé.

[4] Les délais d'accès aux soins et en particulier au dispositif médico-social spécialisé sont élevés, atteignant en moyenne près de deux mois entre la première demande et une prise en charge effective en Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les files actives sont saturées, les capacités d'accueil limitées et certaines structures doivent parfois suspendre temporairement de nouvelles admissions. Ces difficultés sont aggravées par un absentéisme important aux rendez-vous, caractéristique des publics concernés, qui contribue à désorganiser les flux et à allonger les délais. Le manque de ressources humaines médicales est l'une des principaux défis identifiés, tout comme les difficultés à orienter les patients stabilisés vers la médecine de ville.

[5] En parallèle, l'organisation du dispositif manque de lisibilité et de cohérence. Le pilotage apparaît insuffisamment structuré, sans cadre pleinement intégré permettant d'apprécier l'adéquation entre l'offre et les besoins. Les données disponibles sont hétérogènes, peu harmonisées et encore insuffisamment exploitées à des fins de suivi et d'évaluation. Il n'existe pas de socle partagé d'indicateurs couvrant l'ensemble de la filière, notamment en matière de délais d'accès, de ruptures de parcours, ou de profils des publics, ce qui limite la capacité à piloter le système.

[6] Par ailleurs, les rôles de coordination entre les différents acteurs ne sont pas toujours clairement définis, avec parfois des chevauchements de missions et une répartition peu lisible des responsabilités entre secteurs sanitaire, médico-social et social. L'absence d'outils partagés et interopérables entre systèmes d'information complique encore les échanges et le suivi des parcours. Dans ce contexte, les agences régionales de santé (ARS) disposent de certaines marges de manœuvre, mais encore insuffisantes pour structurer l'offre et appuyer les coopérations. Cette situation limite la fluidité des parcours, complique l'accès aux soins pour les usagers et ne permet pas de disposer d'une vision consolidée à l'échelle nationale.

[7] Ces difficultés sont particulièrement marquées pour certains publics. Les jeunes restent difficilement captés par les dispositifs, les femmes sont insuffisamment repérées et accompagnées notamment hors période périnatale, et les personnes en situation de précarité cumulent des obstacles à l'accès aux soins. Les patients présentant des comorbidités psychiatriques se heurtent quant à eux à

une articulation encore insuffisante entre addictologie et psychiatrie, générant des ruptures de parcours. Par ailleurs, certaines addictions, notamment le tabagisme et les troubles de l'usage liés à l'alcool, font encore l'objet d'une prise en charge insuffisante et trop tardive.

[8] Malgré ces constats, le rapport met en évidence des atouts importants sur lesquels s'appuyer. Les professionnels de terrain se distinguent par leur engagement et leur capacité d'innovation, développant des pratiques adaptées aux contraintes locales. Des dispositifs expérimentaux, tels que les microstructures médicales en addictologie ou le recours à la télémédecine, offrent des perspectives intéressantes pour améliorer l'accès aux soins. Les dynamiques de coordination territoriale, lorsqu'elles sont structurées, permettent également de fluidifier les parcours et de renforcer les coopérations entre acteurs. Les ARS jouent un rôle déterminant à cet égard, mis en valeur à travers plusieurs exemples de bonnes pratiques.

[9] Plusieurs leviers d'amélioration sont identifiés. Le renforcement du premier recours apparaît comme une priorité pour améliorer le repérage précoce, s'appuyant sur la formation des professionnels et sur les partenariats territoriaux. L'accès aux soins peut être amélioré, notamment par la réduction des délais, la diversification des modalités d'accueil, le développement de l'« aller-vers » et la sécurisation des prescriptions de traitements par agonistes opioïdes. L'offre doit par ailleurs être mieux adaptée aux besoins spécifiques de certains publics, à travers des dispositifs souples et ciblés.

[10] Le rapport accorde une place centrale au renforcement du pilotage du système, et recommande d'élaborer une circulaire unique portant sur les parcours de prise en charge des addictions, portée conjointement par la direction générale de l'offre des soins et par la direction générale de la santé, avec une équipe projet identifiée. Cette circulaire offre l'occasion d'une actualisation et d'une mise en cohérence d'ensemble autour de la notion de parcours, intégrant et précisant la place des professionnels de santé de ville et en particulier du premier recours. Ceci suppose en premier lieu la généralisation de diagnostics territoriaux complets, associant l'ensemble des acteurs, afin de mieux objectiver les besoins, cartographier l'offre, en mesurer l'adéquation aux besoins au plan territorial, et construire des plans d'action adaptés. Cela implique également la mise en place d'un socle commun minimal d'indicateurs partagés (associés à des indicateurs de niveau territorial), permettant un suivi homogène de l'activité, des délais, des parcours et des résultats, ainsi qu'une meilleure exploitation des données existantes. Le pilotage doit aussi passer par une clarification des rôles et des missions des acteurs, en particulier en matière de coordination des parcours, et par une meilleure articulation entre niveaux national et territorial. Une évolution vers un pilotage davantage centré sur les parcours, plutôt que sur les seuls dispositifs, apparaît nécessaire. Par ailleurs, une attention particulière doit être portée à l'adéquation des ressources aux besoins, en améliorant la lisibilité et la stabilisation des financements, ainsi que le suivi des ressources humaines, notamment médicales, dont la disponibilité conditionne fortement l'accès aux soins.

[11] Enfin, s'agissant des situations complexes, la mission recommande de solliciter les sociétés savantes concernées pour œuvrer ensemble à l'élaboration de recommandations permettant de sécuriser les pratiques des professionnels de santé, dans un format associant l'ensemble des parties prenantes, y compris les usagers.

[12] Au-delà de l'organisation du système de soins, le rapport souligne la nécessité d'une politique plus ambitieuse sur les deux premières causes de mortalité évitable dans notre pays, afin de réduire la charge pesant sur le système. La France se caractérise en effet par des niveaux de consommation de tabac et d'alcool supérieurs à la moyenne de l'OCDE, associés à un coût social très élevé.

[13] En conclusion, ce rapport met en évidence un paradoxe central : alors que le dispositif français de prise en charge des addictions est globalement bien conçu et repose sur des principes pertinents, il se trouve aujourd'hui fragilisé par la montée des besoins et la complexification des situations, tout en restant grevé par la charge des deux principales addictions (alcool et tabac). Son amélioration repose à la fois sur un renforcement du repérage, de l'accès et de la coordination des soins, et sur une action plus volontariste sur le volet prévention, condition indispensable pour alléger durablement la pression sur le système.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Certaines de ces recommandations sont accompagnées de pistes opérationnelles, détaillées dans le corps du rapport.

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
	Améliorer l'accès aux soins		
1	Assurer la montée en compétences des professionnels de santé du premier recours afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des conduites addictives, en s'appuyant sur deux leviers : la formation et l'engagement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGOS et DGS	2026-2027
2	Assurer l'entrée dans le droit commun de l'expérimentation Article 51 Equip'Addict, en veillant à la soutenabilité financière du dispositif pour les structures porteuses, y compris le secteur médico-social spécialisé, et à son attractivité.	DSS	2026
3	Cartographier l'offre en prescripteurs des traitements par agonistes opioïdes (TAO), en primo-prescription comme en renouvellement, afin d'identifier les territoires les moins dotés pour y renforcer cette offre - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGOS	2026
4	Systématiser l'évaluation des actions d'aller-vers (consultations avancées, équipes mobiles, visites à domicile, télémédecine, etc.) et prioriser celles à destination des jeunes, des publics précaires et des publics en situation d'isolement social ou géographique, dans un objectif de renforcement du déploiement de ces actions - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGS et DGOS	2026-2027
5	Définir une priorité spécifique en faveur des femmes, au-delà de la seule période périnatale, dans la thématique « publics prioritaires » du Fonds de Lutte Contre les Addictions - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	MILDECA	2026
6	S'appuyer sur les recommandations attendues de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour conforter la place de la pair-aidance dans les parcours de prise en charge en addictologie et en assurer le suivi, en précisant notamment les modalités statutaires possibles et les rémunérations, et en associant des indicateurs à cette activité - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGOS et DGS	2027

Renforcer la culture addictologique à l'hôpital et conforter les pratiques professionnelles			
7	Renforcer l'intégration de l'addictologie de manière transversale à l'hôpital – en particulier auprès des professionnels des services d'urgence, de maternité et de cancérologie - en s'appuyant sur les Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), notamment en garantissant les ressources nécessaires à leurs missions et en déployant la formation avec un socle national harmonisé - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGOS	2026
8	Lorsqu'un sevrage est envisagé, anticiper et intégrer pleinement la phase de post-sevrage, et son accompagnement adapté à chaque usager et en lien avec lui, dans une logique de parcours - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGOS	2026-2027
9	Prévoir le repérage et la prise en charge systématique de l'addiction alcool dans les établissements de santé, en prévoyant la formation nécessaire.	DGOS	2026-2027
10	Assurer la pérennisation et généralisation de la démarche « Lieux de santé sans tabac » (LSST), qui implique la prise en charge systématique de l'addiction tabac dans les établissements de santé - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGS- DGOS	2027-2028
11	Solliciter les sociétés savantes du champ de l'addictologie pour élaborer des recommandations relatives aux situations complexes, en particulier pathologies duelles, troubles cognitifs, post-sevrage et accompagnement en prévention des rechutes. Ces travaux, qui pourraient donner lieu à une labellisation HAS, associeront l'ensemble des parties prenantes, y compris les usagers.	DGS et DGOS	2027
Améliorer le pilotage permettant d'assurer la lisibilité, l'accessibilité et l'adéquation de l'offre de prise en charge			
12	Mettre en place un pilotage ministériel conjoint du parcours de prise en charge en addictologie incluant prévention et réduction des risques et des dommages, via une équipe projet dédiée DGS-DGOS.	DGOS et DGS	2026
13	Elaborer une circulaire unique portant sur les parcours de prise en charge des addictions, précisant les rôles des composantes ville/hôpital/médico-social du dispositif et leur coordination, ainsi que les modalités d'évaluation et de pilotage, une démarche à piloter par l'équipe projet dédiée mentionnée en supra, en lien avec les ARS - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGOS et DGS	2026
14	Elaborer par typologie de dispositif (médico-social comme hospitalier), et en lien avec les ARS, une modélisation indicative de l'activité, s'appuyant sur un socle commun d'indicateurs, permettant un suivi dynamique de l'activité en addictologie, tout en permettant de prendre en compte les spécificités territoriales - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGOS et DGS	2026-2027

15	Piloter l'allocation des moyens alloués aux structures, dans le cadre d'un exercice de programmation s'appuyant sur la modélisation de l'activité - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGOS et DGS ARS pour le niveau régional	2027
16	Mettre en place des indicateurs permettant de connaître, par territoire, le nombre, le statut et le mode d'exercice des professionnels exerçant en addictologie.	DGOS	2026-2027
17	Prendre en compte la situation de l'addictologie dans les travaux de prospective réalisés à des fins de pilotage de la démographie médicale ; maintenir les capacités en addictologie le temps nécessaire à la montée en charge suffisante de la nouvelle Formation spécialisée transversale (FST) pour la formation des médecins en exercice.	DGOS	2026-2027
18	Préciser les modalités de mise en œuvre de la consultation infirmière dans le champ de l'addictologie, y compris pour l'exercice salarié et favoriser le déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA) formés à l'addictologie.	DSS en lien avec DGOS	2027
19	Prévoir la conduite de diagnostics territoriaux exhaustifs par toutes les ARS portant sur l'identification des besoins, le recensement de l'offre, l'adéquation entre l'une et l'autre (au niveau régional et infrarégional), en se fondant sur les bonnes pratiques identifiées - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	DGOS et DGS ARS pour la phase territoriale	2026-2027
20	Sur la base d'une cartographie actualisée des dispositifs de coordination existants dans le champ de l'addictologie au sein des territoires, identifier les manques éventuels et favoriser l'émergence d'initiatives partenariales permettant d'améliorer la coordination des parcours - *voir pistes opérationnelles dans le corps du rapport*.	ARS	2026

SOMMAIRE

CADRE D'INTERVENTION **2**

SYNTHESE **3**

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION **5**

RAPPORT **10**

1 L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE EST CONÇUE POUR REPONDRE AUX BESOINS SPECIFIQUES DES PERSONNES AYANT DES CONDUITES ADDICTIVES **11**

1.1 LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES NECESSITE UNE APPROCHE GLOBALE 11

1.2 UNE EPIDEMIOLOGIE EN EVOLUTION RAPIDE ET CONSTANTE, VERITABLE ENJEU DE SANTE PUBLIQUE 12

1.3 UNE PRISE EN CHARGE CENSEE S'ADAPTER A CHAQUE USAGER 13

1.3.1 Une prise en charge pluridisciplinaire et graduée assise sur le triptyque ville – hôpital – médico-social permettant des entrées et parcours diversifiés et incluant la réduction des risques *14*

1.3.2 Pour toutes les addictions et tous les publics, avec une attention particulière aux jeunes et aux populations précaires *16*

1.4 UNE COORDINATION NECESSAIRE POUR ASSURER LA FLUIDITE DES PARCOURS 16

2 DANS LES FAITS, UN SYSTEME SOUS TENSION, PEINANT A OFFRIR DES PARCOURS ADAPTES A TOUS LES BESOINS **18**

2.1 UN REPERAGE DES CONDUITES ADDICTIVES A SYSTEMATISER POUR PERMETTRE UN ACCES AUX SOINS ET UN ACCOMPAGNEMENT PLUS PRECOCES 19

2.2 UNE OFFRE SPECIALISEE EN DIFFICULTE POUR REPONDRE A TOUS LES BESOINS 20

2.2.1 Des files actives saturées, freinant les nouvelles prises en charge *20*

2.2.2 Une offre insuffisamment lisible et qui peine à se coordonner *22*

2.2.3 Une offre moins ajustée à certains publics et peu adaptée à d'autres *23*

2.2.4 La prescription de traitements par agonistes opioïdes : un enjeu de ressources médicales au cœur de fortes inégalités territoriales *25*

2.3 LES DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC DES COMORBIDITES NOTAMMENT PSYCHIATRIQUES ET DES SITUATIONS DE PLUS EN PLUS COMPLEXES 26

2.3.1 Les faiblesses de l'articulation avec la psychiatrie impactent directement les prises en charge *26*

2.3.2 La hausse des poly-addictions et des situations complexes : les difficultés d'une nécessaire coordination *27*

2.4 LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME ET CELLE DES TROUBLES DE L'USAGE LIES A L'ALCOOL EST ENCORE INSUFFISANTE ET A RENFORCER 27

2.4.1 Tabagisme : une prise en charge à systématiser *27*

2.4.2 Troubles liés à l'usage de l'alcool : une prise en charge à renforcer *28*

3 MIEUX MOBILISER LES LEVIERS IDENTIFIES, POUR SURMONTER LES DIFFICULTES **31**

3.1 RENFORCER LES ATOUTS ET BONNES PRATIQUES DEPLOYEES SUR LE TERRAIN 31

3.1.1 S'appuyer sur des professionnels de terrain engagés, dotés d'une forte capacité d'adaptation et d'innovation *32*

3.1.2 Améliorer l'accès aux soins tout en conservant des portes d'entrée diversifiées *32*

3.1.3 Renforcer la culture addictologique à l'hôpital *38*

3.1.4 Conforter les coordinations territoriales *42*

3.2 SECURISER LES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS COMPLEXES PAR UNE DEMARCHE COLLEGIALE CONFIEE AUX SOCIETES SAVANTES 43
3.3 AMELIORER LE PILOTAGE, LA LISIBILITE, L'ACCESSIBILITE ET L'ADEQUATION DE LA PRISE EN CHARGE EN S'APPUYANT SUR UNE NOUVELLE CIRCULAIRE « PARCOURS » 44
3.3.1 Au plan national, améliorer le pilotage pour consolider le dispositif 44
3.3.2 Au plan territorial, réaliser des diagnostics des besoins et de l'offre en addictologie 48
LISTE DES ANNEXES 52
ANNEXE 1 : L'EVOLUTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE . 53
ANNEXE 2 : L'ACTION PUBLIQUE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE : UN DISPOSITIF STRUCTURE, CONFRONTE A DES DEFIS 95
ANNEXE 3 : ELEMENTS DE CONTEXTE A L'ACCOMPAGNEMENT DES PARCOURS : LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE DANS LE CHAMP DE L'ADDICTOLOGIE, UN ENJEU DE FORMATION, DE PILOTAGE ET D'ATTRACTIVITE 122
ANNEXE 4 : PLACE DES USAGERS ET DE LA PAIR-AIDANCE DANS LES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS 132
ANNEXE 5 : TRAJECTOIRES VILLE-HOPITAL LIEES AUX TROUBLES DUS A L'ALCOOL – ETUDE DE COHORTE 142
ANNEXE 6 : ENQUETE REALISEE AUPRES DES CSAPA 175
ANNEXE 7 : ENQUETE REALISEE AUPRES DES CAARUD 217
ANNEXE 8 : ELEMENTS DE CADRAGE ET DE PARANGONNAGE INTERNATIONAL 251
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 259
SIGLES UTILISES 270
LETTRE DE MISSION 274
METHODOLOGIE 277

RAPPORT

[14] La ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et le ministre chargé de la Santé et de l'accès aux soins ont confié à l'Igas une mission « relative à l'évaluation des parcours de prise en charge des addictions ».

[15] Comme elle y était invitée, la mission a interrogé la capacité du système de santé à répondre aux besoins des personnes concernées par les addictions, afin d'améliorer la lisibilité, l'accessibilité, l'adéquation et l'articulation des offres de soins médicales et médico-sociales destinées aux addictions, dans tous les territoires.

[16] Les travaux ont porté sur :

- l'évolution du public concerné par l'ensemble des addictions (aux produits licites ou illicites, et sans produits – jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard), avec une attention particulière aux jeunes, aux femmes, et aux populations les plus précaires ;
- un état des lieux des nombreux dispositifs de prise en charge (premier recours, parcours de soins en addictologie à l'hôpital, secteur médico-social) et de leur organisation ;
- la circulation des patients à travers cette offre depuis l'entrée jusqu'à la prise en charge effective (la prévention collective n'étant pas visée par la commande).

[17] Dans cette évaluation des parcours, la mission s'est particulièrement intéressée aux enjeux de repérage, de prise en charge, de continuité et de coordination. Etaient hors de son périmètre d'investigation : les établissements médico-sociaux en charge de l'urgence et de l'hébergement, les enjeux des Haltes soins addictions qui ont fait l'objet d'un rapport récent de l'Igas, la prise en charge des personnes placées sous main de justice, les personnes en situation de handicap, la problématique des écrans, traitée récemment par ailleurs.

[18] La mission a effectué des investigations dans plusieurs territoires (déplacements en régions Occitanie, Bretagne, Hauts de France, département de Seine Saint-Denis, visio-conférences avec les interlocuteurs de La Réunion), et conduit une quarantaine d'entretiens au niveau national. Elle a réalisé une enquête auprès des établissements médico-sociaux en charge des addictions, et procédé à une étude statistique. Elle a veillé à prendre en compte le point de vue des usagers et réalisé un parangonnage international (voir annexe 9 sur la méthodologie).

[19] Nous tenons à remercier l'ensemble des interlocuteurs rencontrés et les répondants aux enquêtes, pour le temps accordé et la qualité de leurs apports. Nous remercions également Hervé Leost pour sa contribution au lancement de la mission.

1 L'offre de prise en charge est conçue pour répondre aux besoins spécifiques des personnes ayant des conduites addictives

[20] L'addiction est une maladie chronique[1] récidivante. Elle est caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement, et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives[2].

[21] Les développements qui suivent s'appuient sur l'épidémiologie et l'évolution des conduites addictives détaillées en annexe 1 et sur la structuration du dispositif de prise en charge décrite en annexe 2.

1.1 La prise en charge des conduites addictives nécessite une approche globale

[22] La notion de conduite addictive englobe à la fois les addictions aux substances psychoactives, qu'elles soient licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes) ou illicites (cannabis, opiacés, cocaïne, MDMA, cathinones et autres dérivés de synthèse) mais également les addictions comportementales ou sans substance (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo[3]).

[23] De la consommation, appelée usage, au trouble de l'usage, qui correspond à l'addiction, il existe un continuum de situations, sans que le passage de l'un à l'autre ne soit systématique. L'addiction résulte de la rencontre entre un individu (avec ses vulnérabilités et ses facteurs de risque), un produit (ou l'objet de la conduite addictive) et un environnement (socio-familial, professionnel, mais aussi accessibilité du produit, publicité, etc.).

[24] La prise en charge des personnes ayant une conduite addictive demande ainsi une **approche globale, médicale, psychologique et sociale, et pluridisciplinaire**. Elle est fondée, comme le rappelle la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations, sur le **respect de l'autonomie et du libre choix des personnes concernées, la non-stigmatisation des usages et la co-construction du projet d'accompagnemen**t avec elles.

[25] Ce principe d'autonomie et de libre choix des personnes concernées est une condition essentielle pour assurer leur motivation à adhérer à l'accompagnement proposé. Il implique d'accepter la temporalité propre de chaque patient, en fonction de la maturité de sa démarche, aux différents stades de son parcours – situation exceptionnelle dans le secteur sanitaire.

[26] Cette particularité est à la base de l'organisation de l'offre prise en charge, conçue pour pouvoir s'adapter au patient en lui proposant une réponse correspondant à son vécu et ses besoins, au moment où ils se présentent, loin d'une offre de parcours type. Elle implique ainsi l'acceptation de l'existence d'un suivi médical souvent aléatoire, d'un parcours de vie complexe, parfois émaillé de ruptures et de difficultés sociales, en lien avec la maladie addictive.

[1] Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine

[2] Reynaud M. (2006). Traité d'addictologie. Paris : *Flammarion Médecine-Sciences*.

[3] Il s'agit des conduites addictives reconnues dans les classifications internationales

1.2 Une épidémiologie en évolution rapide et constante, véritable enjeu de santé publique

[27] Le suivi épidémiologique des conduites addictives est relativement récent, et s'est structuré à partir de la création de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)[4] en 1993, dans les suites de l'épidémie de VIH/SIDA. En parallèle, le premier Baromètre santé réalisé en 1992 s'intéressait aux conduites addictives les plus répandues, à savoir la consommation de tabac et d'alcool, deux déterminants majeurs de la santé.

[28] Aujourd'hui encore, les différentes enquêtes menées par l'OFDT et le Baromètre de Santé publique France constituent le socle du suivi de l'épidémiologie et de l'évolution des conduites addictives en France. Ils rendent également compte des disparités territoriales selon les substances ou comportements concernés. L'OFDT participe au dispositif d'alerte national sur les substances psychoactives et est par ailleurs le point focal national auprès de l'*European Union Drugs Agency* (EUDA).

[29] En France, et comme détaillé en annexe 1, la consommation de substances psychoactives est responsable chaque année en France de plus de **115 000 décès évitables**[5]. Malgré les chiffres encourageants de la baisse historique de la consommation de tabac (4 millions de fumeurs en moins en 10 ans)[6] et des indicateurs globalement à la baisse de consommation d'alcool, les consommations en valeur absolue demeurent plus élevées que dans d'autres pays. Le **tabac et l'alcool restent les deux premières causes de mortalité évitable** et l'alcool est la première cause d'hospitalisation[7]. Leur **coût social respectif est de 156 Md€ pour le tabac et 102 Md€ pour l'alcool**.

[30] **S'agissant des substances illicites, la consommation de tous les psychostimulants augmente chez l'adulte, notamment chez les 25-44 ans**, qu'il s'agisse de cocaïne ou de dérivés synthétiques (ecstasy, MDMA, etc.). En particulier, les signaux sanitaires d'une consommation accrue de cocaïne convergent, dans le cadre d'un marché en pleine expansion, avec un recours aux urgences multiplié par trois en 12 ans pour la cocaïne.[8] En parallèle, l'EUDA alerte sur la disponibilité d'une « gamme plus diversifiée de substances, souvent très puissantes et très pures, qui présentent de nouveaux risques pour la santé publique. »[9]

[31] Les **polyconsommations** tout comme les **addictions sans substance** sont également en augmentation, avec pour les jeux d'argent et de hasard, plus d'un million de joueurs adultes à risque de pratique problématique, dont près d'un tiers à risque excessif[10].

---

[4] L'OFDT est un groupement d'intérêt public constitué entre onze ministères, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) représentant l'État et la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS)

[5] Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. (2019). Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidémiol Hebd* ; (15):278-284.

[6] Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Nguyen-Thanh V, Guignard R. (2025). Tabagisme : usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt. *In* Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. 9 p. En 2024, 24 % des adultes déclarent fumer du tabac, 17,4 % quotidiennement.

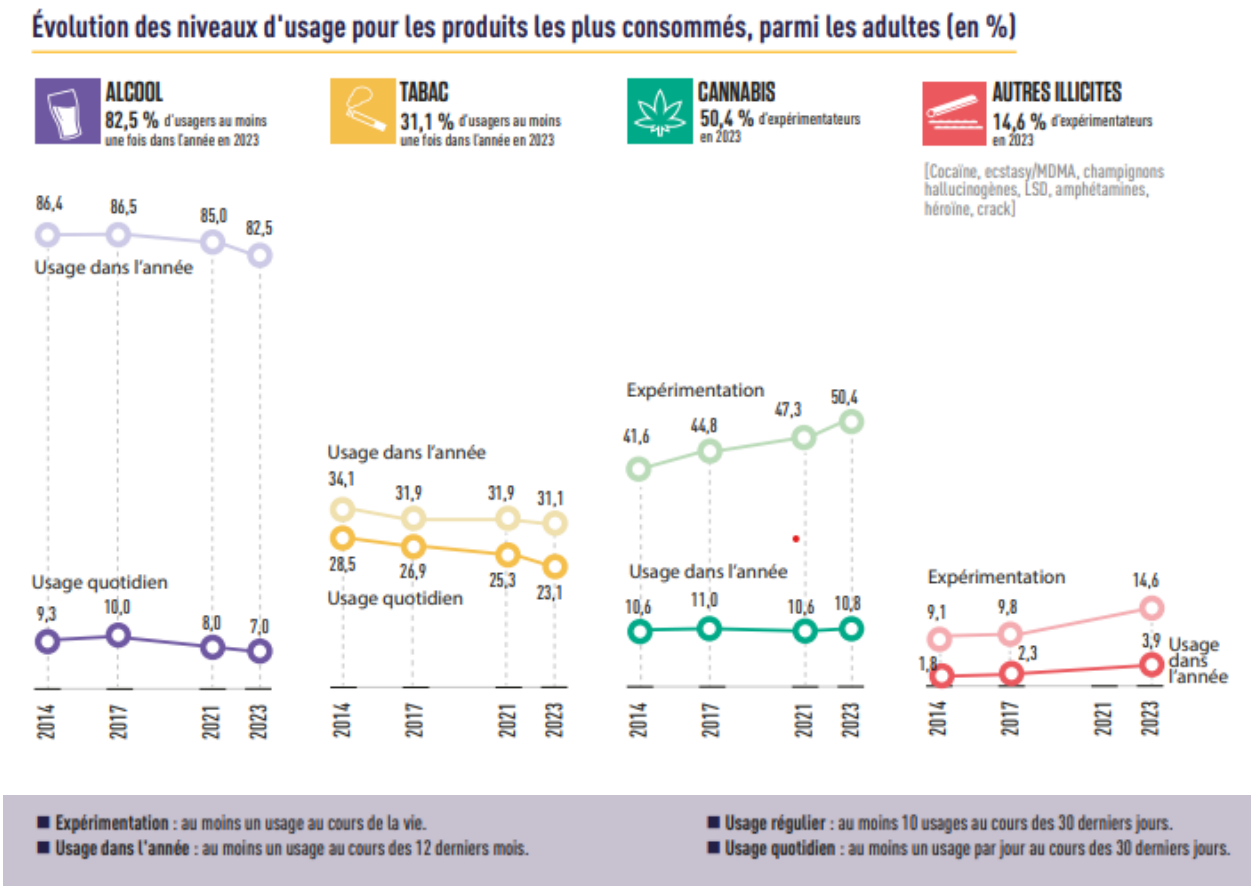
[7] D'après le PMSI : 246 000 hospitalisations avec un diagnostic principal lié à l'alcool (2023) : 54 % pour dépendance et sevrage / 14 % pour intoxication aigue / 27 % pour effets à long terme de l'alcoolisation / 4 % autres

[8] OFDT (2023). La cocaïne, un marché en essor. Évolutions et tendances en France (2000-2022), Paris, OFDT, 65 p. / L'usage au cours de l'année pour la cocaïne concerne plus d'un million de personnes en France.

[9] Comprendre le phénomène des drogues en Europe en 2025 – principales évolutions (Rapport européen sur les drogues 2025) | The European Union Drugs Agency (EUDA)

[10] OFDT. (2025), Drogues et addictions, chiffres clés

Graphique 1 : Evolution des niveaux d'usage pour les produits les plus consommés en France, parmi les adultes (%)



Source : Baromètre (Santé publique France), EROPP (OFDT)[11]

1.3 Une prise en charge censée s'adapter à chaque usager

[32] Plutôt qu'une offre de parcours type, le système de prise en charge des addictions a été conçu pour s'adapter aux besoins du patient et structuré par plusieurs circulaires entre 2006 et 2008 (voir annexe 2), organisant le dispositif d'ensemble[12], le secteur médico-social spécialisé[13] et la filière hospitalière de soins en addictologie[14]. Cette dernière en précise l'esprit : « *Le lieu optimal de traitement pour l'usager sera le cadre le moins contraignant et qui assure en même temps les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité compte tenu de son état* ».

[11] OFDT. (2025), Drogues et addictions, chiffres clés

[12] Circulaire n° DGS/6B/DGHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

[13] Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie et circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n° 2006-01 du 20 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie

[14] Circulaire n° DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

1.3.1 Une prise en charge pluridisciplinaire et graduée assise sur le triptyque ville – hôpital – médico-social permettant des entrées et parcours diversifiés et incluant la réduction des risques[15]

[33] **L'addictologie s'inscrit dans une logique forte de territoire avec son organisation médico-sociale et sanitaire en trois niveaux, en lien étroit avec la ville** et détaillée en annexe 2. La notion de parcours apparaît avec la circulaire DHOS du 26 septembre 2008 sur la filière hospitalière en addictologie.

[34] L'offre est suffisamment diversifiée pour ouvrir des **possibilités d'entrée multiples dans le parcours, et autant d'opportunités de repérage, pour toutes les addictions, avec ou sans substance**. Elle a vocation à permettre une intervention précoce et un projet individualisé, sur la durée nécessaire. Le dispositif ainsi créé apparaît de nature à répondre et à s'adapter aux besoins des patients sur l'ensemble du territoire grâce une gradation des soins, permettant une couverture étendue et de qualité.

[35] **Les professionnels du premier recours** et en particulier les médecins généralistes, qu'ils soient ou non en exercice collectif (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé) sont **en première ligne face aux addictions, qu'il s'agisse de repérage précoce et intervention brève (RPIB) ou de suivi au long cours**. De nombreux outils et recommandations de bonnes pratiques, en particulier de la Haute Autorité de Santé (HAS), viennent les appuyer dans leurs pratiques.

[36] Accessible également directement par l'usager ou sur orientation, l'organisation médico-sociale spécialisée[16] permet une prise en charge pluridisciplinaire et repose sur les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les consultations jeunes consommateurs (CJC) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), gérés majoritairement par le milieu associatif[17]. D'après les données communiquées à la mission par la DGS, **152 CAARUD et 394 CSAPA ambulatoires** sont recensés sur l'ensemble du territoire, y compris ultra-marin[18]. 64 % de ces CSAPA sont portés par une association ou un groupement de coopération sociale ou médico-sociale et 36 % par un établissement de santé ou un groupement de coopération sanitaire. Les cartographies des structures médico-sociales spécialisées ambulatoires figurent en annexe 6 et 7. Par ailleurs, 540 points d'accueil CJC sont gérés par 270 CSAPA.

[37] Avec une forte dimension territoriale et en partenariat avec le champ médico-social et la ville, la filière addictologique hospitalière est organisée selon une logique de gradation des soins en trois niveaux allant du niveau 1 de proximité au niveau 3 de recours régional (voir annexe 1 – graphique 10). Le niveau 1 prévoit ainsi des **consultations hospitalières d'addictologie (CHA) et une activité de liaison réalisée par l'équipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie (ELSA),** permettant un accès à des lits pour sevrages simples. **340 CHA et 356 ELSA** sont recensées par la DGOS[19]. **L'hôpital de jour en addictologie (HDJ-A)** et **les soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMR-A)** relèvent, quant à eux, du niveau 2. **121 SMR autorisés à la prise en charge de conduites addictives** en hospitalisation complète ont été recensés[20]. Parmi eux, 19 établissements SMR-A ont été reconnus comme ayant une

[15] Voir annexe 1

[16] Hors CSAPA résidentiels et dispositifs expérimentaux tels que les Haltes Soins Addictions (voir annexe 2 – encadré 1)

[17] *L'Association Addictions France* constitue le plus gros gestionnaire de CSAPA et le second gestionnaire de CAARUD. La *Fédération Addiction* rassemble un nombre important de ces organisations et des professionnels travaillant dans le champ de l'addictologie

[18] Seuls les départements de la Corrèze, Creuse et Lozère n'ont pas de CAARUD. Il existe des CSAPA ambulatoires dans tous les départements.

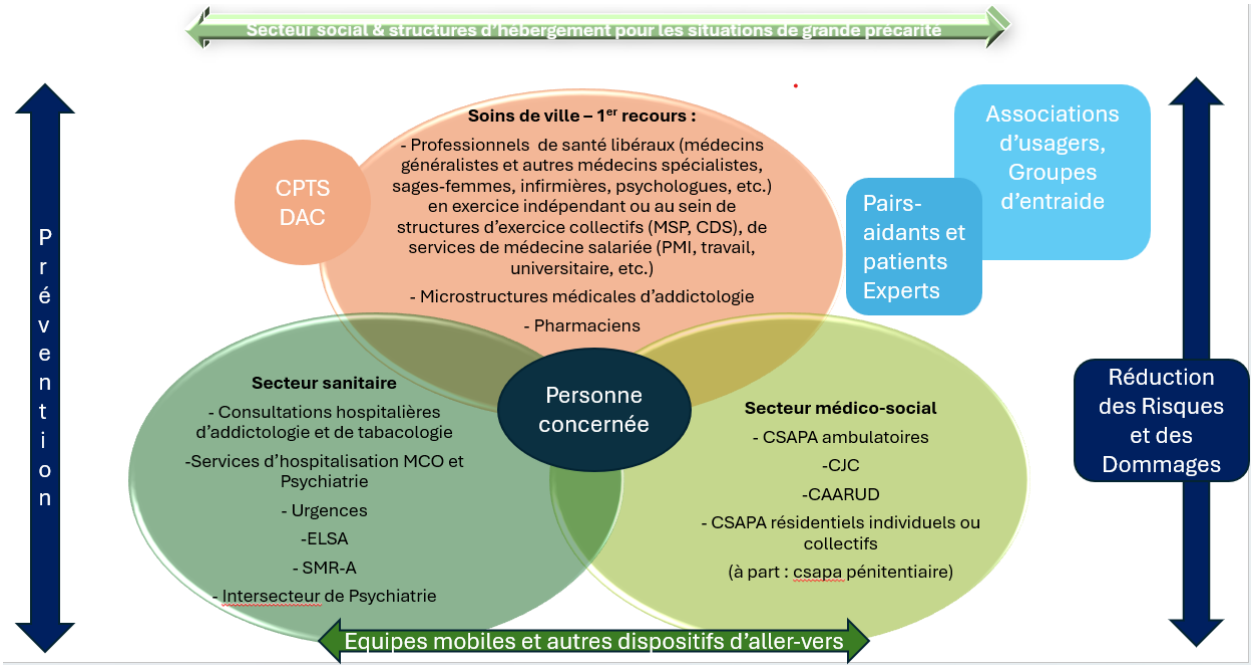
[19] Données de l'enquête DGOS 2022 pour les CHA et de l'enquête DGOS 2023 pour les ELSA – dont la moitié des ELSA dans les établissements de santé de niveau 1 (29 % de niveau 2 et 11 % de niveau 3)

[20] Source DGOS à partir des données SAE 2022

activité d'expertise dédiée à la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive (données DGOS 2024).

[38] Le dispositif de prise en charge en addictologie tel que décrit ci-dessus et illustré dans le schéma n°1 ci-après, s'inscrit dans les référentiels préconisés à l'échelle internationale (voir annexe 8). Il est complété notamment par des dispositifs en faveur des populations précaires et par les dispositifs nationaux d'aide à distance pilotés par Santé publique France (Drogues info service, Alcool info service et Tabac info service).

Schéma 1 : Les principaux acteurs de la prise en charge en addictologie au sein des territoires



Source : La mission Igas

[39] **La réduction des risques et des dommages (RdRD)**, fortement portée par les CAARUD, se veut dans un continuum avec la prévention et le soin. La Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 (SIMCA) précise que la RdRD doit « *être davantage reconnue pour sa capacité à "aller vers" des usagers peu insérés et pratiquée sur la base de protocoles précis, y compris par les médecins généralistes, tout en renforçant son articulation avec le soin et notamment le sevrage dès que l'occasion se présente* ».

[40] **La pair-aidance** a un lien historique fort avec le champ des addictions. La mission a pu constater sa contribution dans tous les pans du dispositif de prise en charge en addictologie, tel que décrit dans l'annexe 4 du présent rapport. Cette contribution prend des formes et une intensité variables en fonction des structures et des territoires, et fait consensus auprès des professionnels sur sa participation à la sécurisation des parcours. Les travaux en cours de la HAS visant notamment à structurer et adapter le cadre de la fonction de pair-aidance au plus près des besoins des usagers et les compétences attendues, devraient permettre un ancrage pérenne de la pair-aidance dans les organisations et les pratiques.

[41] Par ailleurs, au fil des années et des transformations du système de santé, différents **dispositifs innovants sont venus renforcer l'offre dans un contexte de tension en ressources humaines médicales** et sont amenés à se déployer, tels que les infirmiers en pratique avancée (IPA) formés à l'addictologie,

dont le déploiement est soutenu par la SIMCA, la téléconsultation ou encore l'expérimentation des microstructures médicales en addictologie (expérimentation article 51 Equip'Addict).

1.3.2 Pour toutes les addictions et tous les publics, avec une attention particulière aux jeunes et aux populations précaires

[42] Dès la conception du dispositif, la mise en place de Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), rattachées aux CSAPA, souligne l'attention particulière portée par le niveau national aux addictions chez les jeunes. Il est aujourd'hui largement documenté que l'expérimentation précoce et l'entrée précoce dans une consommation régulière sont des facteurs de risques d'addiction ultérieure et de survenue de troubles psychiques. Cette vulnérabilité plus importante est un véritable enjeu de santé publique, à l'origine du développement de consultations avancées et d'actions « d'aller-vers » en direction des jeunes au sein de nombreux territoires, afin d'allier prévention et repérage. Des partenariats avec l'Education Nationale et les structures accueillant des jeunes sont encouragés.

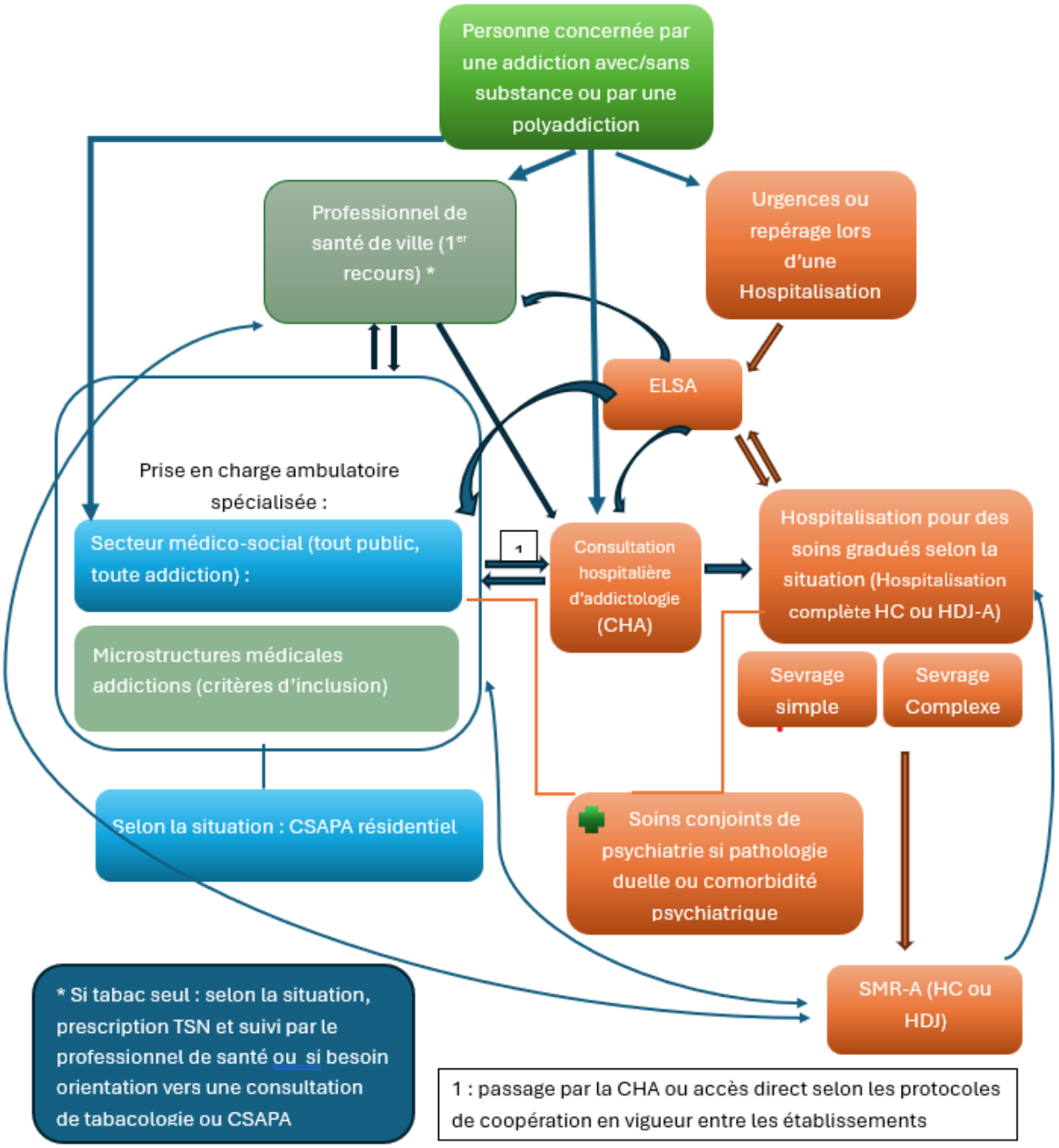
[43] S'agissant des personnes précaires et comme précisé dans l'annexe 1 (point 2.4.3), le repérage, l'accompagnement et la prise en charge des publics précaires présentant des problématiques d'addiction sont à la croisée du champ du social, de l'hébergement et de la lutte contre l'exclusion et du champ sanitaire et médico-social.

[44] Les CAARUD qui assurent un accueil « bas seuil » et les CSAPA accompagnent, de manière inconditionnelle, ces publics les plus fragiles et éloignés de la prévention et du soin. Les conduites addictives chez les personnes précaires constituent un cumul des vulnérabilités à l'origine de renoncement aux soins et de fragmentation de parcours, en raison notamment du manque de structures d'accueil adaptées, en particulier s'agissant de l'hébergement et logement (voir annexe 2).

1.4 Une coordination nécessaire pour assurer la fluidité des parcours

[45] Comme pour toute maladie chronique, le parcours en addictologie implique une coordination entre acteurs pour en assurer la fluidité : coordination entre le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le premier recours, en particulier le médecin généraliste, véritable « pivot », du repérage à l'accompagnement de la personne.

Schéma 2 : Schématisation des parcours de prise en charge en addictologie



Lecture : Schématisation macro permettant de visualiser la multiplicité des portes d'entrée dans les parcours de prise en charge en addictologie ainsi que des interfaces entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social spécialisé, qui sont autant de risques de rupture de parcours.

Source : La mission

[46] Les circulaires de 2007 et 2008 appelaient déjà de leurs vœux l'inscription de la coordination du parcours de soins dans une dynamique d'organisation territoriale, avec différents degrés de coordination et un élément facilitateur constitué par le réseau de santé[21]. Aujourd'hui, de nombreux dispositifs et structures ont un rôle de coordination inscrit dans leurs missions, tel que décrit dans l'annexe 1 (point 2.3). Si chaque territoire a sa propre dynamique partenariale, liée souvent à un historique et des spécificités organisationnelles, l'enjeu de la coordination est plus que jamais d'actualité, avec de surcroît la question des outils partagés et de l'interopérabilité des systèmes d'information.

2 Dans les faits, un système sous tension, peinant à offrir des parcours adaptés à tous les besoins

[47] Les investigations menées par la mission mettent en évidence les difficultés croissantes liées à l'évolution des conduites addictives et aux enjeux de leur prise en charge (annexe 1). L'évolution continue et rapides des usages, la progression des polyconsommations et la fréquence accrue de situations complexes s'inscrivent dans un contexte de fragilisation du dispositif, avec des répercussions directes sur sa capacité de prise en charge.

[48] En sus de la littérature et des données existantes, les analyses présentées ci-après reposent sur les entretiens conduits par la mission auprès des professionnels et des usagers, ainsi que sur les résultats de l'enquête réalisée par l'Igas auprès des CSAPA et des CAARUD (annexes 6 et 7). Elles s'appuient également, pour les troubles de l'usage liés à l'alcool, sur l'exploitation des données du SNDS réalisée par le pôle Data de l'Igas (point 2.4.2 ci-dessous et annexe 5).

[49] Les acteurs rencontrés décrivent de manière convergente un système sous tension, caractérisé notamment par l'augmentation des files actives et des délais d'attente. Les difficultés d'accès aux ressources médicales nécessaires à la prescription des traitements de substitution, impactent directement de nouvelles prises en charge par les CSAPA et conduisent ponctuellement à la suspension de consultations. Les acteurs relèvent également une offre peu lisible, la sous-représentation de certains publics dans les dispositifs, ainsi que des difficultés persistantes d'articulation avec la psychiatrie. Enfin, l'augmentation des besoins en matériel de réduction des risques est unanimement constatée par les CAARUD.

[50] **D'après l'Assurance Maladie[22], 745 000 personnes ont été prises en charge pour troubles addictifs en France en 2023,** dont 39 % de femmes, un âge médian de 54 ans et un taux plus élevé de personnes de moins de 60 ans bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (C2S) rapporté à la population générale de même âge et même sexe. 59 % des personnes concernées étaient prises en charge en Affection Longue Durée (ALD).

[51] **Entre 2015 et 2023, le taux de croissance annuel moyen (TCAM) des effectifs des personnes prises en charge pour troubles addictifs est de 7,77 %,** sachant qu'il existe une **forte hétérogénéité territoriale des prévalences de personnes prises en charge** comme le montre la cartographie détaillée en annexe 1. Une hétérogénéité retrouvée dans l'analyse du pôle data de l'Igas relative aux troubles de l'usage liés à l'alcool, non seulement dans les prévalences de prise en charge, mais également dans les filières fréquentées (point détaillé en 2.4.2 du présent rapport).

[21] Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC) créés par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ont intégré les dispositifs de coordination existants et notamment les réseaux de santé

[22] Assurance Maladie. (2025). Personnes prises en charge pour troubles addictifs en 2023. Fiche pathologie

[52] Ces données annuelles prennent en compte uniquement les patients ayant une ALD en lien avec des troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ou ayant été hospitalisés pour ces motifs, mais elles ne prennent pas en compte les patients suivis exclusivement par le dispositif médico-social spécialisé.

[53] **Elles ne permettent donc pas d'avoir un chiffre précis et consolidé des personnes ayant des conduites addictives en France.** En particulier, elles ne reflètent pas les besoins de prises en charge, par nature sous-estimés compte-tenu du ***treatment gap***.

Le *treatment gap* désigne l'écart entre le nombre de personnes présentant un trouble de l'usage de substances et le nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge adaptée de ce trouble.
Dans les régions OMS[23], le taux médian de ce *treatment gap* serait supérieur à 78 %, soulignant que seule une minorité de personnes accèdent aux soins. La réduction *du treatment gap* est d'ailleurs l'un des six objectifs de la Stratégie Interministérielle de Mobilisation contre les Conduites Addictives 2023-2027 (SIMCA).
Cet indicateur synthétique ne préjuge ni de la qualité, ni de la continuité des prises en charge. Il ne donne pas non plus d'informations sur les déterminants du non-recours aux soins. Pour autant, un niveau élevé malgré une offre de soins structurée interroge sur l'efficacité du repérage et l'accès aux soins.

2.1 Un repérage des conduites addictives à systématiser pour permettre un accès aux soins et un accompagnement plus précoces

[54] Hormis la personne sollicitant spontanément une prise en charge, **le repérage est la première étape du parcours et le premier recours devrait en être le maillon fort**. Dans les faits, les origines de demande d'accompagnement sont très majoritairement à l'initiative de l'usager lui-même et **l'orientation par le premier recours vers une prise en charge spécialisée reste minoritaire**[24].

[55] Pour autant, les rencontres avec les acteurs de terrain ont fait émerger une réalité complexe, confirmée par l'enquête menée par l'Igas auprès des CSAPA. En premier lieu, la culture addictologique est variable selon les territoires et il existe, encore en 2026 **une méconnaissance des ressources ainsi que des représentations sociales et des *a priori* de certains professionnels sur les conduites addictives, limitant la systématisation du repérage**. D'autre part, dans un contexte de désertification médicale, avec notamment le départ à la retraite de médecins engagés dans la prise en charge en addictologie, des médecins connaissant les délais d'attente pour une prise en charge spécialisée ou ayant déjà rencontré des situations complexes pour lesquelles ils se sont sentis isolés, voire démunis, peuvent hésiter à « creuser » des situations, par **crainte de se retrouver en difficulté**.

[56] La troisième édition du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale menée en 2020[25] montre que si le repérage systématique est fréquent et renouvelé pour le tabagisme (68 % des médecins interrogés), il baisse à 46 % pour la consommation d'alcool à

[23] Kohn R et al. (2004). Treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* – Taux médian dans les régions OMS pour la dépendance alcoolique

[24] Analyse par la mission du tableau de bord des rapports d'activité CSAPA 2022 : 6,42 % des patients orientés par le médecin de ville vs 46 % par les patients eux-mêmes ou leur entourage

[25] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2021). Les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire face aux conduites addictives de leurs patients. Alcool, tabac et cannabis. N° 29. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

risque et 22 % pour celle du cannabis. Les professionnels se disent plus à l'aise pour aborder la question du tabagisme que pour la consommation d'alcool.

[57] Cette insuffisance et hétérogénéité du repérage est accentuée lorsque s'ajoutent d'autres vulnérabilités, telles que la précarité, l'absence de droits, une situation de handicap ou encore la vieillesse, creusant les inégalités. La difficulté d'accès au médecin traitant pour les populations concernées par une addiction, en particulier les plus précaires, est un obstacle majeur à l'entrée dans une prise en charge.

[58] Ce constat souligne la nécessité de poursuivre et **renforcer la montée en compétences du premier recours dans le repérage des conduites addictives avec ou sans substance et de mieux accompagner les pratiques**, qu'il s'agisse des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmières, pharmaciens, etc.), des professionnels sociaux ou médico-sociaux., afin de garantir un accompagnement pour tous.

[59] Dans son guide « Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool[26] », la HAS rappelle que **le repérage doit être universel, régulier et précoce,** et que cette pratique doit pouvoir s'inscrire dans un partenariat organisé sur le territoire afin de « soutenir et/ou relayer l'acteur de premier recours », en citant les dynamiques possibles en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Le dispositif « Mon bilan prévention » pourrait être un levier intéressant pour le repérage des conduites addictives, compte-tenu de sa proposition à différents âges clés de la vie. Pour autant, différents freins sont identifiés, tels que sa lente montée en charge, la priorisation de l'entretien avec le professionnel de santé sur un ou deux sujets, ou encore l'absence de suivi des orientations et d'évaluation du dispositif.

[60] Au-delà du premier recours, il s'agit de **saisir toutes les opportunités de repérage des conduites addictives, y compris lors d'une hospitalisation, d'un passage aux urgences ou au sein de la maternité**. La mission a pu là encore observer sur le terrain de fortes inégalités. Ainsi, les Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) peuvent éprouver, parfois, des difficultés à établir une vraie coopération avec certains services. A l'inverse, de réelles synergies existent, vectrices d'une montée en compétences des professionnels, objectivée par une augmentation des sollicitations suite à repérage[27].

2.2 Une offre spécialisée en difficulté pour répondre à tous les besoins

2.2.1 Des files actives saturées, freinant les nouvelles prises en charge

[61] L'enquête flash réalisée par la mission auprès des CSAPA (annexe 6 – taux de répondants 50 %) a permis de documenter le ressenti de besoins croissants de prises en charge face à des ressources contraintes, se traduisant notamment dans les délais d'accès allongés et un impact direct pour les nouvelles demandes. Pour exemple, dans certains territoires visités par la mission, la tension simultanée en ressources humaines a entrainé la suspension de nouvelles prises en charge pendant plusieurs semaines.

[62] Or tous les acteurs rencontrés en témoignent : **un accès rapide à une première prise en charge constitue un levier motivationnel majeur d'accroche et d'engagement de l'usager dans les soins et l'accompagnement qui lui seront proposés**.

[26] HAS. (2023)

[27] Exemple du projet ASAGO évoqué en annexe 1

Analyse des caractéristiques des délais de prise en charge en CSAPA[28] et risques identifié :

- Les CSAPA font face à un niveau d'activité déjà globalement élevé et une hétérogénéité selon les territoires et les profils de structures[29].
- Le délai moyen de prise en charge est de **38 jours entre la première prise de contact et le premier rendez-vous**, puis de 20 jours supplémentaires avant le second rendez-vous. Ainsi, hors situations prioritaires, un usager attend en moyenne **58 jours avant de rencontrer un soignant, avec des inégalités territoriales**.
- Ces délais sont perçus par les établissements comme **stables ou en augmentation**, traduisant une tension structurelle entre besoins croissants et ressources contraintes. La **difficulté d'orienter des patients stabilisés vers la médecine de ville est identifiée comme un frein du renouvellement de la file active.**
- Pour réduire ces délais, la réorganisation de l'accueil initial, notamment par un premier contact non médical (infirmière diplômée d'Etat -IDE, psychologue, travailleur social), constitue un levier identifié et partagé par de nombreuses structures. La mise en place de dispositifs d'évaluation et d'orientation rapides dès l'entrée dans la structure peut également sécuriser les premières étapes du parcours.
- **Le premier rendez-vous médical est identifié comme le principal facteur limitant** de l'accès à la prise en charge. Les délais s'allongent fortement lorsque l'entrée dans le parcours dépend exclusivement de la disponibilité d'un médecin, **pouvant atteindre deux à trois mois** et conduire à des suspensions temporaires de prise en charge. La clarification et la redéfinition des rôles au sein des équipes pluridisciplinaires, avec une valorisation accrue des compétences non médicales dans l'évaluation initiale et l'accompagnement, représentent un levier opérationnel important.
- Dans la majorité des CSAPA répondants, **l'accueil n'est pas priorisé en fonction de la nature de l'addiction, mais selon des critères de gravité clinique et de vulnérabilité sociale**. Certaines situations, hors situation d'urgence, font l'objet d'un priorisation bien identifiée et largement partagée par les différentes structures : personnes nécessitant un traitement de substitution (traitement par agonistes opioïdes TAO), mineurs, femmes enceintes, sortants de détention et personnes en situation de grande précarité.
- **Les addictions comportementales** ou certaines substances psychoactives, et en particulier **tabac et alcool, présentent des délais plus longs dans une majorité de structures**. En contexte de tension, une priorisation implicite peut générer une **incompréhension de la part des usagers** et des tensions internes à la structure dans l'arbitrage des prises en charge, soulignant la nécessité d'une formalisation au sein des équipes. Cette dernière permet d'assurer une lisibilité des critères mis en place et de sécuriser les pratiques.
- Le cercle vicieux d'**un absentéisme élevé aux rendez-vous** : le taux d'absentéisme au premier rendez-vous, estimé à 25 % en moyenne, est homogène entre structures et supérieur à celui observé dans d'autres secteurs de soins[30,31]. Il s'explique principalement par la **spécificité des publics accompagnés** : contraintes logistiques, précarité sociale, ambivalence motivationnelle, impulsivité, désorganisation liée aux usages ou aux troubles cognitifs, mais également situations de contrainte

[28] Voir les résultats de l'enquête flash menée par la mission Igas auprès de 394 CSAPA en annexe 6 - 50 % de répondants

[29] Activité particulièrement forte pour les CSAPA intervenant en milieu pénitentiaire

[30] doctolib _actualise_ses_statistiques_annuelles_rendez_vous_non_honores

[31] À défaut d'études françaises consolidées, la littérature internationale en psychiatrie ambulatoire indique des taux de non-présentation fréquemment compris entre 10 % et 20 %, avec des niveaux plus élevés pour certains sous-groupes vulnérables. Tempier R. et al. (2021). Missed appointments in mental health care clinics: A retrospective study of patients' profile, *Journal of Hospital Administration*

judiciaire (avec un taux d'absentéisme plus élevé pour les obligations de soins[32]) ou de détention. Par ailleurs, cet **absentéisme nourrit l'allongement des délais**, même s'il n'en constitue pas l'unique déterminant, et pèse ainsi sur le risque de renoncement aux soins.

- Le développement de **modalités d'accueil souples et proactives** (accueil sans rendez-vous, amplitudes horaires étendues, interventions d'aller-vers, sécurisation du premier contact) apparaît comme un levier déterminant pour limiter les « pas venus, pas prévenus ».
- **Des délais prolongés, ou l'absence de visibilité sur les délais, exposent au renoncement aux soins**, à l'aggravation des situations cliniques et à un creusement des inégalités : il est donc nécessaire de mettre en place une mesure et un suivi régulier de ces délais et d'analyser leur évolution au regard des ressources humaines et de la population suivie. Certaines structures parviennent à cumuler délais courts, faible absentéisme et meilleure adhésion des usagers, grâce à des organisations adaptées et innovantes.

Si aucun indicateur relatif aux délais ne figure à ce jour dans la trame du rapport d'activité des CSAPA, la mission a pu constater lors de ses déplacements que les CSAPA, dans un objectif de réponse aux demandes des usagers et d'adaptation organisationnelle aux besoins, avaient tous mis en place des indicateurs de suivi des délais[33]. Ces indicateurs sont choisis au niveau de chaque structure le plus souvent, sans harmonisation au sein d'une même région, voire d'un même territoire hormis dans le cas d'un unique organisme porteur, avec dans ce dernier cas, une agilité plus importante à mettre en place des adaptations organisationnelles.

A l'hôpital :

- Les CSAPA hospitaliers ont été sollicités par l'enquête menée et sont ainsi intégrés dans les constats ci-dessus. Ils ont cependant, pour la plupart, une capacité d'adaptation organisationnelle plus importante du fait de temps de professionnels partagés ;
- Hormis les CSAPA et les urgences, seule la **consultation hospitalière d'addictologie (CHA)** est en accès libre et direct, et peu de services rencontrés ont mis en place un indicateur relatif aux délais. Il s'agit davantage « d'estimations » fournies oralement à la mission, avec un fonctionnement propre à chaque établissement.

2.2.2 Une offre insuffisamment lisible et qui peine à se coordonner

[63] Malgré une architecture de l'offre de prise en charge des addictions globalement cohérente, sa lisibilité et son effectivité demeurent limitées par une coordination insuffisamment structurée, voire par certains chevauchements de missions entre acteurs, notamment les CHA et les ELSA, ainsi que les SMRA (pour la fonction de coordination), comme précisé dans l'annexe 2 (point 2.3.2 et 2.3.3).

[64] **Il n'existe pas de référentiel national, avec un socle minimal d'indicateurs partagés couvrant l'ensemble de la filière spécialisée en addictologie et permettant d'apprécier l'adéquation de l'offre aux besoins de prise en charge**. Les indicateurs actuels remontent en silo par secteur (hospitalier versus médico-social) et sont relatifs à l'activité de certaines structures, voire de certains dispositifs seulement. Ces remontées sont rarement automatisées et dans des formats harmonisés, complexifiant le pilotage (exemple de rapports d'activité standardisés mais sous format *excel* pour les CSAPA ou de l'absence de remontées pour les consultations hospitalières d'addictologie).

[32] Certains CSAPA développent des partenariats avec les tribunaux pour trouver des modalités de réponse adéquates (pour exemple, le développement du dispositif de justice résolutive de problèmes sur Grenoble)

[33] Pour les indicateurs de délais utilisés dans son enquête, la mission s'est appuyée sur les travaux menés par la DGS avec les ARS

[65] Certaines ARS, en lien parfois avec un axe fort de leur projet régional de santé, ont réalisé un état des lieux de l'existant soit global (exemple Bretagne) soit sur une partie de la filière (exemple des Hauts-de-France).

[66] A l'échelle nationale, les remontées disponibles montrent des **inégalités sociales et territoriales persistantes**, notamment dans les zones rurales ou périphériques, traduisant des **difficultés d'accessibilité et d'adaptation de l'offre aux besoins et un impact de la tension en ressources humaines en santé** (voir annexe 3).

[67] Côté médico-social spécialisé, les CSAPA jouent un rôle central d'orientation et de coordination des parcours, bien que cette mission ne soit pas explicitement reconnue ni valorisée dans les textes ou les outils de suivi d'activité, générant un coût organisationnel non retracé.

[68] Au sein de l'hôpital, les missions de coordination confiées aux ELSA, aux consultations hospitalières en addictologie (CHA) et, plus récemment, aux soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMR-A), tendent à se recouper, avec une imbrication des équipes et des financements en particulier entre ELSA et CHA, qui nuit à la clarté des responsabilités et à la lecture de l'effort réel consacré à la coordination. Cette situation complique le pilotage par les agences régionales de santé, qui reconnaissent une place à renforcer de certains dispositifs, en particulier les ELSA, dont les capacités en ressources humaines et financières dédiées demeurent aujourd'hui contraintes.

[69] Par ailleurs, la fragilisation du premier recours, pourtant acteurs clés du repérage et de la continuité des parcours, constitue dans de nombreux territoires un facteur aggravant en particulier pour l'accès aux soins des publics les plus vulnérables. Certaines communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) s'impliquent sur la thématique (voir annexe 1).

[70] Parmi les freins, sont signalés la difficulté à faire dialoguer les outils de suivi (interopérabilité insuffisante entre les systèmes) et les limites à la transmission de certaines données couvertes par le secret médical.

2.2.3 Une offre moins ajustée à certains publics et peu adaptée à d'autres

[71] Les conduites addictives touchent tous les publics, et chaque situation est unique, mais pour certains publics, les difficultés d'accès à l'offre et à un accompagnement adapté, quelles qu'en soient les raisons, creusent les inégalités.

2.2.3.1 Peu identifiée par les jeunes, l'offre dédiée peine à se trouver une place

[72] Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) connaissent au sein des territoires de fortes variabilités organisationnelles et tentent de s'adapter au mieux à leurs publics, compte-tenu du constat partagé de la **difficulté à les faire venir consulter précocement.**

[73] Dans certains territoires, les modalités de maintien des consultations d'accueil sur site sont questionnées, en raison du manque d'attractivité (« les jeunes viennent parce qu'ils sont tirés par leurs parents ») et des difficultés d'orientation à l'issue.

[74] Dans la majorité des territoires, le développement des consultations avancées de la CJC par les CSAPA répond en partie à **l'enjeu d'aller-vers**. Dans l'enquête menée par l'Igas, **51 % des répondants déclarent une consultation avancée de la consultation jeunes consommateurs (CJC),** soit la majorité des 70 % de CSAPA déclarant une CJC. Ces consultations se déroulent dans des lieux perçus comme plus « neutres », en lien étroit avec les structures accueillant les jeunes.

[75] Parmi ces lieux, les **maisons des adolescents,** sont des partenariats unanimement cités comme pertinents par tous les acteurs rencontrés par la mission, en raison du lien facilité avec le soin mental.

[76] Certaines ARS ont mis en place un plan d'action CJC.

Un exemple rencontré d'objectivation des difficultés : le bilan du plan d'action CJC 2022-2024 piloté par l'ARS Bretagne
Parmi les 16 actions inscrites dans ce plan figurent par exemple : l'identification et le financement d'un poste de référent dans chaque CJC, l'organisation des activités dans l'une des 4 modalités d'intervention retenues (CJC, CJCA, CJCI (interventions collectives à la demande des partenaires), téléconsultation), l'évolution des équipes pluridisciplinaires vers des équipes plus mixtes avec un renforcement des compétences éducatives et une diminution des compétences médicales qui pourront être sollicitées mais de façon ponctuelle, ou encore l'expérimentation du conventionnement CJC/ établissements scolaires sur la base du volontariat et d'une convention-type.
Le bilan quantitatif a pu être réalisé grâce au pilotage par l'ARS d'un tableau de bord régional des différents indicateurs (tels que file active, nombre d'entretiens, produits, ETP et évolution des équipes, orientations) et un bilan qualitatif a été réalisé. De ce bilan très riche, la mission retient en particulier la **nécessité d'une structuration souple pour s'adapter aux publics et différents territoires**, l'importance de l'aller vers en particulier dans les territoires ruraux, ou encore de la montée en compétences, mais également des points d'attention que la mission a rencontré à plusieurs reprises sur le terrain et relayés dans l'enquête réalisée auprès des CSAPA (annexe 6) : la **difficulté de mise en œuvre de temps partiels des professionnels** ou encore des **difficultés d'orientation** après évaluation conduisant les CJC à accompagner des situations au-delà de leurs missions.

[77] Une enquête ciblée sur les CJC, prévue par la DGS, paraît particulièrement pertinente et devrait, en sus de l'analyse en cours par l'OFDT des rapports d'activité 2022, être l'occasion d'affiner les questions relatives à la place des CJC dans le parcours de prise en charge, avant un éventuel ajustement du cahier des charges et des moyens financiers. Cette enquête gagnerait à être co-construite avec les ARS ayant mené des bilans approfondis des CJC sur leur territoire.

2.2.3.2 Les femmes sont insuffisamment repérées et accompagnées, y compris lors de la grossesse

[78] La sous-représentation des femmes dans les dispositifs spécialisés de prise en charge en addictologie constitue un constat largement partagé, en particulier dans le secteur médico-social, alors même qu'elles présentent des consommations en hausse, et des facteurs de vulnérabilité supérieurs sur le plan sanitaire et psycho-social (voir annexe 1 point 2.4.2).

[79] Ce phénomène s'observe également à l'hôpital, à l'exception notable de l'hôpital de jour en addictologie, où les équipes relèvent une proportion plus élevée de femmes, ce que l'étude statistique menée par l'Igas conforte s'agissant de troubles liés à l'usage de l'alcool (voir annexe 5). Les contraintes familiales et la charge mentale majoritairement assumée par celles-ci et complexifiant une hospitalisation complète semblent expliquer en partie ce constat.

[80] A ce jour, la prise en charge en addictologie des femmes est principalement centrée sur la période périnatale, avec une couverture large, mais inégale. Cette période est l'occasion d'une prévention et repérage systématique, et d'un accompagnement spécifique, auxquels il convient d'assurer l'accès sur tout le territoire, en se fondant sur les bonnes pratiques identifiées.

[81] Les professionnels de terrain soulignent l'importance de tenir compte des spécificités de ce public à tout âge, car plus concerné par le déni et la stigmatisation, présentant des profils plus difficiles à atteindre, car paradoxalement parfois mieux intégrés (professionnellement et ayant une vie familiale), ou au contraire particulièrement vulnérables dans des situations pouvant cumuler violences et précarité. L'étude statistique pré-citée montre également que parmi les femmes hospitalisées pour un diagnostic lié à l'alcool en 2023, l'âge médian est de 50 ans et 60 % sont en Affection Longue Durée (ALD), et parmi 42 % sont en ALD pour affections psychiatriques chroniques. Il existe un premier pic avant 25 ans, avec une sur-représentation féminine et des hospitalisations très courtes dans le cadre d'intoxications alcooliques aigües.

[82] Cette situation souligne la nécessité d'adapter les modalités d'accueil et d'accompagnement aux spécificités des femmes.

2.2.3.3 Les plus précaires, quand le cumul des vulnérabilités assombrit les perspectives de prise en charge et d'aval

[83] La prise en charge des personnes les plus précaires confrontées aux addictions se heurte souvent à un cumul de vulnérabilités – précarité sociale, troubles psychiques, voire absence de logement– qui complexifient l'entrée dans le soin.

[84] Les acteurs de terrain relèvent une hausse continue de l'activité des dispositifs spécialisés, alimentée par la chronicisation des situations, les ruptures de droits et l'insuffisance de solutions d'hébergement adaptées, en particulier pour les personnes cumulant addictions et troubles psychiatriques. L'augmentation des maraudes et d'interventions en squat des CAARUD[34] vient appuyer ce constat, ainsi que les résultats de l'enquête flash menée par la mission (cf annexes 1 et 7).

[85] **Faute d'aval structuré et anticipé et d'un étayage social soutenant, ces publics - lorsqu'une entrée dans le soin a été possible - demeurent durablement orientés vers les CSAPA ambulatoires, sans réelle perspective de stabilisation, ou restent hospitalisés (« *bed-blockers* »).**

[86] La vie à la rue, combinée aux addictions, est un **facteur de vieillissement prématuré**, **aggrave les troubles cognitifs et renforce les inégalités d'accès aux soins**, dans un contexte de stigmatisation persistante. Le refus de soins n'est pas rare et impose des démarches d'accompagnement progressives, fondées sur la confiance et l'« aller-vers », qui gagneraient à s'inscrire dans des coopérations formalisées entre acteurs.

[87] Le récent rapport relatif à l'accompagnement des personnes précaires vieillissantes[35] appelle un renforcement des solutions d'hébergement adaptées et articulées au soin et à l'accompagnement social, ainsi qu'une meilleure prise en compte des spécificités de ce public (addictions, troubles neurocognitifs et psychiques) dans son accueil, l'évaluation de sa situation et son accompagnement.

2.2.4 La prescription de traitements par agonistes opioïdes : un enjeu de ressources médicales au cœur de fortes inégalités territoriales

[88] La **prescription des traitements par agonistes opioïdes** (TAO) constitue aujourd'hui un goulet d'étranglement majeur de l'accès aux soins pour les publics concernés, **source de fortes inégalités territoriales** et facteur de risque de ruptures de parcours (voir annexe 6 et 7).

[34] Rapport activité Caarud 2022– exploitation OFDT - Maraudes : 98 % des Caarud en 2022 vs 90 % 2018 – Interventions en squat : 76 % des Caarud en 2022 vs 63 % en 2018.

[35] Rapport IGAS N°2025-065R – Mieux accompagner les personnes précaires vieillissantes : état des lieux et propositions

[89] Au sein des territoires, le manque de médecins en capacité d'assurer l'initiation et surtout la poursuite des prescriptions[36], qu'il s'agisse de médecins généralistes ou de spécialistes, fragilise l'équilibre du dispositif de prise en charge[37]. Faute de relais suffisants en médecine de ville, les structures spécialisées, en particulier les CSAPA, sont contraintes de maintenir durablement dans leur file active des patients stabilisés, au détriment de nouvelles admissions, contribuant à leur surcharge, voire leur engorgement. Dans d'autres territoires, l'absence de médecins en CSAPA met en péril la prescription, initiale comme de renouvellement.

[90] Pour pallier ces difficultés, des solutions locales et souvent transitoires se développent, soutenues par les ARS avec l'objectif de **sécuriser la prescription pour éviter des ruptures de traitements**[38] : mise en réseau de médecins généralistes avec l'appui d'un pôle ressources, téléconsultations avec des addictologues référents (mais les délais de prescription peuvent représenter un frein), partenariats inter-structures[39] ou dispositifs de temps partagés (voir annexe 2). Par ailleurs certains acteurs (CSAPA associatifs et hospitaliers) soulignent l'intérêt de la buprénorphine à libération prolongée, en particulier pour les patients ayant des troubles cognitifs qui ont des difficultés à honorer la régularité des rendez-vous, mais pour laquelle il n'y a pas de recommandation HAS à ce jour.

2.3 Les difficultés de la prise en charge des patients avec des comorbidités notamment psychiatriques et des situations de plus en plus complexes

2.3.1 Les faiblesses de l'articulation avec la psychiatrie impactent directement les prises en charge

[91] **Les faiblesses de l'articulation entre addictologie et psychiatrie constituent l'un des constats les plus marquants de la mission, dans un contexte de forte tension sur les ressources humaines en psychiatrie** qui s'impose à tous (voir annexe 1).

[92] Cela impacte directement la prise en charge des pathologies duelles, caractérisées par la co-occurrence d'un trouble de l'usage de substances et de troubles psychiatriques, qui concernent une part significative des publics accompagnés, comme le montre également l'étude statistique de la mission s'agissant du trouble de l'usage lié à l'alcool[40]. Il est classiquement admis qu'une proportion élevée de personnes souffrant d'addiction présente également des troubles de santé mentale, et inversement[41], associant un pronostic plus sévère et des parcours plus instables (moindre adhésion, plus de rechutes). Les **pathologies duelles constituent ainsi un véritable enjeu en termes de santé publique**.

[93] L'une des difficultés récurrentes rencontrées est l'exigence fréquemment opposée par les services de psychiatrie d'une stabilisation préalable des conduites addictives, voire d'une abstinence, avant toute hospitalisation, ou prise en charge en intersecteur, alors même que la prise en charge psychiatrique est souvent indispensable à cette stabilisation. Cette contrainte, largement expliquée par la pénurie de ressources psychiatriques en ville et à l'hôpital, cumulée à des exigences

[36] Qu'il s'agisse d'une ressource médicale rare, ou d'une insuffisance de prescripteurs, par refus ou manque d'accompagnement

[37] En 2020, les médecins généralistes constituaient 95 % des prescripteurs de médicaments de substitution aux opioïdes en ville – source : OFDT. (2023). Traitements de substitution aux opioïdes en France – Bilan 2023

[38] Les Conseils Nationaux de l'Ordre des Médecins et des Pharmaciens ont élaboré des recommandations relatives à la prescription et la dispensation des traitements de substitution aux opiacés

[39] Exemple à Montpellier entre le CHU et le CAARUD associatif

[40] Voir annexe 5

[41] Avec des taux particulièrement élevés chez les personnes atteintes de troubles bipolaires ou schizophréniques

réglementaires pour certaines structures[42], conduit à des situations récurrentes de renvoi entre secteurs, communément qualifiées de « ping-pong ».

[94] Ces blocages aggravent les retards de prise en charge, augmentent les recours aux urgences et les hospitalisations, et pèsent particulièrement sur les publics les plus vulnérables. S'il existe certaines pratiques locales plus intégrées et une grande variabilité entre les établissements, l'amélioration durable des parcours suppose une articulation plus structurée et des recommandations nationales opérationnelles permettant une prise en charge conjointe. Les recommandations de la HAS relatives aux pathologies duelles sont ainsi fortement attendues. La mise en place depuis 2021 par la HAS d'un indicateur de la qualité de la sécurité des soins (IQSS) relatif à l'« Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes »[43] devrait permettre de suivre l'évolution des pratiques.

2.3.2 La hausse des poly-addictions et des situations complexes : les difficultés d'une nécessaire coordination

[95] La hausse des poly-addictions (notamment alcool et cocaïne) et la complexité des situations impacte directement les modalités d'accueil et de prise en charge du secteur spécialisé, médico-social comme hospitalier, tel qu'a pu le constater la mission lors de ses déplacements. Cette intensification est particulièrement observée depuis la crise du Covid-19. Les comorbidités, somatiques ou psychiatriques, les difficultés sociales et les situations de grande précarité et de violences viennent complexifier et fragiliser les prises en charge car nécessairement pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles (voir annexe 1 point 2.2 et 2.3).

2.4 La prise en charge du tabagisme et celle des troubles de l'usage liés à l'alcool est encore insuffisante et à renforcer

2.4.1 Tabagisme : une prise en charge à systématiser

[96] Le fardeau du tabagisme et en particulier son rôle délétère sur les co-addictions et sur de nombreuses comorbidités, notamment psychiatriques est largement documenté (voir annexe 1).

[97] Or, si la thématique du tabac est souvent utilisée par les professionnels rencontrés, tous secteurs confondus, pour aborder les addictions, la proposition et mise en place d'un accompagnement pour le sevrage n'est, en pratique, pas systématique, y compris lors d'une hospitalisation. La Société Française de Tabacologie dans l'argumentaire transmis à la mission appelle à « *considérer l'hospitalisation comme une opportunité* » et précise « *Les patients hospitalisés appuient fortement le rôle des hôpitaux et des professionnels de santé dans la lutte antitabac et s'attendent à recevoir un accompagnement adéquat pendant leur séjour à l'hôpital. La prestation systématique par les soignants sur ce plan dans les hôpitaux peut avoir un impact significatif sur les résultats de santé des fumeurs et sur les dépenses du système de soins de santé*[44] ». A date, les initiatives « Hôpital sans tabac » se font par ailleurs sur volontariat, via des appels à projets.

---

[42] L'instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 sur les soins médicaux et de réadaptation indique que les patients admis en SMR-A doivent être stabilisés sur le plan somatique et psychiatrique

[43] Indicateurs de la qualité de la sécurité des soins (IQSS) en psychiatrie et santé mentale, à partir du dossier patient concernant le « périmètre ambulatoire » des établissements de santé psychiatrique. Concerne le tabac, l'alcool et le cannabis. En 2023 sur 433 établissements inclus et 29 658 dossiers analysés, le score pondéré national est de 65/100 soit + 10,6 points par rapport à 2021. Dans sa synthèse la HAS indique que 42 % des établissements de santé concernés ont atteint un niveau satisfaisant.

[44] Martínez C, Castellano Y, Fu M, et al. (2020). Patient perceptions of tobacco control after smoke-free hospital grounds legislation: Multi-center cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*.

[98] Entre formation systématique des professionnels de santé et mise à disposition de traitements de substitution adéquats, de nombreux leviers existent pour que le repérage et la proposition d'un accompagnement deviennent systématiques.

[99] Dans les CSAPA, la délivrance gratuite de substituts nicotiniques auprès des usagers engagés dans une démarche de sevrage tabagique contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins. Certains CSAPA hospitaliers ont précisé à la mission que cette action s'adresse « *prioritairement aux publics en situations de précarité, souvent très dépendants à la nicotine* ».

2.4.2 Troubles liés à l'usage de l'alcool : une prise en charge à renforcer

[100] Deuxième cause de mortalité évitable derrière le tabac, l'alcool est la première cause d'hospitalisation en France d'après le PMSI[45]. Pour autant, le repérage précoce et la prise en charge, des patients dépassant les repères de consommation, ne sont pas systématiques.

[101] Les alcoolisations ponctuelles importantes (API)[46] sont un indicateur particulier, car outre les risques ultérieurs d'addiction et d'apparition de troubles psychiatriques, elles exposent à des risques immédiats. Elles posent également la question du repérage aux urgences, du lien avec les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), et des modalités de sortie ou de re-contact proposées aux usagers.

[102] L'Inserm dans son expertise collective relative à la réduction des dommages associés à la consommation d'alcool[47] indique que **l'accès aux soins pour les troubles de l'usage de l'alcool est insuffisant, tardif, socialement différencié.**

[103] Or la chronicité des troubles liés à l'usage de l'alcool implique une inscription des soins dans un temps long, avec des périodes de rechute, de ruptures de soins et parfois des prises en charge répétées.

[104] Les échanges avec les professionnels de terrain ont interpellé la mission sur la présence quasi-constante de l'alcool dans les poly-addictions, son lien étroit avec d'autres vulnérabilités et la survenue de troubles cognitifs, et son implication dans de nombreuses situations complexes.

[105] La mission a sollicité le pôle Data de l'Igas afin d'étudier les données relatives aux **trajectoires des patients hospitalisés en France pour un diagnostic lié à l'alcool en 2023**[48]. La particularité de cette étude statistique est d'observer, à travers le Système national des données de santé (SNDS), la **consommation de soins en ville et à l'hôpital** pour une **cohorte de 148 075 patients**. Les données des structures médico-sociales spécialisées, qui ne figurent pas dans le SNDS, ne sont pas prises en compte dans cette analyse.

[45] 246 000 hospitalisations avec un diagnostic principal lié à l'alcool (2023) : 54 % pour dépendance et sevrage / 14 % pour intoxication aigue / 27 % pour effets à long terme de l'alcoolisation / 4 % autres

[46] Consommation de 6 verres standards ou plus d'alcool en une occasion, chez l'adulte, et de 5 verres ou plus, chez l'adolescent – OFDT, glossaire

[47] Inserm, expertise collective (2021)

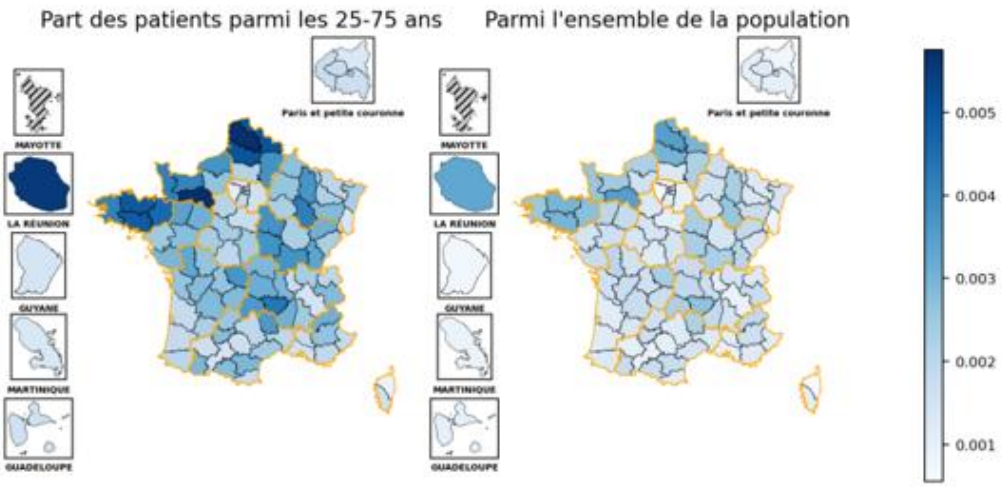
[48] Voir l'annexe méthodologie et l'annexe 5 pour les résultats. La cohorte est constituée de 148 075 patients hospitalisés en MCO ou PSY pour un diagnostic lié à l'alcool en 2023 (diagnostic principal DP ou relié DR). Les séjours qui n'auraient qu'un diagnostic associé significatif en lien avec l'alcool mais dont le DP ou le DR ne serait pas en lien avec l'alcool n'ont pas été retenus pour la sélection des patients. Pour l'ensemble de ces patients ont notamment été retracés l'ensemble des séjours en établissement de soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMR-A) pour 2023, ainsi que dans les structures MCO, PSY et SMR pour 2022 et 2024.

[106] Les résultats présentés en annexe 5 permettent de dégager différents constats qui viennent conforter et enrichir les éléments précédents, mais également questionner des disparités :

- Sans surprise au regard des données épidémiologiques, la **cohorte est majoritairement masculine (73 %)**, avec un âge médian de 50 ans. 29 % de cette population bénéficie de la C2S. **60 % des femmes et 55 % des hommes sont en Affection longue durée (ALD)**, avec une majorité d'affections psychiatriques, et jusqu'à 42 % chez les femmes, confirmant un **taux élevé de comorbidités, notamment psychiatriques.**

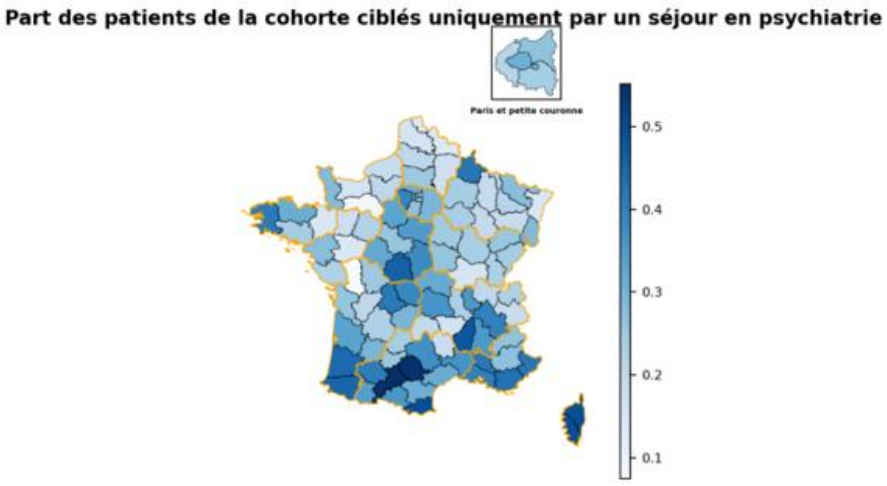
- Il existe de **fortes disparités territoriales**, aussi bien dans la prévalence des usagers pris en charge en hospitalisation (forte prévalence dans les départements du nord de la France, en Bretagne et à La Réunion, voir carte 1), que dans la prévalence en fonction de la filière de prise en charge et selon le sexe (voir carte 2 et 3). En particulier, il existe une plus forte proportion de patients séjournant uniquement en psychiatrie pour un diagnostic lié à l'alcool dans le sud de la France (ex. de la Haute-Garonne), et très marquée pour les femmes.

Carte 1 : Représentation départementale de la part des patients ciblés



Source : SNDS 2023, traitement pôle data
Note de lecture : En 2023 dans le département du Nord, plus de 0.4% de la population du département est ciblée par la requête.

Carte 2 : Répartition par département de la part des patients hospitalisés uniquement en psychiatrie en 2023

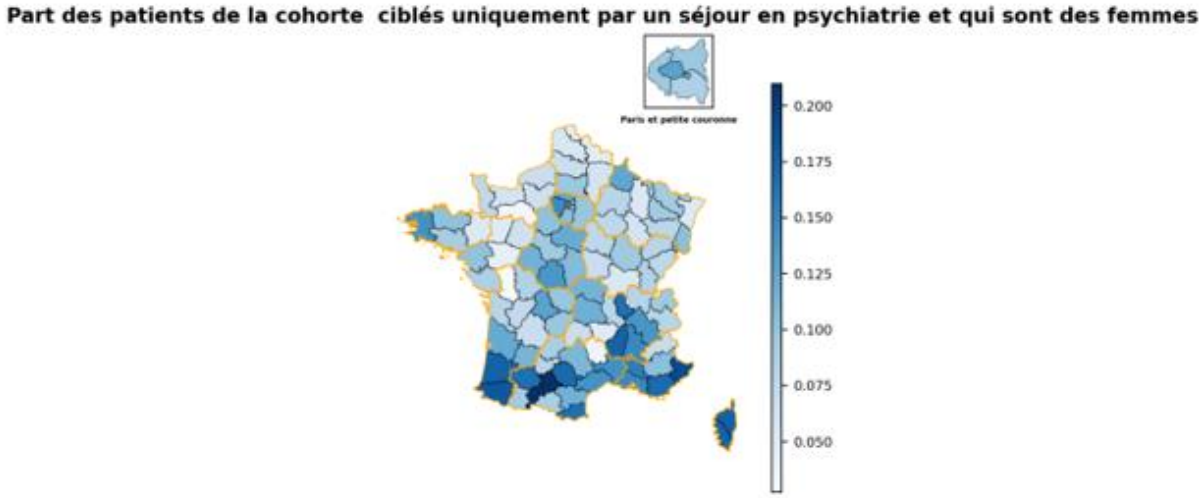


Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas
Note de lecture : En Haute-Garonne, plus de 50% des patients de la cohorte sont hospitalisés uniquement en psychiatrie

[107] **Les patients sélectionnés uniquement par la psychiatrie constituent 27,6 % de la cohorte et les 2/3 sont en ALD**. L'interprétation de la disparité géographique concernant la filière de prise en charge est complexe et nécessiterait une étude plus approfondie des parcours pour distinguer ce qui relève notamment de la plus forte prévalence des troubles de l'usage liés à l'alcool, de ce qui relève d'un meilleur repérage et entrée dans la filière de prise en charge, voire d'un nombre plus important de structures hospitalières de prise en charge.

[108] Les femmes (27 % de la cohorte) représentent 36 % des patients qui ont été ciblés par un séjour en psychiatrie.

Carte 3 : Répartition par département de la part des patientes hospitalisées uniquement en psychiatrie en 2023



- **Les patients de la cohorte sont pour la plupart également suivis en ville. 85 % d'entre eux ont consulté un médecin généraliste et 26 % un psychiatre de ville l'année de l'hospitalisation (2023)**. Ils sont davantage suivis par un médecin généraliste l'année de l'hospitalisation que l'année suivant

celle-ci (76 % en 2024). Plus de la moitié des patients prennent un traitement anxiolytique et plus d'un quart suivent un traitement lié à l'alcoolo-dépendance.

- Les **patients qui n'ont pas consulté de généraliste ou de psychiatre en ville l'année de l'hospitalisation (2023) représentent 15 % de la cohorte**, dont 78 % d'hommes, avec un âge des patients plus dispersé que pour la cohorte, moins d'ALD, davantage de C2S, une hospitalisation les trois années pour un quart d'entre eux (principalement en médecine-chirurgie-obstétrique - MCO) et une mortalité à plus de deux ans élevée (17,4 %).
- Après plus de deux ans, 12 % de la cohorte est décédée.
- L'analyse par profils (ou clustering) réalisée et détaillée en annexe 5 fait apparaitre **quatre grands profils de trajectoires selon la filière d'hospitalisation, la récurrence des séjours et parfois le genre, dont sont synthétisées les principales caractéristiques ci-après :**
    - **Profil 1 : Un quart de la cohorte a une trajectoire hospitalière plutôt courte**, avec une hospitalisation uniquement en 2023 pour plus d'un tiers des patients (versus 24 % pour la cohorte). Si le sex ratio est quasi-identique à la cohorte, le **taux d'ALD est légèrement inférieur et les patients sont plus jeunes**, en particulier les femmes (1/4 des femmes ont moins de 25 ans). La **grande majorité des patients ne fait qu'un seul séjour,** avec une **surreprésentation des séjours pour intoxication alcoolique aigüe**.
    - **Profil 2 : Il s'agit de patients principalement hospitalisés en MCO, pour des raisons aiguës (58 % versus 33 % cohorte), et plus éloignés de la prise en charge psychiatrique.** L'ALD liée à une maladie chronique du foie est légèrement sur-représentée et la mortalité après deux ans plus élevée (13,8 %).
    - **Profil 3 : Plus d'un tiers des patients sont plutôt des patients chroniques, plus âgés, avec davantage de séjours hospitaliers, souvent sur deux voire les trois années**. Si plus de la moitié de ces patients n'ont séjourné qu'en MCO en 2023, il existe des profils et trajectoires différents, et un fort taux d'ALD (voir description en annexe 5 point 3.2.3)
    - **Profil 4 : un cluster très à part, très féminin (35 %), plus jeune (47 ans d'âge moyen), essentiellement tourné vers la psychiatrie** (59 % versus 36 % pour la cohorte et davantage d'ALD psychiatriques). Il s'agit du groupe avec la plus forte part de moins de 25 ans (9,2 %), la plus faible mortalité à 2 ans (8,2 %) et moins de comorbidités hépatiques.
    - S'agissant du genre, à profil équivalent (cluster), les femmes font des séjours MCO moins longs que les hommes, moins de séjours en SMR-A et davantage d'hospitalisation de jour.

[109] Ces travaux soulignent la récurrence des hospitalisations pour la très majorité des patients de la cohorte, ainsi qu'un taux élevé de comorbidités notamment psychiatriques. Ils mettent également en lumière des spécificités de trajectoire et disparités territoriales qui nécessiteraient d'être davantage explorées et complétées, en particulier avec les prises en charge en structures médico-sociales spécialisées. Par ailleurs, la place de l'hôpital de jour gagnerait également à être davantage explorée[49], y compris avec un focus femmes.

3 Mieux mobiliser les leviers identifiés, pour surmonter les difficultés

3.1 Renforcer les atouts et bonnes pratiques déployées sur le terrain

[110] Le dispositif de prise en charge des addictions, tel que structuré, peut s'appuyer, pour faire face aux enjeux décrits plus haut, sur l'engagement des acteurs et leur capacité d'innovation, permettant jusqu'à un certain point au système de s'adapter aux contraintes.

[49] Seules les données HDJ MCO ont été exploitées dans cette étude, avec une sur-représentation de femmes (31 %)

3.1.1 S'appuyer sur des professionnels de terrain engagés, dotés d'une forte capacité d'adaptation et d'innovation

[111] Les entretiens et investigations de la mission ont permis de constater sur le terrain l'engagement et la capacité d'innovation des acteurs de la prise en charge des addictions, dans l'ensemble des secteurs. Face aux défis, les professionnels adaptent leurs pratiques, en mode réactif et agile, comptant largement sur leur fonctionnement en réseau. Leur professionnalisme, expertise et implication sont généralement reconnus par les acteurs territoriaux, y compris par les services de l'Etat, et représentent des atouts dans la conduite de leurs actions au quotidien – une dimension confirmée par l'enquête de l'Igas auprès des CAARUD et CSAPA (annexes 6 et 7). Le dynamisme de ces acteurs est illustré par leur capacité à initier et soutenir des expérimentations, pour suivre l'évolution des besoins.

[112] Les expérimentations à l'initiative des équipes, sont fréquentes et naissent parfois de la nécessité de surmonter une contrainte. Elles se font dans le cadre d'intervention des acteurs, avec l'appui de l'ARS et si nécessaire sur financement FLCA. Ainsi plusieurs applications ont été développées, comme celle portant spécifiquement sur le repérage et la prise en charge de l'addiction alcool (OZ lancée initialement en Ile-de-France et faisant dorénavant l'objet d'une expérimentation nationale article 51[50]). Le SMR-A La Chênaie d'Hénin Beaumont a intégré la limite de séjour à 26 jours dans son protocole de soins, en faisant de la coupure de 48h avant reprise d'un deuxième séjour une étape intégrante du parcours de soins, préparée en amont avec le patient (en accord avec l'ARS). Les acteurs de Bretagne ont mis en place après expérimentation des actions de prévention et de prise en charge des alcoolisations ponctuelles chez les jeunes, avec une campagne spécifique, et une orientation systématique avec suivi en hôpital de jour des jeunes reçus aux urgences en alcoolisation ponctuelle importante (API). La communauté territoriale d'addictologie (CTA) de La Réunion expérimente l'utilisation de la réalité augmentée, sur financement FLCA.

[113] Des expérimentations à vocation plus large, en vue de la généralisation d'un dispositif, ont également été déployées, et bénéficié de l'implication dynamique des acteurs, comme celle de l'article 51 relative aux microstructures médicales Equip'Addict, en voie de généralisation (voir infra), ou celle sur les Haltes soins addictions (HSA), qui a fait l'objet d'une extension de durée[51].

[114] La qualité et le dynamisme des professionnels apparaît bien comme un atout, qui atténue dans une certaine mesure les tensions pesant sur le dispositif, et qui peut appuyer de nouvelles évolutions, à condition toutefois de prendre également en compte la charge pesant sur ces équipes très engagées et sollicitées (dans l'enquête de l'Igas, certains CSAPA et CAARUD mentionnent un turnover important).

3.1.2 Améliorer l'accès aux soins tout en conservant des portes d'entrée diversifiées

[115] La cohérence du parcours de prise en charge des addictions repose sur l'existence d'une offre large, à la disposition de l'usager, de nature à s'adapter à ses besoins et à sa temporalité, et reposant sur un rôle actif du repérage.

3.1.2.1 Améliorer le repérage par le premier recours

[116] La montée en puissance du premier recours est l'une des principales pistes d'améliorations, comme identifié par la SIMCA 2023-2027, qui recommandait d'« *amplifier la sensibilisation et la*

[50] Expérimentation « Option Zéro -OZ – Redonner aux usagers la maitrise de leur consommation alcool) – voir annexe 1 (2.1)
[51] LFSS 2026

mobilisation des professionnels de santé de premier recours sur le repérage et la prise en charge des addictions »[52].

[117] La formation et l'outillage des professionnels sont des modalités à la fois efficaces et accessibles, qui peuvent être largement déployées auprès des professionnels du premier recours, médecins généralistes, et autres professions de santé (dentistes, sage-femmes, professions paramédicales, pharmaciens) au niveau territorial. De nombreux exemples et ressources actualisées existent et sont mis à disposition par les acteurs nationaux et régionaux du champ de l'addiction, à l'instar du site www.intervenir-addictions.fr – voir aussi annexe 1, tableau 3. Les thématiques importantes à aborder, les plus adaptées à la pratique des professionnels du premier recours sont : la démarche de repérage précoce et intervention brève (RPIB), l'entretien motivationnel, et la Réduction des Risques et des Dommages. Elles font l'objet de recommandations par la HAS.

[118] Ces actions sont d'autant plus efficaces qu'elles s'accompagnent d'une mise en réseau, s'appuyant sur les coordinations territoriales existantes ou à susciter (voir infra 3.1.4), et du recours possible à une ressource experte, qui sécurisent les professionnels et permettent de surmonter les réticences voire la stigmatisation. Afin de faciliter la diffusion de ce modèle de façon transversale au sein des territoires, indépendamment de la structure d'origine et du mode d'exercice des professionnels, un référentiel ou socle national commun pourrait être défini, en s'appuyant sur le cahier des charges de l'action de formation nationale (AFN) 2026 relative à la prise en charge des addictions et de leurs comorbidités, développée par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Compte-tenu du lancement quasi-simultané par le ministère d'une phase pilote de l'approche « *Making every contact count* » (MECC)[53] en milieu hospitalier, une attention devra être portée à la mise en cohérence et l'optimisation au niveau national des supports de formation déployés, afin de profiter de cette dynamique d'ensemble pour favoriser la diffusion d'une culture commune et transversale.

[119] Au sein des territoires, ces formations doivent permettre de compléter par un ancrage territorial (identification des ressources locales, interconnaissance, culture commune), et d'actualiser, la formation initiale reçue par les professionnels de santé, dont seule celle destinée aux étudiants infirmiers a été renouvelée récemment sur la thématique des addictions (voir annexe 3).

[120] Un point de vigilance est à souligner : améliorer le repérage des conduites addictives doit s'inscrire dans une dynamique territoriale de renforcement de l'aval, en favorisant notamment les coopérations formalisées pour éviter d'augmenter les délais d'attente, facteur de risque identifié du renoncement aux soins et des ruptures de parcours, avec un risque contre-productif de démobilisation des professionnels de premier recours.

Recommandation n°1 Assurer la montée en compétences des professionnels de santé du premier recours afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des conduites addictives, en s'appuyant sur deux leviers : la formation et l'engagement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

[52] P. 39

[53] Rapport IGAS – N°2023-084R « Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé »

[121] Pistes opérationnelles :

- élaborer une offre de formation, avec un socle national commun portant sur le RPIB, l'entretien motivationnel et l'intégration dans les pratiques de la Réduction des Risques et des Dommages. S'appuyer à cette fin sur les outils existants ou en cours d'élaboration au niveau national afin d'assurer une cohérence et une lisibilité du socle requis, à savoir le cahier des charges de l'action de formation nationale (AFN) relative à la prise en charge des addictions développée par l'ANFH en 2026 ainsi que les outils envisagés pour la phase pilote de l'approche *MECC*. Déployer par territoire, en favorisant une approche pluri-professionnelle (médecins, sages-femmes, IDE, pharmaciens, etc.) et pluri-institutionnelle et en mobilisant les coordinations locales et les CPTS ;
- s'agissant notamment des CPTS, envisager de fixer des objectifs liés au déploiement de ces actions de formation.

[122] Une innovation organisationnelle importante a été introduite par l'expérimentation article 51 de Microstructures médicales en addictologie – Equip'Addict (MSMA), permettant de sécuriser la pratique d'un médecin traitant, associé à une équipe d'addictologie pluridisciplinaire. Le rapport d'évaluation externe[54] de l'expérimentation a conclu à l'intérêt du dispositif, à sa faisabilité opérationnelle et à sa transférabilité, tout en soulignant la nécessité de consolider les modalités de déploiement territorial. Ces conclusions ont conduit à un avis favorable à l'entrée en phase transitoire de pré-généralisation.

[123] La généralisation de ce dispositif, en préparation, est une perspective favorable, très attendue par les professionnels, notamment pour la prise en charge des femmes (voir infra). Certaines conditions doivent être prises en compte s'agissant, de petites structures, afin d'en assurer l'attractivité (y compris pour le secteur médico-social spécialisé) : ancrage fort au niveau territorial et rémunération du temps de coordination, souplesse de moyens permettant de s'adapter aux profils des patients.

Recommandation n°2 Assurer l'entrée dans le droit commun de l'expérimentation Article 51 Equip'Addict, en veillant à la soutenabilité financière du dispositif pour les structures porteuses, y compris le secteur médico-social spécialisé, et à son attractivité.

3.1.2.2 Améliorer les conditions de prescription des traitements par agonistes opioïdes (TAO)

[124] **La recherche permanente de solutions pour la prescription de traitements de substitution aux opiacés**, a conduit à la recherche d'adaptations agiles sur les territoires. La prescription ne peut être assurée que par un médecin. Les IPA ou IDE jouent un rôle clé et actif d'accueil, relais et suivi, et délivrance des traitements mais ne peuvent se substituer au médecin pour la prescription[55].

[125] Pour y faire face, de nombreuses actions de mise en réseau sont développées à travers les territoires, dans des contextes locaux divers et inégaux, dont les deux principales modalités sont : la mobilisation de médecins généralistes (notamment pour assurer le suivi, après primo-prescription par un addictologue), outillés et animés par des coordinations territoriales avec recours à la téléexpertise auprès d'addictologues référents (une fonction dont la rémunération n'est pas clairement prévue) , et la téléconsultation à distance reposant sur des équipes paramédicales en place. Cette dernière modalité demande un système fluide pour la transmission d'ordonnances sécurisées, possible sur *Doctolib*, mais qui se heurte à un problème de logiciel sur le dossier médical partagé.

[126] Ces réponses, traduisent un recours à des organisations "de contournement", fragiles et dépendantes des contextes locaux, qui peinent à s'inscrire dans un cadre pérenne de droit commun et soulignent la nécessité d'une réflexion nationale quant aux leviers à activer tout en laissant une agilité

[54] Septembre 2023 - Hospices Civils de Lyon ; pilotage par la cellule nationale d'évaluation (DREES-CNAM)

[55] Contrairement à la prescription de traitements de substitution nicotinique

aux territoires pour tenir compte des organisations et spécificités locales[56]. Elles méritent d'être consolidées par un pilotage dédié, reposant sur une cartographie de l'offre de ville disponible (voir infra recommandation n°19 sur le diagnostic territorial).

Recommandation n°3 Cartographier l'offre en prescripteurs des traitements par agonistes opioïdes (TAO), en primo-prescription comme en renouvellement, afin d'identifier les territoires les moins dotés, pour y renforcer cette offre.

[127] Pistes opérationnelles :

- au plan territorial (ARS) :
  - cartographier l'offre de médecins prescripteurs de TAO[57] et son évolution, au regard des besoins ; fixer des objectifs de couverture territoriale ;
  - sur les territoires les moins dotés : identifier les partenariats permettant de renforcer l'offre en prescripteurs, et y compris via la téléconsultation ; sensibiliser et encourager les médecins du 1er recours à assurer le renouvellement des prescriptions, en prévoyant si nécessaire un accompagnement afin de sécuriser leurs pratiques (téléexpertise notamment).
- au plan national (DGOS/DGS) :
  - préciser les conditions de mises en œuvre, par les ARS, dans les zones déficitaires :
    - de l'accompagnement des professionnels (téléconsultation, téléexpertise, etc.), y compris modalités financières ;
    - (après expertise) de l'allongement dérogatoire des délais de prescription, dans les zones déficitaires ;
  - engager une réflexion sur la place de la buprénorphine à libération prolongée, en particulier pour les populations les plus précaires ou avec troubles cognitifs.

3.1.2.3 Réduire le délai d'attente entre la demande et la prise en charge spécialisée

[128] **L'adaptation de l'accueil** est la première réponse déployée pour faire face à la saturation de la file active, à l'hôpital comme en CSAPA et CAARUD, suivant des modalités diverses : accès plus rapide dans certains cas, fondé sur une analyse du risque et de l'urgence (femmes enceintes, personnes en rupture de traitement de substitution, comorbidités), pour lequel sont mis en place des protocoles; accueil sans rendez-vous sur certaines plages horaires (une demi-journée par semaine en général) ; « *surbooking* » maîtrisé. Les équipes innovent aussi pour prévenir l'absentéisme avec des SMS de rappels, une méthode jugée efficace mais moins adaptée aux populations précaires dont l'accès au téléphone n'est pas toujours garanti, ou des applications de suivi (ex. application « DIDE » du CHU de Toulouse). Pour mieux faire face aux comportements plus difficiles à gérer liés aux nouvelles addictions à la cocaïne, certains réduisent les plages d'ouverture au public afin de renforcer les équipes, tout en compensant par des actions d'aller-vers pendant les plages de fermeture. D'une manière générale, la fonction de premier accueil (téléphonique ou physique) occupe une place cruciale, et repose sur des professionnels expérimentés et formés, bien intégrés au fonctionnement d'équipe.

[129] **Le développement de formules d'aller-vers et de consultations avancées** est une autre modalité d'intervention largement déployée, par les ESMS notamment, qui permet de toucher et repérer les publics moins mobiles (jeunes, notamment mineurs, populations précaires, populations rurales) ou spécifiques (milieux festifs, en particulier pour la RdRD). De très nombreux exemples existent, avec des unités mobiles (avec véhicule dédié équipé) ou consultations avancées en maisons des adolescents (MDA), missions locales, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, ou autres. La condition est la

[56] Cet enjeu est en lien étroit avec la question du repérage du mésusage des opioïdes et du renforcement de l'accès à la naloxone, non explorée dans le présent rapport

[57] Données CNAM disponibles

disponibilité des équipes pluridisciplinaires et des équipements permettant de prendre en charge les soins (dans certains cas, les équipes prennent en charge des soins généralistes).

[130] Ces actions sont généralement soutenues par les ARS, lorsque l'arbitrage coût/avantage est bien identifié. En effet, les acteurs de terrain sont conscients du risque de « *temps perdu* », notamment pour les consultations avancées, et identifient les conditions nécessaires à l'efficacité de ces dispositifs : existence préalable d'une demande, portage par un partenaire (chef d'établissement scolaire par exemple) permettant la formation d'équipes au repérage et premier contact, continuum entre actions de prévention collective et prises en charges individuelles. Ainsi, les ressources peuvent être mises au service d'un projet au long cours plutôt que des interventions ponctuelles. S'agissant des jeunes, et en particulier des mineurs, l'aller-vers permet de surmonter l'un des obstacles à la venue en CJC, au-delà de la faible mobilité de ces publics : le déni de la situation d'addiction qu'il s'agisse de la consommation de cannabis, de protoxyde d'azote, ou d'alcoolisation ponctuelle même importante.

[131] Ces actions sont des modalités intéressantes, permettant un accès de proximité adapté aux difficultés des territoires. Une évaluation plus systématique de leur impact, et des conditions nécessaires à leur mise en œuvre dans un contexte contraint, permettrait d'ajuster leur déploiement et les financements alloués.

Recommandation n°4 Systématiser l'évaluation des actions d'aller-vers (consultations avancées, équipes mobiles, visites à domicile, télémédecine, etc.) et prioriser celles à destination des jeunes, des publics précaires et des publics en situation d'isolement social ou géographique, dans un objectif de renforcement du déploiement de ces actions.

3.1.2.4 Remobiliser le dispositif en faveur des femmes, au-delà de la seule période périnatale

[132] Le principal enjeu est celui-du repérage et de la prise en charge des besoins des femmes, qui sont importants et en augmentation, indépendamment de la grossesse. Cela suppose une orientation déterminée des actions de prise en charge (et de prévention) en faveur des femmes. Les dispositifs doivent s'adapter, en s'appuyant davantage sur le premier recours et sur les modalités identifiées comme bonnes pratiques. Les observations de terrain, confortées par l'enquête flash réalisée par la mission, mettent en évidence l'intérêt de dispositifs plus souples et mieux acceptés, tels que les microstructures médicales en addictologie ou des organisations spécifiques, dont le développement apparaît attendu par les professionnels pour améliorer l'accès des femmes aux soins et aux parcours de prise en charge (voir annexe 1).

[133] D'une manière générale, il importe de mettre au jour cette problématique encore invisibilisée en éclairant spécifiquement les besoins des femmes, les ajustements nécessaires de l'offre disponible et les éventuels moyens nouveaux à consacrer, afin de fixer des cibles pertinentes d'augmentation de la part des femmes dans les dispositifs, en s'aidant également du parangonnage international[58].

[58] Voir aussi annexe 8

Des sources internationales convergentes pour une approche genrée de la prise en charge des addictions

Un **socle normatif** international convergent reconnait comme bonnes pratiques :
- La reconnaissance des femmes comme population prioritaire spécifique, pas uniquement pendant la grossesse
- La réduction de la stigmatisation institutionnelle
- Une prise en charge à la fois spécifique et globale (soins, droits, insertion)
- La prise en compte des traumatismes ; l'intégration avec la psychiatrie

Les organisations suivantes proposent des **référentiels actualisés** :
- ONUDC[59] : Lignes directrices pour la prévention et la prise en charge de l'addiction aux drogues pour les filles et les femmes (2016)
- EUDA[60] : Femmes et drogues : réponses sanitaires et sociales (2023) ; FAQ sur genre et drogues en Europe (2026)
- OCDE[61] : Rapport « *Health at a Glance* » -Genre et drogues illicites (2025)
- OMS[62] Europe : Approche genrée femmes et tabac en Europe (2021)

[134] Cette priorité devrait être mise en valeur dans le cadrage global de la lutte contre les addictions (SIMCA), qui pour le moment priorise uniquement les femmes enceintes, permettant de cibler ce public dans l'ensemble du dispositif, y compris actions de prévention. Cette priorité peut être d'ores et déjà ajoutée aux « publics prioritaires » du FLCA.

Recommandation n°5 Définir une priorité spécifique en faveur des femmes, au-delà de la seule période périnatale, dans la thématique « publics prioritaires » du Fonds de Lutte Contre les Addictions.

[135] Pistes opérationnelles :

- ajouter une priorité « femmes » dans la thématique « Publics prioritaires » du FLCA ;
- conduire une évaluation relative à la prise en charge des femmes en addictologie sur l'ensemble du dispositif, afin de proposer des pistes d'amélioration, de la systématisation du repérage des conduites addictives à la prise en charge, quel que soit le moment de vie, y compris pendant la période périnatale.

3.1.2.5 Soutenir la pair-aidance et les patients-experts

[136] **Le recours à la pair-aidance, aux patients experts,** est devenu une pratique fréquente aussi bien dans les services hospitaliers qu'au sein des structures médico-sociales spécialisées, permettant aux dispositifs de disposer d'un levier d'intervention supplémentaire, particulièrement bien adapté aux publics, dès lors que leurs conditions d'interventions sont bien définies. Ces interventions occupent une place spécifique, en relais des professionnels, auxquels ils ne peuvent en aucun cas se substituer. Elles s'avèrent particulièrement appropriées, de l'avis des professionnels rencontrés, pour l'accompagnement des usagers dans les phases « intermédiaires » : attente de prise en charge, phases de rétablissement. Ces dispositifs se heurtent pour le moment à certains freins institutionnels (absence de statut défini, de grille et modalités de rémunération, validité des formations[63]). Au-delà, les groupes

[59] Office des Nations unies contre la drogue et le crime
[60] European Union Drugs Agency
[61] Organisation de coopération et de développement économique
[62] Organisation mondiale de la Santé
[63] La certification développée par l'association France Patients Experts a obtenu en avril 2026 la certification Qualiopi

d'entraide, eux aussi fondés sur la mobilisation de savoirs expérientiels, apportent un complément utile au dispositif public de prise en charge, avec lequel ils fonctionnent en coordination étroite.

Recommandation n°6 S'appuyer sur les recommandations attendues de la HAS pour conforter la place de la pair-aidance dans les parcours de prise en charge en addictologie et en assurer le suivi, en précisant notamment les modalités statutaires possibles et les rémunérations, et en associant des indicateurs à cette activité

[137] Pistes opérationnelles :

- préciser, le cas échéant, les modalités statutaires possibles, et de rémunération des pair-aidants, afin de lever les freins institutionnels identifiés ;
- intégrer des indicateurs dans les rapports d'activité des dispositifs permettant de suivre la place de la pair-aidance dans les prises en charge (par ex. nombre, formation, statut, missions).

3.1.3 Renforcer la culture addictologique à l'hôpital

3.1.3.1 Une filière globalement adaptée aux besoins

[138] Réformée en 2008[64], la filière hospitalière est désormais en place. Sa structuration en trois niveaux répond aux besoins, avec une contribution importante des centres hospitalo-universitaires du niveau 3 à la formation et à la recherche. Elle se compose, outre les lits d'hospitalisation, de dispositifs dédiés : hôpital de jour en addictologie -HDJA, équipes de liaison et de soins en addictologie- ELSA, et soins médicaux et de réadaptation en addictologie -SMRA. L'enquête conduite par la DGOS en 2022 a établi la présence de cette offre dans la plupart des établissements hospitaliers répondants[65] – avec toutefois une part non négligeable d'établissements ne déclarant aucun dispositif en addictologie[66]. Des ajustements apparaissent donc nécessaires, et la couverture complète du territoire doit être assurée – voir annexe 2.

[139] L'hôpital de jour en addictologie permet des prises en charges complexes (sevrage long, comorbidités), tout en préservant l'insertion des patients (femmes ayant charge de famille notamment). Ce dispositif est considéré comme adapté aux besoins, dès lors que l'accompagnement prévu par les textes est en place (équipes et prises en charge pluridisciplinaires).

[140] Les Centres hospitaliers universitaires, établissements de niveau 3, ont un rôle important de formation et contribution à la recherche, dont la mission a pu prendre la mesure à travers ses échanges et son travail documentaire. Les spécialistes de l'addictologie sont issus de spécialités diverses (psychiatrie, médecine générale, gastro entérologie, pneumologie), et contribuent activement à la formation universitaire, initiale et continue, des professionnels de santé, et à la recherche (y compris tournée vers l'international), de même qu'aux travaux des sociétés savantes[67]. En matière de recherche, l'Institut pour la recherche en santé publique (IRESP), financée par le FLCA, joue également un rôle d'animation, via ses appels à projets consacrés à l'addictologie. Ces ressources françaises sont actives et engagées, se connaissent et suivent de près leurs expériences et travaux respectifs, et appellent de leurs vœux une mobilisation plus dynamique autour de cette priorité qu'ils estiment fragilisée par le statut mal reconnu de l'addictologie. Il s'agit d'un atout fort à l'appui des politiques nationales de lutte contre les addictions.

[64] Circulaire DHOS/02/2008/299 du 26 septembre2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie
[65] 504 répondants (taux de réponse de 62 % des 826 établissements consultés)
[66] 5 % en MCO et 14,5 % en psychiatrie
[67] Société française de tabacologie, Société française d'alcoologie et addictologie

3.1.3.2 Conforter la place des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

[141] La diffusion à l'hôpital de la culture addictologique, prévue par la circulaire DGOS de 2008, repose sur les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), un dispositif qui a fait ses preuves mais dont la place et les modalités d'intervention doivent être confortées.

[142] Au-delà des bonnes pratiques développées, identifiées notamment par l'association française des ELSA[68], et au vu des constats de la mission, il convient de soutenir ce dispositif en s'assurant qu'il bénéficie des moyens suffisants pour conduire l'ensemble de ses missions, qu'il s'agisse d'appui aux équipes, de pleine participation aux dispositifs de coordination territoriaux, et de formation. En particulier, on pourra veiller à ce que ces dispositifs puissent se déployer sur l'ensemble du territoire tel que prévu par les textes et d'identifier les établissements non couverts, publics comme privés (soit environ un tiers). Par ailleurs, il convient d'aider les ELSA à reprioriser la formation interne, en rééquilibrant cette fonction par rapport aux interventions « au lit du patient » demandées par les services, en renforçant les effectifs autant que nécessaire.

[143] Pour cela, il importe d'améliorer la visibilité dont disposent les ARS pour le pilotage des financements accordés aux ELSA, aujourd'hui assurés via le Fonds d'intervention régional (FIR) – voir supra paragraphe 66 – et de réévaluer leurs moyens. Ceci pourrait s'appuyer sur une évaluation de leur activité et de leur contribution, y compris financière, au fonctionnement de l'hôpital. Par ailleurs, la programmation des crédits accordés aux consultations hospitalières d'addictologie (CHA)[69] est caractérisée jusqu'à présent par une tendance à la reconduction systématique. Une mise à plat des missions respectives et du financement des ELSA et CHA serait opportune, permettant une allocation des moyens sur une base objectivée, tenant compte des spécificités territoriales. Ces financements devront, en tout état de cause, rester intégralement affectés à ces dispositifs de prise en charge des addictions. La mission appelle à veiller à protéger les ressources financières de cette activité hospitalière transversale, structurellement exposée à servir de « variable d'ajustement ».

Recommandation n°7 Renforcer l'intégration de l'addictologie de manière transversale à l'hôpital – en particulier auprès des professionnels des services d'urgence, de maternité et de cancérologie - en s'appuyant sur les ELSA, notamment en garantissant les ressources nécessaires à leurs missions et en déployant la formation avec un socle national harmonisé.

[144] Pistes opérationnelles :

- identifier les établissements, publics comme privés, disposant d'une structure des urgences et non couverts par l'intervention d'une ELSA (soit de l'établissement, soit par convention avec un autre établissement) et organiser avec les acteurs le déploiement du dispositif (ARS) ;
- conforter au niveau national la place des ELSA, en saisissant l'opportunité de l'actualisation des textes pour reprioriser leur rôle de sensibilisation et formation ;
- garantir les moyens financiers nécessaires à l'exercice de leurs missions, par une meilleure allocation des enveloppes consacrées aux ELSA et CHA, sur une base objectivée ;
- adapter les ressources humaines des ELSA pour faciliter leur accès à certains services (sages-femmes par exemple) ;
- s'agissant de la formation, harmoniser le socle national en s'appuyant aussi bien sur l'action de formation nationale déployée en 2026 et sur les outils mise en place dans le cadre de la phase pilote de l'approche « *Making every contact count* » (MECC).

[68] Co-organise les journées nationales des ELSA : le thème de la 5ème journée en 2025 était le repérage des femmes

[69] Financées par Mission d'intérêt général (MIG) voir annexe 2 – point 2.5.1

3.1.3.3 Penser et planifier la sortie en amont du sevrage, en s'appuyant sur les SMR-A

[145] Les Soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMR-A), ont été créés par la circulaire DHOS de 2008 et actualisés par l'instruction[70] DGOS de 2022, qui pose le principe d'un accueil pensé en amont et en aval. D'après l'enquête conduite par la DGOS en 2022, cette offre repose principalement sur une modalité d'hôpital de jour (HDJ). Pour autant, l'obligation d'un HDJ en SMR-A paraît complexe à mettre en œuvre dans certains territoires. La flexibilité sur ce point pourrait favoriser l'optimisation des solutions en fonction des ressources existantes permettant, comme c'est déjà le cas sur certains territoires, à un SMR-A de conventionner pour l'HDJ avec un établissement voisin. Des indications plus précises sont souhaitées par les ARS.

[146] L'approche planifiée des parcours, en lien étroit avec le patient, doit être soutenue et généralisée, afin de mieux en assurer la qualité et l'efficacité. Les données montrent en effet le caractère chronique des addictions (voir annexe 1), en particulier l'addiction à l'alcool (voir l'analyse de données sur les trajectoires en annexe 5), et la complexité croissante des situations. Il est donc crucial de penser en amont la continuité du parcours, et d'organiser la sortie d'hospitalisation après le sevrage, en prévoyant l'accompagnement. La logique serait de ne commencer un sevrage qu'une fois prévue et organisée la phase de post-sevrage, si nécessaire en SMR-A.

[147] Pour cela, le levier est l'implication active des SMR-A dans la coordination interne, autour du projet thérapeutique du patient, ainsi qu'en externe, en s'insérant au sein des coordinations territoriales existantes, sans les dupliquer. Ces fonctions de coordination sont bien prévues par l'instruction de 2022. Il convient de prévoir les moyens nécessaires à leur bonne mise en œuvre

[148] Par ailleurs, la durée de séjour de 26 jours définie par la tarification pour les séjours en SMR-A apparaît insuffisante pour la prise en charge des situations les plus complexes, surtout en cas de pathologie duelle, qui nécessitent une phase plus longue de préparation à la sortie. Ce sujet pourrait figurer à l'agenda des travaux destinée à l'actualisation des pratiques de prise en charge (voir infra – recommandation n°11).

Recommandation n°8 Lorsqu'un sevrage est envisagé, anticiper et intégrer pleinement la phase de post-sevrage, et son accompagnement adapté à chaque usager et en lien avec lui, dans une logique de parcours.

[149] Pistes opérationnelles :

- dans la circulaire rénovée sur les parcours de prise en charge (voir infra), intégrer, en cas de sevrage, la phase de post-sevrage et son accompagnement ;
- assurer une solution de suite à l'hôpital au plus près du besoin, dès le début de l'hospitalisation pour sevrage ;
- prévoir des modalités adaptées aux besoins : accès en SMR-A en hospitalisation complète, ou en hôpital de jour lorsque cette modalité paraît adaptée, prise en charge suffisamment longue pour les situations complexes, en assurant une organisation flexible au plan territorial pour préparer le retour dans le lieu de vie.

[70] Instruction DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en oeuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation

3.1.3.4 Etendre la prise en charge systématique des addictions à l'alcool et au tabac au sein des établissements de santé

[150] Le système de soins, et particulièrement l'hôpital, est un environnement privilégié pour étendre le repérage et la prise en charge systématique des addictions liées à l'alcool et au tabac – pouvant s'appuyer sur la diffusion de la culture transversale de l'addictologie.

[151] S'agissant de l'alcool, il conviendrait également de prévoir des modalités de repérage et de prise en charge systématiques, quelle que soit la cause, lors d'un passage aux urgences, ou de toute hospitalisation, y compris dans les SMR relatifs à d'autres parcours que l'addictologie.

[152] La formation nécessaire devra être prévue dans le cadre du socle national harmonisé (voir recommandation 7).

Recommandation n°9 Prévoir le repérage et la prise en charge systématique de l'addiction alcool dans les établissements de santé, en prévoyant la formation nécessaire.

[153] Comme évoqué au point 2.4 ci-dessus, la prise en charge de l'addiction au tabac n'est pas systématique, y compris en cas d'hospitalisation, alors même que les dispositifs existent (consultation de tabacologue et prescription de substituts nicotiniques). La généralisation de l'approche « Lieux de santé sans tabac » (LSST) permettrait de poser le principe de l'arrêt du tabac pour toute prise en charge hospitalière – au moyen d'un accompagnement adéquat (restant fondé sur la motivation du patient), en assurant la formation des ressources humaines nécessaires. S'agissant des CSAPA et CAARUD, la même approche doit être plus explicitement encouragée.

Recommandation n°10 Assurer la pérennisation et généralisation de la démarche « Lieux de santé sans tabac » (LSST), qui implique la prise en charge systématique de l'addiction tabac dans les établissements de santé.

[154] Pistes opérationnelles :

- prévoir l'extension des zones sans tabac aux établissements de santé par la voie législative pour la fin 2028 ;
- préparer cette échéance, en s'appuyant sur les outils et conditions de réussite mis en évidence par le récent rapport d'évaluation de la démarche LSST[71] financée par le FLCA ;
- mettre en place une phase de transition, en prévoyant les moyens financiers et en ressources humaines nécessaires.

[155] Enfin, le renforcement de la culture addictologique à l'hôpital pourra s'appuyer sur deux démarches engagées. D'une part, la priorité accordée à la mise en place de l'approche « *Making every contact count* (MECC) »[72], avec une phase pilote prochaine. D'autre part, des travaux sont engagés par la HAS visant l'intégration à partir de 2027 de critères liés à la prévention, repérage et accompagnement des addictions dans le référentiel de certification des établissements de santé.

[71] Evaluation de la démarche LSST- Rapport Final – Accord-cadre relatif à la réalisation des prestations d'évaluations portant sur des thématiques cibles du Fonds de lutte contre les addictions (janvier 2026)

[72] Rapport IGAS – N°2023-084R « Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé »

3.1.4 Conforter les coordinations territoriales

[156] Face aux difficultés que rencontre le dispositif de prise en charge, l'une des principales modalités mobilisées est la coordination entre les trois secteurs (ville, médico-social, hôpital). Menée sous l'égide des ARS mais dépendant de l'implication des acteurs, en fonction de la dynamique territoriale voire infra-territoriale, c'est une condition majeure d'efficacité dans le fonctionnement d'une offre variable et inégale.

[157] Ces coordinations recouvrent trois dimensions différentes, et interconnectées : la coordination de parcours individuels entre plusieurs acteurs ; la coordination de projets conjoints ; la coordination entre plusieurs dispositifs pour favoriser les process et l'interconnaissance.

[158] Comme détaillé dans l'annexe 1 (point 2.3), des dispositifs très différents existent et de nombreuses bonnes pratiques sont recensées. Les coordinations les plus efficaces sont souvent historiques, comme dans les Hauts-de-France où la « tradition de coopération » est mise en avant par tous, ou en Occitanie, assurée par une association/réseau dédiée (2PAO). Certaines parviennent à assurer des solutions concrètes pour tous les cas qui leur sont signalés, même les plus complexes (personnes très précaires sans hébergement, présentant des pathologies duelles) comme la cellule de coordination DAC'tiv à Rennes. S'ajoutent des structures d'exercice collectif comme les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé.

[159] Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) figurent parmi les coordinations souvent mobilisées. Les CPTS s'impliquent essentiellement dans le champ des addictions via leurs actions liées aux parcours de santé mentale, et de façon encore inégale sur le territoire. Lorsqu'elles s'impliquent, elles représentent un dispositif particulièrement efficace de mobilisation des acteurs de la ville, en particulier médecins généralistes et pharmaciens. La Fédération des CPTS, après avoir conduit une enquête flash sur le sujet, a identifié un besoin exprimé par ses adhérents sur la thématique addictions, et a indiqué à la mission prévoir la mise en place d'un groupe de travail dédié.

[160] Malgré la diversité des structures, des modalités communes se distinguent comme gages d'efficacité : une mobilisation autour de quelques acteurs engagés, souvent démarrée avec un temps consacré à l'interconnaissance ; un outillage travaillé ou adapté en commun, servant de support à la formation des professionnels ; une mise en réseau opérationnelle en appui au suivi des parcours, avec la mobilisation possible de référents (par exemple sur les addictions nouvelles ou demandant une expertise spécifique - chemsex, addiction aux écrans ou aux jeux), reposant sur des modalités souples (annuaires, numéro dédié, groupes *Whatsapp*) ; la concertation autour de projets communs (comme le Mois sans tabac), notamment en réponse aux appels à projets de l'ARS sur financements du FLCA.

[161] Enfin, une difficulté constatée est celle de la lisibilité de ce paysage parfois foisonnant, parfois incomplet, en raison de la diversité de réseaux de périmètres variables présents sur un même territoire. Les ARS ont un rôle important à jouer pour cartographier et accompagner les coordinations, et identifier les manques. Les ARS peuvent également jouer un rôle clé pour appuyer la création de coordinations manquantes – voir l'exemple de la Communauté territoriale d'addictologie (CTA) de La Réunion.

La Communauté territoriale d'addictologie de La Réunion

Ce partenariat a été créé en 2025 sous l'impulsion de l'ARS et du CHU de la Réunion, après préfiguration. Tous les services hospitaliers y participent, y compris la psychiatrie, aux côtés de l'ensemble des acteurs des addictions, réunis en 5 collèges (établissements de santé d'addictologie et/ou psychiatrie, ESMS, professionnels de santé libéraux, acteurs de la prévention usagers et pairs aidants, autres partenaires). Les partenaires institutionnels sont associés : ARS, préfecture, rectorat et assurance maladie.
Les missions du partenariat sont l'interconnaissance, la communication vers le grand public, la formation initiale et continue des professionnels, le partage de pratiques, via l'élaboration de fiches (cyclone, sevrage ambulatoire), ainsi que le renforcement de l'accès aux soins en addictologie et la modélisation de parcours coordonnés de prise en charge.
La CTA fonctionnera sur une durée initiale de 3 ans, renouvelable, bénéficiant d'un 0,5 ETP financé par l'ARS.

[162] La coordination territoriale fait l'objet de la recommandation n°20.

3.2 Sécuriser les pratiques de prise en charge des situations complexes par une démarche collégiale confiée aux sociétés savantes

[163] La mission a relevé un certain nombre de constats convergents parmi les interlocuteurs rencontrés, pointant en particulier des difficultés de prise en charge liées à l'augmentation du nombre de situations complexes avec comorbidités, notamment psychiatriques, ou s'agissant des troubles cognitifs, mais également des pratiques hétérogènes dans l'anticipation de l'accompagnement en post-sevrage quand un sevrage est envisagé. Ces constats soulignent notamment le besoin d'améliorer les parcours entre addictologie et psychiatrie (pour tenir compte du poids des pathologies duelles - voir supra paragraphe 2.3), mais également l'importance et la difficulté à structurer le parcours à partir du post-sevrage pourtant essentiel pour prévenir les rechutes, ou encore sur l'évolution vers des approches « toutes addictions » plutôt que « par produit ».

[164] Les professionnels rencontrés manifestent leur intérêt à un travail visant à mettre en commun et expertiser leurs pratiques, en rassemblant toutes les parties prenantes. La méthodologie pourrait s'appuyer sur la procédure de labellisation HAS, portée par une ou plusieurs sociétés savantes du champ de l'addictologie. Un tel projet pourrait être financé via le FLCA. Alternativement, la HAS pourrait être saisie pour élaborer des recommandations sur ces sujets.

Recommandation n°11 Solliciter les sociétés savantes du champ de l'addictologie pour élaborer des recommandations relatives aux situations complexes, en particulier pathologies duelles, troubles cognitifs, post-sevrage et accompagnement en prévention des rechutes. Ces travaux, qui pourraient donner lieu à une labellisation HAS, associeront l'ensemble des parties prenantes, y compris les usagers.

3.3 Améliorer le pilotage, la lisibilité, l'accessibilité et l'adéquation de la prise en charge en s'appuyant sur une nouvelle circulaire « parcours »

3.3.1 Au plan national, améliorer le pilotage pour consolider le dispositif

3.3.1.1 Renforcer le pilotage ministériel de la politique de prise en charge des addictions

[165] L'actualisation des circulaires offre une opportunité de travail conjoint entre la DGS et la DGOS pour assurer une approche cohérente, démarche fondatrice d'un pilotage plus ambitieux de l'ensemble du dispositif. S'il existe à la DGS un bureau dédié à la prévention des addictions, les effectifs de la DGOS sur la thématique se limitent à une fraction d'ETP.

[166] Au regard de la priorité de santé publique que représentent la prévention et la prise en charge des addictions, la mission préconise à des fins de pilotage efficient du dispositif, l'identification d'une équipe projet inter-directions reposant sur la DGOS et la DGS.

[167] L'équipe projet s'appuiera sur un chef de projet, placé sous l'autorité des deux directeurs, et co-désigné par eux. Elle sera garante de l'avancée du travail collectif, sur la base d'un plan d'actions addictions qu'il lui reviendra de définir[73], en s'appuyant sur la révision de la circulaire (voir infra) ainsi que sur les recommandations du présent rapport. La chefferie de projet rassemblera les sous-directions concernées, qui devront chacune identifier un référent addictions, en mesure de contribuer activement aux travaux, et associant la DSS[74] . Ce plan d'actions s'inscrira en complémentarité des plans ou feuilles de route existants (ex PNLT, feuille de route opioïdes, etc.).

[168] Ce renforcement du pilotage ministériel devrait également permettre une plus grande intégration du volet santé au sein de la SIMCA et de son pilotage interministériel (intérieur, éducation, justice, etc.). L'équipe projet assurera également la préparation des réunions du comité de pilotage du FLCA, et s'interrogera sur l'opportunité de réunir à nouveau la Commission nationale d'addictologie[75]. Elle assurera également une animation conjointe du réseau des référents en addictologie des ARS.

Recommandation n°12 Mettre en place un pilotage ministériel conjoint du parcours de prise en charge en addictologie incluant prévention et réduction des risques et des dommages, via une équipe projet dédiée DGS-DGOS.

3.3.1.2 Rénover le dispositif via une circulaire unique portant sur les parcours de prise en charge des addictions

[169] Les textes définissant le dispositif de prise en charge des addictions[76] sont en cours d'actualisation par la DGOS et la DGS. Si ces textes ne demandent pas une refonte d'envergure, la mission propose une mise en cohérence au sein d'une circulaire unique portant sur les parcours de prise en charge des addictions, incluant pleinement le premier recours et la ville, et permettant à la

[73] Tableau des actions à conduire, calendrier, responsable du suivi de l'action

[74] Constituée a minima d'un représentant des sous-directions (SD) suivantes, pour la DGOS : SD accès aux soins et du premiers recours - SD prise en charge hospitalière et parcours ville hôpital – SD financement et performance du système de santé – SD RH du système de santé – DGS : SD santé des populations et prévention des maladies chroniques et SD politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins

[75] Prévue par la circulaire DHOS de 2007, comprenant l'ensemble des acteurs de l'addictologie, y compris les usagers – en veillant à une composition inclusive, et sur la base d'un cahier des charges se référant à la SIMCA

[76] Circulaire DGS/DSS/DGAS du 2 janvier 2006 sur la politique de réduction des risques et les missions des CAARUD ; circulaire DGS / DHOS du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie ; Circulaire DGS du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie
Circulaire DHOS du 26 septembre 2008 sur la filière hospitalière en addictologie

fois une amélioration du dispositif, de sa visibilité et de son pilotage (voir supra). Comme noté plus haut, la mission a proposé en particulier plusieurs évolutions s'agissant du suivi et de l'évaluation dans un objectif d'ajustement de l'adéquation de l'offre de soins aux besoins (point VI de la circulaire DHOS de 2007).

[170] Dans le cadre de cette circulaire unique rénovée, la notion de parcours pourrait être plus explicitement mise en exergue, définie non comme modèle-type, mais comme principe fondateur de l'offre de prise en charge et de son organisation, avec une exigence de flexibilité, continuité et adaptabilité aux besoins et à la temporalité du patient. Cette circulaire devra inclure et soutenir la bonne conduite du repérage et préciser le rôle de la ville, y compris pour le suivi. La place des microstructures médicales en addictologie devra être définie.

[171] Concernant l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie dans son ensemble, une attention particulière devra être portée au rôle clé de la coordination, tenant compte des pratiques des acteurs. Pourront être distinguées la coordination des parcours individuels, la coordination autour d'un projet, et la coordination de réseaux partenariaux. Ceci implique « la coordination des coordinations », soit la mise en cohérence des textes concernant l'ensemble de la filière, y compris l'instruction DGOS/R4/2022/2010 sur les SMR, qui prévoit pour ces derniers un rôle de coordination. De même, la circulaire précisera le rôle de participation des ESMS à la coordination de parcours individuels, et aux instances de coordination territoriale, pour que puisse être mesuré le temps consacré à ces fonctions dans les rapports d'activité.

[172] S'agissant des CSAPA, leur rôle de prévention collective doit être recentré sur les actions présentant une valeur ajoutée claire, comme par exemple celles relevant d'un partenariat au long cours permettant d'assurer repérage et prise en charge d'une population éloignée des dispositifs, en identifiant les conditions et modalités de ces interventions. Ces actions, mieux ciblées, doivent pouvoir bénéficier des financements nécessaires via le FIR ou le FLCA.

[173] Quant aux CJC, l'évaluation prévue par la DGS doit permettre de mieux identifier leurs objectifs et modalités d'intervention, notamment de proximité (en lien avec le point précédent), vis-à-vis de leur public cible, comme de l'entourage. Sur cette base, les ressources nécessaires pourront être définies.

[174] S'agissant des CAARUD, le contenu de la circulaire de 2006 reste globalement d'actualité s'agissant des principes, missions et activités. Le texte pourrait être toiletté, en faisant valoir leur participation à la coordination (cf supra) et leur articulation et complémentarité en particulier avec les CSAPA. Comme la mission Igas de 2014[77], nous ne considérons pas utile de fusionner les CSAPA et CAARUD dans le cadre d'un statut unique. En revanche, les acteurs de ces structures sont demandeurs d'appui pour l'harmonisation de leurs pratiques, et d'accompagnement des ARS dans leur adaptation constante aux évolutions du terrain, qui peut conduire certains à envisager des rapprochements avec d'autres structures.

[175] Enfin, la systématisation de la prise en charge de l'addiction tabac pourrait être prévue parmi les missions des CSAPA et CAARUD.

Recommandation n°13 Elaborer une circulaire unique portant sur les parcours de prise en charge des addictions, précisant les rôles des composantes ville/hôpital/médico-social du dispositif et leur coordination, ainsi que les modalités d'évaluation et de pilotage une démarche à piloter par l'équipe projet dédiée mentionnée en supra, en lien avec les ARS.

[77] « Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives » - Dr G. Duhamel et C. Hesse (2014)

[176] Pistes opérationnelles :

- mettre en exergue dans la circulaire unique la notion de parcours, au fondement de l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, incluant le repérage et la réduction des risques et des dommages ;
- préciser le rôle de la ville, pour le repérage et le suivi ainsi que la place des microstructures médicales en addictologie ;
- s'agissant des structures médico-sociales, préciser le rôle spécifique des CSAPA en matière de prévention collective et intégrer dans cette circulaire rénovée une actualisation des rapports d'activité type, incluant notamment pour les CSAPA ambulatoires des indicateurs relatifs aux délais de prise en charge, à l'absentéisme des usagers, à l'utilisation des stocks de TSN et pour les CAARUD un indicateur permettant de mieux analyser les difficultés liés au matériel RdRD et pour les CSAPA et les CAARUD un indicateur relatif à la pair-aidance. S'assurer avec l'OFDT qui assure l'exploitation des rapports de l'opérationnalité des modalités de recueil et une harmonisation des dénominations, pour une analyse exhaustive ;
- s'agissant de l'hôpital, la circulaire pourra utilement appuyer le déploiement d'une culture addictologique transversale, voir pistes évoquées dans la recommandation n°7 ;
- encourager la contractualisation entre les établissements de santé et les structures médico-sociales spécialisées, vectrice de facilitation des parcours ;
- définir et souligner le rôle clé de la coordination, tout en permettant une adaptation aux dynamiques déjà existantes dans les territoires ;
- après évaluation, revoir l'organisation des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) pour conforter leurs modalités d'intervention et leurs moyens ;
- préciser les modalités de pilotage (voir supra) et d'évaluation (voir infra).

3.3.1.3 Mieux exploiter les données

[177] Les instruments de suivi et d'évaluation de chaque dispositif (ESMS d'une part, filière hospitalière d'autre part), doivent être mieux utilisés et davantage harmonisés, les modalités correspondantes pouvant en être précisées dans la nouvelle circulaire. Comme indiqué en annexe 3 (point 3.1), l'offre en addictologie ne fait pas l'objet d'un pilotage à l'activité, en l'absence d'un référentiel, et d'indicateurs.

[178] Des travaux pourraient être utilement engagés afin de définir une modélisation indicative de l'activité, en se fondant sur les pratiques existantes en ARS (ex HDF – voir annexe 2). Les indicateurs mis en valeur dans l'enquête conduite auprès des CSAPA et CAARUD peuvent également être utilisés : délais de prise en charge, taux d'absentéisme (remontées déclaratives des CSAPA) ; ratio file active/ETP ; niveaux moyens d'ETP, et de financements.

[179] S'agissant des CSAPA et CAARUD, qui renseignent des rapports d'activité via des outils distincts, des travaux ont été engagés par la DGS pour définir un référentiel pertinent, tenant compte de la nature spécifique de l'activité et des parcours de prise en charge, tandis que l'actualisation du modèle de rapport est en cours dans le cadre d'un groupe de travail dédié, afin d'intégrer des indicateurs manquants tels : la mesure des délais de prise en charge, les taux d'absentéisme aux RDV (obligations de soins et autres), les orientations à l'issue de la prise en charge et les ruptures de parcours. Cette démarche reste à parachever, et demande la mise à disposition de l'expertise nécessaire en matière d'évaluation médico-économique.

[180] S'agissant de la filière hospitalière, la mission n'a pu établir l'exploitation faite des rapports d'activité prévus par la circulaire DHOS de 2008[78]. Une démarche similaire à celle décrite plus haut pour les ESMS doit être engagée.

[78] A tout le moins, a été notée la demande des ARS de disposer des rapports d'activité des CHA.

Recommandation n°14 Elaborer par typologie de dispositif (médico-social comme hospitalier), et en lien avec les ARS, une modélisation indicative de l'activité, s'appuyant sur un socle commun d'indicateurs, permettant un suivi dynamique de l'activité en addictologie, tout en permettant de prendre en compte les spécificités territoriales.

[181] Pistes opérationnelles :

- établir un socle commun d'indicateurs, ajustables au plan territorial, en mobilisant les exemples identifiés (Hauts-de-France, enquête Igas) ;
- étoffer le rapport d'activité type des ESMS, en privilégiant l'utilisation d'un même outil (SOLEN) ;
- prendre en compte les spécificités territoriales (population, épidémiologie, ressources humaines en santé) pour permettre d'ajuster au mieux le modèle.

3.3.1.4 Assurer l'adéquation des ressources allouées aux besoins

[182] La complexité et la fragmentation du financement des secteurs médico-social et hospitalier sont des défis majeurs (voir annexe 2, point 4.2.1). Dans ce contexte, une modélisation indicative de l'activité pour les ESMS et les structures hospitalières, en objectivant leurs besoins, peut permettre d'envisager une programmation des ressources plus dynamique et plus adaptée. D'une manière générale, il conviendrait de pérenniser et stabiliser le financement du fonctionnement des structures, et des missions de fond éprouvées (coordination, formation, prévention collective, hôpital sans tabac) hors logique d'appel à projet, tout en recentrant le FLCA sur le financement des actions innovantes, non pérennes, y compris en région. Cet exercice requiert un pilotage coordonné par l'équipe projet dédiée DGS et la DGOS, et une implication forte des ARS.

[183] S'agissant de l'hôpital, quelques pistes peuvent être proposées, à système constant : rémunérer les charges de structure (locaux, support informatique, gestion des ressources humaines…) des activités portées par des budgets fléchés ; globaliser les enveloppes pour permettre aux établissements d'utiliser le levier de la fongibilité pour optimiser leurs budgets ; concentrer les financements (par exemple sur une cible ou une mission) pour atteindre des quotités d'ETP adaptées aux contraintes de recrutement ; protéger les financements consacrés la mission transversale d'addictologie (en envisageant éventuellement de rattacher les dispositifs d'addictologie à des services identifiés)[79].

[184] S'agissant des ESMS, la modélisation sera utile pour ajuster les enveloppes si nécessaire (en globalisant les crédits autant que possible, y compris crédits non renouvelables et mesures nouvelles), afin de stabiliser les moyens correspondant aux besoins pérennes, à déléguer au plus tôt dans l'année, et en orientant vers le FLCA les besoins en actions innovantes et ponctuelles.

S'agissant du FLCA, le comité de pilotage doit s'assurer de la pleine utilisation des crédits, en soutenant résolument les innovations en matière de prise en charge, notamment en régions, et en introduisant une priorité sur les femmes (cf. recommandation n°5).

Recommandation n°15 Piloter l'allocation des moyens alloués aux structures, dans le cadre d'un exercice de programmation s'appuyant sur la modélisation de l'activité.

[185] Pistes opérationnelles :

- s'agissant des ESMS, pérenniser les financements, tout en finançant les actions innovantes via le FLCA ;
- s'agissant des structures hospitalières, faciliter l'utilisation de leurs financements ;
- ajuster les financements du FLCA consacrés aux ARS afin d'assurer la couverture nécessaire aux actions innovantes.

[79] Annexe 2

3.3.1.5 Renforcer le pilotage des ressources humaines en addictologie et en assurer l'adéquation aux besoins

[186] Le besoin en ressources humaines est l'un des principaux enjeux pour la prise en charge, qu'il s'agisse de médecins ou d'infirmiers, formés en addictologie, ou de prescripteurs de TAO (voir supra). La première nécessité est de dresser un état des lieux de l'offre par territoire, afin d'objectiver ce besoin.

Recommandation n°16 Mettre en place des indicateurs permettant de connaitre, par territoire, le nombre, le statut et le mode d'exercice des professionnels exerçant en addictologie.

[187] Il convient de veiller à l'attractivité de la formation médicale en addictologie et à son adéquation aux besoins sur les territoires, qu'il s'agisse de la formation initiale des médecins ou des médecins en exercice, y compris libéraux.

[188] L'addictologie n'est pas une spécialité, mais une Formation Spécialisée Transversale (FST) – qui coexiste, pour les médecins en exercice, avec le dispositif antérieur (capacités en addictologie). Pour ne pas fragiliser la filière, il conviendra de s'assurer de l'attractivité de la FST (initiale et pour les médecins en exercice) avant d'envisager la suppression des capacités en addictologie.

Recommandation n°17 Prendre en compte la situation de l'addictologie dans les travaux de prospective réalisés à des fins de pilotage de la démographie médicale ; maintenir les capacités en addictologie le temps nécessaire à la montée en charge suffisante de la nouvelle Formation spécialisée transversale (FST) pour la formation des médecins en exercice.

[189] Les infirmières en soins généraux (IDE) comme en pratique avancée (IPA) représentent un pilier des dispositifs de prise en charge. Leur rôle doit être tout particulièrement soutenu.

[190] Dans le cadre de la création de la consultation infirmière (décret n°2025-1306 du 24 décembre 2025), il conviendra de préciser les modalités de sa mise en œuvre et de sa valorisation pour les IDE exerçant en addictologie à l'hôpital, en structure médico-sociale spécialisée ou en Protection Maternelle et Infantile (PMI).

[191] S'agissant des IPA formés à l'addictologie, il importe de faciliter un exercice aussi bien à l'hôpital que dans les structures médico-sociales socialisées, en poursuivant les travaux sur la consolidation de leur modèle.

Recommandation n°18 Préciser les modalités de mise en œuvre de la consultation infirmière dans le champ de l'addictologie, y compris pour l'exercice salarié et favoriser le déploiement des IPA formés à l'addictologie.

[192] Le pilotage des ressources humaines concerne aussi le rôle de la pair-aidance (voir recommandation n°6).

3.3.2 Au plan territorial, réaliser des diagnostics des besoins et de l'offre en addictologie

[193] En lien avec les travaux de rénovation de la circulaire, il convient d'améliorer la visibilité sur les besoins de prise en charge et sur l'offre disponible, afin de mieux mesurer l'adéquation entre eux (comme le prévoyait la circulaire DGOS de 2007), identifier les manques, et fonder les actions à prioriser. Pour espérer disposer d'une telle visibilité, compte tenu de l'absence de cartographie en raison du caractère incomplet et fragmenté des données disponibles (voir supra Partie 2, et Annexe 2, point 2.2), le niveau régional apparaît le plus pertinent.

[194] Cette démarche existe dans l'ensemble des ARS, pour appuyer notamment l'intégration des priorités de lutte contre les addictions dans leurs plans régionaux de santé (PRS), mais avec des variations importantes entre les territoires.

[195] La mission a identifié plusieurs pratiques intéressantes, dans les territoires qu'elle a étudiés : état des lieux territorial en Bretagne ; feuille de route régionale addiction 2023-2027 en Occitanie ; axe dédié du PRS des Hauts de France, et veille sur les prescripteurs de TAO ; axe dédié du Schéma régional de santé 2024-2028 de La Réunion. Elle a pu constater que l'existence d'une réelle transversalité du pilotage de la thématique addictologie au sein de l'ARS, quelle que soit l'organisation retenue, était vectrice d'un portage renforcé de cette thématique dans la politique régionale (entre services, avec le premier recours, et avec l'offre de soins hospitalière en particulier dans le champ de la santé mentale et des SMR-A).

[196] Les méthodes élaborées pour ces exercices peuvent servir de base à l'élaboration d'un cadre permettant la remontée d'un socle d'éléments pouvant être consolidés au plan national, tout en laissant une marge d'adaptation suffisante au plan local (voir également annexe 2, point 3.2). Par ailleurs, les indicateurs utilisés en région pour le suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) peuvent alimenter ces réflexions.

[197] L'exemple de la Bretagne a paru particulièrement complet[80], fondé sur une démarche de diagnostic partagé, incluant les acteurs de tous les secteurs (ville, hôpital, médico-social) dans le cadre d'un comité de pilotage, assurant à la fois l'élaboration de l'état des lieux, le plan d'action et le suivi. Un état des lieux épidémiologique réalisé par l'OFDT a alimenté les travaux. La cartographie des coordinations locales a été également réalisée. L'élaboration de l'état des lieux s'est déroulée sur 2 ans.

Recommandation n°19 Prévoir la conduite de diagnostics territoriaux exhaustifs par toutes les ARS portant sur l'identification des besoins, le recensement de l'offre, l'adéquation entre l'une et l'autre (au niveau régional et infrarégional), en se fondant sur les bonnes pratiques identifiées.

[198] Pistes opérationnelles :

- définir au niveau national un cadre méthodologique harmonisé pour ces diagnostics territoriaux des besoins et de l'offre de prise en charge des addictions, permettant une consolidation nationale et une déclinaison territoriale tenant compte des spécificités, en se fondant sur les bonnes pratiques identifiées (démarche partenariale et inclusive notamment) ;
- sur la base de ces diagnostics, à réaliser par les ARS en imputant les financements éventuellement nécessaires sur le FIR, élaborer des plans d'action régionaux en matière d'addictologie, au niveau régional, en phase avec les priorités de la stratégie nationale.

Recommandation n°20 Sur la base d'une cartographie actualisée des dispositifs de coordination existants dans le champ de l'addictologie au sein des territoires, identifier les manques éventuels et favoriser l'émergence d'initiatives partenariales permettant d'améliorer la coordination des parcours.

[199] Pistes opérationnelles :

- pour les ARS : dresser une cartographie des dispositifs de coordination existants à l'échelle territoriale et infra-territoriale ; sur cette base, identifier les dynamiques, difficultés et freins à la coordination des parcours dans le champ de l'addictologie ;
- en tant que de besoin, favoriser l'interconnaissance et le lien entre les 3 secteurs (ville-hôpital-médico-social spécialisé) au sein de chaque territoire, afin d'envisager les initiatives nécessaires pour améliorer la coordination des soins en addictologie et la fluidité des parcours ; s'agissant de la ville en particulier, s'appuyer sur les dynamiques existantes : structures d'exercice collectif, CPTS, DAC, réseaux, etc. ;
- favoriser l'implication des CPTS dans les parcours de prise en charge, en s'appuyant sur les travaux engagés au niveau national, et envisager l'inclusion éventuelle d'objectifs concernant les addictions dans le cadre des accords professionnels interprofessionnels.

[80] Voir annexe 2

En conclusion, agir sur la prise en charge des addictions demande une politique ambitieuse visant en particulier à réduire la consommation de tabac et d'alcool

[200] Au fil de ses travaux, la mission a pu prendre la mesure des efforts déployés en France pour assurer la prise en charge de conduites addictives en évolution constante. Ces efforts ne suffisent pas pour faire face à tous les besoins, malgré une organisation des soins bien conçue, des moyens conséquents et des professionnels compétents et engagés. En dépit des contraintes systémiques comme la démographie médicale et la complexité du modèle de financement, des marges de manœuvre existent pour optimiser ce dispositif, que le présent rapport s'est attaché à identifier et conforter par ses recommandations.

[201] En particulier, une attention a été portée à l'amélioration de l'accessibilité et de la coordination du dispositif de prise en charge tout en lui octroyant l'agilité nécessaire pour s'adapter aux spécificités territoriales et toucher tous les publics concernés.

[202] Pour autant l'impression donnée est celle de moyens sous tension considérable, alors qu'avec des actions plus déterminées, il serait possible de réduire la charge imposée au dispositif, à la société et aux individus, par les deux principales addictions : l'alcool et le tabac.

[203] En effet, en comparaison avec les pays de l'OCDE, la France est dernière de la classe en matière de consommation de tabac, et dans les derniers pour celle de l'alcool, avec une charge sanitaire et sociale massive.

[204] Le tabac reste en France la première cause de mortalité évitable, la première cause de mortalité précoce (avant 65 ans) et la première cause de maladie par cancer et par maladie cardio-vasculaire. L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable et la première cause d'hospitalisation.

[205] Le coût social et sanitaire de ces addictions a été estimé par l'OFDT à 156 milliards d'€ pour le tabac et 102 milliards d'€ pour l'alcool (données 2019), contre 7,7 milliards d'€ pour les drogues illicites. Dans les deux cas, les coûts des soins sont supérieurs aux recettes de taxation.

[206] L'ampleur de cette charge, spécifique à la France alors que notre dispositif de prise en charge est aux standards internationaux[81], suffit à justifier de faire de sa réduction une priorité. En matière d'alcool, comme relevé par l'OMS[82], la France se distingue par un niveau de consommation parmi les plus élevés au monde, et un niveau de prise en charge considéré comme « parmi les meilleurs ». En quelque sorte, notre modèle repose sur un haut niveau de tolérance à la charge induite par une consommation anormalement élevée.

[207] Pour inverser cette tendance, la lutte contre les addictions doit être positionnée parmi les priorités de politique publique, en visant une diminution rapide de la consommation d'alcool et tabac, par des mesures de niveau adéquat.

[208] En matière d'alcool, le premier plan national portant sur la prévention alcool est en cours de préparation (plan 2026-2030), et vise à réduire la prévalence et les risques liés à l'usage nocif d'alcool (API, alcool au volant, violences sexistes et sexuelles, etc.), en particulier chez les jeunes et les femmes enceintes.

[209] Malgré ses mérites, ce plan reste contraint par la position française ciblant le seul usage nocif de l'alcool, et visant l'absence de stigmatisation de l'usage modéré d'alcool, plutôt que la diminution de toutes les consommations, qui devrait en constituer l'objectif prioritaire. Il risque de rester en deçà de l'ambition nécessaire à une réelle inflexion de la consommation d'alcool, à même de réduire de manière significative les risques sanitaires et sociaux associés, et la charge induite. Par exemple, l'initiative du

[81] La prévalence du tabagisme quotidien s'élève en France à 23,1 %, niveau très supérieur à la moyenne de l'OCDE (14,8 %), et la consommation d'alcool à 10,4 litres d'alcool pur par habitant et par an, contre 8,5 litres pour la moyenne de l'OCDE. – voir aussi annexe 8 « Eléments de cadrage et de parangonnage international »

[82] *ibid*

« Défi de Janvier » (encourageant à l'abstinence pendant un mois), outil utilisé par les professionnels de l'addictologie, pourrait être soutenue au plan ministériel.

[210] Des mesures intéressantes ont été expertisées par les organisations internationales[83] telle la cible d'une diminution à horizon 2030 de 20 de l'usage nocif d'alcool (rapportée à 2010) prônée par l'OMS, ou encore l'exclusion de l'industrie de l'alcool du processus de décision sur les politiques publiques en matière d'alcool (à inscrire dans la loi). L'OCDE a estimé le retour sur investissement appliqué à la France de plusieurs politiques publiques, distinguant parmi les plus efficaces : la mise en place de postes de contrôle routier pour lutter contre l'alcool au volant, la hausse de la fiscalité de l'alcool et la fixation d'un prix minimum par unité d'alcool.

[211] En matière de réduction de la consommation de tabac, le Programme national de lutte contre le tabac-PNLT (2023-2027) fixe l'objectif ambitieux d'une génération sans tabac à l'horizon 2032, en ligne avec le plan européen de lutte contre le cancer (2021) visant la création d'une « génération sans tabac » d'ici 2040, avec moins de 5 % de la population consommant ce produit.

[212] Il fait l'objet d'un suivi continu via un dispositif de pilotage et le renseignement d'indicateurs, mais pas d'une évaluation globale à mi-parcours, qui permettrait de mesurer la nécessité d'accélérer les efforts.

[213] Cette cible peut motiver des actions supplémentaires comme la poursuite de l'extension des zones sans tabac, y compris en extérieur, conformément aux dispositions de la Convention cadre de lutte contre le tabac. Le Royaume Uni, qui vise à instaurer une « génération sans tabac » avec la loi adoptée en avril 2026 interdisant la vente de tabac à la génération née en 2008 et aux suivantes, est un exemple de politique ambitieuse, qui mérite d'être suivi de près.

Nathalie RABIER-THOREAU Stéphanie SEYDOUX

[83] Annexe 8

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : L'EVOLUTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE . 53

ANNEXE 2 : L'ACTION PUBLIQUE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE : UN DISPOSITIF STRUCTURE, CONFRONTE A DES DEFIS 95

ANNEXE 3 : ELEMENTS DE CONTEXTE A L'ACCOMPAGNEMENT DES PARCOURS : LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE DANS LE CHAMP DE L'ADDICTOLOGIE, UN ENJEU DE FORMATION, DE PILOTAGE ET D'ATTRACTIVITE.....122

ANNEXE 4 : PLACE DES USAGERS ET DE LA PAIR-AIDANCE DANS LES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS.....132

ANNEXE 5 : TRAJECTOIRES VILLE-HOPITAL LIEES AUX TROUBLES DUS A L'ALCOOL – ETUDE DE COHORTE 142

ANNEXE 6 : ENQUETE REALISEE AUPRES DES CSAPA.....175

ANNEXE 7 : ENQUETE REALISEE AUPRES DES CAARUD.....217

ANNEXE 8 : ELEMENTS DE CADRAGE ET DE PARANGONNAGE INTERNATIONAL 251

ANNEXE 1 : L'EVOLUTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE

ANNEXE 1 : L'EVOLUTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE . 53

1 LES CONDUITES ADDICTIVES : UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE 54

1.1 L'ADDICTION : UN PROCESSUS BIOPSYCHOSOCIAL 54

1.2 DE L'EVOLUTION DES CONDUITES ADDICTIVES A L'IMPACT SUR LA SANTE DES FRANÇAIS 56

1.2.1 Evolution des conduites addictives : entre suivi épidémiologique et surveillance des signaux sanitaires 56

1.2.2 Des données partielles sur la prise en charge 59

1.3 L'IMPORTANT COUT SOCIAL DU TABAC ET DE L'ALCOOL 62

2 LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES 65

2.1 LE REPERAGE PRECOCE, MAILLON ESSENTIEL POUR AMORCER UNE PRISE EN CHARGE 65

2.2 DES ENJEUX LIES AUX EVOLUTIONS DES CONSOMMATIONS ET A LEURS CONSEQUENCES SANITAIRES 69

2.2.1 Une augmentation des polyconsommations, des comorbidités plus fréquentes, et des prises en charge qui se complexifient 69

2.2.2 Une augmentation des pathologies duelles et des comorbidités psychiatriques 71

2.2.3 Un vieillissement prématuré de la population concernée et des troubles cognitifs à prendre en charge 73

2.3 L'ENJEU MAJEUR DE LA COORDINATION DES PARCOURS ET DES ACTEURS 75

2.3.1 Les parcours de prise en charge des addictions : proposition de schématisation des acteurs et interfaces 75

2.3.2 Quels parcours de prise en charge et quelle coordination de ces parcours au sein des territoires ? 78

2.3.3 Les attendus de la coordination des parcours de prise en charge en addictologie 84

2.4 DES PUBLICS A MIEUX PRENDRE EN COMPTE 84

2.4.1 Adapter la prise en charge aux jeunes : un enjeu d'aller-vers 84

2.4.2 La nécessité d'adapter l'accès aux soins des femmes ayant des conduites addictives : un enjeu fort compte-tenu de leur vulnérabilités et besoins spécifiques 87

2.4.3 Les publics précaires : de l'aller-vers aux difficultés d'aval 90

2.5 LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES (RDRD) : UNE PLACE A CONSOLIDER ET PARTIE INTEGRANTE DE LA PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE 93

1 Les conduites addictives : un enjeu majeur de santé publique

1.1 L'addiction : un processus biopsychosocial

[1] Le concept d'addiction a fait l'objet d'une construction progressive au fil des décennies, mettant en avant le comportement de consommation et le contexte dans lequel il se déroule, plutôt que le produit[84].

[2] Suivant une définition largement acceptée depuis les travaux de Goodman[85] dans les années 90, l'addiction est caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement, et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives[86].

[3] La notion de conduite addictive englobe à la fois les addictions aux substances psychoactives, qu'elles soient licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes) ou illicites (cannabis, opiacés, cocaïne, MDMA, cathinones et autres dérivés de synthèse) mais également les addictions comportementales ou sans substance (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo).

[4] L'addiction est une maladie chronique[87] récidivante et la HAS inclut le concept clinique d'addiction dans le diagnostic de « troubles de l'usage ».[88] Même si le passage de l'usage au trouble de l'usage n'est pas systématique, toute consommation de substances psychoactives comporte des risques.

[5] Les professionnels de santé peuvent s'appuyer pour leur diagnostic sur deux grandes classifications internationales, qui coexistent :

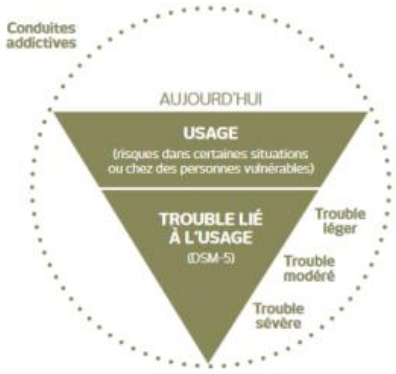
- Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) élaboré par l'American Psychiatric Association[89] permet d'établir le diagnostic et la sévérité d'un trouble lié à l'usage en fonction du nombre de critères présents. Publié en 2013, le DSM-5 reconnait les troubles liés au jeu d'argent pathologique (*gambling disorder*) aux côtés des troubles liés aux substances ;

- La Classification internationale des maladies (CIM-11)[90] de l'Organisation Mondiale de la Santé fait, quant à elle, apparaître les concepts d'usage nocif et de dépendance. S'agissant des addictions comportementales, la CIM-11 reconnait également les troubles liés au jeu d'argent pathologique ainsi que les troubles du jeu vidéo (*gaming disorder*)[91]. Cependant la CIM-10 reste la classification en vigueur dans les systèmes de codage français (PMSI).[92]

---

[84] HAS. (2022). Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS. *RBPP*.
[85] Goodman A. (1990). Addiction : definition and implications. British Journal of Addiction. Vol. 85, n°11
[86] Reynaud M. (2006). Traité d'addictologie. Paris : *Flammarion Médecine-Sciences*.
[87] Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine
[88] La HAS caractérise le concept clinique d'addiction par des comportements incluant un ou plusieurs des éléments suivants : altération du contrôle de la consommation de la substance en cause, consommation compulsive, poursuite de la consommation en dépit de ses conséquences négatives pour l'individu et/ou son entourage et besoin impérieux de consommer la substance (craving). Diagnostic du trouble de l'usage d'opioïdes. Fiche HAS. Mars 2022.
[89] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fifth edition: DSM-5® *Washington, DC, American Psychiatric Publishing*
[90] OMS (2022) CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité.
[91] D'autres comportements sont cités dans d'autres chapitres de ces classifications internationales comme les troubles du comportement alimentaire
[92] Bulletin officiel Santé - Protection sociale – Solidarité n° 2025/14 du 27 juin 2025 relatif à la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10 FR à usage PMSI

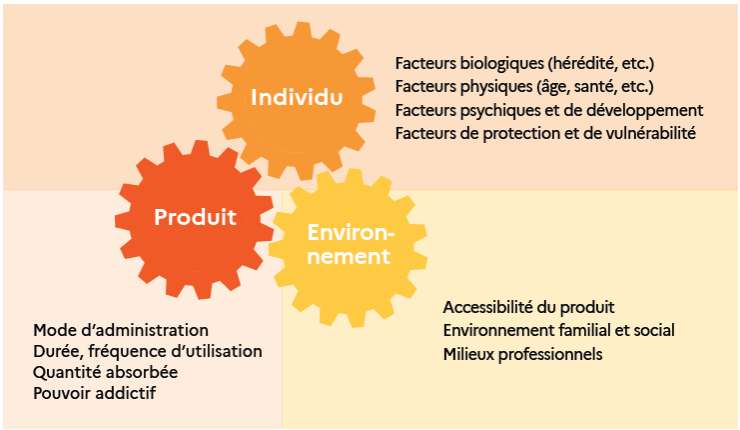
Figure 1 : Classification des conduites addictives



Source : *Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf – Addictions France*[93]

[6] La survenue d'une addiction est un phénomène plurifactoriel, classiquement décrit comme résultant d'une interaction entre un individu, un produit (ou l'objet de la conduite addictive) et un environnement. Ainsi, les facteurs de risque et de vulnérabilité individuels et socio-environnementaux peuvent se cumuler aux facteurs de risque liés au produit et/ou au comportement, et favoriser l'addiction.

Figure 2 : L'addiction, un phénomène multifactoriel



Source : Guide pratique « Drogues illicites : usages, risques et accompagnement » - MILDECA, 2025

[7] Comme pour d'autres déterminants de santé, le champ des addictions est marqué par un gradient social, vecteur d'inégalités et variable selon l'addiction et le genre.

[8] Si un gradient social est objectivé pour le tabagisme quotidien et reste marqué en 2024[94], le suivi de l'évolution et de l'ampleur des inégalités sociales concernant les autres substances psychoactives, y compris l'alcool, est plus complexe du fait d'un manque de données régulières et comparables dans le temps, ou d'une consommation plus rare nécessitant des études spécifiques. Pour autant, le suivi des

[93] DSM-5 : 11 critères définissent le trouble lié à l'usage dont les principaux sont la perte de contrôle de soi, l'interférence de la consommation sur les activités scolaires, sociales ou professionnelles, la poursuite de la consommation malgré la prise de conscience des troubles qu'elle engendre ou encore le craving (envie irrépressible de consommer)

[94] Baromètre de Santé publique France 2024. La prévalence suit le gradient selon le niveau de diplôme et la situation financière. Prévalence 2,1 fois plus élevée parmi les ouvriers que parmi les cadres (25,1 % vs 11,8 %) et 3,0 fois plus élevée parmi ceux qui perçoivent leur situation financière difficile que parmi ceux se déclarant à l'aise financièrement. Les tentatives d'arrêt sont plus fréquentes chez les fumeurs socio-économiquement plus favorisés.

évolutions est indispensable pour l'évaluation des politiques publiques menées[95] et les travaux de recherche à encourager.

[9] Pour l'alcool notamment, depuis 20 ans, « trois jeux d'indicateurs différents permettant la mesure des inégalités sociales ont été successivement analysés par les experts[96] », ce qui rend difficile leur interprétation. S'agissant du cannabis, chez les adolescents, les consommations régulières (contrairement à la seule expérimentation), concerneraient davantage les jeunes en situation de précarité ou présentant des difficultés sociales. De même, si l'expérimentation de cocaïne ou de poppers concerne principalement les plus diplômés, l'expérimentation de l'héroïne et les troubles de l'usage des produits illicites apparaissent davantage liés à des situations de précarité voire de grande précarité.[97]

[10] Il est à noter que les travaux du présent rapport n'ont pas concerné spécifiquement les usages sexualisés de drogues (chemsex), et les conduites addictives non répertoriées dans les classifications internationales (qu'elles soient liées aux pratiques sexuelles, aux écrans, etc.).

1.2 De l'évolution des conduites addictives à l'impact sur la santé des Français

1.2.1 Evolution des conduites addictives : entre suivi épidémiologique et surveillance des signaux sanitaires

[11] Les enquêtes épidémiologiques nationales menées en population générale ou auprès de publics ciblés (telles que EROPP, ESCAPAD, EnCLASS) ainsi que les dispositifs d'observation qualitatifs (TREND-SINTES) pilotés par l'OFDT, complétés notamment par le Baromètre de Santé publique France, permettent de suivre l'épidémiologie et l'évolution des conduites addictives sur le territoire national. Elles rendent également compte des disparités territoriales selon les substances ou comportements concernés.

[12] La consommation de substances psychoactives est responsable chaque année en France de plus de 115 000 décès évitables[98]. En tête de file des substances psychoactives, les consommations de tabac et d'alcool sont deux déterminants majeurs de la santé, en termes de morbidité et mortalité.

[13] Ainsi, et malgré les chiffres encourageants de la baisse historique de sa consommation (4 millions de fumeurs en moins en 10 ans)[99], le tabac reste en France la première cause de mortalité évitable (11 % des décès soit plus de 68 000 décès prématurés et évitables en 2023)[100], première cause de mortalité précoce (avant 65 ans) et première cause de mortalité par cancer et par maladies cardiovasculaires[101].

---

[95] Lutter contre les inégalités de santé est un des objectifs de la Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027

[96] Cases C., Beck F., (2024). Addictions et inégalités sociales : une dimension importante pour les politiques publiques. *La Revue Alcoologie Addictologie. T44N1*

[97] *Ibid.*

[98] Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. (2019). Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidémiol Hebd* ; (15) :278-284

[99] Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Nguyen-Thanh V, Guignard R. (2025). Tabagisme : usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt. *In* Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. 9 p. En 2024, 24 % des adultes déclarent fumer du tabac, 17,4 % quotidiennement.

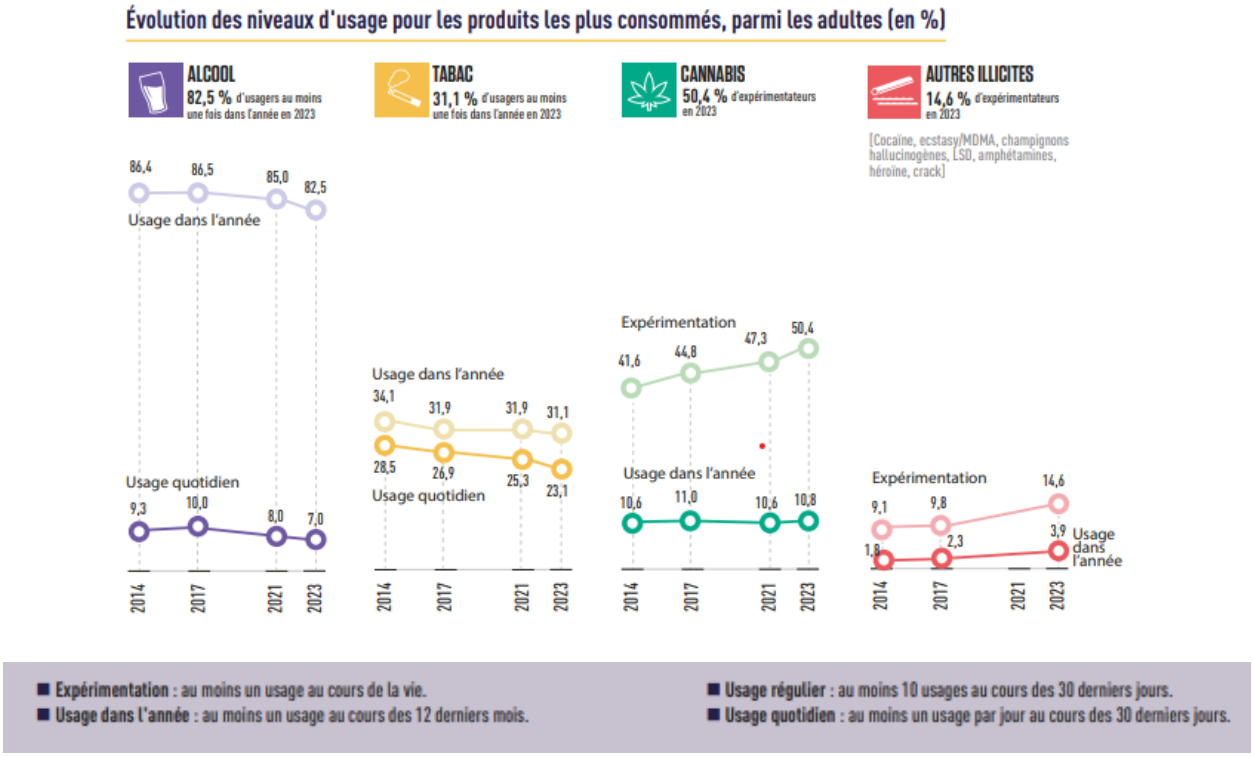
[100] Bonaldi C., Grave C., Serra D., Rogel A., Guignard R., Nguyen-Thanh V. (2026). Les décès attribuables au tabagisme. Mise à jour des estimations année 2023. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p.

[101] *Ibid*. 1 décès sur 3 lié à une maladie respiratoire chronique et 1 décès sur 10 lié à une maladie cardiovasculaire ou neurovasculaire sont imputables au tabagisme

Il existe des disparités territoriales avec notamment trois régions présentant un fardeau du tabagisme plus élevé (Hauts-de-France, Grand Est et Corse).

[14] L'alcool est en France la deuxième cause de mortalité évitable (taux estimé à 6,1 %)[102], et la première cause d'hospitalisation en France d'après le PMSI[103]. La HAS souligne des vulnérabilités spécifiques selon la tranche d'âge (les jeunes) et selon le genre (les femmes)[104].

Graphique 1 : Evolution des niveaux d'usage pour les produits les plus consommés en France, parmi les adultes (%)



Source : Baromètre (Santé publique France), EROPP (OFDT)[105]

[15] Parmi les substances psychoactives, l'alcool a en France un statut particulier. En effet, 22,2 % des adultes déclarent avoir une consommation d'alcool au-dessus des repères de consommation à moindre risque au cours des 7 derniers jours[106] et celle-ci est plus fréquente chez les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au Baccalauréat. D'après Santé publique France, cette consommation au-dessus des repères est maximale parmi les agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise et les cadres

[102] Santé publique France. (2025). Estimation du retour sur investissement du programme *Unplugged* dans le contexte français

[103] 246 000 hospitalisations avec un diagnostic principal lié à l'alcool (2023) : 54 % pour dépendance et sevrage / 14 % pour intoxication aigue / 27 % pour effets à long terme de l'alcoolisation / 4 % autres

[104] HAS. (2023). Agir en 1er recours pour diminuer le risque alcool. Repérer tous les usages et accompagner chaque personne

[105] OFDT. (2025), Drogues et addictions, chiffres clés

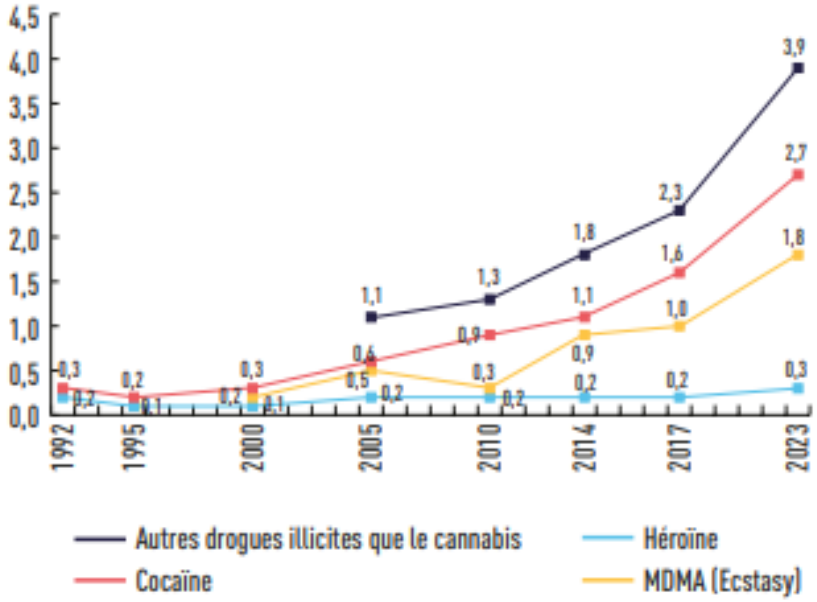
[106] Proportion stable au Baromètre de Santé publique France de 2024, avec des disparités régionales (28,2 % Bretagne et 11,1 % en Guadeloupe). Les repères de consommation au-delà duquel le risque pour la santé existe ne fait pas l'objet d'un consensus. En France, sur la base de plusieurs études, les repères de consommation à moindre risques ont été définis ainsi : ne pas consommer plus de 10 verres d'alcool standard par semaine, pas plus de 2 verres un même jour et d'observer des jours d'abstinence chaque semaine. Cependant le fait qu'il existe une consommation exempte de risque est de plus en plus remis en question par la littérature scientifique et la position de l'OMS a évolué. Plusieurs pays ont depuis révisé leurs recommandations à la baisse.

et professions intellectuelles supérieures.[107] Si, s'agissant de l'alcool, seuls 26,7 % des adultes dépassant les repères déclarent avoir envie de réduire sa consommation, 55 % des fumeurs quotidiens déclarent avoir envie d'arrêter de fumer.

[16] Par ailleurs, comme mis en évidence par l'OFDT, « l'alcool apparaît comme la substance la plus souvent associée aux autres produits dans les situations de polyconsommation, du fait de sa large diffusion en population générale et de sa banalisation sociale »[108].

[17] S'agissant des substances illicites, la consommation de tous les psychostimulants augmente chez l'adulte, notamment les 25-44 ans, qu'ils soient d'origine naturelle (cocaïne) ou synthétiques (ecstasy, MDMA…).

Graphique 2 : Évolution de l'usage au cours des 12 derniers mois des principales drogues illicites autres que le cannabis entre 1992 et 2023 parmi les 18-64 ans (en %)[109]



Source : Baromètre de Santé publique France 1992-2021 – exploitation OFDT ; EROPP 2023 (France hexagonale), OFDT Autres drogues illicites : cocaïne en poudre, crack (cocaïne base ou fumée), MDMA (ecstasy), champignons hallucinogènes, LSD, amphétamines, héroïne.

[18] En particulier, les signaux sanitaires d'une consommation accrue de cocaïne convergent, dans le cadre d'un marché en pleine expansion, avec un recours aux urgences multiplié par trois en 12 ans pour la cocaïne.[110] S'agissant de l'état de la disponibilité des produits stupéfiants, de leur consommation, de la question du mésusage des opioïdes, la mission renvoie au récent rapport relatif aux haltes soins addictions[111].

[107] *Ibid*.
[108] OFDT. *Polyconsommation : définitions, concepts et données*, 2021 ; données reprises et actualisées dans *Drogues et addictions, chiffres clés 2025* [anpaa-normandie.fr], [ofdt.fr]
[109] Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Eroukmanoff V. (2024). Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023 - Résultats de l'enquête EROPP 2023. *Tendances,* OFDT, n° *164, 4 p.*
[110] OFDT (2023). La cocaïne, un marché en essor. Évolutions et tendances en France (2000-2022), Paris, OFDT, 65 p. / L'usage au cours de l'année pour la cocaïne concerne plus d'un million de personnes en France.
[111] Annexe 2 du Rapport IGA N°24038 – IGAS N° 2024-036R. Les haltes soins addictions : Un dispositif expérimenté depuis 2016 pour réduire les risques et nuisances associés à la consommation de stupéfiants dans l'espace public.

[19] Cette appétence élargie pour les effets des drogues stimulantes est observée dans tous les contextes (professionnel, festif, lors des relations sexuelles avec le chemsex, etc.), dans tous les territoires et dans tous les milieux[112].

[20] En revanche, cette augmentation ne concerne pas le cannabis, même si 25 % des usagers de cannabis présentent un risque élevé d'usage problématique, soit plus d'un million de personnes. En effet, si le cannabis reste la drogue illicite la plus consommée en population générale, il est observé une stabilisation et un vieillissement de la population usagère.

[21] Les polyconsommations tout comme les addictions sans substance sont également en augmentation, avec pour les jeux d'argent et de hasard, plus d'un million de joueurs adultes à risque de pratique problématique, dont près d'un tiers à risque excessif[113].

Tableau 1 : Prévalences et fréquence des jeux d'argent et de hasard au cours de l'année (%)

	% de joueurs dans l'année	% de joueurs hebdomadaires	% de joueurs quotidiens
Population des 18-75 ans	51,6	11,9	0,8
Population des 17 ans	27,5	4,0	0,4

Source : EROPP 2023, ESCAPAD 2022 France métropolitaine (OFDT)

Note de lecture: en 2023, parmi les 18-75 ans, 51,6 % ont misé de l'argent à un JAH au cours de l'année. En 2022, parmi les 17 ans, 27,5 % ont misé de l'argent à un JAH au cours de l'année.

[22] Enfin, parmi les phénomènes émergents, l'usage récréatif du protoxyde d'azote s'est également multiplié ces dernières années, en particulier chez les jeunes.

1.2.2 Des données partielles sur la prise en charge

[23] La multiplicité des sources de données et des systèmes d'information ne permet pas une vision globale des parcours de prise en charge des addictions sur notre territoire, tous secteurs confondus (ville/hôpital/secteur médico-social spécialisé). Le suivi à ce jour est réalisé par typologie de structure ou dispositif, complété par des enquêtes, comme précisé dans l'annexe méthodologie de ce rapport.

[24] D'après les données communiquées à la mission par la DGS, 152 CAARUD et 394 CSAPA ambulatoires sont recensés sur l'ensemble du territoire, y compris ultra-marin[114].

[25] D'après l'Assurance Maladie, 745 000 personnes ont été prises en charge pour troubles addictifs en France en 2023, dont 39 % de femmes, un âge médian de 54 ans et un taux plus élevé de personnes de moins de 60 ans bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (C2S) rapporté à la population générale de même âge et même sexe. 59 % des personnes concernées étaient prises en charge en Affection Longue Durée (ALD).

[112] Colloque « 25 ans des dispositifs TREND et SINTES ». OFDT. (2025)
[113] OFDT. (2025), Drogues et addictions, chiffres clés
[114] Seuls les départements de la Corrèze, Creuse et Lozère n'ont pas de CAARUD. Il existe des CSAPA ambulatoires dans tous les départements, 64 % sont gérés par une association ou un groupement de coopération sociale ou médico-sociale et 36 % par un établissement de santé ou un groupement de coopération sanitaire

Tableau 2 : Effectifs et taux bruts des personnes prises en charge pour troubles addictifs par classe d'âge en 2023

	0 - 14 ans	15 - 34 ans	35 - 54 ans	55 - 64 ans	65 - 74 ans	75 ans et +	Total
Hommes							
Effectif	200	56 900	179 600	115 200	72 800	27 900	452 600
Taux brut	0,03‰	7,34‰	21,91‰	27,93‰	20,77‰	9,29‰	14‰
Femmes							
Effectif	200	37 800	105 100	76 700	51 700	21 000	292 500
Taux brut	0,04‰	4,65‰	11,98‰	17,5‰	13,03‰	4,86‰	8,34‰
Total							
Effectif	400	94 700	284 700	191 900	124 500	48 800	745 000
Taux brut	0,04‰	5,96‰	16,78‰	22,56‰	16,66‰	6,68‰	11,06‰

Source : SNIIRAM/SNDS / Tous régimes confondus

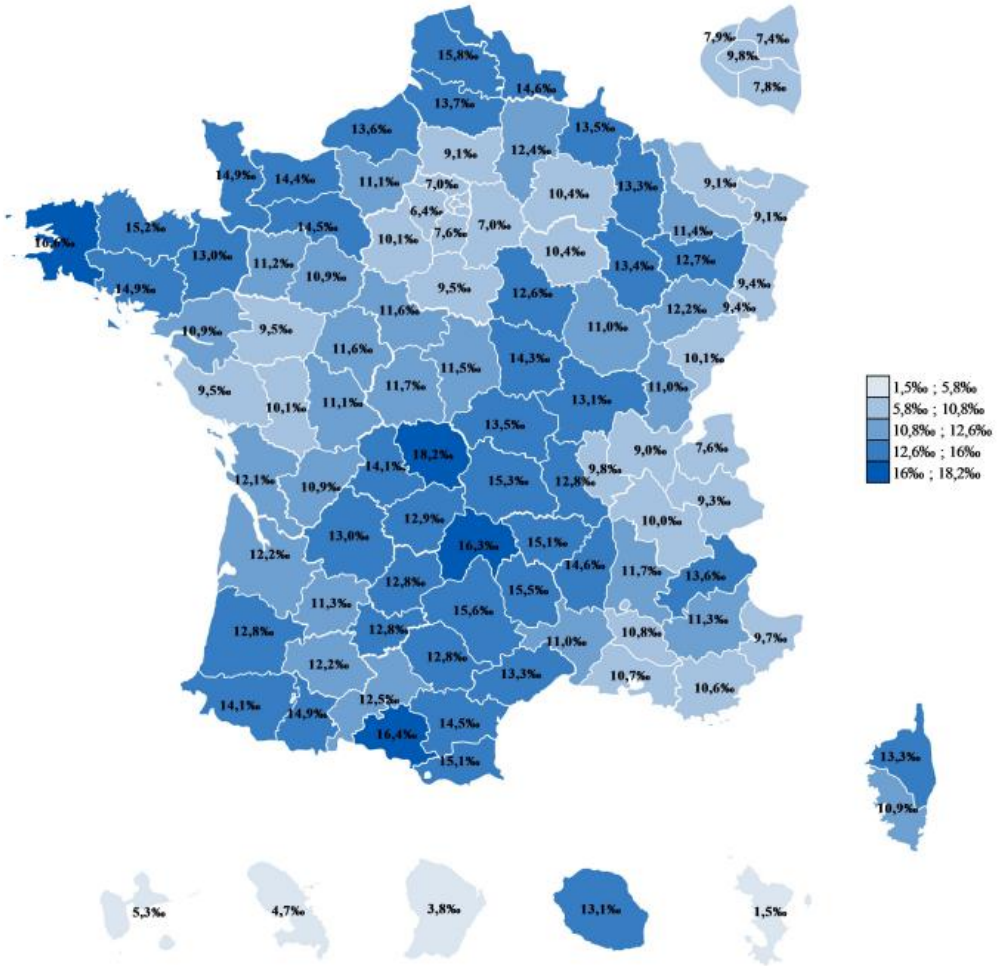
[26] Entre 2015 et 2023, d'après l'Assurance Maladie[115], le taux de croissance annuel moyen (TCAM) des effectifs des personnes prises en charge pour troubles addictifs est de 7,77 %.

[27] Ces statistiques sont celles élaborées pour la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie. Seules les personnes ayant un séjour hospitalier (MCO-psychiatrie-SMR) et/ou une prise en charge à 100 % (en affection de longue durée) pour un trouble addictif[116] sont repérées. Il s'agit ainsi d'une petite partie de l'ensemble des personnes ayant un trouble addictif. Cela met en lumière la difficulté d'évaluer le « *treatment gap* », soit l'écart entre le nombre de personnes présentant un trouble de l'usage de substances et le nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge adaptée de ce trouble. En effet, il suppose pour être apprécié de connaître le nombre de personnes en présentant le besoin – une estimation qui n'est pas disponible aujourd'hui.

[28] La prévalence standardisée des personnes prises en charge par département montre une hétérogénéité territoriale.

[115] Assurance Maladie. (2025). Personnes prise en charge pour troubles addictifs en 2023. Fiche pathologie
[116] Codes CIM-10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

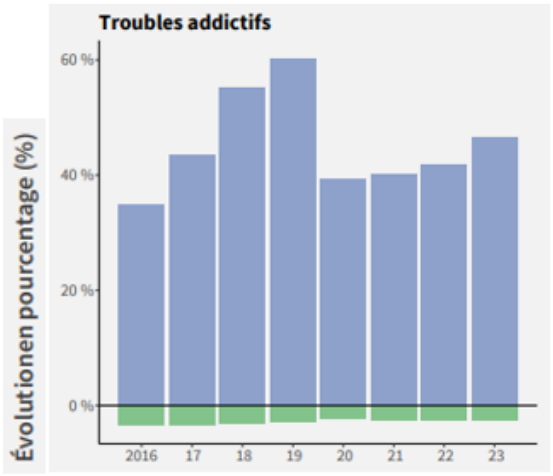
Carte 1 : Prévalences standardisées des personnes prises en charge pour troubles addictifs par département en 2023



Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière
Source : Cnam (cartographie version de juillet 2025)
Méthode : standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population Insee

Source : Cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie (2025)
Note de lecture : La cartographie concerne les bénéficiaires de l'ensemble des régimes d'assurance maladie ayant eu recours à des soins remboursés soit 67,4 millions de personnes en 2023

Graphique 3 : Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente l'année précédente pour les troubles addictifs entre 2016 et 2023 (en %)[117]



La CNAM précise que les traitements nicotiniques de substitution (TSN) sont pris en compte pour le repérage des troubles addictifs s'ils sont délivrés au moins trois fois dans l'année, afin de cibler les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique.

La facilitation du recours à ces traitements à partir de 2018 peut expliquer au moins partiellement une hausse de prévalence des troubles addictifs sur cette période.

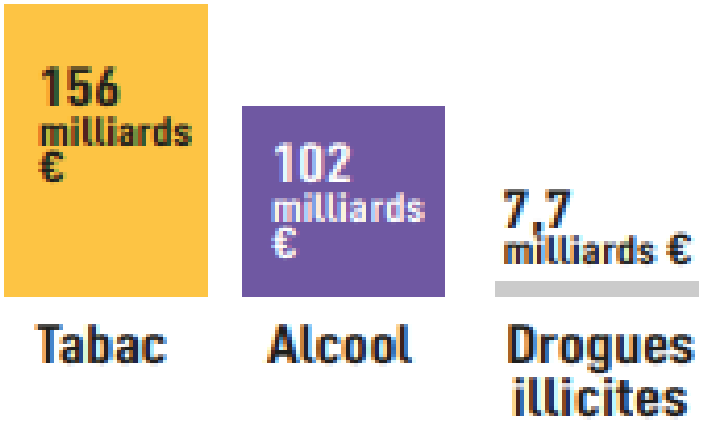
Source : Extraction de la mission à partir de Cartographies de la Cnam (version juillet 2025) : « Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente l'année précédente pour les maladies et traitements psychiatriques entre 2016 et 2023 (en %) »

[29] La prise en charge de l'addiction au tabac fait l'objet d'analyses spécifiques de la CNAM, via la prescription des TSN : en 2024, parmi les plus de 1 180 000 consommateurs de TSN en 2024 (+5 % par rapport à 2023), 15,4 % sont bénéficiaires de la C2S et 31,1 % ont une ALD.

1.3 L'important coût social du tabac et de l'alcool

[30] La prise en charge des addictions constitue une priorité de santé publique, comme l'indique le coût social du tabac et de l'alcool estimés par l'OFDT en 2019[118].

Graphique 4 : Estimation du coût social des drogues en France en 2019



Source : OFDT – Notes – Kopp P, juillet 2023

[117] Assurance Maladie. juillet 2025 • Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2023 : une analyse médicalisée. *Points de repère n°56*

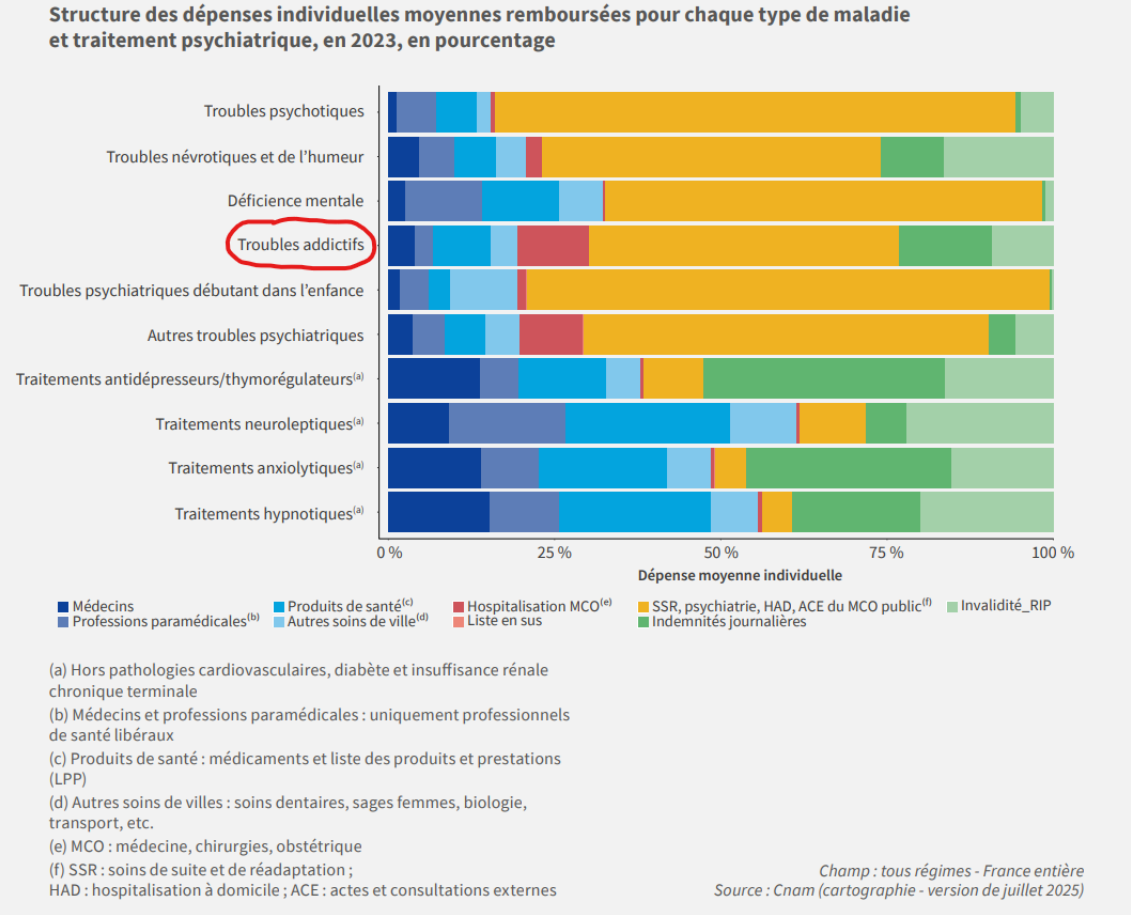
[118] Kopp P (2023). Le coût social des drogues : estimation en France en 2019. OFDT, Notes, 15 p.

[31] Dans son estimation, l'OFDT souligne la difficulté à prendre en compte les comorbidités dans les calculs, ce qui implique de raisonner par groupe de substances considérées et non en coût global. Ce point de vigilance est d'autant plus important que la polyconsommation est en augmentation.

[32] Pour l'alcool et le tabac, comme pour les drogues illicites, le coût des vies perdues est le premier poste du coût social devant le coût des soins[119]. Alors même que certains coûts, tels que la souffrance psychologique, ne sont pas inclus, les coûts des soins (respectivement 7,8 et 16,4 milliards d'euros pour l'alcool et le tabac) restent supérieurs aux recettes de taxation de l'alcool et du tabac (4 et 13 milliards d'euros).

[33] Ces coûts sociaux importants doivent motiver un recueil de qualité et l'exploitation approfondie des données de prise en charge des conduites addictives en France. Dans le cadre de la publication par l'Assurance Maladie de l'analyse médicalisée des déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2023, des données relatives aux dépenses remboursées pour la prise en charge des troubles addictifs (individuelles, totales et évolution) permettent un premier éclairage sur la répartition des coûts de prise en charge, ainsi que sur l'évolution des effectifs.

Graphique 5 : Structure des dépenses individuelles moyennes pour les troubles addictifs (%)



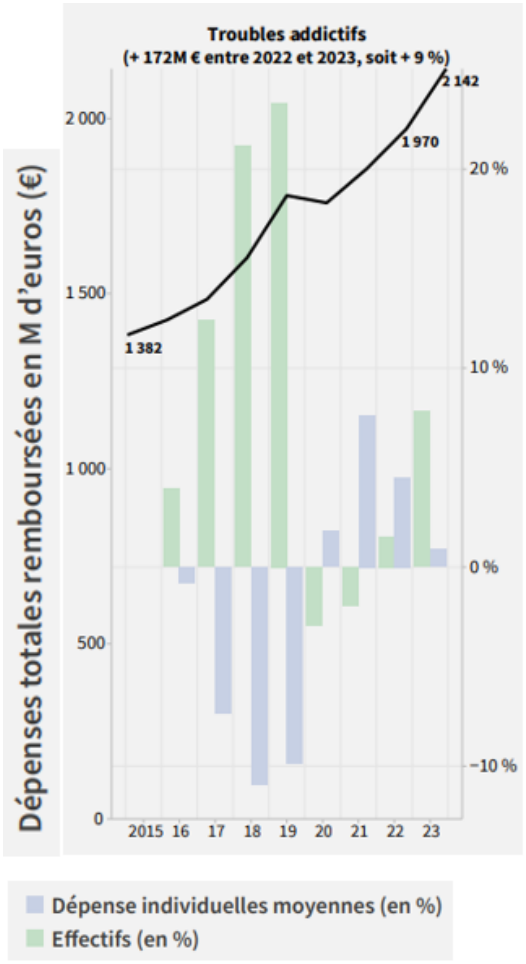
Source : Cartographies de la Cnam (version de juillet 2025) [120]

[119] Le coût des vies perdues est calculé à partir de la mortalité (respectivement 41 080, 73 189, 1 230) et du coût fixé pour une année de vie perdue (115 000 euros).

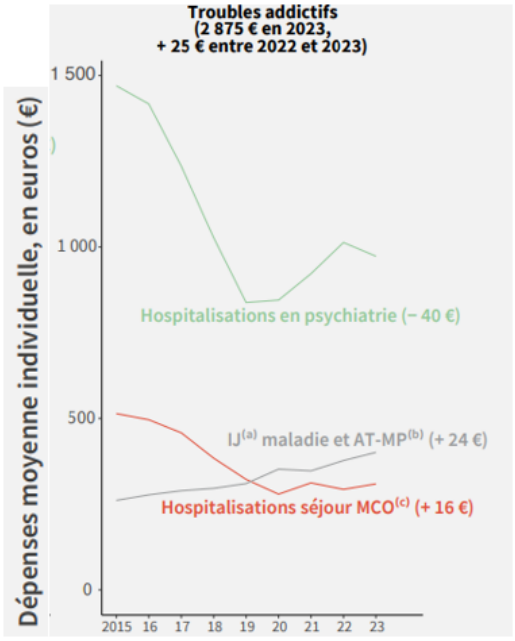
[120] Assurance Maladie. Points de repère n°56 - juillet 2025 • Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2023 : une analyse médicalisée

[34] Les dépenses de l'Assurance Maladie[121] attribuées à la prise en charge pour troubles addictifs représentent 1,1 % des dépenses globales tous régimes confondus en 2023, soit 1 142 millions d'euros dont 19 % pour les soins de ville, 57 % pour les dépenses hospitalières et 24 % pour les prestations en espèces. L'Assurance Maladie estime à 2 880 euros par personne la dépense annuelle moyenne remboursée.

Graphique 6 : Evolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) pour les maladies et traitements psychiatriques, entre 2015 et 2023



Graphique 7 : Evolution de la dépense moyenne individuelle des maladies et traitements psychiatriques pour les trois postes dont les évolutions sur la dernière année sont les plus importantes, entre 2015 et 2023



(a) IJ : indemnités journalières
(b) ATMP : accident du travail/maladies professionnelle
(c) MCO : médecines, chirurgies, obstétriques
Remarque : entre parenthèse figure l'évolution de la dépense par individus entre 2023 et 2022 pour le poste en question. Seuls les trois postes avec les évolutions les plus importantes ont été retenus. À noter que l'ensemble des individus repérés dans chaque groupe a été pris en compte dans le calcul des dépenses moyenne par poste.

Champ : *tous régimes - France entière*
Source : *La mission à partir des cartographies de la Cnam (version de juillet 2025)*[122]

[121] Assurance Maladie. (2025). Personnes prise en charge pour troubles addictifs en 2023. Fiche pathologie
[122] *Ibid*. A noter la prise en compte dans les dépenses remboursées des traitements de substitution nicotinique (TSN) au-delà d'un minima de 3 délivrances dans l'année avec une facilitation du recours aux TSN à partir de 2018.

[35] Entre 2015 et 2023, l'Assurance Maladie indique un taux de croissance annuel moyen (TCAM) des dépenses attribuables aux troubles addictifs de 5,63 %, soit un taux inférieur au TCAM des effectifs de personnes prises en charge (7,7 %). L'évolution de la dépense annuelle moyenne remboursée par personne est de -1,98 %. Ainsi, si l'augmentation des dépenses s'explique par l'augmentation des effectifs, la dépense moyenne par personne pour la prise en charge d'un trouble addictif diminue.

2 Les enjeux de la prise en charge des conduites addictives

[36] L'existence d'un continuum de situations entre consommation, consommation à risque et addiction rend difficile l'identification du public concerné par une addiction, avec ou sans substance et d'en qualifier les besoins, sachant par ailleurs que toute consommation n'aboutit pas nécessairement à une prise en charge spécialisée. La prise en charge d'un trouble lié à l'usage d'une substance ou d'une addiction comportementale est intimement liée à la temporalité du patient et s'intègre dans un accompagnement global et la recherche d'une alliance thérapeutique.

[37] Compte-tenu de l'épidémiologie des conduites addictives, décrite ci-dessus, de ce continuum depuis le non-usage jusqu'au trouble de l'usage, et de la diversité de situations, les enjeux liés à la prévention primaire et au repérage précoce des addictions sont majeurs.

[38] S'agissant de la prévention, et même si ce n'est pas le cœur des travaux portés par ce rapport, la mission rappelle l'existence d'actions de prévention primaire probantes sur les déterminants de santé que sont le tabac et l'alcool[123], ainsi que des actions probantes visant le renforcement des compétences psycho-sociales[124]. Par ailleurs, la démarche anglo-saxonne *Making Every Contact Count (MECC)* « constitue une référence et devrait contribuer à mieux ancrer la prévention primaire dans les pratiques des établissements de santé » et à travers la modification de comportements, contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité évitables[125]. Le lancement prochain d'une phase pilote de la démarche *MECC* dans des établissements de santé volontaires est envisagé par le ministère.

2.1 Le repérage précoce, maillon essentiel pour amorcer une prise en charge

[39] Dans le cadre de ses travaux, la mission a considéré que le repérage d'une conduite addictive marque le début du parcours de prise en charge. Les circulaires de 2007 et 2008 (voir annexe 2), prévoient un rôle en la matière des trois secteurs (ville, hôpital, médico-social) dans le cadre d'un dispositif conçu pour permettre une diversité d'entrées.

[40] En particulier, la circulaire de 2008 souligne le rôle « pivot » du médecin traitant en matière de repérage comme d'évaluation et d'accompagnement des personnes concernées par les addictions. Or les données disponibles montrent que si ce repérage apparaît bien assuré s'agissant de la consommation de tabac (dans 66 % des consultations pour chaque patient), il n'est pas aussi systématique pour l'alcool (43 %) et encore moins pour le cannabis (24 %).

[41] L'outillage et l'accompagnement de ces professionnels restent un enjeu important, qui mobilise les acteurs de l'addiction (en complément de la formation de ces professionnels, développée dans l'annexe 3). Ainsi, outre les recommandations de la HAS, le Collège de la Médecine Générale a élaboré un « kit addictions »[126], en partenariat avec la MILDECA. D'autres initiatives, d'acteurs nationaux, des

[123] Rapport Igas. (2024). Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé
[124] Compétences psychosociales : publication d'un référentiel sur l'état des connaissances scientifiques et théoriques
[125] Op. Cit. Rapport Igas (réf. 39)
[126] MILDECA | Un « kit addictions » pédagogique pour faciliter la prise en charge des patients

instances ordinales, ou des grandes associations du champ de l'addictologie (tableau 3 ci-après) viennent en complément et proposent un matériau complet et actualisé à la disposition du public final (les professionnels de santé) ou des réseaux et formateurs. Ces travaux peuvent être également conduits au niveau régional, comme en Pays de Loire (SRAE addictologie).

Tableau 3 : Principaux outils pour les professionnels du premier recours

	Outils	Contenu
HAS	Recommandations sur la prévention, le repérage et accompagnement, etc. avec des abords populationnels, par typologie de structures, ou par conduite addictive	Recommandations de bonnes pratiques : prévention, RPIB, accompagnement par le 1er recours, RdRD, continuité des parcours, précarité, droits des personnes, articulation avec les spécialistes, etc. & Fiches outils RPIB
Collège de Médecine Générale (partenariat avec la MILDECA)	Kit Addictions : Fiches pratiques pour accompagner les médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des conduites addictives	Repérage des consommations, évaluation du risque, intervention brève (RPIB), critères d'orientation ; 10 thèmes (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, opioïdes, ados, pathologies duelles, périnatalité, écrans, JAH) - Approche pragmatique, dialogue clinique, décision d'orientation
MILDECA	Guides « Drogues illicites », nouveaux produits, protoxyde d'azote	Information clinique, risques, posture de RDRD, orientation
Ordre des médecins & pharmaciens	Recommandations ordinales TSO Et pour les pharmaciens uniquement : outils du Cespharm	Sécurisation, prescription, suivi des traitements de substitution aux opioïdes
Fédération Addiction	Ressources professionnelles (repérage, RdRD, parcours)	Logiques de parcours, réduction des risques, articulation ville–CSAPA
Association Addictions France	Fiches et Capsules « Repères »	Focus produits et situations (CBD, protoxyde, TSO, psychotraumatisme…)
Intervenir Addictions (en lien avec Fédération Addiction)	Portail d'appui aux professionnels du 1er recours regroupant de nombreux outils et supports (aborder, repérer, intervenir et orienter)	Repérage précoce, évaluation standardisée, suivi
SRAE Addictologie (régional)	Fiches 1er recours, opioïdes, stimulants, cannabinoïdes	Aide à la prescription, repérage, orientation territoriale
RESPADD	Outils thématiques (alcool, tabac, milieu professionnel)	Prévention, repérage et accompagnement contextualisé

Source : Elaboré par la mission

[42] Des outils de référence internationaux existent également, comme le référentiel de formation de l'OMS pour la formation des infirmiers en addictologie et santé mentale[127].

[43] Il n'y a pas de suivi à date de l'utilisation (ou non) de ces outils par les professionnels du premier recours, hormis des enquêtes déclaratives et ciblées (ex. du Cespharm pour les outils diffusés aux pharmaciens).

[44] Pour les médecins, l'Assurance Maladie a intégré dans la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des indicateurs déclaratifs, notamment sur le repérage de conduites addictives pour tabac et l'alcool (tableau 3). Elle renvoie s'agissant des bonnes pratiques et outils aux recommandations de la HAS.

Encadré 1 : Indicateurs liés aux conduites addictives de la Rosp[128] médecin

Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)

Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
60 %	≥ 75 %	5 patients	20

Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)

Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
60 %	≥ 75 %	5 patients	20

Source : Site Assurance Maladie – La Rosp du médecin traitant de l'adulte

Le volet prévention du nouveau Forfait Médecin Traitant (FMT)[129], succédant à la ROSP à partir de 2026, ne prévoit pas, à ce jour, d'indicateur lié aux conduites addictives, qu'il s'agisse de repérage ou de suivi.

[45] Dans l'enquête du Panel d'observation des pratiques de prévention et de prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes libéraux menée en 2020 par l'ORS Pays de la Loire[130], un tiers des généralistes connait la démarche de Repérage précoce et intervention brève (RPIB) sur les consommations de tabac, alcool et cannabis et près de 70 % d'entre eux l'emploient auprès de leurs patients concernés.

[46] L'efficacité du repérage précoce avec intervention brève (RPIB)[131] a été démontrée et a fait l'objet de plusieurs rapports, recommandations et mise à disposition d'outils [132], en particulier à l'attention des professionnels de premier recours :

- Compte-tenu de la prévalence des conduites addictives, le repérage « opportuniste » se heurte aux représentations sociales et a ses limites. Il est souvent trop tardif. Tout contact devrait être l'occasion d'un repérage précoce ;

[127] Educating medical and nursing students to provide mental health, neurological and substance use care: A practical guide for pre-service education

[128] La Rosp disparait en 2026

[129] Annexe 7 de la convention médicale du 20 juin 2024

[130] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2021). Les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire face aux conduites addictives de leurs patients. *Alcool, tabac et cannabis. N° 29. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale*. Echantillon représentatif de 427 médecins généralistes des Pays de la Loire

[131] Modèle développé par l'OMS

[132] reco403_fiche_outil_2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_11_v0.pdf

- L'amélioration du repérage par les professionnels du premiers recours nécessite un soutien de ces professionnels dans leurs pratiques, avec en particulier leur formation au RPIB[133], incluant l'orientation si nécessaire vers une structure ou un acteur de soins adapté[134].

[47] Le dispositif « Mon bilan prévention » pourrait être un levier intéressant pour le repérage des conduites addictives, quoique différents freins soient identifiés, tels que sa lente montée en charge, la priorisation de l'entretien avec le professionnel de santé sur un ou deux sujets, ou encore l'absence de suivi des orientations et d'évaluation du dispositif.

La sollicitation croissante des professionnels de santé pour des problématiques d'addictions aux jeux a fait émerger la nécessité d'augmenter le repérage et d'améliorer la prise en charge spécialisée, coordonnée et globale des patients concernés et de leur entourage. En miroir de ce constat, il y a une nécessaire montée en compétences, y compris en CSAPA, des professionnels, parfois déstabilisés par ces situations d'usages problématiques pour lesquelles il n'y a pas de traitement médicamenteux. Certaines régions, avec l'impulsion de l'ARS, bénéficient de ressources spécialisées, avec un objectif de montée en compétence collective.
La mission a ainsi rencontré lors de ses déplacements le Pôle de ressource Régional des Addictions Comportementales (PosRAC) en Bretagne ainsi que le Pôle Régional de Spécialisation sur les Addictions aux Jeux (PRéSAJ) dans les Hauts-de-France (HDF), qui ont notamment des missions de recours et d'expertise.
En Hauts-de-France, le dispositif pluridisciplinaire PRéSAJ mobilise les expertises de 2 CHU, 1 EPSM, 7 CSAPA référents et 1 réseau d'échange de pratiques. Les 7 CSAPA référents sont dotés d'un binôme spécialisé psycho-social financé par l'ARS. Constitués sur le principe du volontariat, ces binômes assurent, outre des actions de prévention auprès du grand public, des consultations de patients joueurs[135]. Un point à souligner : la structure demandeuse reste le pivot de la prise en charge du patient.
En Bretagne, l'organisation diffère avec 3 niveaux, en cours de consolidation : territorial, départemental et régional. Les moyens ont été consolidés afin que tous les CSAPA accueillent les addictions comportementales (hors troubles du comportement alimentaire), et en cas de difficultés, le CSAPA fait appel au niveau de coordination départementale pour un avis, voire basculer une prise en charge : l'objectif est donc un recours gradué au niveau départemental. Le PosRAC est davantage à l'interface entre le national et le départemental, avec des missions d'expertise et de veille scientifique.

[48] Enfin, à côté des outils de repérage validés, de nombreux outils numériques à l'attention des usagers co-existent, sans toutefois qu'ils aient systématiquement fait l'objet d'une évaluation indépendante. Dès 2019, un rapport *e-Santé et Addictions* réalisé par le Fonds Actions Addictions et remis à la MILDECA[136] proposait un déploiement gradué d'outils permettant de partir des besoins des usagers. Aujourd'hui, à côté du dispositif « ADALIS » Addictions Drogues Alcool Info Service piloté par Sante publique France (SpF), les usagers peuvent avoir accès à de multiples applications, parfois thématiques et/ou territoriales dont les objectifs sont variables (information, sensibilisation, repérage, suivi des consommations, accompagnement). Un exemple est l'expérimentation Article 51 *OZ*

[133] Le RPIB concerne les 3 substances psychoactives les plus consommées en France : alcool, tabac et cannabis
[134] Microsoft Word - Argumentaire Agir en 1er recours pour diminuer le risque alcool
Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool · Inserm, La science pour la santé- Expertise collective de l'Inserm relative à la réduction des dommages associés à la consommation d'alcool
[135] PréSAJ Bilan 2024 : 359 patients joueurs (jeux d'argent, jeux vidéo) et 61 personnes de l'entourage pour un total de 1898 consultations de patients et 125 consultations entourage.
[136] Rapport *Addictions : la révolution de l'e-Santé pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge*. Sous la terminologie e-Santé avaient été explorées différentes composantes telles que téléphone, web, téléconsultation, applications mobiles, plateformes, système d'information, big data et IA)

s'adressant aux usagers d'alcool dépassant les repères de consommation. Lancée fin 2025 dans trois régions, sur trois ans, elle comporte trois composantes : une application mobile, une cellule de premier contact à distance (via une infirmière diplômée d'Etat - IDE) et une cellule de télédiagnostic médico-psychologique avant une éventuelle orientation de proximité. Une évaluation externe sera réalisée à la fin l'expérimentation.

2.2 Des enjeux liés aux évolutions des consommations et à leurs conséquences sanitaires

[49] L'évolution permanente des conduites addictives sur le territoire français nécessite une forte réactivité des pouvoirs publics[137] et souligne la place fondamentale des centres d'addictovigilance, ainsi que des dispositifs d'observation des signaux d'alerte socio-sanitaire tels que TREND et SINTES[138], avec si besoin un lien du point focal de la France qu'est l'OFDT avec l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA). Celle-ci indique la disponibilité d'une « gamme plus diversifiée de substances, souvent très puissantes et très pures, qui présentent de nouveaux risques pour la santé publique. »[139]

2.2.1 Une augmentation des polyconsommations, des comorbidités plus fréquentes, et des prises en charge qui se complexifient

[50] La hausse des polyconsommations et la complexité des situations impliquent une démarche d'accompagnement global et pluridisciplinaire des publics concernés, mais également une adaptation des modalités d'accueil et de prise en charge, ainsi que de réduction des risques.

[51] Dans le secteur spécialisé médico-social, comme à l'hôpital, les équipes rencontrées par la mission ont souligné cette complexité croissante avec davantage de poly-addictions (notamment alcool et cocaïne), de comorbidités, de difficultés sociales et de grande précarité. Cette intensification a été particulièrement notée depuis la crise du Covid-19.

[52] Le graphique ci-dessous illustre la prévalence des comorbidités chez les personnes prises en charge, avec en tête maladie psychiatrique et maladie cardio-neurovasculaire[140].

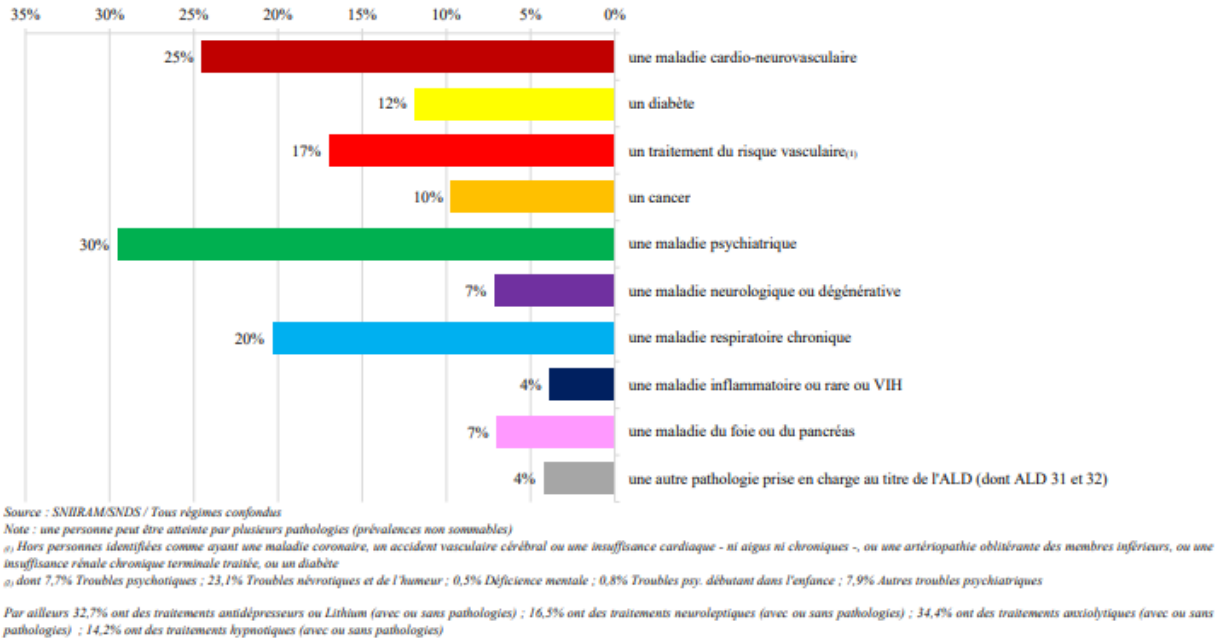
[137] Dispositif d'alerte national « Signal Drogues » coordonné par la direction générale de la santé (DGS)

[138] SINTES : dispositif permettant la surveillance de la composition de produits psychoactifs collectés au plus près des usagers de drogues – TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

[139] Comprendre le phénomène des drogues en Europe en 2025 – principales évolutions (Rapport européen sur les drogues 2025) | The European Union Drugs Agency (EUDA)

[140] A noter parmi les facteurs de risque moins fréquents mais parfois méconnus d'accident vasculaire cérébral en particulier chez les jeunes : la consommation régulière de cannabis, la consommation, chronique ou aigüe, de cocaïne ou d'ecstasy, ou encore l'absorption excessive d'alcool sur une courte durée.

Graphique 8 : Parmi les personnes prises en charge pour troubles addictifs, pourcentage de personnes avec au moins…



Source : Assurance Maladie – Etudes et données – Fiche « Troubles addictifs » en 2023

[53] L'augmentation des poly-addictions ne doit pas occulter, mais au contraire renforcer la prise en charge de l'addiction au tabac, dont le rôle délétère sur les co-addictions et autres comorbidités notamment psychiatriques est connu et pour laquelle il existe des traitements facilement prescriptibles et accessibles.

[54] La question du tabagisme et du sevrage tabagique est un levier majeur pour faciliter la sortie des usages problématiques des autres substances[141]. Par ailleurs, s'il s'agit de la première cause de morbi-mortalité (cancers, pathologies cardiovasculaires et broncho-pulmonaires, etc.), l'addiction au tabac a également un impact direct sur l'efficacité des traitements de nombreuses maladies[142], ce qui renforce la nécessité de sa prise en charge. Cela implique une intégration plus forte de cette problématique de manière transversale, notamment au sein des spécialités les plus concernées, et idéalement au niveau macro au sein des établissements de santé (sur le modèle « Hôpital sans tabac ») et sur l'ensemble du territoire national. Si la thématique du tabac est souvent utilisée par les professionnels rencontrés, tous secteurs confondus, pour aborder les addictions, la proposition et mise en place d'un accompagnement pour le sevrage n'est, en pratique, pas systématique en cas de comorbidités et/ou poly-addictions, y compris lorsque le patient est hospitalisé. La Société Française de Tabacologie dans un document transmis à la mission, souligne une « *trop grande hétérogénéité des Hôpitaux dans ce domaine (…). Les prescriptions de substituts sont le plus souvent sous-dosées, d'où l'importance de protocoles adaptés* ». Elle appelle à une « *organisation systématique* » et à « *l'intégration de la prise en charge du tabagisme dans le Manuel de certification HAS* ».

[141] MJ Parks, et al. (2025). Cigarette Smoking During Recovery from Substance Use Disorders. *JAMA Psychiatry*
Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004). A Meta-Analysis of Smoking Cessation Interventions With Individuals in Substance Abuse Treatment or Recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(6), 1144–1156
[142] 3-Kroon LA. (2007). Drug interactions with smoking. *Am J Health Syst Pharm.*;64(18):1917-21

[55] Par ailleurs, s'agissant de l'alcool, le repérage et la prise en charge des patients dépassant les repères de consommation ou admis aux urgences dans un contexte d'intoxication éthylique aigüe gagneraient à être renforcés et aussi précocement que possible. La chronicité des troubles liés à l'usage de l'alcool implique une inscription des soins dans un temps long, avec parfois des prises en charge répétées, comme en témoigne l'analyse des données relatives aux trajectoires des patients hospitalisés pour un diagnostic lié à l'alcool en 2023[143] (annexe 5). Cette chronicité avec des périodes de rechute, de ruptures de soins, des besoins éventuels de soins intensifs, peuvent amener les équipes hospitalières à des « stratégies ciblées » leur permettant de prendre rapidement en charge ces patients connus de leur service[144]. Elle nécessite d'être prise en compte et les bonnes pratiques identifiées, en particulier l'organisation de la sortie d'une hospitalisation du sevrage et l'accompagnement mis en place.

2.2.2 Une augmentation des pathologies duelles et des comorbidités psychiatriques

[56] Les pathologies duelles sont définies par la co-occurrence d'un trouble de l'usage de substances psychoactives et de troubles psychiatriques chez un même patient. D'après la HAS, elles concerneraient environ 3 % de la population générale[145]. Il est classiquement admis qu'environ 40 à 50 % des personnes qui souffrent d'addiction présentent aussi un trouble de la santé mentale[146]. De même, 20 à 30 % des personnes souffrant d'un trouble de la santé mentale ont un trouble de l'usage[147]. Ces associations peuvent être majorées dans le cas de troubles bipolaires et troubles schizophréniques. D'après la HAS, 40 à 60 % des personnes des personnes ayant des troubles bipolaires auraient une comorbidité addictive, avec un risque multiplié par 5 de présenter un trouble lié à l'usage de substances par rapport à la population générale ; et les personnes avec troubles schizophréniques auraient également un risque majoré[148].

[57] Cette co-occurrence, qui a des conséquences pronostiques défavorables, peut être fortuite ou induite. Dans ce dernier cas, les troubles psychiques peuvent être un facteur d'entrée dans l'addiction comme la conséquence de celle-ci, et venir même l'aggraver[149], selon les facteurs de risque et les vulnérabilités préexistantes. La complexité des situations cliniques peut être source de retard diagnostic et la co-occurrence conduit à un pronostic et une évolution plus sévères que celui de chacun des troubles pris isolément.

[58] Du fait de la synergie entre les deux pathologies, les pathologies duelles peuvent avoir des conséquences psychosociales majorées et impacter le parcours des personnes concernées, avec en particulier une augmentation des recours aux urgences et des hospitalisations[150]. Elles nécessitent une prise en charge spécialisée spécifique, complexifiée par une moindre adhésion de ces patients aux traitements et davantage de rechutes. Cette prise en charge est fondée sur des soins coordonnés, au

[143] Analyse réalisée avec l'appui du pôle DATA de l'IGAS

[144] OFDT. (2025). Enquête TUPSALCO (Trajectoires d'usages et parcours de soin : regards croisés des professionnels et des usagers d'alcool)

[145] HAS. (2025). Usage des substances psychoactives : prévention en milieu professionnel

[146] Regier et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* – Exemple TUA et troubles de l'humeur ou troubles de la personnalité (40 % respectivement) ou troubles anxieux (33 %)

[147] Ex. de la schizophrénie : 4,6 fois plus de problèmes d'addiction que les personnes sans maladie psychiatrique

[148] HAS. (2025). Programme pluriannuel. Santé mentale et psychiatrie. Thème 7

[149] Reynaud, M. (2009). Addictologie et psychiatrie : allons-nous enfin célébrer un mariage de raison ? *L'information psychiatrique*, vol. 85, n° 7

[150] Benyamina, A. (2018). Pathologie duelle, actualités et perspectives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Volume 176, Issue 8, Pages 742-745

mieux conjoints. Le coût sociétal des pathologies duelles est important et elles constituent un véritable enjeu en termes de santé publique[151].

Un exemple de coordination psychiatrie – addictologie au CHU de Montpellier (Occitanie) rencontré par la mission :
Dans le cadre d'une restructuration du CHU et visant une prise en charge « intégrée » des pathologies duelles, le Département d'addictologie (CSAPA UTTD, consultations, service d'hospitalisation) a intégré le pôle de psychiatrie et pédopsychiatrie du CHU avec l'enclenchement d'une dynamique forte entre les unités, une meilleure visibilité du service d'addictologie par les usagers et les professionnels. Ainsi en 2024, l'activité de consultation du médecin psychiatre au CSAPA-UTDD a quasi doublé. De même le nombre de consultations des psychologues au CSAPA a doublé. En parallèle, la coordination centralisée des parcours a été renforcée par le lien entre l'infirmière et l'assistante sociale de consultation, l'infirmière de coordination des unités d'hospitalisation et l'infirmière en pratique avancée du CSAPA-UTDD.

[59] Une limite largement constatée par la mission, documentée par ses observations de terrain, les entretiens réalisés, et par l'enquête conduite auprès des CSAPA et CAARUD, est le manque signalé, voire la pénurie de ressources en psychiatrie (hôpital et ville) complexifiant la prise en charge des comorbidités psychiatriques. Les contraintes imposées (en particulier le sevrage avant prise en charge psychiatrique) sont regrettées mais comprises comme permettant aux services de psychiatrie, en tension constante, de limiter les flux entrants. Cette situation contraint et conditionne l'articulation entre les services d'addictologie (hôpital et médico-social) et la psychiatrie, et la prise en charge des pathologies duelles. Certains interlocuteurs de la mission ont cité toutefois des bonnes pratiques, notant que le levier de la formation des psychiatres en addictologie permet d'envisager de « faire entrer l'addictologie en psychiatrie ».

[60] Les recommandations à venir de la HAS sont attendues pour l'amélioration du repérage et des parcours des personnes concernées. A cet effet, l'identification des leviers effectifs d'une meilleure articulation psychiatrie-addictologie, ainsi que l'implication et la coordination des trois secteurs ville – hôpital et médico-social spécialisé seront primordiaux.

[61] La HAS a ainsi inscrit la thématique des pathologies duelles dans son programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030[152], avec trois sujets déjà cadrés suite à une saisine conjointe DGS/DGOS :

- le repérage et la prise en charge des troubles addictifs chez les personnes ayant un trouble schizophrénique ou un trouble bipolaire ;
- le repérage et la prise en charge d'un trouble schizophrénique et d'un trouble bipolaire chez les personnes présentant une addiction ;
- les modalités de prise en charge intégrée des personnes ayant un usage problématique de cannabis et/ou fumeurs intenses de tabac présentant un trouble schizophrénique.

[151] National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] (2017)
[152] Thème 7 du programme HAS : « Santé mentale, psychiatrie et addictions » avec 2 volets : volet *Pathologies duelles : repérage et prise en charge des comorbidités addictives chez les personnes avec troubles schizophréniques ou bipolaires* et volet *Repérage de tous les usages et accompagnement de chaque personne dès le premier recours pour diminuer le risque alcool pour tous.* Pour ce dernier volet les recommandations à venir sont celles concernant les jeunes. Les recommandations dédiées à la population générale et aux femmes ayant été publiées respectivement en 2023 et 2025

2.2.3 Un vieillissement prématuré de la population concernée et des troubles cognitifs à prendre en charge

[62] Les troubles cognitifs sont une complication importante des consommations de produits psychoactifs et peuvent exister quelles que soient les substances consommées. Or l'existence de tels troubles impacte la capacité du patient à se prendre en charge, peut favoriser les consommations et donc les rechutes, contribuant ainsi au cercle vicieux de l'addiction et accélérer la perte d'autonomie.

[63] Les troubles cognitifs les plus connus et étudiés sont ceux liés à l'alcool (trouble de l'usage de l'alcool TUA). Il a notamment été démontré que le TUA est un facteur de risque majeur pour l'apparition de tous types de démence, avec un risque de développer une démence multiplié par 3,3 par rapport à la population générale, quel que soit le sexe[153]. Cette association TUA et démence est particulièrement forte pour la démence avant 65 ans dite démence précoce. Selon plusieurs études, 50 à 70 % des patients hospitalisés pour une dépendance à l'alcool présenteraient des déficits cognitifs dont 10 % seraient sévères[154]. Les troubles cognitifs liés à l'alcool peuvent non seulement constituer un frein à la prise en charge addictologique, en lien avec une moindre motivation pour le soin ou encore des difficultés à intégrer les informations données, mais également constituer une vulnérabilité accrue au risque de rechute[155].

[64] La toxicité de l'alcool sur le cerveau répond à différents mécanismes, peut être amplifiée par d'autres facteurs (carences vitaminiques, lésions vasculaires, etc.)[156] et est accrue, pour ce qui est de la perte neuronale, à des occasions telles que le sevrage.

[65] Le fait que les lésions cérébrales soient plus graves après plusieurs sevrages et que la gravité du sevrage soit un facteur prédictif de rechute[157] plaide en faveur d'un dépistage le plus précoce possible de ces troubles.

[66] Les troubles cognitifs peuvent apparaitre tôt dans la maladie[158] or il existe très peu de structures adaptées pour des sujets encore jeunes (40-50 ans), parfois dans des situations d'extrême précarité, présentant des troubles cognitifs majeurs. Les soignants se retrouvent alors démunis, soulignant l'enjeu prégnant prendre en charge ces patients avant l'installation de tels troubles.

[67] Il existe à ce jour peu d'études scientifiques relatives aux prises en charge de ces patients en France[159], mais l'évaluation neuropsychologique et la remédiation cognitive dans le cadre d'un accompagnement ciblé et pluridisciplinaire semblent appartenir au socle essentiel de ces prises en charge. Ils sont d'ailleurs inscrits dans le cahier des charges de la prise en charge en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive[160] dits SMR reconnus experts.

---

[153] Schwarzinger M et al. (2018). Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health*

[154] Dematteis & Pennel (2018) / Le Berre, Fama, & Sullivan (2017)

[155] Le Berre et al. (2013) / Perney P. (2014) / Beaunieux et al. (2013) / Cabe et al. (2016)

[156] Vabret F et al. (2016). Neuropsychologie et neuro-imagerie des troubles chroniques de l'usage de l'alcool. *Traité d'addictologie. Chap 61 : 458-463.*

[157] Perney P. (2014). Troubles neuropsychologiques dans les addictions : dépistage, évolution et pronostic. *European Psychiatry*. 29(S3):534-534

[158] Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. (2020). Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacol Biochem Behav*. 192:172906

[159] Alcohol Abuse Disorder/ IRESP, NeuroAddict

[160] Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/21 du 15 novembre 2023

[68] L'OFDT, dans le cadre de l'enquête TUPSALCO[161] s'est intéressé, avec une approche sociologique qualitative, aux pratiques professionnelles dans les structures de prise en charge intensives de personnes avec un trouble de l'usage de l'alcool sévère (services d'hospitalisation pour sevrage, soins médicaux et de réadaptation en addictologie SMR-A et hôpitaux de jour en addictologie HDJ-A). Il est souligné un socle commun d'interventions médico-psycho-sociales, avec un modèle dominant fondé sur l'approche neurobiologique. Cependant les auteurs témoignent au sein de ce modèle de deux approches distinctes, pouvant renvoyer aux patients des « *modèles de pouvoir d'agir et de déstigmatisation différents* » : « *Dans un cas, l'idée est de troquer le stigmate moral d'alcoolique contre celui, déculpabilisant, de malade devant maintenir l'abstinence. Dans un autre, le patient est invité à se détacher de l'étiquette de dépendant à vie, en travaillant les composantes psychologiques et sociales de l'addiction*. ». Les auteurs soulignent que ces différences d'approche des professionnels peuvent avoir une influence sur les trajectoires d'usage. Par ailleurs, il ressort également de cette analyse des besoins de soins insuffisamment couverts s'agissant de patients en grande précarité et avec des troubles psychiatriques co-occurrents.

[69] L'étude statistique menée par le pôle data de l'Igas et présentée en annexe 5 du présent rapport vient apporter un éclairage complémentaire sur les trajectoires des patients hospitalisés pour un diagnostic lié à l'alcool[162].

Un exemple de parcours de prise en charge dans les Hauts-de-France avec un partenariat entre les Hôpitaux Publics de l'Artois et la Clinique de la Chênaie (Pas-de-Calais)[163] **:**
La mission a rencontré les équipes d'un projet partenarial public-privé dans le cadre d'une prise en charge en SMR-A innovante. L'âge médian des patients accueillis est de 46 ans, avec environ 35 % de femmes et 8,3 % de moins de 29 ans, et la prise en soins de patients précaires (39 % C2S et 29 % de difficultés liées au logement). Si toutes les addictions sont prises en charge, l'alcool représente 84 % des hospitalisations complètes (HC) et 59 % des hospitalisations de jour (HDJ), les TCA 9 % des HC et 37 % des HDJ et la cocaïne 3 % des HC. La durée de la prise en charge est adaptée au regard des comorbidités et des données socio-environnementales du patient, sachant que 9 patients sur 10 ont une comorbidité psychiatrique. Si 63 % des patients viennent d'unités de sevrage, 20 % sont adressés par la psychiatrie et 13 % par les structures médico-sociales spécialisées. L'équipe rencontrée souligne l'importance d'une prise en soins conjointe psychiatrie-addictologie. La prise en charge pluridisciplinaire se fait en 3 étapes distinctes, avec notamment un abord psycho-corporel, et est séquencée par des phases « d'exposition » progressives visant un objectif de réinsertion. L'évaluation du modèle est fortement attendue.
S'agissant du financement des SMR en addictologie, il semble que les financements des SMR-A ne soient pas différenciés selon les besoins médicaux des patients pris en charge sauf en cas de troubles cognitifs sévères liés à l'alcool. Ce point serait à approfondir, dans un contexte de hausse importante des pathologies duelles.
Enfin, le territoire a su conserver son attractivité avec en particulier des postes partagés publics-privés.

[161] Protais C., Milhet M. (2025). Les prises en charge intensives de personnes avec un trouble de l'usage d'alcool sévère. *OFDT, coll. Notes de résultats*
[162] Diagnostic principal ou relié
[163] Données de l'établissement clinique de la Chênaie pour l'année 2025 de janvier à novembre. Ouverture du SMR-A été 2023

2.3 L'enjeu majeur de la coordination des parcours et des acteurs

[70] La multiplicité des portes d'entrée [*médecine de ville ; Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ; CAARUD ; consultations jeunes consommateurs (CJC) ; consultations hospitalières ou urgences*] dans un parcours de prise en charge, ainsi que la multiplicité des acteurs [*soins primaires et soins de spécialité, psychiatrie et addictologie, accompagnement social*] associés à des délais d'attente parfois importants impose une indispensable et forte coordination des parcours individuels des usagers, dans une logique de prise en charge de proximité, globale et de gradation des soins.

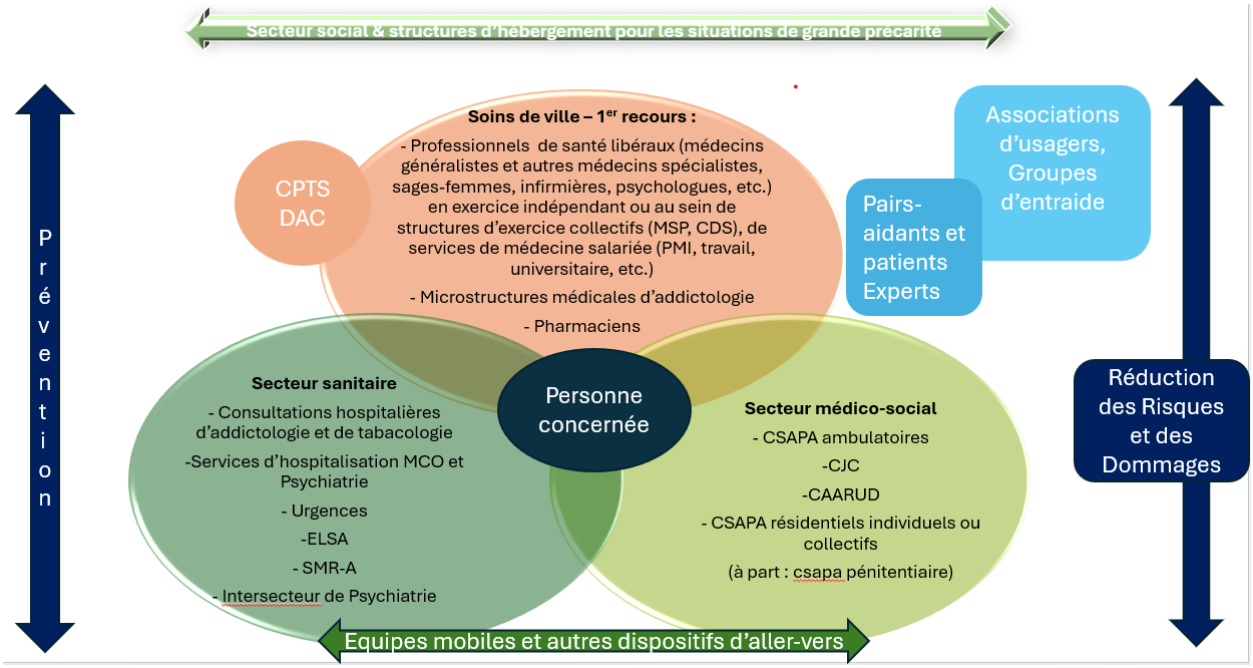
Un exemple rencontré par la mission de partenariat entre les acteurs des 3 secteurs : le Conseil Addictologique des Côtes-d'Armor ou CAC 22 :
Le CAC 22 a été créé en 2021 à la maille départementale dans le cadre d'une fiche action du Projet territorial de santé mentale (PTSM) avec des représentants du sanitaire, médico-social, social, associations, usagers, et au niveau institutionnel : DDARS, DEETS et CD. Il a intégré le GCS santé mentale en 2024. Créé initialement dans un contexte de fort taux de recours aux soins en addictologie, le CAC a des objectifs d'interconnaissance, de culture commune, de lisibilité et accessibilité de l'offre. Sur ce dernier point, un des enjeux est la diminution des délais de prise en charge et l'adaptation aux besoins spécifiques tels que les âges extrêmes, les troubles cognitifs, le handicap, ou encore les addictions sans produits.

[71] Le poids et l'importance de cette coordination ville – hôpital - structures médico-sociales spécialisées sont majorés en cas de pathologie duelle ou autre comorbidité et de grande précarité.

2.3.1 Les parcours de prise en charge des addictions : proposition de schématisation des acteurs et interfaces

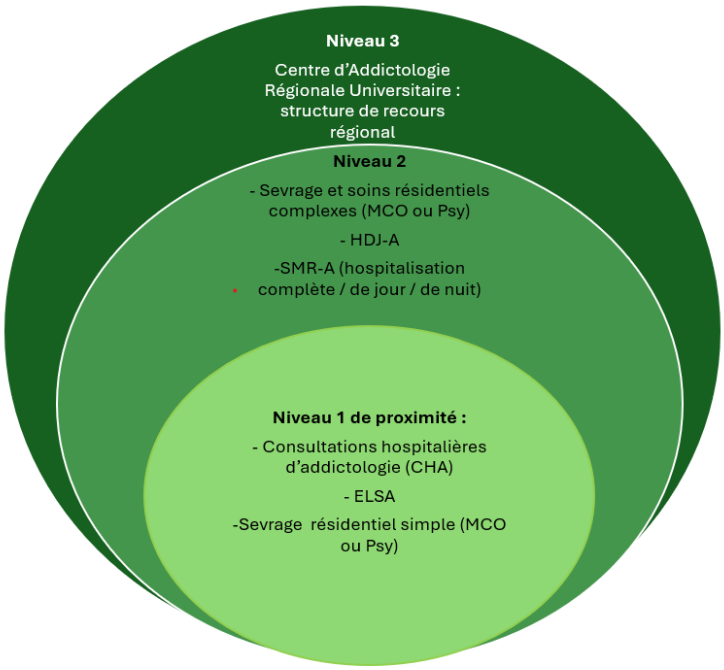
[72] Si chaque parcours est unique, la mission a souhaité synthétiser sous un format graphique les interfaces supposées entre chaque acteur de la prise en charge en addictologie (schéma 11). Ce schéma illustre la multiplicité des acteurs, des portes d'entrée dans le parcours et des interfaces, qui sont autant de risques de rupture de parcours. Les deux schémas préalables (9 et 10) visent, pour l'un, à recenser les principaux acteurs impliqués dans cette prise en charge, pour le second, à rappeler les trois niveaux de la filière hospitalière en addictologie.

Graphique 9 : Les principaux acteurs de la prise en charge en addictologie au sein des territoires



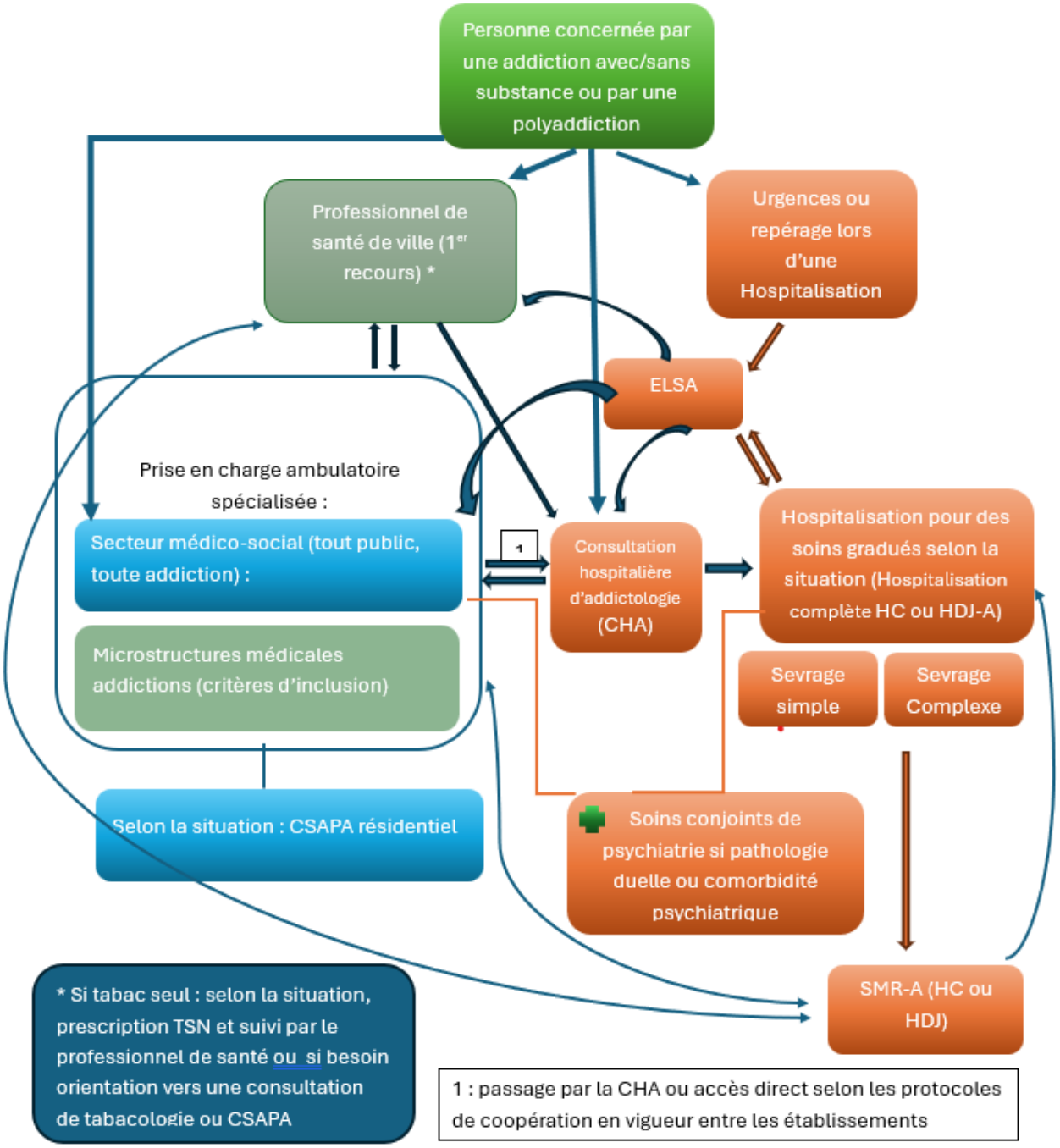
Source : La mission Igas

Graphique 10 : Structuration de la filière hospitalière en addictologie



Source : La mission à partir de la circulaire DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008

Graphique 11 : Schématisation des parcours de prise en charge en addictologie



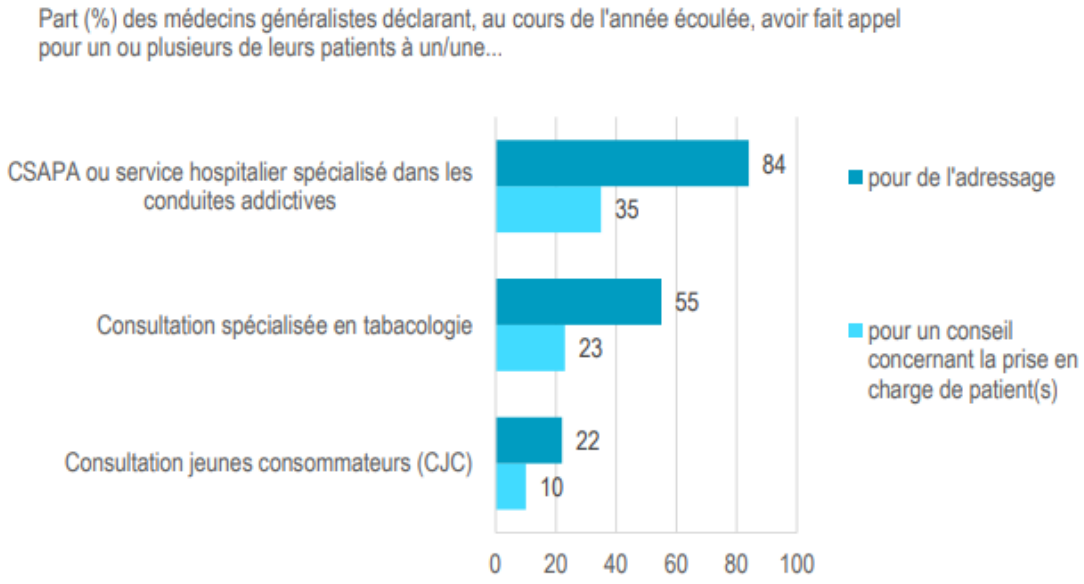
Lecture : Schématisation macro permettant de visualiser la multiplicité des portes d'entrée dans les parcours de prise en charge en addictologie ainsi que des interfaces entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social spécialisé, qui sont autant de risques de rupture de parcours.

Source : La mission

2.3.2 Quels parcours de prise en charge et quelle coordination de ces parcours au sein des territoires ?

[73] L'enquête de l'Observatoire régional de la santé (ORS) Pays-de-la-Loire[164], relative aux médecins généralistes face aux conduite addictives de leurs patients, montre que si les médecins généralistes prennent le plus souvent en charge seuls le sevrage tabagique, les recours aux structures et professionnels spécialisés en addictologie sont fréquents, le plus souvent en lien avec l'adressage de patients (notamment pour la prise en charge des patients ayant une dépendance à l'alcool).

Graphique 12 : Recours des médecins généralistes à des structures spécialisées dans la prise en charge des conduites addictives



Note > CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Lecture > 84 % des médecins généralistes déclarent avoir fait appel, dans l'année écoulée, pour un ou plusieurs patients, à un CSAPA ou un service hospitalier spécialisé dans les conduites addictives pour de l'adressage.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1er janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

[74] De nombreux dispositifs/structures ont un rôle de coordination inscrit dans leurs missions (DAC, CPTS, GHT, CSAPA, SMR-A, ELSA, CLSM, CLS, etc.)[165], au risque parfois d'avoir des positionnements flous et un manque de lisibilité sur un même territoire (coordination macro, coordination pour un patient), aussi bien pour les institutionnels que pour les professionnels et de fait pour les patients. Certains territoires tentent de décloisonner les coordinations[166] en faisant rencontrer et travailler ensemble les coordonnateurs des structures, et cela gagnerait à être déployé dans le champ des addictions. Dans d'autres territoires (exemple du Morbihan[167]), un seul opérateur porte tous les CSAPA

[164] Op.cit.

[165] Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) – Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) – Equipe de Liaison de Soins en Addictologie (ELSA) – Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) – Contrat Local de Santé (CLS)

[166] Exemple en Occitanie, l'ARS organise des réunions régionales des coordonnateurs des CLS et CPTS, avec le souhait d'aller vers un travail en binôme sur un territoire donné

[167] L'Association Douar Nevez porte l'ensemble des CSAPA du département (hors CSAPA hospitalier)

à l'échelle du département, permettant une homogénéisation des outils et modes de concertation avec les partenaires et un interlocuteur privilégié, le médecin coordonnateur.

[75] Lors de ses déplacements en région, la mission a pu constater que la coordination des parcours est au cœur des enjeux de toutes les ARS rencontrées. Des initiatives très diverses de coordination existent, trouvant quasi-systématiquement leur ancrage dans la dynamique historique du territoire, les acteurs impliqués dans le champ de l'addictologie et tenant compte des ressources humaines en santé et des besoins spécifiques identifiés. La complexité des parcours nécessite d'accompagner les professionnels de premiers recours qui peuvent se sentir démunis dans la prise en soin des addictions. Cet accompagnement peut se traduire par un échange autour d'une situation ou par l'appui à la coordination des soins en proximité, et avec l'accord du patient.

[76] Les structures d'exercice collectif (les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé) et les CPTS peuvent à cet effet constituer un levier important, grâce à l'organisation de réunions de coordination transdisciplinaire, ou encore la possibilité de bénéficier de l'appui d'un expert addictologue, en téléconsultation notamment. D'autres dispositifs, selon l'historique et la dynamique du territoire, comme les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), ou des plateformes d'appui ou d'expertise peuvent également apporter un soutien précieux et contribuer à la fluidité des parcours.

Un exemple rencontré en Hauts-de-France : l'association Généralistes et Addictions Hauts-de-France a développé des groupes d'Intervision[168], initialement dans les départements Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie, afin notamment de « *lever les peurs et les blocages envers ces patients complexes* », contribuant à déstigmatiser les patients addicts et favoriser leur prise en charge. Ce type d'accompagnement est à encourager, dans un contexte de nombreux départs en retraite de généralistes, de « *réticence* » parfois des praticiens à réaliser des prescriptions sans avis préalable de la psychiatrie, difficilement compatible avec les ressources actuelles des services de psychiatrie.

[77] Enfin, il convient de souligner l'importance des infirmiers diplômes d'Etat (IDE). L'enquête DGOS de 2022 et l'enquête IGAS auprès des ESMS font apparaître le rôle de premier plan joué par ces acteurs, maillon clé des équipes pluridisciplinaires, à la fois pour l'accueil en premier entretien, le suivi et la coordination des parcours. Les infirmiers en pratique avancée (IPA), sont un dispositif prometteur, mais rencontre des freins, tels que précisés dans l'annexe 3 du présent rapport.

2.3.2.1 Quelle place pour les CPTS dans la coordination des parcours en addictologie ?

[78] S'agissant du premier recours, compte-tenu de la mission de coordination dévolue aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et leur bonne connaissance de leur bassin de population, les CPTS pourraient être un point d'appui dans le cadre d'un parcours de prise en charge en addictologie.

[168] Définition de l'Association GAHDF : « L'Intervision est une réunion multidisciplinaire des différents professionnels des champs sanitaires, psychiatriques, médico-sociaux et sociaux, impliqués dans l'accompagnement d'une personne ayant une problématique d'addiction, en situation complexe. »

Un exemple : la CPTS du Bassin de Thau en Occitanie

Cette CPTS couvrant 13 communes et 121 000 habitants met en place un parcours coordonné en addictologie. Les travaux ont été lancés à l'été 2025 avec l'envoi d'un questionnaire aux professionnels de santé du territoire (médecins généralistes, IDE, pharmaciens, kinésithérapeutes, psychologues) mettant en lumière leur degré de connaissance des dispositifs spécialisés en addictologie et leurs difficultés dans la prise en charge (refus soins, non observance, etc.). Leurs besoins exprimés sont particulièrement centrés sur le parcours de soins et l'orientation : connaitre les ressources du territoire, pouvoir solliciter un avis spécialisé, avoir un soutien à l'hospitalisation notamment. Outre une première soirée de présentation des structures (hôpital, CSAPA, CAARUD) et d'autres prévues sur le RPIB, etc., des groupes de travail ont été mis en place (ex : « Comment réagir devant un patient en décompensation ? »). Par ailleurs, un manuel de l'addictologie a été élaboré avec les ressources du territoire, leurs rôles, coordonnées, permanences. En particulier, l'IDE du CSAPA commence à être identifiée – même si le dispositif est jeune – par certains médecins généralistes, comme interlocutrice privilégiée permettant d'avoir « *un RDV avec l'IDE la semaine suivante, que le patient soit connu ou pas* ».

[79] Outre les objectifs socles valorisés dans l'Accord conventionnel interprofessionnel signé avec l'Assurance Maladie, les CPTS ont le choix de travailler sur des parcours, qui pourront donner lieu à un financement par le Fonds d'intervention régional (FIR) s'ils répondent aux enjeux du territoire et rentrent dans le Projet régional de Santé de l'ARS.

[80] La Fédération des CPTS (FCPTS) a mené en décembre 2025 une enquête flash auprès des 442 CPTS adhérentes (soit une couverture d'environ 36 millions d'habitants)[169], afin de recenser les initiatives des CPTS autour des projets liés aux addictions, en réflexion ou en cours. 154 CPTS ont répondu, dont 2 CPTS ultra-marines (le nombre de répondants peut varier selon les questions).

[81] Les principaux résultats de cette enquête sont extraits du rapport de la FCPTS mis à la disposition de la mission et repris en partie ci-dessous.

Tableau 1 : Nombre de CPTS menant des actions autour des addictions
148 répondants

État des lieux des CPTS proposant des actions autour des addictions	Répartition des CPTS répondantes (%)
CPTS qui mènent des actions sur cette thématique	**46,62%**
CPTS qui ne mènent pas d'action sur cette thématique	24,32%
CPTS en réflexion sur le déploiement d'actions	15,54%
CPTS avec des actions en cours de construction	13,51%
Total	100%

- « Parmi les CPTS menant actuellement un projet lié aux addictions, la majorité des initiatives sont déjà lancées (≈37 %), tandis que 21 % sont en construction et 11 % en phase d'idéation. Environ 17 % des projets sont évalués ou en phase de pérennisation, ce qui suggère que certaines actions commencent à se stabiliser et à se renouveler. »
- « Le tabac arrive en tête des thématiques, suivi par les addictions des jeunes, l'alcool et les jeux/écrans ».
- « Les CPTS interrogées interviennent sur des axes d'addictions variés, avec une priorité donnée au tabac, aux addictions des jeunes et à l'alcool. D'autres domaines tels que jeux/écrans ou encore des

[169] En janvier 2026, d'après la FCPTS, 750 CPTS ont signé un accord conventionnel interprofessionnel, couvrant ainsi 90 % du territoire. Parmi elles, 530 sont adhérentes à la FCPTS.

actions d'orientation et de repérage précoce sont également largement ciblés. Les réponses "Autre" révèlent d'autres actions ciblées, incluant la prévention périnatale, le mésusage de médicaments, la déstigmatisation des patients et l'accompagnement ville hôpital, illustrant la diversité des initiatives déployées**. »**

Tableau 4. Le public ciblé par les projets addictions
144 mentions

Public ciblé par les actions en matière d'addictions	Répartition des actions en fonction du public cible (%)
Adultes	**24,3%**
Grand public	**22,2%**
Adolescents	**20,1%**
Enfants	12,5%
Publics précaires	7,7%
Autre	7,6%
Séniors	5,6%
Total	100%

Tableau 5. Identification des domaines d'actions menées par les CPTS
121 mentions

Domaines d'actions	Répartition des projets en fonction du domaine d'action (%)
Prévention primaire	**35,5%**
Accès aux soins	**18,2%**
Prévention secondaire	**16,5%**
Structuration de parcours	**16,5%**
Autre	7,5%
Prévention tertiaire	5,8%
Total	100%

- Si 35,5 % des CPTS répondantes mènent des actions dans le champ de la prévention primaire, L'amélioration de l'accès aux soins et la structuration de parcours représentent respectivement 18,2 % et 16,5 % des actions menées.

Tableau 6 : Identification d'actions plus spécifiques associés aux projets d'addiction
210 mentions

Actions plus spécifiques	% des réponses
Formation / atelier pour professionnels	**20%**
Outil pour les professionnels de santé de sensibilisation / communication	**18,1%**
Orientation vers les structures spécialisées	**15,2%**
Campagne de sensibilisation / communication à destination des publics	**12,4%**
Ateliers à destination du public cible	10,5%
Dépistage / repérage précoce	9,1%
Événement	9%
Guide ou protocole	4,3%
Autre	1,4%
Total	100%

- Les CPTS mènent aussi bien des actions auprès des professionnels (formation/atelier, élaboration d'outils de communication voire de guide/protocole, actions favorisant l'orientation vers les structures spécialisées) que du public.[170] S'agissant des parcours, un exemple d'initiative menée par une CPTS est cité : « le déploiement d'un parcours de sevrage alcoolique en ambulatoire. »

Tableau 7. Répartitions des projets selon les missions de la CPTS
97 réponses

Actions plus spécifiques	% des réponses
Développer des actions territoriales de prévention	**48,4%**
Organisation du parcours pluriprofessionnel	**25,8%**
Développer la qualité et la pertinence des soins	**12,4%**
Faciliter l'accès aux soins	8,3%
Accompagner les professionnels de santé sur le territoire	5,1%
Contribuer à apporter une réponse en cas de crise sanitaire	0%
Total	100%

[170] Chaque CPTS pouvant indiquer plusieurs actions, cela explique le nombre de mentions supérieur au nombre de CPTS

[82] Par ailleurs les projets addictions s'inscrivent pour un quart des CPTS dans la contribution à l'organisation du parcours pluriprofessionnel et pour 12 % au développement de la qualité et de la pertinence des soins.

[83] A noter que les CPTS ont évalué en moyenne à 6,2 sur 10 la réussite de leurs actions menées dans le champ des addictions.

[84] Ainsi environ 1/6 des CPTS se sont emparées du sujet des addictions et mènent des projets de maturité variable, majoritairement avec le prisme de la prévention et du repérage ; certaines ne se considérant pas « compétentes » pour la coordination de parcours. Pour autant, certaines CPTS se sont engagées dans des actions d'amélioration du parcours en addictologie, sachant que créer un parcours prend du temps, en particulier d'interconnaissance avec les autres acteurs du territoire : DAC, GHT, etc. La Fédération des CPTS a indiqué avoir mis en place un groupe de travail dédié suite à cette enquête.

[85] Malgré la signature des Accords professionnels interprofessionnels (ACI-CPTS), il n'existe à ce jour aucun recensement national des parcours déployés, ni d'outil de gestion de projet unique et partagé par toutes les CPTS, limitant la visibilité au niveau national des dynamiques et projets mis en œuvre. Le sujet d'un alignement des CPTS sur les meilleures pratiques en matière de prise en charge des addictions gagnerait à être inclus dans les évaluations et réflexions, alors que l'accord conventionnel interprofessionnel arrive à maturité.

2.3.2.2 Des exemples organisationnels de coordination de parcours rencontrés par la mission

[86] Comme déjà évoqué, des organisations différentes existent selon les régions et parfois territoires.

La Cellule de Coordination et d'Appui Addictologie (CCAA) du Dispositif d'Appui à la Coordination du Territoire d'Ille et Vilaine (DAC'tiv) : un exemple de guichet unique en Bretagne permettant d'améliorer la fluidité et la lisibilité du parcours.
Intégrée au DAC lors de sa création, cette équipe[171] dédiée à la coordination en addictologie s'appuie sur sa connaissance historique des acteurs de la filière addictologique du territoire et sur son organisation pour accompagner et faciliter l'orientation de patients avec une « demande pressante » de soins addictologiques[172] vers les ressources adaptées. Sur sollicitation par des professionnels de santé, travailleurs sociaux ou associations d'entraide, elle adresse le patient vers un médecin relais (médecin généraliste ou médecin de structure addictologique) sur des plages dédiées, pour la réalisation dans un délai de 2 à 7 jours d'une consultation d'évaluation et orientation (CEO) et coordonne les séquences de soins qui en découlent, en lien avec le médecin traitant.
Plusieurs éléments marquants ont été notés par la mission :
- le dispositif couvre 28 % de la population régionale ;
- plus de la moitié des sollicitations proviennent du médecin généraliste et 48 % de nouveaux cas ;
- le délai maximal de 7 jours pour la CEO a été fixé pour maintenir la motivation du patient ;
- même si la répartition inégale des médecins relais sur le territoire ne garantit pas une proximité géographique, 89 % CEO sont honorées ;

[171] 3,95 ETP dont 0,25 médecin expert ; 1 ETP responsable ; 0 ;9 référente de parcours addictologie et 1,8 assistantes coordination en addictologique.
[172] Hors urgences médicales ou psychiatriques. Elle assure également une mission de coordination territoriale, un observatoire des ruptures de parcours et un appui aux antennes DAC.

- en cas de décision d'hospitalisation (>72 % des cas), un système de lits priorisés permet d'organiser la programmation des admissions (délai moyen CEO/hospitalisation de 28 jours). Prise en charge ambulatoire dans presque 28 % des cas, avec par ordre de fréquence décroissant : la consultation d'addictologie, puis le CSAPA et enfin le médecin traitant ;
- un contrat de soin unique est utilisé par les structures qui accueillent les patients via la CCAA et une fiche navette, co-construite avec les acteurs du territoire, est complétée par le médecin relais et transmise aux structures d'accueil ;
- des situations complexes (psychiatrie – précarité – handicap) peuvent donner lieu à un appui renforcé ;
- une consultation de bilan à 6 mois de la CEO est réalisée : 78,3 % des patients contactés décrivent une amélioration de leur situation. Il existe un taux de perdus de vue de 40,9 %.

En Occitanie, 2PAO (Plateforme Professionnelle Addictologie Occitanie) est une plateforme régionale de ressources pour les acteurs impliqués dans la prise en charge de l'addiction. Elle a pour objectif la veille, la mise en réseau des professionnels, dans une logique de transdisciplinarité et de partage d'expériences. C'est également l'animateur régional dans la mise en place et le suivi des microstructures.

[87] D'autres régions ont fait des choix organisationnels différents, comme en Pays de la Loire, avec la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en Addictologie Pays de la Loire[173], qui a notamment pour mission de contribuer à la fluidité des parcours de prévention, de soins et d'accompagnement, d'harmoniser les pratiques professionnelles et de soutenir le développement de l'expertise ; ou encore la Coordination régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine (COREADD Nouvelle-Aquitaine) pour ne citer qu'eux.

[88] S'agissant des DAC, a été signalée la limite que représenterait l'absence de reconnaissance de spécialité, ne permettant pas la création d'équipes de soins spécialisés en addictologie (pour lesquels il existe des financements en DAC).

[89] Quel que soit le choix organisationnel retenu, chaque dispositif produit des éléments d'information et de sensibilisation, vers les professionnels de premiers recours notamment, et vers le grand public. S'il existe des spécificités territoriales indispensables à rendre visibles et lisibles dans ces documents (l'épidémiologie sur le territoire, les ressources propres au territoire avec les parcours possibles), un certain nombre d'informations (sur les substances notamment ou sur les typologies de structures) gagneraient à être consolidées au niveau national à partir d'une matrice commune, à renseigner par chaque territoire. Cette dernière pourrait être proposée à partir d'un parangonnage des outils existants dans les territoires et contribuerait au développement d'une culture commune en addictologie (voir aussi annexe 2).

[173] Dispositifs en addictologie - SRAE Addictologie : 4,8 ETP dont une directrice, un médecin addictologue, un chef de projet en santé publique une experte tabacologie et une assistante de direction. Le SRAE a mis en place un annuaire régional, avec un filtre départemental, des ressources en tabacologie comprenant les consultations dédiées en maternité et PMI.

2.3.3 Les attendus de la coordination des parcours de prise en charge en addictologie

[90] La coordination vise à favoriser l'entrée dans un parcours de prise en charge adapté à la situation dans une logique de gradation des soins et à limiter les ruptures de prise en charge, tout en respectant le rythme du patient. Dans toutes les situations rencontrées, elle favorise l'interconnaissance entre les acteurs et structures et l'amélioration des pratiques.

[91] Les professionnels rencontrés ont unanimement souligné auprès de la mission l'enjeu crucial et complexe de la coordination psychiatrie – addictologie, mais également les situations de grande précarité avec des problématiques d'aval et d'hébergement, impactant le flux dans les services hospitaliers (*bed-blockers*). La contractualisation entre les établissements de santé et les structures médico-sociales spécialisées sont vectrices de facilitation des parcours et à encourager.

[92] Outre l'agilité du dispositif, la maille de la coordination peut être variable et doit pouvoir tenir compte des spécificités du territoire et de l'existant. Il est fréquent, comme la mission a pu le constater lors de ses déplacements, que les découpages des Groupements Hospitaliers de Territoire, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, Dispositifs d'Appui à la Coordination, territoires des Contrats Locaux de Santé ou encore sectorisation psychiatrique ne soient pas concordants. Aussi, le choix de la maille est d'autant plus important que le découpage géographique des territoires d'intervention des dispositifs peut être extrêmement varié sur un territoire donné, venant complexifier la coordination transdisciplinaire et nuire à la lisibilité des parcours. Il apparait essentiel à la mission que la pertinence de la maille et la structuration de la coordination puisse être arbitrée par l'ARS, en lien avec les acteurs du territoire et sur les bases d'un diagnostic territorial. Cet arbitrage est facilité par l'existence d'une réelle transversalité du pilotage de la thématique addictologie au sein de l'ARS quelle que soit l'organisation retenue (transversalité entre les services ayant en charge les politiques publiques et dispositifs liés aux personnes en difficultés spécifiques, l'offre de premier recours avec les MSP, CPTS et DAC, et l'offre de soins hospitalière en particulier dans le champ de la santé mentale et des SMR-A).

2.4 Des publics à mieux prendre en compte

[93] Conformément à sa lettre de mission, les investigations de la mission se sont portées sur trois publics spécifiques : les femmes, les jeunes et les personnes précaires.

[94] La question du handicap a été abordée indirectement et partiellement, à travers la prise en compte de l'impact cognitif et psychique des addictions. L'accueil du public reçu en CSAPA dans le cadre d'une obligation de soins a été évoqué de manière incidente par les structures rencontrées, et dans le cadre de l'enquête de l'IGAS (annexe 6), signalé comme une charge importante, impactant leurs capacité d'accueil.

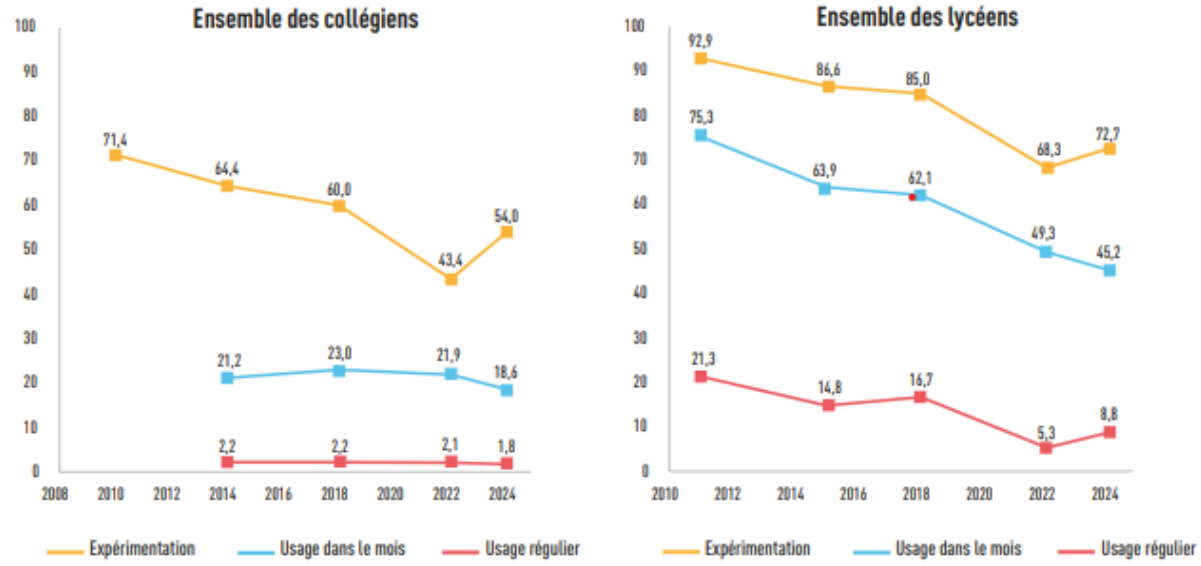
[95] Plusieurs professionnels rencontrés par la mission ont également mentionné d'autres publics peu ou non pris en charge et dont les besoins sont mal identifiés : les soignants concernés par une addiction. Si en CSAPA, la prise en charge anonyme leur est systématiquement proposée, la prévalence est vraisemblablement sous-estimée. Il s'agit d'un sujet encore tabou, avec peu de données disponibles.

2.4.1 Adapter la prise en charge aux jeunes : un enjeu d'aller-vers

[96] La vulnérabilité plus importante du cerveau des jeunes aux effets des substances psychoactives est largement documentée. L'expérimentation précoce et l'entrée précoce dans une consommation régulière sont des facteurs de risques d'addictions et de survenue de troubles psychiques.

[97] En population générale, s'il est observé une tendance à la baisse de la consommation des substances psychoactives licites comme illicites chez les jeunes de 16 ans[174], l'expérimentation de l'alcool fait exception. Toutefois, ce rebond entre 2022 et 2024 était attendu car faisant suite à une forte baisse de l'expérimentation à l'alcool survenue lors de la pandémie de la Covid-19[175]. Des niveaux d'usage plus élevés sont observés chez les jeunes en apprentissage ou sortis du système scolaire, soulignant la persistance d'inégalités sociales[176].

Graphique 13 : Évolution des usages d'alcool parmi les collégiens et les lycéens entre 2010 et 2024 (en %)



Source : HBSC 2010 et 2014, ESPAD 2011 et 2015, EnCLASS 2018, 2022 et 2024, exploitation OFDT

[98] Dans l'enquête de la Cour des Comptes menée auprès des jeunes à l'occasion de son rapport public annuel 2025, un jeune sur dix se déclare dépendant à l'alcool et aux drogues[177], maintenant ainsi la France à un niveau élevé par rapport à ses voisins européens.

[99] S'agissant de la consommation d'alcool, les alcoolisations ponctuelles importantes (API)[178] sont un indicateur particulier car outre les risques ultérieurs d'addiction, de troubles cognitifs, d'apparition de troubles psychiatriques, elles exposent à des risques immédiats. Elles posent également la question du repérage aux urgence, du lien avec les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), et des modalités de sortie ou de re-contact proposées à ces jeunes. S'il est constaté un recul des usages d'alcool, une progression des API est observée depuis 2000, avec une inflexion depuis 2017[179].

[174] Spilka S., Philippon A., Le Nézet O., Janssen J. (2025) Les usages de drogues en Europe à 16 ans - Résultats ESPAD 2024. Tendances, OFDT, n° 169, 8 p.
[175] Spilka S., Philippon A., Le Nézet O., Janssen E. (2026) Les usages et perceptions des substances psychoactives chez les collégiens et les lycéens. Résultats EnCLASS 2024. Paris, OFDT, coll. Notes de résultats, 20 p.
[176] Spilka S. et al. (2024) Les drogues à 17 ans, analyses régionales. Enquête ESCAPAD 2022. Paris, OFDT, 66 p.
[177] Rapport public annuel 2025 Les politiques publiques en faveur des jeunes - volume 2 – « 28 % des jeunes de 15 à 24 ans auraient consommé des produits stupéfiants dans l'année, toutes drogues illicites confondues vs une moyenne de 16,9 % dans l'Union Européenne ». Enquête menée par le CSA auprès de 10 000 jeunes de 12 à 24 ans.
[178] Consommation de 6 verres standards ou plus d'alcool en une occasion, chez l'adulte, et de 5 verres ou plus, chez l'adolescent – OFDT, glossaire
[179] OFDT, *ESCAPAD, 20 ans d'observation*, 2022

[100] En parallèle, le risque d'usage détourné et récréatif de certaines substances comme le protoxyde d'azote, le poppers ou encore les paris sportifs en ligne font l'objet d'une vigilance accrue.

L'augmentation ces dernières années des cas déclarés de complications associées à l'usage détourné du protoxyde d'azote est le signe d'une prise en charge souvent tardive. D'après le Centre d'addictovigilance de Paris (CEIP-A), l'âge moyen des usagers était de 21 ans en 2025, avec une proportion de femmes en hausse (46 % versus 42 % en 2024) et 84 % de personnes majeures. En cas de prises répétées et/ou en grande quantité, des complications sévères, parfois irréversibles peuvent survenir, neurologiques, cardiovasculaires, voire des symptômes psychiatriques. Aussi, il existe un enjeu de prise en charge rapide. D'après SpF[180], en 2023, plus de 80 % des signalements recensaient des troubles neurologiques et 59 % des signalements correspondaient à des usages répétés sur plus d'un an. SpF mentionne la proposition d'une prise en charge addictologique dans 16 % des cas. Des initiatives de filière spécialisée, comme en Ile-de-France, se mettent en place.

[101] La Cour des comptes souligne dans son rapport les fortes inégalités face aux risques d'addiction et à l'accès aux soins des jeunes créées par les disparités sociales, économiques et géographiques, avec un enjeu de renforcement du rôle d'« aller-vers » des consultations jeunes consommateurs (CJC) et d'adaptation de l'offre et des parcours de prise en charge aux jeunes. Elle appelle à mettre en place une véritable stratégie nationale de lutte contre les addictions chez les jeunes et une meilleure coordination interministérielle (santé, éducation, jeunesse).

[102] 540 points d'accueil CJC sont gérés par 270 CSAPA[181]. Le développement des consultations avancées de la CJC par les CSAPA répondent en partie à l'enjeu d'aller-vers[182] compte-tenu du constat partagé de la difficulté à les faire venir consulter précocement. Ces consultations se déroulent dans des lieux perçus comme plus « neutres », en lien étroit avec les structures accueillant les jeunes : maison des adolescents (partenariat unanimement cité et reconnu comme très pertinent par tous les acteurs rencontrés par la mission), missions locales, établissements scolaires et structures en lien avec la PJJ, etc. Les CSAPA soulignent l'intérêt de ce type de dispositif pour développer le maillage territorial, et son agilité. Les structures indiquent que cela permet de s'adapter aux demandes (créneaux flexibles, projets ponctuels sur quelques mois) et aux évolutions des consommations (écrans, protoxyde d'azote).

[103] Le partenariat est variable avec l'Education Nationale. Dans les territoires où il a été formalisé au niveau régional, comme en Hauts-de-France, même si une logique de référent est instaurée, le partenariat peine à être effectif de façon homogène sur l'ensemble du territoire. Plusieurs interlocuteurs signalent l'intérêt des actions développées en lieu tiers sur le moyen terme, avec un transfert de compétences aux partenaires (souvent demandeurs) via la formation, notamment au sein des établissements scolaires. Une bonne pratique signalée à plusieurs reprises à la mission : à partir d'une demande d'intervention (par exemple suscitée par un incident en milieu scolaire) une action de prévention-consultation- étayage est mise en place. Ce type d'approche peut représenter une modalité intéressante pour mieux cibler les actions de prévention collective susceptibles d'inscrire un dispositif de prise en charge pertinent dans la durée.

[180] https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2025/le-proto-des-cas-d-intoxication-toujours-en-augmentation

[181] Données communiquées par la DGS

[182] Voir l'enquête IGAS auprès des CSAPA en annexe 6 : 51 % des répondants déclarent une consultation avancée de la consultation jeunes consommateurs (CJC), soit la majorité des 70 % de CSAPA déclarant une CJC

[104] En l'absence de données d'évaluation sur l'efficacité de ces actions, il est aujourd'hui difficile d'en mesurer précisément l'impact effectif. Toutefois, l'expérimentation « Modélisation et déploiement des CJCA » a été évaluée par l'Agence Phare sur la période 2020-2023. Le rapport estime que l'« aller-vers » via les CJC avancées améliore l'accès effectif aux soins de jeunes publics plus précoces et moins judiciarisés, à condition que les actions soient clairement identifiées comme des consultations et adossées à des partenariats stables, avec des effets positifs sur le repérage précoce, l'acceptabilité du soin et la continuité des prises en charge. Les enseignements issus de cette évaluation ont donné lieu à un guide national validé par les institutions (DGS, MILDECA, CNAM), aujourd'hui référence de bonnes pratiques.

[105] Les CJC sur site ne font globalement pas l'objet d'un même retour positif. Les interlocuteurs font état d'un maillage plutôt bon, mais d'une difficulté à orienter les jeunes (en particulier les mineurs) vers ces structures, y compris lorsque l'accueil a été prévu pour être accessible et assurant leur protection. Conçues à l'origine autour du cannabis (dont la consommation est en baisse), elles seraient moins adaptées aux nouvelles consommations, et doivent être renforcées sur la dimension de la santé mentale, problématique en hausse chez les jeunes. Elles seraient toutefois utiles pour l'entourage, une dimension de l'accompagnement qui figure bien dans les missions des CSAPA.

[106] Une enquête ciblée sur les CJC, prévue par la DGS paraît particulièrement bienvenue pour confirmer cette évolution[183].

[107] Compte-tenu du continuum entre consommation, consommation à risque et addiction, la mobilisation coordonnée des acteurs du monde éducatif[184], sanitaire et médico-social est essentielle pour permettre outre la sensibilisation, le repérage et l'orientation des jeunes concernés vers une prise en charge adaptée.

2.4.2 La nécessité d'adapter l'accès aux soins des femmes ayant des conduites addictives : un enjeu fort compte-tenu de leur vulnérabilités et besoins spécifiques

[108] La nécessité d'adapter l'accès aux soins et la prise en charge des femmes ayant des conduites addictives est un enjeu fort compte-tenu du cumul de vulnérabilités auxquelles elles sont exposées et nécessite de développer des approches adaptées à leurs besoins et attentes spécifiques.

[109] Depuis plusieurs décennies, la consommation de substances psychoactives est en hausse chez les femmes et se rapproche des pratiques d'usage des hommes.

[110] L'incidence du cancer du poumon (3è rang des cancers chez la femme) a augmenté de +4,3 % par an chez les femmes entre 2010 et 2023 d'après l'INCa[185]. Par ailleurs, l'alcool est un facteur de risque scientifiquement établi du cancer du sein, sans seuil minimal de consommation, avec plus de 8 000 cas

[183] A noter des bilans de CJC régionaux comme celui piloté par l'ARS Bretagne : bilan qualitatif et quantitatif de son plan d'action CJC 2022-2024, qui a permis d'en évaluer les forces (augmentation du nombre de consultations) et faiblesses (difficultés d'orientation, recueil de données).

[184] L'analyse coût-bénéfice d'*Unplugged* (déployé auprès des collégiens) par Santé publique France dans l'étude « Estimation du retour sur investissement du programme *Unplugged* dans le contexte français » publiée en 2025 estime que « *1 euro dépensé dans le programme permettrait un retour sur investissement de 6 euros en perspective restreinte au système de santé. Dans une perspective sociétale (incluant la valorisation des années de vie perdues), 1 euro dépensé dans le programme permettrait de générer 150 euros en coûts évités, toutes choses égales par ailleurs* ».

[185] 80 % des cancers du poumon sont attribuables au tabac. L'incidence du cancer du poumon (1ère cause de décès par cancer chez les hommes) diminue de -0,5 % / an pour les hommes entre 2010 et 2023. En 2012 la part des cancers du poumon attribuable à la défavorisation sociale en France était plus de fois supérieure chez les femmes que chez les hommes (5614 chez les femmes vs 1639 chez les hommes

par an en France de cancers du sein attribuables à l'alcool sur les 61 000 nouveaux cas annuels. Le tabac majore également de 20 % le risque de cancer du sein et accroît également le risque d'autres cancers féminins.

[111] La HAS rappelle dans ses recommandations concernant la diminution du risque alcool des femmes[186], qu'à quantités identiques consommées, les complications sont plus rapides et plus graves pour les femmes. En effet, outre une moindre tolérance, il existe notamment une toxicité somatique accrue[187] (notamment hépatique et neurocognitive) ainsi qu'une plus grande vulnérabilité psycho-sociale, en particulier en termes de discrimination et violences subies[188,189].

[112] Or l'existence de spécificités des femmes face aux substances psychoactives, la méconnaissance de ces spécificités et les représentations liées au genre y compris de la part des soignants, associées à une plus forte stigmatisation, sont autant d'inégalités et de freins à l'entrée des femmes usagères dans un parcours de soins[190,191]. Les responsabilités familiales et professionnelles sont un risque supplémentaire d'un recours aux soins tardif des femmes.

[113] La question des conduites addictives chez la femme est généralement abordée sous l'angle de la période périnatale, pour l'alcool, comme pour le tabac (plus rarement pour les drogues illicites). En effet, cette période est particulière compte tenu des impacts majeurs liés à l'exposition du fœtus aux substances toxiques et en particulier l'alcool (responsable notamment de troubles neurodéveloppementaux) et le tabac[192]. Le repérage et l'accompagnement des femmes en amont de la conception, pendant la grossesse et en post-partum font l'objet de recommandations des sociétés savantes et nécessitent de poursuivre la sensibilisation et formation des professionnels de santé[193]. Dans l'enquête de la DGOS de 2022, déjà citée, 94 % des structures hospitalières interrogées indiquent proposer une prise en charge addictologique en maternité. La mission a cependant identifié une maturité diverse des liens entre les services d'addictologie et les maternités ou pôles mère-enfant, pouvant fragiliser le lien et l'intervention des ELSA au sein de ces services. Un état des lieux des ressources « périnatalité et addictions » gagnerait à être inclus dans tout diagnostic territorial de l'offre.

[186] HAS. (2025). Diminuer le risque alcool des femmes : les points critiques en premier recours
[187] Femmes et drogues: réponses sanitaires et sociales | The European Union Drugs Agency (EUDA)
[188] *Ibid*. La consommation d'alcool est impliquée dans 30 % des violences faites aux femmes et dans 30 % des féminicides.
[189] L'OFDT mène entre 2025 et 2027 une étude visant à interroger la place de l'alcool dans les violences sexuelles ayant fait l'objet d'une plainte (Etude VIXAL)
[190] Haute Autorité de Santé - Alcool : un sujet de santé pour les femmes à toutes les étapes de la vie
Le risque de morbi-mortalité liée à l'alcool est plus élevé chez les femmes avec une toxicité plus forte et plus précoce à même quantité consommée par rapport aux hommes
[191] Femmes et addictions : comprendre, prévenir et accompagner| RESPADD
[192] Enquête Nationale Périnatale 2021 : environ 3 % des femmes ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse, avec une vraisemblable sous-déclaration. La consommation de tabac déclarée au 3ème trimestre de la grossesse, tout comme la consommation de cannabis sont en diminution depuis 2016 (12,2 % en 2021 versus 16,3 % en 2016 pour le tabac et 1,1 % versus 2,1 % pour le cannabis)
[193] Expertise Inserm

Exemple breton

L'état de lieux sur l'offre en addictologie piloté par l'ARS Bretagne en 2025 a comporté un volet périnatalité, permettant d'avoir des données régionales objectivées sur l'offre, le repérage des consommations, la coordination des parcours (participation des ELSA aux staffs médico-psycho-sociaux, annuaires de ressources, référents addictions au sein de maternités, outils de liaison, etc.) et la continuité des prises en charges ou encore le besoin de formation, avec la double approche périnatalité et addictions.
Parmi les initiatives rencontrées par la mission, le projet ASAGO (financement FLCA), porté par le Groupement Hospitalier Bretagne Sud en lien avec l'association Douar Nevez a de particulier un double objectif : renforcer l'offre de soins en addictologie au sein du Pôle Femme-Mère-Enfant (PFME)[194] et améliorer l'accès aux soins gynécologiques des femmes suivies en CSAPA[195] Ce projet ancre une culture commune du repérage afin qu'il soit le plus précoce et systématique possible, avec des outils communs ainsi qu'un travail sur les représentations de chacun dans le champ des addictions .

[114] Si cette période doit être l'occasion d'une prévention et d'un repérage systématiques[196] et d'un accompagnement spécifique, elle ne doit pas occulter le repérage et l'orientation vers une prise en charge adaptée à chaque moment de vie des femmes.

[115] Or il existe une sous-représentation des femmes dans les dispositifs de prise en charge médico-sociale spécialisée, que ce soit dans les CSAPA (23,9 % de la file active des CSAPA en 2022)[197] et de façon encore plus marquée dans les CAARUD (18 % des usagers des CAARUD en 2022)[198], alors même qu'elles constituent la majorité des personnes en situation de précarité.

[116] De même, de nombreuses équipes hospitalières rencontrées lors de la mission ont indiqué que le ratio de femmes accueillies pour sevrage était plus important en hôpital de jour qu'en hospitalisation complète, en reflet de la charge familiale et mentale qui incombe majoritairement aux femmes.

[117] Ce constat souligne la nécessité de s'appuyer sur le premier recours et d'adapter les modalités d'accueil et d'accompagnement aux spécificités des femmes, afin de favoriser leur accès aux soins et à un parcours de prise en charge. Il peut s'agir de dispositifs mieux acceptés par les femmes, tels que les microstructures, voire dédiés aux femmes[199] (plages horaires ou structures dédiées par exemple). Les observations de terrain de la mission et les échanges avec les sociétés savantes, professionnels, associations, confirmées par les retours des CSAPA à l'enquête flash, soulignent la forte attente des professionnels envers la « généralisation » des microstructures, en particulier pour faciliter la prise en charge du public féminin.

[194] PFME : consultation bi-mensuelle d'addictologie (délais courts), tous produits, présence de l'Elsa aux staffs de la maternité, une sage-femme et une puéricultrice référente addiction, systématisation du repérage.
[195] CSAPA : 1 sage-femme vient en consultation avancée au CSAPA et un partenariat a été tissé entre le centre périnatal de proximité et le CSAPA pour une autre commune.
[196] Prévention des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (première cause de handicap mental à la naissance non génétique). Zéro alcool pendant la grossesse
[197] OFDT - Bilan RECAP – édition 2025
[198] OFDT - Donnée issue de l'analyse des rapports d'activité des CAARUD 2022
[199] Mutatayi C. et al. (2025). Mieux intégrer les spécificités de genre en addictologie, une impulsion du Conseil de l'Europe. Revue Santé Publique. 2025/1 volume 37 P 131-140

[118] Les premiers résultats de l'étude CALLIOPE menée par la Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures médicales (CNRMS) en lien avec le SESSTIM et le CRPMS de l'Université Paris Cité montrent la diversité des profils selon les modalités de prise en charge et les produits consommés, même si la fréquence d'antécédents de violences sexuelles fait partie des points communs chez les femmes interrogées[200].

L'entrée dans le droit commun du parcours « Addiction parcours complexe chez l'adulte – premier recours » (PCR) au titre de la liste des parcours coordonnés renforcés (article R. 4012-1 CSP) :
- Fruit de la généralisation de l'expérimentation article 51 Equip'Addict (microstructures médicales en addictologie MSMA) à la suite de l'avis favorable du conseil stratégique de l'innovation en santé de décembre 2023. Les points saillants de l'expérimentation retenus par la mission :
- Objectif de mettre en place un parcours de prise en charge médico-psycho-sociale de l'addiction complexe de premiers recours sur la base d'une évaluation multidimensionnelle des besoins du patient ;
- Déploiement dans 5 régions[201] et 30 départements avec 126 MSMA en 2023 dont 77 créées dans le cadre de l'expérimentation. 40 % MSMA en milieu urbain. Forfait annuel par patient : 806€ dont 7€ pour les frais de déplacement des psychologues et travailleurs sociaux vers le lieu d'intervention de la MSMA. Forfait estimé insuffisant par les parties prenantes ;
- 2 418 inclusions assurées par les MSMA, avec un ratio femmes/hommes équilibré. Un rythme d'inclusion plus faible en région rurale (moins de dépistage par les médecins généralistes et problématique des frais de déplacement plus élevés) ;
- Forte adhésion des professionnels et des patients au format d'intervention, avec un niveau de satisfaction très élevé concernant la qualité de la prise en charge ;
- Insuffisance de coordination médicale souvent manquante ou incomplète (faute de professionnels) et lourdeur du système d'information.

Le nouveau cahier des charges, encore en phase d'arbitrage au moment de l'élaboration du rapport, envisage d'éventuelles évolutions dans la composition de l'équipe pluriprofessionnelle, et du panel de structures pouvant porter le PCR. Des évolutions relatives au modèle économique ont été proposées [légèrement à la hausse par rapport à la phase expérimentale, mais toutefois modestes]. La mission attire l'attention sur le fait que ce dispositif, complémentaire à l'existant, nécessite un ancrage fort dans la dynamique de prise en charge en addictologie des territoires et nécessite la souplesse nécessaire à la prise en compte de la temporalité et des besoins spécifiques du patient. Il apparait essentiel de ne pas sous-estimer ces points, ni le temps de coordination dans l'élaboration du forfait, et ce afin d'encourager les structures, y compris médico-sociales, à s'engager dans le PCR.

2.4.3 Les publics précaires : de l'aller-vers aux difficultés d'aval

[119] Le repérage, l'accompagnement et la prise en charge des publics précaires présentant des problématiques d'addiction sont à la croisée du champ du social, de l'hébergement et de la lutte contre l'exclusion et du champ sanitaire et médico-social. L'enquête RECAP-OFDT sur les personnes accueillies en CSAPA en 2022 montre que les nouveaux patients vivent plus souvent dans un logement précaire (logement provisoire ou SDF – 16 %) que les patients suivis en continu (14 %)[202].

[200] En microstructure médicales en addictologie, les femmes accueillies sont plus âgées, plus souvent seules, elles ont eu moins recours aux urgences dans l'année écoulée et vivent plus souvent dans un logement personnel.
[201] 5 régions : Bourgogne Franche Comté ; Grand Est ; Ile-de-France ; Hauts-de-France et Occitanie. Porté par les ARS
[202] Veron S. (2025) Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2022. Paris, OFDT, coll. Notes de bilan, 20 p

[120] Comme vu précédemment, les pathologies duelles peuvent avoir des conséquences psychosociales importantes, avec des difficultés financières majorées, des taux de chômage et de sans-abrisme également plus importants, venant complexifier les prises en charge.

[121] L'OFDT, a analysé les addictions dans le programme « Un chez soi d'abord » : 39 % des personnes bénéficiant du programme sont alcoolodépendantes et près de 46 % présentent des troubles addictifs liés à une ou plusieurs drogues illicites ou médicaments psychotropes[203]. La polyconsommation concerne la moitié des personnes interrogées dans cette étude. L'analyse des trajectoires de vie et de la place des drogues dans chaque parcours souligne que les changements dans les consommations de ces publics s'inscrivent certes dans un accompagnement addictologique, mais avant tout dans une approche globale et un processus de reconstruction de l'image de soi.

[122] Les publics les plus vulnérables, comme ceux accueillis dans les « haltes soins addictions » (HSA) expérimentant la consommation supervisée, sont en forte désaffiliation sociale et majoritairement sans domicile fixe.

[123] La prise en charge des addictions chez ces publics est un travail de longue haleine, d'aller-vers et de mise en confiance, et n'est pas possible sans accompagnement sur le plan social, ni mise à l'abri. « On ne sort pas d'un comportement addictif à la rue ». Pour autant, ces prises en charge se heurtent à la saturation des structures d'hébergement[204], mais également à un accueil encore souvent conditionné à l'abstinence, particulièrement difficile pour des personnes en situation précaire, même si différentes initiatives visent à contribuer au développement d'une culture commune, notamment dans l'approche en réduction des risques et des dommages (RdR-D) dans ces structures[205]. L'absence d'un accompagnement global et le « ping-pong » entre dispositifs de prise en charge sont des facteurs de renoncement aux soins ou de rupture de parcours[206].

[124] Assurant un accueil « bas seuil » et en première ligne de la réduction des risques et des dommages, les CAARUD développent de plus en plus d'intervention de proximité et d'aller-vers, en particulier vers les publics les plus fragiles et éloignés de la prévention et du soin. Ainsi, en 2022, la part des CAARUD réalisant des interventions de rue (maraudes) ou des interventions en squat est en augmentation[207]. L'enquête flash menée par la mission auprès de ces structures confirme et complète ces éléments (cf annexe 7).

[203] Dispositif destiné à placer et accompagner dans le logement des personnes sans-abri ayant des troubles psychiatriques sévères
[204] Op. Cit. Rapport IGA N°24038 – IGAS N° 2024-036R. Les haltes soins addictions
[205] FAS-GLOSSAIRE-RDR-D-1.pdf - Glossaire « Addictions et Précarité » élaboré en 2025 sur le FLCA
[206] Rapport IGAS N°2025-065R – Mieux accompagner les personnes précaires vieillissantes : état des lieux et propositions
[207] Rapport activité caarud 2022– exploitation OFDT - Maraudes : 98 % des caarud en 2022 vs 90 % 2018 – Interventions en squat : 76 % des caarud en 2022 vs 63 % en 2018.

La place des équipes mobiles dans l'aller-vers en addictologie :

Dans un objectif d'aller-vers et de favoriser l'entrée dans le droit commun des personnes les plus éloignées du soin, certains territoires ont fait le choix d'équipes mobiles, qu'il s'agisse notamment d'équipes mobiles addictions (EMA) ou d'équipes mobiles psy- précarité (EMPP). Ces équipes mobiles permettent notamment un maillage du territoire.
En Bretagne, le dispositif a été expérimenté dans certains départements pour aller-vers les populations n'ayant pas la possibilité d'accéder aux soins en addictologie. Le dispositif comportait 4 équipes. Toutefois, si le service rendu a été jugé intéressant par l'ARS, la soutenabilité économique à l'échelle d'un déploiement régional n'a pas été en faveur du maintien du dispositif, sans financement national prévu[208]. De fait, l'ARS Bretagne a fait le choix stratégique de renforcer les CSAPA avec un enjeu de mobilisation de moyens supplémentaires pour « atténuer la sous dotation historique des CSAPA bretons », et qu'ils puissent déployer le volet « visite à domicile » prévu dans le cadre de leurs missions socles.

[125] Des consultations avancées des CSAPA dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) sont également réalisées dans cet objectif d'aller-vers.

[126] Parmi les populations précaires, les femmes cumulent les vulnérabilités, et les témoignages de professionnels, pairs, et usagères rencontrées par la mission appuient ce constat. Les femmes sans abri sont particulièrement stigmatisées, exposées davantage aux violences et cherchent à se rendre « invisibles », y compris de l'action publique, dans un mécanisme de protection, plus encore dans le cas des mères, craignant d'être séparées de leurs enfants.

[127] Aussi, certains CSAPA ou CAARUD réalisent des prises en charge avec hébergement de femmes en situation de grande précarité, certains pouvant aussi accueillir des couples mère-enfant.

[128] L'évaluation de ces dispositifs, souvent expérimentaux, est essentielle afin d'appréhender d'éventuels modèles « duplicables » mais également d'évaluer la nécessité de faire évoluer les textes règlementaires.

Deux projets expérimentaux rencontrés par la mission :
L'expérimentation d'un CAARUD avec hébergement pour les femmes en grande précarité en Hauts-de-France[209] : les femmes accueillies sont éloignées du soin et des structures d'accueil de jour, sans enfants et souvent en rupture de droits, repérées lors de maraudes ou adressées par un autre CAARUD. L'accueil est anonyme (surnom possible), maximum d'un an, avec plusieurs phases. Elles bénéficient d'un « kit d'arrivante » et les femmes ayant un animal de compagnie peuvent le garder. Une première évaluation du dispositif a montré que les femmes accueillies ont souvent plus de 35 ans, en polyconsommation avec quasi-systématiquement de la cocaïne basée, ce qui complexifie la prise en charge compte tenu de l'immédiateté ressentie et une agressivité non prévisible, comme en cas de fortes consommations d'alcool. Un partenariat a été créé avec les structures de santé, du médico-social et du social. Le matériel de RdRD est à disposition, les femmes sont encouragées et accompagnées dans les démarches d'accès aux droits et aux soins. Les délais d'attente au CMP sont partiellement compensés par la venue hebdomadaire d'une psychologue en équipe mobile de l'EPSM, mais la prise en charge psychiatrique dans la durée pose des difficultés. Dans la mesure du possible, des orientations sont travaillées avec le réseau local (CHRS, pension de famille, appartement thérapeutique voire hospitalisation pour sevrage).
L'expérimentation d'un CSAPA avec hébergement (CSAPA-CTR) mère-enfant, également dans les Hauts-de- France : il permet l'accueil de femmes enceintes et avec enfant de moins de 3 ans, en situation de précarité, toutes addictions confondues y compris complexes, et un recrutement France entière. Les femmes sont accompagnées dans leur parcours de rétablissement, sur la base de l'alliance thérapeutique créée, en réseau avec l'ASE et le juge aux affaires familiales.

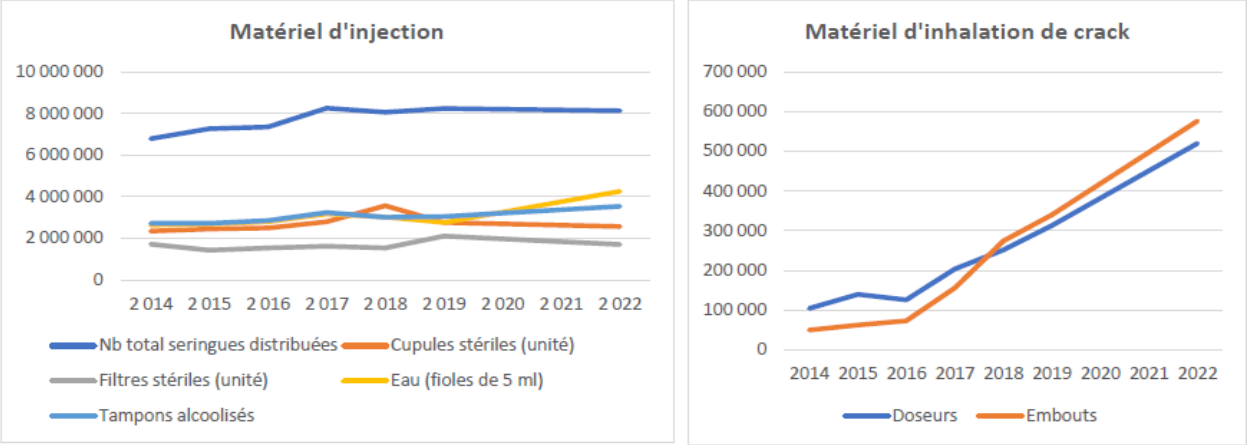
[208] Coût moyen par patient pour l'équipe mobile estimé à presque 3 fois le coût moyen d'un patient pris en charge en CSAPA.
[209] Dispositif associatif avec un soutien financier ARS (mesure nouvelle ONDAM Spé) et DIHAL (Plan grands marginaux). 10 places. 2 professionnels systématiquement présents la nuit, période de plus forte activité.

2.5 La réduction des risques et des dommages (RdRD) : une place à consolider et partie intégrante de la prise en charge en addictologie

[129] Les CAARUD interviennent dans une logique de réduction des risques et des dommages auprès des usagers. Si la mission a été interpellée à de nombreuses reprises sur les difficultés d'approvisionnement des CAARUD en matériel de RdRD, compte-tenu des évolutions des pratiques et en particulier la hausse des demandes de matériel par inhalation, majorant les coûts par rapport au matériel injectable, elle a pu constater l'intégration de la RdRD dans la prise en charge des addictions.

[130] S'agissant de la politique de RdRD, du descriptif des missions de RdRD, en particulier dans les structures « bas seuil » que sont les CAARUD, la mission renvoie au récent rapport relatif aux HSA.[210] Cependant la mission souhaite souligner une pression budgétaire qui s'accentue et s'inscrit dans le temps, du fait de l'augmentation du coût unitaire[211] du matériel de RdRD correspondant aux nouvelles pratiques de consommations (très forte hausse des demandes de matériel pour inhalation). Sur les territoires rencontrés par la mission, les équipes s'efforçaient de réduire ces coûts par une adaptation des usages, tandis que les ARS étaient bien informées de cette situation.

Graphique 14 : Evolution du nombre de matériel d'injection et d'inhalation de crack par les CAARUD 2014-2022



Source : ASA-Caarud, 2022 – exploitation OFDT

[131] Le rôle des officines est un levier important pour la mise à disposition sur le territoire de matériel de réduction des risques. Toutefois, les pratiques sont variables : d'une couverture de cette mission plus que partielle voire ponctuelle dans certains territoires (ville de Montpellier), à une couverture bien assurée dans d'autres (Hauts de France). Il existe de bonnes pratiques de concertation permettant d'élargir la couverture (ex : CPTS Etang de Thau, voir annexe 2).

[132] S'agissant des programmes d'échanges de seringues en pharmacie (PESP), un annuaire est disponible sur le site du RESPADD[212]. Cet annuaire comporte également le réseau national de « Réduction des risques à distance » (RDRAD), animé par l'association SAFE. Une cartographie est à disposition des usagers, avec les coordonnées du référent local qu'ils peuvent directement contacter dans leur région. Si Safe porte également la référence pour l'Ile-de-France, la Normandie, la Corse et les territoires ultramarins, dans les autres régions, c'est un CAARUD du territoire qui assure le dispositif.

[210] Op. Cit. Rapport IGA N°24038 – IGAS N° 2024-036R. Les haltes soins addictions – Annexe 1

[211] 1,20 € constatés en moyenne pour un kit injection, contre 3,50€ constatés pour le kit Base (inhalation)

[212] RESPADD – Réseau de prévention des addictions

Carte 2 : Cartographie du réseau national de réduction des risques à distance (RDRAD)



Source : RESPADD – Annuaire 2025 des programmes d'échanges de seringues en pharmacie

ANNEXE 2 : L'ACTION PUBLIQUE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE : UN DISPOSITIF STRUCTURE, CONFRONTE A DES DEFIS

ANNEXE 2 : L'ACTION PUBLIQUE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE : UN DISPOSITIF STRUCTURE, CONFRONTE A DES DEFIS 95

1 UNE OFFRE COMPLETE, AUX ENTREES MULTIPLES, CONÇUE POUR PERMETTRE DES PARCOURS FLEXIBLES 97

1.1 UN DISPOSITIF D'ABORD STRUCTURE AUTOUR D'ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX SPECIALISES 97

1.1.1 La création des CSAPA et CAARUD combinant accès aux soins et réduction des risques 97

1.1.2 Leurs missions 97

1.2 PRECISE ENSUITE POUR L'HOPITAL ET LA VILLE 98

1.2.1 La création d'une filière addictologique hospitalière, structurée en trois niveaux 98

1.2.2 Les soins médicaux et de réadaptation (SMR) 98

1.2.3 Un dispositif cohérent et une offre large, permettant de s'adapter aux besoins des patients 99

1.3 UNE LOGIQUE DE PARCOURS : UN OBJECTIF DU PLAN NATIONAL DE 2018, REITERE DANS LA STRATEGIE INTERMINISTERIELLE 2023-2027 102

1.3.1 Le Plan national de mobilisation contre les addictions (PNMA) 102

1.3.2 La stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (SIMCA) 102

2 A L'EPREUVE D'UNE DEMANDE EN EVOLUTION : LES DEFIS IDENTIFIES 103

2.1 UN SYSTEME SOUS TENSION FACE A L'EVOLUTION DES BESOINS 103

2.2 UNE OFFRE PEU LISIBLE AU PLAN NATIONAL 103

2.2.1 Une cartographie partielle de l'offre territoriale 103

2.2.2 Des enquêtes par établissement et dispositif, sur les ESMS et l'hôpital 104

2.2.3 L'application incomplète des dispositions prévues 105

2.3 LA COORDINATION : UNE FONCTION VITALE, MAIS IMPLICITE 105

2.3.1 En ESMS, une fonction clé insuffisamment mise en valeur et rémunérée 106

2.3.2 Les SMR-A doivent être systématiquement inclus dans la coordination, mais pas en première ligne 106

2.3.3 La difficulté des CSAPA à répondre aux besoins de prévention collective 107

2.4 PLUS DE PROXIMITE POUR MIEUX TOUCHER LES PUBLICS, NOTAMMENT LES JEUNES 107

2.5 DES DISPOSITIFS INTRA-HOSPITALIERS A MIEUX DEFINIR 108

2.5.1 Consultations hospitalières en addictologie (CHA) et Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) 108

2.5.2 L'Hôpital de jour (HDJ-A), et les soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMR-A), composantes clés d'une logique de parcours, à conforter et mieux articuler 109

2.6 UN ROLE DE LA VILLE INEGAL, POUR LE REPERAGE COMME POUR LE SUIVI 109

2.6.1 Le manque de médecins, goulet d'étranglement pour le repérage mais également pour la prescription des traitements par agonistes opioïdes 109

2.6.2 Les pistes pour atténuer les effets de cette pénurie 110
2.7 L'ACCES LIMITE A LA PSYCHIATRIE IMPACTE LA PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE 111
2.8 LA DIFFICULTE A SUIVRE LES PARCOURS 112
2.9 LA PLACE ENCORE PRECAIRE DES PAIR-AIDANTS ET PATIENTS-EXPERTS 112
3 UNE GOUVERNANCE NATIONALE ET UN PILOTAGE A RENFORCER, EN S'APPUYANT AU NIVEAU TERRITORIAL SUR LES ARS 113
3.1 UN DISPOSITIF DONT L'ACTIVITE EST INSUFFISAMMENT PILOTEE 113
3.2 LES ARS, NIVEAU DE PILOTAGE PERTINENT POUR ETABLIR UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL EN ADDICTOLOGIE 114
3.3 UNE GOUVERNANCE PEU STRATEGIQUE AU NIVEAU NATIONAL 115
4 DES FINANCEMENTS MULTIPLES, PARFOIS NON PERENNES, NON FONGIBLES, AU CALENDRIER CONTRAINT 116
4.1 UN COUT BUDGETAIRE DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS ESTIME A 841,2 M€ EN 2024 116
4.2 LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES 117
4.3 LES STRUCTURES HOSPITALIERES 118
4.3.1 Le mode de financement des structures hospitalières 118
4.3.2 Les défis de ce financement fragmenté 119
4.4 LA PRISE EN CHARGE EN VILLE 120
4.5 LE FONDS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS 120

1 Une offre complète, aux entrées multiples, conçue pour permettre des parcours flexibles

1.1 Un dispositif d'abord structuré autour d'établissements médico-sociaux spécialisés

1.1.1 La création des CSAPA et CAARUD combinant accès aux soins et réduction des risques

[1] Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont été instaurés par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Leur mise en place en remplacement des anciens centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) s'est déroulée progressivement à partir de 2007, dans l'objectif d'offrir dans chaque centre une prise en charge pour toutes les addictions. De leur côté, les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ont été prévus par la loi du 9 août 2004 dont l'article 12 structure la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues.

[2] Plusieurs circulaires d'application ont suivi entre 2006 et 2008, permettant d'organiser le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie :

- circulaire DGS/DSS/DGAS du 2 janvier 2006 qui donne un cadre à la politique de réduction des risques et structure les missions des CAARUD ;
- circulaire DGS / DHOS du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie ;
- circulaire DGS du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie ;
- circulaire DHOS du 26 septembre 2008 sur la filière hospitalière en addictologie.

1.1.2 Leurs missions

- Les missions des CAARUD sont précisées par la circulaire DGS/DSS/DGAS de 2006, et concernent l'accueil et le soutien dans l'accès aux soins et aux droits des usagers de drogue, ainsi que la mise à disposition de matériel de prévention, dans un objectif de réduction des risques et des dommages[213]. Le dispositif s'adresse aux personnes non engagées dans une démarche de soins, ou exposées à des risques majeurs du fait de leur consommation, avec une attention aux plus précaires.
- Les missions des CSAPA sont précisées par la circulaire DGS de 2008. Les CSAPA doivent remplir six missions obligatoires, à destination de tous les publics qui se présentent, quelle que soit l'addiction concernée, et de leur entourage : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation, la prise en charge (médicale, psychologique, socio-éducative) et la réduction des risques[214].
- La circulaire précise les modalités de fonctionnement des CSAPA et leur suivi via un rapport d'activité et deux dispositifs de recueil de données : le rapport d'activité et le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP). Elle fixe le cadre des consultations jeunes consommateurs (CJC), intégrées aux CSAPA.

[213] Précisé par loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

[214] Ces deux dernières missions pouvant être exercées avec une spécialisation éventuelle soit sur l'alcool, soit sur les drogues illicites, étant que précisé que « quelle que soit la spécialisation du CSAPA, celui-ci doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, y compris le tabac, de préférence directement, soit en lien avec une autre structure ».

[3] Les CSAPA et CAARUD sont majoritairement gérés par des structures associatives. Selon les chiffres de la DGS, il y aurait environ 150 CAARUD et 385 CSAPA ambulatoires[215]. En 2024, la dotation globale de fonctionnement de ces établissements s'est élevée à 564 M€.

Les associations gestionnaires de CSAPA et CAARUD

1/ Structures à gouvernance nationale, disposant d'un réseau régional, et de fonctions support (formation, plaidoyer, recherche, appui aux politiques publiques).
. Addictions France (ex-ANPAA) : principal opérateur national, présent dans la quasi-totalité des régions
. Groupe SOS Solidarités –ensemble d'associations (Gaïa, Oppelia, etc.) rattachées à un groupe national
. AIDES : association nationale issue de la lutte contre le VIH, expertise en réduction des risques.
. Croix-Rouge française : opérateur national polyvalent, gestionnaire de certains CSAPA
2/ Les associations régionales et locales sont actives sur plusieurs territoires, comme Ithaque (Grand Est) ou la Sauvegarde en Hauts de France, ou encore Douar Nevez dans le Morbihan (parmi de multiples exemples).

1.2 Précisé ensuite pour l'hôpital et la ville

1.2.1 La création d'une filière addictologique hospitalière, structurée en trois niveaux

[4] Enfin, les deux circulaires DGS/DHOS puis DHOS de 2007 et 2008 ont précisé le rôle de chaque volet du dispositif de prise en charge, structures médico-sociales, hôpital et professionnels de ville. Une filière addictologique hospitalière est identifiée, organisée de façon graduée, en trois niveaux : niveau 1 de proximité, niveau 2 de recours, niveau 3 de recours régional216. L'accent est mis sur l'importance des partenariats entre la filière hospitalière, le champ médico-social et la ville. La circulaire de 2008 fixe des référentiels d'organisation des soins pour chaque modalité de prise en charge hospitalière : court séjour addictologique, équipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie (ELSA), consultation hospitalière d'addictologie, hôpital de jour en addictologie, soins de suite et de réadaptation (SSR-devenus SMR).

[5] S'agissant de la ville, la circulaire de 2007 décrit le rôle de « première ligne des médecins généralistes », pour le repérage des risques et l'intervention brève et l'aide (y compris pour l'entourage), et celui d'autres professionnels : santé au travail, pharmaciens, dentistes, travailleurs sociaux et éducatifs des collectivités territoriales (voir tableau ci-dessous).

[6] Le circulaire DHOS de 2008 souligne quant à elle le rôle « pivot » de la médecine de ville pour le repérage, l'évaluation et l'accompagnement, et « essentiel » du médecin traitant comme coordonnateur.

1.2.2 Les soins médicaux et de réadaptation (SMR)

[7] Les soins médicaux et de réadaptation (SMR) ont fait l'objet d'une réforme par l'instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation, qui prévoit une filière « conduites addictives » (SMR-A).

[215] Les chiffres exacts varient cependant selon les sources.

[216] « Sur son territoire d'implantation, une filière propose des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction » (circulaire de 2008).

[8] Cette instruction est fondée sur le principe d'un accueil SMR pensé en amont et en aval, en lien avec l'ensemble des partenaires concernés, en particulier la ville, et les établissements médico-sociaux. L'orientation d'un patient dans une structure de SMR depuis un secteur de court séjour doit répondre à un objectif thérapeutique déterminé. Des fiches précisent les modalités de prises en charge pour douze situations, dont l'une concerne les conduites addictives[217], en cohérence avec les objectifs du volet addiction des schémas régionaux de santé en addictologie. La prise en charge d'éventuelles conduites addictives n'est pas mentionnée dans les autres fiches – or certaines concernent des comorbidités (cardio-vasculaire, oncologie, et système digestif).

[9] L'instruction prévoit deux nouvelles missions : l'une de coordination, avec pour objectif la pluridisciplinarité de la prise en charge et la fluidité du parcours des patients (en interne et en externe), et l'autre de transition, soit une stratégie de soutien social pour des patients avec dépendance.

1.2.3 Un dispositif cohérent et une offre large, permettant de s'adapter aux besoins des patients

[10] Ce dispositif complet de prise en charge des addictions apparaît de nature à répondre et à s'adapter aux besoins des patients sur l'ensemble du territoire grâce aux 3 niveaux permettant une couverture étendue et de qualité. Il s'inscrit dans les référentiels préconisés à l'échelle internationale (voir Annexe 7). Il est complété par des dispositifs en faveur des populations précaires, en particulier pour l'hébergement et le logement – voir tableau ci-après - et par les lignes d'écoute mises en place sous l'égide de Santé publique France (numéros verts disponibles 7j/7) : Drogues info service, Alcool info service et Tabac info service (6j/7).

[11] Cette offre est suffisamment diversifiée pour ouvrir des possibilités d'entrée multiples dans le parcours, et autant d'opportunités de repérage, pour toutes les addictions. Elle est censée permettre une intervention précoce et un projet individualisé, sur la durée nécessaire.

[12] C'est en ce sens qu'elle correspond à la logique de parcours de prise en charge prévue par les plan et stratégie ministériels, et ce alors même que la notion de parcours n'apparaît qu'avec la circulaire DHOS du 26 septembre 2008 sur la filière hospitalière en addictologie.

[217] Elle indique que les patients doivent être stabilisés sur le plan somatique et psychiatrique

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des principales composantes de l'offre de prise en charge des addictions sur les territoires

Structures	Descriptif synthétique
Secteur médico-social spécialisé en addictologie (ambulatoire ou résidentiel)	
CSAPA Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	• Accueil, information, prévention, évaluation médico-psychosociale et orientation Réduction des risques et des dommages (RdRD) Prise en charge médico-psychosociale et éducative • Personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une addiction avec ou sans substance et leur entourage • **Ambulatoires** : équipe pluridisciplinaire (médecins, IDE, psychologues, professionnels socio-éducatifs) • Parfois **résidentiels** : conduites addictives sévères pouvant être associées à des comorbidités psychiatriques si stabilisées : ***Centres Thérapeutiques Résidentiels*** ***Communautés thérapeutiques*** ***CAUT centres d'accueil d'urgence et de transition*** ***Sleep-In***
CJC Consultations Jeunes consommateurs (adossées aux CSAPA)	• Accueil des jeunes consommateurs 12-25 ans et leur entourage (y compris sans le jeune) Evaluation des consommations, des risques associés Accompagnement • Toute conduite addictive • Situées dans les CSAPA ou hôpitaux ou lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes (MDA, PAEJ)
CAARUD Centres d'accueil et d'accompagnement à la RDR chez les usagers de drogues	• Accueil Accompagnement à la RdRD Favoriser l'accès aux soins • Attention portée aux plus marginalisés • Equipes mobiles Pour les jeunes, recours au dispositif TAPAJ (Travail alternatif payé à la journée)
HSA Haltes soins addictions (anciennement salles de consommation à moindre risque)	• 2 salles en France dans un cadre expérimental : Paris et Strasbourg • Adossées aux CSAPA ou CAARUD • Inscription dans droit commun recommandée dans rapport IGAS IGA N°2024-036R (octobre 2024), expérimentation prolongée dans la LFSS 2026 jusqu'au 31/12/2027
Secteur hospitalier	
Consultations hospitalières d'addictologie	Consultations spécialisées en tabacologie
ELSA Equipe de liaison et de soin en addictologie	• Intervention aux urgences, dans les maternités, dans les services hospitaliers et appui aux équipes (contribution à l'évaluation, etc.) • Formation des équipes hospitalières • Facilite l'interface ville – hôpital et autres partenaires Au minimum : présence de médecin et d'infirmier + temps de psychologue, assistant de service social et diététicien

	Compétence sur l'ensemble des produits
HDJ Hôpital de jour Addictologie	• Evaluation pluridisciplinaire • Elaboration de projets thérapeutiques individualisés • Prise en charge en addictologie
Hospitalisation complète en addictologie	• Prise en charge en urgence ou programmée pour un sevrage, une évaluation ou pour des complications et/ou comorbidités somatiques/psychiatriques
SMRA Service de soins médicaux et de réadaptation en addictologie (ex SSR)	• Accueil en relais d'hospitalisation ou en direct pour réduire ou prévenir les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales, et faciliter la réadaptation
Equipes mobiles	EMSP (équipe mobile santé précarité) ESSIP (équipe spécialisée de soins infirmiers précarité)
Offre en médecine et autres professionnels de ville	
Professionnels de santé de 1er recours ou spécialisés (en libéral ou en centres de santé)	médecins généralistes ; sage-femmes ; addictologues ; psychiatres ; psychologues ; médecins de santé au travail ; dentistes, professions paramédicales ; pharmaciens.
Microstructures médicales spécialisées en addictologie	expérimentation Article 51 : intervention au cabinet d'un médecin généraliste d'un psychologue et travailleur social
Dispositifs de soins et d'hébergement temporaires pour les personnes sans domicile	
ACT Appartement de coordination thérapeutique	• Public : personne en situation de précarité psychologique, sociale ou financière nécessitant des soins liés à une maladie chronique avec capacité de vivre en autonomie. *Pas de condition d'âge* • ***ACT « classiques » :*** logements relais avec présence hebdomadaire d'une équipe médico-sociale. Durée limitée • ***ACT « Un Chez Soi d'Abord*** » - **ACT UCSD** : personnes majeures sans domicile atteintes d'une ou plusieurs pathologies mentales sans l'obligation d'adhérer à un projet de soin : accent mis sur l'accompagnement psychologique. Pas de limite de durée.
LHSS Lits haltes soins santé	Public : personnes majeures sans domicile en convalescence et nécessitant des soins aigus (IDE) mais pas une hospitalisation (en lien avec CSAPA et CAARUD) – séjour 2 mois renouvelables – Equipe mobile possible (même mission que EMSP)
LAM Lits d'accueil médicalisés	Public : personnes majeures sans domicile avec pathologies chroniques lourdes et invalidantes nécessitant la présence d'une équipe infirmière 24h/24.

Source : IGAS

1.3 Une logique de parcours : un objectif du Plan national de 2018, réitéré dans la stratégie interministérielle 2023-2027

1.3.1 Le Plan national de mobilisation contre les addictions (PNMA)

[13] **L'axe 6 du Plan national de mobilisation contre les addictions (PNMA) de 2018 prévoyait de « construire des parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisée mieux structurée ».** Concernant la prise en charge des publics, le constat de départ du Plan était celui d'une implication encore insuffisante du premier recours dans les logiques de repérage et de soin des addictions.

[14] **Dès lors, les principales actions figurant dans le PNMA ont visé à** :

- **favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire dans le premier recours** (maisons de santé, centres de santé, microstructures) ;
- **développer la formation** initiale et continue des professionnels de santé sur les addictions ;
- **structurer et rendre visible l'offre de soins sur chaque territoire** : « les articulations entre l'offre de premier recours et les dispositifs spécialisés ne garantissent pas encore la fluidité et la qualité nécessaires aux parcours de santé des usagers ». Il est demandé aux ARS de favoriser l'articulation entre l'ensemble de ces acteurs dans leurs projets régionaux de santé. Le PNMA prévoit également une révision de la circulaire de la DGOS de 2008 « dans une logique de parcours plus que de filière, incluant le secteur médico-social et les soins de suite » ;
- **améliorer l'offre spécialisée et renforcer l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles**, car « les modalités d'accompagnement des patients demeurent très inégales selon les structures et les services ». L'accent est mis sur l'intervention des pair aidants ou encore les dispositifs d'aller-vers ;
- **favoriser l'accès à la prévention et aux soins d'addictologie pour les personnes en situation de handicap**.

[15] **Le bilan du PNMA établi en 2022 est mitigé s'agissant de ce volet relatif à la prise en charge des addictions**. Parmi les avancées, le bilan met en avant le renforcement des liens entre les consultations jeunes consommateurs et les établissements scolaires, ainsi que la mobilisation accrue des professionnels de premier recours sur le repérage des addictions via notamment des outils pratiques développés par le collège de médecine générale. En revanche, la restructuration de l'offre en addictologie « n'est que partiellement engagée ». Parmi les enjeux qui restent à traiter, le bilan citait notamment l'allocation de moyens aux CSAPA et CAARUD, les pratiques professionnelles, la qualité du service aux usagers.

1.3.2 La stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (SIMCA)

[16] **La stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (SIMCA) de 2023-2027 fixe des ambitions assez proches de celles du PNMA de 2018 s'agissant du parcours de prise en charge**, avec un objectif explicite d'assurer à chaque usager une prise en charge adaptée. Il est précisé que « les conduites addictives relèvent de la même logique de parcours que celles des autres pathologies chroniques, avec des articulations fortes entre les secteurs sanitaire (notamment la psychiatrie), médico-social et social. Les pistes d'actions retenues sont : une meilleure coordination entre premier recours, secteur médico-social et secteur sanitaire ; une orientation de chaque usager vers la prise en charge adaptée « indépendamment de la porte d'entrée initialement empruntée » ; un accent sur les dispositifs innovants parmi lesquels sont citées les microstructures, les IPA formés à l'addictologie ou encore les outils numériques d'aide à distance.

[17] Enfin, certaines substances font l'objet de plans ou feuilles de route dédiés en complément de la stratégie nationale tels que le Plan national de lutte contre le tabac 2023-2027. Visant une génération sans tabac en 2032, il s'appuie sur la hausse du prix du tabac, la généralisation des espaces sans tabac,

la protection des jeunes, dont l'interdiction des cigarettes électroniques jetables (puffs) et le renforcement de l'aide à l'arrêt, en priorité pour les publics les plus vulnérables.

2 A l'épreuve d'une demande en évolution : les défis identifiés

[18] Si la structuration d'ensemble de l'offre de prise en charge des addictions paraît bien conçue, plusieurs défis apparaissent dans sa mise en œuvre effective. Les principales limites identifiées pour assurer les parcours de prise en charge des addictions nécessitent, pour être dépassées, d'activer différents leviers : meilleure application des textes ou clarification de ces textes, ou encore mesures relevant d'un niveau plus général de pilotage et gouvernance.

2.1 Un système sous tension face à l'évolution des besoins

[19] Les investigations conduites par la mission documentent les difficultés rencontrées face à l'évolution des conduites addictives et aux enjeux de leur prise en charge (décrite en annexe 1).

[20] Les acteurs rencontrés convergent pour décrire un système sous tension, se traduisant par l'augmentation des files actives et des besoins de matériel de réduction des risques, l'accès insuffisant aux ressources médicales pour la prescription de traitements de substitution, conduisant dans certains cas à la nécessité de suspendre les consultations, la sous-représentation perçue de certains publics, en particulier les femmes (voir enquête IGAS annexes 6 et 7), la difficulté d'articulation avec, et de prise en charge par la psychiatrie.

[21] Ce constat d'ensemble peut être affiné en identifiant les principaux défis et leviers, présentés ci-dessous, sur la base de l'ensemble des investigations de la mission : déplacements dans 3 régions (Occitanie, Bretagne, Hauts-de-France) et en Seine-Saint-Denis, visio-conférence avec La Réunion, autres entretiens, recherche documentaire, enquête IGAS auprès des ESMS (CSAPA et CAARUD), travaux de la mission avec le pôle DATA de l'IGAS sur les données des parcours de prise en charge de l'addiction à l'alcool (annexe 5).

2.2 Une offre peu lisible au plan national

2.2.1 Une cartographie partielle de l'offre territoriale

[22] Les données institutionnelles sur la répartition territoriale de l'offre de prise en charge des addictions portent principalement sur le secteur médico-social spécialisé (CSAPA, CAARUD), qui fait l'objet de cartographies et d'analyses nationales consolidées par la DGS, la MILDECA et l'OFDT[218]. L'offre hospitalière est documentée à travers des données d'activité et des analyses régionales, mais sans cartographie nationale synthétique équivalente. Enfin, il n'existe pas de recensement national de la contribution de la médecine libérale, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des dispositifs territoriaux ayant un rôle de coordination (ex. CPTS) à la prise en charge des addictions. Toutefois, à l'échelle de certains territoires, des rapports régionaux comme celui réalisé par l'ORS-CREAI Normandie, ou le diagnostic territorial de l'offre en addictologie Bretagne[219] dressent un tableau complet.

[23] Ces sources, qui décrivent l'offre existante, ne permettent pas d'établir son adéquation réelle aux besoins, en l'état des données disponibles, et en l'absence de référentiel établi. Si aucun territoire n'est dépourvu de structures spécialisées, la densité, l'accessibilité et la capacité d'adaptation aux besoins locaux varient toutefois fortement, traduisant une insuffisance relative, notamment dans les espaces ruraux ou périphériques.

[218] Voir la carte de la répartition nationale des CSAPA et CAARUD – annexes 6 et 7

[219] Piloté par l'ARS Bretagne et réalisé de façon partenariale

[24] Les données montrent que l'approche « toutes addictions » promue par la SIMCA et par les circulaires paraît désormais appliquée au plan global, ce que la mission a pu également constater lors de ses déplacements sur le terrain. Dans les cas où certaines structures restent plutôt spécialisées (sur le tabac par exemple) tout en assurant un premier accueil ouvert à tous, les ARS rencontrées veillent à la formalisation de partenariats de proximité, pour assurer la prise en charge globale.

2.2.2 Des enquêtes par établissement et dispositif, sur les ESMS et l'hôpital

[25] Des travaux sont conduits au plan national, sur le secteur médico-social d'une part, et sur l'hôpital d'autre part. Ils ne dessinent pas une vision d'ensemble de l'offre, mais permettent d'approcher certaines thématiques (évaluation de la qualité de l'accompagnement), y compris dans le cas d'évaluations par établissement (HAS), ou d'alimenter de manière substantielle les analyses nationales sur la prise en charge (RECAP suivi par l'OFDT), ou encore de faire l'état des lieux de l'offre hospitalière.

[26] Comme déjà indiqué, l'activité des CSAPA d'une part, et des CAARUD, d'autre part fait l'objet d'un suivi national annuel à travers des rapports d'activité renseignés par les structures, consolidés (pour les données à caractère épidémiologique) dans le cadre du Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP), exploité et publié par l'OFDT. Ces bilans (transmis à l'European Union Drugs Agency – EUDA- voir annexe 8) constituent la principale source consolidée de données institutionnelles sur les publics et les motifs de prise en charge à l'échelle nationale.

[27] Ce suivi ne concerne pas les éléments de performance ou organisationnels – bien que ces données figurent dans les rapports d'activité adressés à la DGS (RH, financement, file active).

[28] Comme tous les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) mentionnés à l'article L312-1 du CASF, les CSAPA et CAARUD s'inscrivent dans une démarche d'évaluation tous les 5 ans, selon le référentiel national de la HAS – dans le cadre de l'évaluation commune aux (ESSMS), et alignée sur les référentiels internationaux en matière d'addictions (voir annexe 8). Cette approche vise à évaluer la qualité des accompagnements des personnes.

Les fiches individuelles des 435 structures évaluées peuvent être consultées sur le site de la HAS, qui estime les résultats obtenus généralement homogènes et satisfaisants[220], avec une légère supériorité des CSAPA sur certains indicateurs. Les principales observations générales sont : une prise en compte élevée de la participation et des besoins des personnes dans les accompagnements proposés, et très élevée du respect des droits fondamentaux, de la bientraitance et de la personnalisation, y compris par l'inclusion de l'entourage ; un engagement fort des personnels en faveur de l'autonomie des personnes et la continuité des parcours, à travers la coordination des professionnels notamment. La HAS regrette cependant que l'absence de données sur les ruptures de parcours ne permet pas d'identifier les situations à risque ni d'analyser les causes ou les solutions mises en œuvre, tandis que la gestion de crise et la prévention de la maltraitance restent à améliorer (cf annexe 4).

[29] Pour les besoins de la présente mission, l'IGAS a complété ces données par une enquête ad hoc auprès des ESMS pour éclairer plus spécifiquement les enjeux du parcours, de l'accueil, et de la coordination en particulier (annexes 6 et 7).

[30] Enfin, une enquête a été conduite par la DGOS en 2022 en vue de réaliser un état des lieux national actualisé de l'offre hospitalière en addictologie (mise en œuvre de la filière, son degré de structuration et de couverture territoriale, impact de la crise sanitaire), une consultation essentiellement focalisée sur l'offre, notamment sa dimension RH.

[220] Source HAS

Le taux de réponses est significatif avec 504 établissements répondants sur 826 (62 %), majoritairement publics.
Sur cet échantillon, est mise en évidence une présence large des principaux dispositifs prévus par la circulaire de 2008 : consultations hospitalières en addictologie, ELSA, services d'hospitalisation de sevrage. En médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et psychiatrie, l'offre repose principalement sur les consultations hospitalières et les ELSA ; en SMR, sur l'HDJ addictologie.
Une fraction non négligeable d'établissements ne déclare aucun dispositif addictologique (5 % de MCO, 14,5 % psychiatrie). Les résultats montrent également que les effets de la pandémie sont résorbés dans l'ensemble : sans causer de désorganisation durable, la crise a pu accentuer toutefois des fragilités préexistantes.
En matière de ressources, les équipes reposent très majoritairement sur les IDE, souvent autour de 60–80 % des effectifs, tandis que les effectifs médicaux spécialisés (addictologues) demeurent plus réduits et les psychologues occupent une place variable. Enfin, les pratiques apparaissent hétérogènes s'agissant de coordination (avec la ville, avec les CSAPA et CAARUD) et d'innovation (pair-aidance, téléconsultation).

[31] En définitive, l'offre est en place dans la plupart des établissements hospitaliers, mais il n'en existe pas de vision nationale exhaustive.

[32] A ce tableau s'ajoute l'action des CPAM, consultations de prévention et prise en charge (cette dernière surtout sur le tabac), ne remontant pas dans le SNDS, financée par le Fonds national de lutte contre les addictions dans le cadre du projet « Mois sans Tabac » (voir 4.4).

2.2.3 L'application incomplète des dispositions prévues

[33] Au total, la mise en œuvre d'instruments de suivi et d'évaluation d'ensemble du dispositif d'addictologie prévu par la circulaire DGS/DHOS de 2007, reposant sur un état des lieux des besoins et de l'offre, et d'un suivi de l'adéquation de l'une aux autres, sur la base d'une méthodologie à construire, est encore incomplète.

Des exemples de bonnes pratiques existent cependant en la matière (voir ci-dessous 3.2).

[34] S'agissant des CSAPA, les dispositions de la circulaire DGS de 2008 en matière de suivi sont appliquées (rapport d'activité renseigné et exploité pour l'analyse RECAP, évaluation individuelle par la HAS) même si le riche contenu de ces rapports n'est pas exploité pour le moment à des fins de pilotage au niveau national, en l'absence de référentiel et de méthodologie établis à cet effet (voir aussi ci-dessous 3.2).

[35] Enfin, s'agissant des établissements hospitaliers, l'état des lieux annuel par questionnaire d'enquête prévu par la circulaire DHOS de 2008 n'a été réalisé qu'en 2012 et 2022. Les rapports d'activité des différentes composantes, prévus par la circulaire, apparaissent remplis[221], sans indication sur leur exploitation ultérieure.

2.3 La coordination : une fonction vitale, mais implicite

[36] La coordination est une dimension clé des parcours, qu'il s'agisse de la coordination de chaque parcours individuel, ou de la coordination entre partenaires (condition indispensable au suivi des parcours individuels) – voir aussi annexe 1. Elle permet d'assurer la bonne mobilisation des diverses composantes de l'offre au niveau d'un territoire, en fonction des besoins d'un usager, en anticipant au mieux les étapes à suivre.

[221] Au moins par les structures rencontrées par la mission

En tant que fonction, la coordination entre partenaires est pourtant mal définie, avec dans certains cas des efforts qui se recoupent ou se juxtaposent, tandis que le temps consacré n'est pas assez valorisé et financé.

2.3.1 En ESMS, une fonction clé insuffisamment mise en valeur et rémunérée

[37] Les ESMS ont dans leurs missions un rôle de coordination non prévu explicitement dans les textes : « lorsque le CSAPA accueille un patient qu'il ne peut prendre en charge en raison de sa spécialisation, il a l'obligation de l'orienter vers une autre structure mieux adaptée » (circulaire DGS de 2008) ; les activités des CAARUD incluent : « accompagner ou orienter l'usager vers le système de soins, spécialisés ou non » (circulaire DGS/DSS/DGAS de 2006). Dans les faits, les ESMS consacrent le temps nécessaire au fonctionnement partenarial avec les autres structures de prise en charge en addictologie (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social), pour assurer cette orientation et coordination de parcours individuels, souvent sur la base de conventions. Cette orientation représente une part importante de l'activité : 26 % des CSAPA déclarent orienter plus de la moitié de usagers reçus.

[38] La coordination est dans certains cas allégée, particulièrement dans le cas d'entités intégrées dans une même structure (CAARUD, CSAPA, CJC), ou entre ESMS d'un même territoire. La mission a pu constater une articulation satisfaisante à l'échelle territoriale de ces dispositifs complémentaires, positionnés sur des publics différents et disposant de leviers distincts (comme l'anonymat systématiquement garanti en CAARUD, important pour les publics les plus éloignés du soin).

[39] Par ailleurs, les ESMS participent activement à la coordination entre acteurs, dans le cadre des dispositifs d'articulation territoriale conduits par l'ARS (plans régionaux de santé – PRS), ou de coordination assurés par des réseaux territoriaux (dispositifs d'appui à la coordination - DAC, dispositifs régionaux en addictologie, etc.), de communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS). Cette fonction importante a un coût en temps d'équipe.

[40] Ce temps de coordination[222] n'est pas retracé à la hauteur de son coût effectif pour les équipes. Le temps consacré à l'orientation des usagers (fonction bien prévue dans les circulaires), ne figure pas dans les activités recensées dans le rapport d'activité. La participation aux instances de coordination partenariale n'est pas évoquée par ces circulaires, ni valorisée dans le rapport d'activité, qui comporte toutefois une rubrique recensant les conventions de partenariat établies par chaque structure.

2.3.2 Les SMR-A doivent être systématiquement inclus dans la coordination, mais pas en première ligne

[41] S'agissant de l'hôpital, la circulaire DHOS de 2008 réserve le rôle de coordination des parcours avec les autres acteurs sanitaires et sociaux concernés en priorité aux Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), tandis que, d'une manière générale, la filière hospitalière de soins addictologiques doit s'inscrire dans une dynamique d'organisation territoriale.

[42] Plus récemment, les soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMRA) se sont vus confier, par l'instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 sur les SMR, une nouvelle mission de coordination explicitement définie : interne d'une part, autour du projet thérapeutique du patient, et d'autre part « avec les partenaires externes d'amont et d'aval, en complémentarité des dispositifs de coordination existants, afin de contribuer à une meilleure connaissance et lisibilité de l'offre sur le territoire et favoriser le rapprochement des acteurs autour du parcours du patient ».

[222] Voir en particulier annexe enquête IGAS, les chapitres consacrés aux partenariats et à la coordination des parcours (n°5 pour les CSAPA, n°4 pour les CAARUD)

[43] L'implication des SMR-A dans l'élaboration, au plus tôt (en amont du sevrage), et dans le suivi du parcours thérapeutique est au cœur de la mission des SMR, et une condition de qualité de la prise en charge soulignée par les professionnels.

[44] Or, comme vu ci-dessus et en annexe 1, les fonctions de coordination sont également (voire prioritairement) assurées par d'autres acteurs, suivant les territoires (CSAPA, DAC, CPTS). Il serait utile de clarifier, s'agissant des SMR-A, l'importance de leur inclusion systématique dans les dispositifs de coordination territoriaux existants les plus pertinents en matière de prise en charge des usagers, pour participer au suivi des parcours. Pour autant, à des fins de lisibilité et pour éviter les redondances et une charge excessive pour ses services, il paraît préférable qu'ils n'aient pas à assumer le portage de ces coordinations, surtout si s'ajoute une instance de coordination supplémentaire.

2.3.3 La difficulté des CSAPA à répondre aux besoins de prévention collective

[45] Les CSAPA peuvent participer ou mettre en œuvre des actions de prévention collectives, en tant que missions facultatives, non financées par leur dotation globale de fonctionnement. Elles sont assurées par un grand nombre de structures, et concernent par exemple des actions en milieu scolaire, dans les quartiers de la politique de la ville, ou en milieu carcéral, souvent dans le cadre de groupements d'acteurs. Tandis que la prévention individuelle, intégrée à la prise en charge des personnes suivies, est couverte par la dotation médico-sociale assurée par l'assurance maladie, les actions de prévention collective reposent sur des financements extra-budgétaires, principalement issus d'appels à projets des ARS, de crédits interministériels (MILDECA, FLCA, FIPD) ou de soutiens ponctuels des collectivités territoriales, sans caractère pérenne ni systématique.

[46] Les CSAPA soulignent l'importance de leur participation aux actions de prévention collective, pour amorcer des parcours vers le soin (en milieu festif, ou en milieu scolaire) ou renforcer des partenariats (Education nationale, CPTS) au plan territorial à partir d'une demande spécifique (« Mois sans Tabac », journées thématiques). Ils notent une augmentation de ces demandes d'intervention et la difficulté à assurer une réponse correspondante, regrettant la précarité des financements. Certaines structures rencontrées renoncent à ces actions, faute de moyens, dès lors qu'elles ne rentrent pas dans un cadre durable (voir ci-dessous 2.5).

[47] Il y a un hiatus entre le besoin de ressources expertes en matière de prévention collective au plan territorial, et l'offre disponible pour y répondre. Les CSAPA ne peuvent assurer que jusqu'à un certain point la prise en charge de cette dimension importante des politiques de lutte contre les addictions. Le « P » de CSAPA mérite d'être mieux défini. Cette difficulté liée à la définition de la mission n'est pas du même ordre que celle que rencontre l'activité de RDRD, bien définie en tant que mission obligatoire des CSAPA, mais qui fait face à une charge croissante (voir annexe 1).

2.4 Plus de proximité pour mieux toucher les publics, notamment les jeunes

[48] L'aller-vers, le contact (sur les lieux de consommation notamment), les consultations de proximité ou avancées au sein des structures partenaires (ou celles d'intervenants extérieurs au sein de la structure) figurent dans les missions des CAARUD. Ces modalités représentent un aspect majeur de leur modèle d'intervention, présentées comme un atout[223], et une part importante de leur activité.

[223] Enquête IGAS auprès des CAARUD Annexe 7

[49] S'agissant des CSAPA, les consultations de proximité sont prévues pour le repérage précoce, comme mission facultative. Ces modalités se sont fortement développées : 68 % des CSAPA répondant à l'enquête de l'IGAS indiquent avoir une consultation avancée ou permanence « hors les murs » [224]. Ces dispositifs multidisciplinaires et mobiles se déploient dans des lieux divers, permettant de toucher des publics spécifiques ou éloignés. Ils sont considérés par les CSAPA comme un atout, permettant d'optimiser leur action notamment sur les territoires sous-dotés.

[50] Comme indiqué en Annexe 1, ces modalités paraissent particulièrement adaptées aux publics peu mobiles que sont les jeunes (mineurs en particulier). Une évaluation de l'efficacité du modèle de CJC pour appuyer une éventuelle évolution serait utile. L'enquête prévue par la DGS sur les CJC est bienvenue à cette fin.

2.5 Des dispositifs intra-hospitaliers à mieux définir

[51] L'organisation de la filière hospitalière en addictologie apparaît généralement pertinente, et avec toutefois des imprécisions à clarifier et des dispositifs à conforter.

2.5.1 Consultations hospitalières en addictologie (CHA) et Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

[52] La circulaire DHOS de 2008 prévoit des rôles en principe distincts et complémentaires :

- les consultations hospitalières en addictologie (CHA) sont chargées de prendre en charge les patients admis à l'hôpital (en lien avec les ELSA), ou ceux en ambulatoire, en coordonnant le parcours de soins avec les partenaires extérieurs à l'hôpital (par convention avec le médico-social par exemple). Les équipes sont multidisciplinaires, formées à l'addictologie, avec au moins un médecin, tandis qu'un avis en psychiatrie doit être prévu. Elles sont financées par le Fonds d'intervention régional (FIR) après l'avoir été par mission d'intérêt général (MIG) ;
- Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) forment et conseillent les soignants au sein de l'hôpital, interviennent en appui aux urgences et dans d'autres services (périnatalité, cancérologie), développent des liens en intra et extra hôpital pour assurer la qualité de parcours. Les équipes sont multidisciplinaires, formées à l'addictologie, avec au moins un médecin, et un avis psychiatrique assuré avec la psychiatrie de liaison. Elles sont financées par le Fonds d'intervention régional[225] depuis 2022.

[53] Dans les faits, ces missions tendent à se chevaucher : les mêmes personnels participent aux 2 missions, posant la question de la visibilité les financements. Ainsi, l'ARS Occitanie, à l'occasion d'un bilan des actions, a relevé que les effectifs étaient mutualisés avec des CHA, notant que l'ARS ne dispose pas pour ces derniers de rapports d'activité, et n'a pas la main sur ces financements. Les ARS apprécient la visibilité dont elles disposent sur les financements des ELSA depuis qu'ils sont financés par le FIR. En Bretagne, les rapports Piramig apparaissent plus difficiles à mobiliser (mal remplis, aux indicateurs compliqués). Une meilleure visibilité sur ces financements paraît nécessaire pour assurer un pilotage des ressources au plus près de l'activité et des besoins. Les ELSA apparaissent en effet comme un dispositif efficace, à conforter. Plutôt bien représentées en établissement hospitalier (59 % des répondants dans l'enquête 2022 de la DGOS), elles sont également activement sollicitées, et cultivent la réactivité nécessaire pour intervenir à la demande des services, y compris hors urgences. Au sein de l'hôpital, elles s'efforcent de réduire la part de leur activité consacrée aux consultations spécialisées demandées « au lit du patient », pour former et acculturer les services, en particulière au repérage, en proposant autant que possible la mise en place de protocoles pour les cas les moins complexes. Il est noté la nécessité de mieux valoriser l'activité de liaison, pour mieux en démontrer le bénéfice pour le

[224] Enquête IGAS auprès des CSAPA Annexe 6 – point 4.2.4
[225] 73 M€ en 2024

système. Elles jouent un rôle également reconnu hors hôpital pour le suivi des parcours en lien avec les partenaires extérieurs, en particulier les CSAPA. Les capacités d'intervention des ELSA apparaissent toutefois en deçà des besoins, d'après les acteurs rencontrés. La mission note également que l'intervention des ELSA en SMR hors addictologie n'est pas pour le moment explicitement prévue (par exemple cardiologie, système nerveux, cardio-vasculaire, pneumologie, système digestif).

2.5.2 L'Hôpital de jour (HDJ-A), et les soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMR-A), composantes clés d'une logique de parcours, à conforter et mieux articuler

[54] L'hôpital de jour, qui fonctionne comme alternative à l'hospitalisation complète, s'avère particulièrement adapté pour préserver l'insertion sociale de certaines personnes (les femmes ayant charge de famille en particulier). Cette modalité peut être intéressante en SMR-A, dès lors qu'un accompagnement adéquat peut être prévu.

[55] Les soins médicaux et de réadaptation en addictologie apparaissent comme une composante essentielle du parcours de soins, et les acteurs se félicitent de l'actualisation du dispositif avec l'instruction DGOS de 2022. Cependant, il apparaît que cette étape majeure du parcours de soins est encore insuffisamment mobilisée comme levier. De l'avis des spécialistes rencontrés, l'outil du sevrage, pour être utile et limiter les risques[226], ne devrait s'envisager qu'une fois prévue et organisée la phase post-sevrage voire de SMRA, en préparant la sortie, en lien avec le secteur médico-social si nécessaire.

[56] Par ailleurs, la durée de séjour définie par les bornes de tarification (26 jours) est jugée insuffisante pour la prise en charge d'addictions souvent lourdes et complexes[227], surtout en cas de pathologie duelle, pour lesquelles la préparation de la sortie est longue. La prise en charge des consultations psychiatriques en SMR-A serait utile.

2.6 Un rôle de la ville inégal, pour le repérage comme pour le suivi

[57] Comme bien prévu par les textes, les professionnels de santé du 1er recours et en particulier les médecins généralistes, qu'ils soient ou non en exercice collectif (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé) sont en première ligne face aux addictions, qu'il s'agisse de repérage précoce et intervention brève (RPIB), ou de suivi au long cours. Compte tenu de la diversité des structures d'accueil et de prise en charge, le rôle de coordonnateur du médecin traitant est essentiel. Or cette ressource cruciale est aujourd'hui insuffisante, avec de fortes inégalités territoriales, ce qui affaiblit l'ensemble du dispositif.

2.6.1 Le manque de médecins, goulet d'étranglement pour le repérage mais également pour la prescription des traitements par agonistes opioïdes

[58] La prise en charge des addictions est impactée, comme d'autres politiques de santé, par le manque de médecins généralistes, et leur répartition inégale sur le territoire. A ceci s'ajoute la difficulté pour certains publics aux profils les plus complexes ou non stabilisés à accéder à un médecin traitant – conduisant parfois les CAARUD ou CSAPA à assurer ce rôle, y compris pour la prise en charge médicale globale (à rebours de la logique du modèle).

[59] L'insuffisance des relais pour la prescription des traitements de substitution apparaît comme un goulet d'étranglement majeur. Il s'agit d'un des principaux problèmes identifiés par les CSAPA et CAARUD (cf annexes 6 et 7). En effet, l'équilibre de l'offre de prise en charge repose sur l'adressage des patients stabilisés en structure médico-sociale ou hospitalière pour une prise de relais durable par la

[226] HAS « L'alcool est une substance psychoactive dont le sevrage peut être neurotoxique voire mortel (*delirium tremens*) » Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool

[227] Estimée par un établissement à 70 jours en moyenne, à 6 mois renouvelable par la Société savante en alcoologie et addictologie

médecine de ville, libérant la file active des dispositifs dédiés. Ces débouchés désormais insuffisants contribuent à la surcharge des structures médico-sociales.

[60] Ces dernières ne disposent d'ailleurs pas elles-mêmes d'un recours suffisant aux médecins prescripteurs, et veillent à utiliser au mieux cette ressource rare. L'enquête IGAS auprès des CSAPA montre ainsi que les premières consultations sont très rarement assurées par un soignant, tandis que les ESMS rencontrés par la mission cherchent à assurer un relais vers la médecine de ville, gardant toutefois les usagers dans leurs files actives lorsque pour diverses raisons ce relais ne peut être assuré.

[61] Les données concernant les prescriptions médicales sont disponibles et peuvent être rapportées aux prescripteurs individuels, permettant d'alimenter les diagnostics de territoire sur ce point clé[228].

[62] S'agissant du repérage, déterminant pour l'entrée dans le parcours, le médecin joue un rôle clé[229]. La difficulté d'accès au médecin traitant pour les populations concernées par une addiction, en particulier les plus précaires, est donc un obstacle majeur.

2.6.2 Les pistes pour atténuer les effets de cette pénurie

[63] Un certain nombre de pistes sont mises en place pour tenter de pallier cette pénurie comme le recours à la téléexpertise, à la téléconsultation (qui suppose un protocole cadré et l'usage de l'ordonnance sécurisée), d'autres sont évoquées comme l'extension du délai de prescription, ou la possibilité d'un renouvellement de prescription par les pharmaciens pour les profils stabilisés. Les addictologues rencontrés mettent cependant en garde contre les solutions dégradées, recommandant le contact avec un référent pour sécuriser les prescriptions, notant que par manque de formation et de pratique, des médecins généralistes pouvaient être tentés d'atténuer les dosages, raccourcir ou même interrompre les traitements (répondant parfois aux demandes des patients), avec des conséquences potentiellement lourdes.

[64] Face à ce défi, la principale innovation organisationnelle des dernières années est l'expérimentation article 51 de Microstructures médicales en addictologie – Equip'Addict (MSMA), permettant de sécuriser la pratique d'un médecin traitant, associé à une équipe d'addictologie pluridisciplinaire, comme bien établi par l'évaluation conduite, et par les retours recueillis à l'issue de la phase de transition. Elle a fait l'objet d'une évaluation externe finale conduite par les Hospices Civils de Lyon et pilotée par la cellule nationale d'évaluation (DREES-CNAM). Le rapport (septembre 2023) conclut à l'intérêt du dispositif, à sa faisabilité opérationnelle et à sa transférabilité, tout en soulignant la nécessité de consolider les modalités de déploiement territorial. Ces conclusions ont conduit à un avis favorable à l'entrée en phase transitoire de pré-généralisation.

[65] La généralisation de ce dispositif, en préparation, est une perspective favorable, à certaines conditions à prendre en compte s'agissant de structures potentiellement fragiles – voir annexe 1.

[66] A ces pistes s'ajoutent les deux dispositifs clé développés en annexe 1 : les coordinations territoriales de toutes natures, et les nombreuses actions d'outillage des professionnels du premier recours.

[228] Fait en Hauts de France

[229] Voir annexe 1

2.7 L'accès limité à la psychiatrie impacte la prise en charge en addictologie

[67] Le sujet de l'articulation avec la psychiatrie est l'un des constats les plus saillants recueillis par la mission, alors que la nécessité d'une prise en charge globale des pathologies duelles apparaît comme l'un de principaux défis comme précisé dans l'annexe 1. Les acteurs de l'addictologie connaissent la tension forte pesant sur la psychiatrie et se résignent aux limites posées par ces services, comme par exemple l'exigence de n'accueillir les patients en addiction présentant des troubles psychiatriques qu'une fois stabilisés, ou même sous condition d'abstinence (alors que pour ces patients, la prise en charge psychiatrique est généralement nécessaire à la stabilisation). Ces difficultés sont aggravées lorsque les patients sont en situation de précarité.

[68] Symétriquement, l'instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 sur les soins médicaux et de réadaptation indique que les patients admis en SMR-A doivent être stabilisés sur le plan somatique et psychiatrique[230]. Ce blocage a été décrit à maintes reprises par la formule malheureuse de « ping pong » entre les deux secteurs.

[69] Des solutions sont relevées pour débloquer cette situation. Au niveau des ARS (comme en Bretagne) une approche volontariste peut être adoptée pour accorder les autorisations d'implantations des SMR-A, soit en établissement publique de santé mentale, soit dans des services disposant de ressources en psychiatrie. Dans certains cas, comme au CHU de Montpelier, les services d'addictologie et de psychiatrie sont proches et travaillent de manière intégrée.

Exemples de coordination psychiatrie – addictologie

Le CHU de Montpellier a saisi l'occasion d'une re-structuration pour mettre en place une prise en charge « intégrée » des pathologies duelles : le Département d'addictologie (CSAPA UTTD, consultations, service d'hospitalisation) a intégré le pôle de psychiatrie et pédopsychiatrie du CHU avec l'enclenchement d'une dynamique forte entre les unités, une meilleure visibilité du service d'addictologie par les usagers et les professionnels. Ainsi en 2024, l'activité de consultation du médecin psychiatre au CSAPA-UTDD a quasi doublé. De même le nombre de consultations des psychologues au CSAPA a doublé. En parallèle, la coordination centralisée des parcours a été renforcée par le lien entre l'infirmière et l'assistante sociale de consultation, l'infirmière de coordination des unités d'hospitalisation et l'infirmière en pratique avancé du CSAPA-UTDD.

Au CHU de Bordeaux, une offre unique est également proposée par les pôles d'addictologie et de santé mentale, à la gouvernance intégrée, à laquelle s'ajoutent les autres filières médicales, pour faciliter la circulation des patients et l'offre de proximité. Cette organisation permet de mieux répartir l'offre sur les territoires, qui n'étaient pas également dotés.

Au CHU de Clermont Ferrand, l'organisation mise en place consiste à structure la réponse aux patients, quelle que soit leur modalité d'entrée (y compris urgences), reposant sur une infirmière de coordination qui gère les parcours des patients jusqu'à l'hôpital de jour, en maintenant un lien constant avec les adresseurs (CSAPA, parfois CHRS), la CPTS, et dans une moindre mesure avec le secteur privé.

[230] - *« …pouvant présenter des troubles psychologiques ou psychiatriques stabilisés, compatibles avec le fonctionnement d'un établissement SMR et ne relevant pas d'une hospitalisation dans une structure de santé mentale, en cohérence avec les objectifs du volet addiction des schémas régionaux de santé en addictologie »*

[70] Les spécialistes en addictologie (dont plusieurs psychiatres) estiment toutefois que le problème est plus large, et tient à la dimension transversale de cette discipline, qui la fragilise par définition. Certains notent aussi qu'il est plus fonctionnel de « psychiatriser l'addictologie » que l'inverse, et plusieurs souhaiteraient pouvoir débattre de manière structurée sur les pratiques cliniques à promouvoir, étape nécessaire pour améliorer l'articulation, en l'état des ressources de psychiatrie (et particulièrement de pédopsychiatrie), et d'addictologie.

2.8 La difficulté à suivre les parcours

[71] La prise en charge médicale en ESMS relevant de l'ONDAM spécifique, les actes réalisés par les CSAPA et CAARUD ne sont pas renseignés dans le système national des données de santé (SNDS). Les parcours de prise en charge dans ces structures ne peuvent donc être inclus dans le suivi de cohorte (la mission s'est heurtée à cette difficulté pour son analyse des DATA alcool -annexe 5). Des enquêtes peuvent être conduites en principe sur les publics des ESMS, dans le respect de la confidentialité et du secret médical, et de l'anonymat (appliqué en CAARUD, et qui peut être accordé sur demande en CSAPA).

[72] Comme relevé par la HAS, les ESMS n'identifient pas les ruptures de parcours, ce qui ne permet pas d'analyser les causes de ces ruptures et d'en identifier les solutions. Cette observation s'applique au-delà des ESMS, à tout le dispositif.

[73] A ceci s'ajoute le manque d'interopérabilité entre les systèmes d'information, compliquant la concertation et coordination, y compris en interne à l'administration. Cette limite a été citée à de nombreuses reprises par les acteurs de terrain, et par les ARS.

2.9 La place encore précaire des pair-aidants et patients-experts

[74] L'intervention de pair-aidants et patients-experts apparaît positive, dès lors que ces derniers bénéficient d'un accueil et d'une formation adaptée. Lorsqu'ils sont bien insérés dans un service ils apportent une valeur ajoutée reconnue dans l'accompagnement des patients, y compris au sens propre, en les conduisant aux rendez-vous par exemple. D'après notre enquête, les patients-experts sont présents dans un quart des CAARUD et un cinquième des CSAPA. En lien avec le point précédent, il a été noté que les « perdus de vue » par la structure ne le sont pas toujours complétement, et peuvent rester dans le viseur du patients-experts.

[75] Dans l'ensemble, les interlocuteurs rencontrés (y compris les patients-experts) sont favorables à un renforcement de ce rôle, mais soulignent les freins institutionnels (absence de statut défini, ou de ligne budgétaire pour assurer la rémunération[231]), la fragilité des formations, les difficultés de recrutement, l'absence de grille de rémunération. Certains patients-experts sont salariés, d'autres interviennent en tant qu'auto-entrepreneurs, d'autres encore en tant que bénévoles (parfois par choix).

[76] L'association France Patients Experts Addictions (FPEA) a développé une certification, sur financement FLCA, pour laquelle elle a reçu la certification Qualiopi, préalable à l'enregistrement à France Compétences. La HAS prépare une recommandation sur la pair-aidance et les compétences requises.

[231] A titre d'exemple, un établissement hospitalier utilise la ligne « moniteur éducateur »

3 Une gouvernance nationale et un pilotage à renforcer, en s'appuyant au niveau territorial sur les ARS

3.1 Un dispositif dont l'activité est insuffisamment pilotée

[77] Comme déjà indiqué, l'offre en addictologie ne fait pas l'objet d'un pilotage à l'activité de manière générale, sauf exception, comme dans le cas des Hauts de France qui a élaboré quelques indicateurs de suivi à partir des données du rapport d'activité des CSAPA et CAARUD[232] coût par ETP ; acte par ETP ; coût par acte. Les indicateurs élaborés par les ARS pour le suivi de leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM- voir infra) contiennent également des exemples intéressants, sourcés auprès de l'ensemble des acteurs territoriaux. Par exemple, sur le suivi des parcours : le délai entre le premier contact et l'orientation, le délai entre l'orientation et la prise en charge spécialisée, le taux de non-présentation au 1er rendez-vous[233], taux de rupture ou d'abandon à 30 jours, ou enfin orientation effective. Ou encore sur la coordination entre acteurs : le taux de patients suivis par plusieurs dispositifs, ou la part des patients orientés par les DAC vers les CSAPA.

[78] Il n'existe pas pour le moment de référentiel permettant de passer en revue le modèle d'intervention en CAARUD et CSAPA, et l'orienter vers des objectifs compatibles avec la diversité des situations, et avec le caractère chronique et récidivant des addictions. Toutefois, des indicateurs sont également utilisés par certaines ARS pour mettre en évidence la qualité du suivi et les résultats, par exemple : la ré-hospitalisation à 30 jours ou à 90 jours, le taux de maintien à 3 mois dans la file active, ou encore le nombre de patients bénéficiant d'un accompagnement médico-social global.

[79] La DGS effectue par ailleurs un suivi des bénéficiaires par région de substituts nicotiniques, indicateur de politiques prioritaires du gouvernement (PPG) depuis 2022 (sur la base des données CNAM), permettant de mesurer les progrès vers une cible de 7 % d'augmentation fixée pour le niveau national et régional. L'augmentation a été importante : 16,7 % au global entre 2022 et 2024[234], particulièrement nette pour les territoires d'Outre-mer.

[80] La DGS a démarré en 2022 des travaux de modélisation économique à la fois pour évaluer le coût de fonctionnement des CSAPA, et celui des prises en charge, par type (réduction des risques, sevrage). Le cadrage méthodologique et les hypothèses de travail ont pu être posés, mais le travail est suspendu suite au départ de la ressource dotée des compétences nécessaires en économie de la santé.

[81] Les données du rapport d'activité sont disponibles et peuvent être mobilisées pour un état des lieux à partir de traitements simples. Ainsi, la mission a pu préciser le profil des structures répondantes à l'enquête conduite auprès d'elles, qui présentent un profil homogène, avec un nombre important de structures de taille contenue, dont les dimensionnements en financements et en ressources humaines (ETP) sont alignés. Les 197 CSAPA répondants présentent un budget contenu autour d'1 M€[235], et une moyenne inférieure à 15 ETP[236] par établissement (dont 1,5 ETP consacrés à la CJC, s'agissant des 70 % de CSAPA ayant déclaré une CJC). Les 83 CAARUD répondants présentent un profil homogène avec

[232] Détaillées par : ressources RH (par catégorie), types de financement, file active (par catégorie de public), nombre d'actes par catégorie. Manque une mesure du temps consacré à la concertation, et à la prévention collective.

[233] Ces indicateurs figurent parmi ceux que la DGS envisage de faire figurer dans le rapport d'activité des établissements, sur la base des travaux en cours d'un groupe de travail dédié. Dans son enquête auprès des CSAPA, l'IGAS a interrogé les établissements sur ces 3 indicateurs

[234] 1 188 980 bénéficiaires en 2024 contre 1 019 810 en 2022

[235] Budget moyen de 1,285 M€ et médian de 1,014 M€

[236] 14,6 ETP en moyenne et 12,4 ETP en médiane

un budget moyen autour de 0,5 M€[237] et pour les ressources humaines, une moyenne un peu inférieure à 7 ETP par structure

[82] L'action des ARS fait l'objet d'un pilotage national, sous l'égide du Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS), via les CPOM entre l'Etat et les ARS signés en 2022, et leur suivi. Ces CPOM ont vocation à s'articuler avec les Schémas régionaux de santé (SRS), selon une priorisation définie par une grille de lecture nationale, laissant toutefois des marges d'adaptation régionales. Une première évaluation nationale est intervenue début 2024, visant à apprécier la mise en œuvre des CPOM et leur capacité à structurer l'action des ARS.

[83] Cette enquête est alimentée par des données déclaratives des ARS via un système spécifique (6PO), et ne repose pas sur des indicateurs nationaux standardisés.

[84] Sur la prise en charge des addictions, les remontées consolidées par le SG MAS montrent que l'ensemble des ARS ont intégré la prise en charge des addictions comme priorité de santé publique, avec des modèles d'organisation variables selon les territoires. Elles font état de freins relatifs au cloisonnement entre sanitaire et médico-social, à l'absence de visibilité entre dispositifs (ELSA et CSAPA par exemple) et sur la difficulté à partager les données individuelles. Ces éléments confirment que le pilotage transversal des addictions est inégalement formalisé, et les outils de suivi hétérogènes et dans l'ensemble peu développés. Le bilan réalisé n'avait pas encore fait l'objet d'une restitution partagée par le SGMAS avec les directions d'administrations centrale début 2026.

[85] S'agissant de la filière hospitalière, son pilotage à l'activité est décentralisé au niveau des établissements de santé s'agissant de la T2A et des MIG, et des ARS pour le FIR. Cela n'interdit pas l'établissement de référentiels de suivi de l'activité, comme des parcours.

3.2 Les ARS, niveau de pilotage pertinent pour établir un diagnostic territorial en addictologie

[86] Il n'existe pas à date de diagnostic global des besoins de prise en charge, rapportés à l'offre proposée. Plusieurs pratiques intéressantes ont été déployées par les ARS au niveau de leurs territoires : diagnostic territorial partagé en Bretagne ; feuille de route régionale addiction 2023-2027 en Occitanie ; un des 6 axes du Plan régional de Santé dans les Hauts de France ; un des cinq axes du schéma régional de santé 2024-2028 à la Réunion, pour se limiter aux territoires étudiés par la mission.

[237] Moyenne de 0,57 M€ et médiane à 0,47 M€[237].

Etat des lieux partagé de l'offre en addictologie en Bretagne

L'état des lieux repose sur une méthodologie validée par un comité de pilotage installé en avril 2024 associant experts du champ et représentants de l'ARS, qui en a défini le cadre et les indicateurs, en se référant aux travaux d'autres ARS. L'approche est centrée sur l'analyse de l'offre existante et de son fonctionnement (capacités, organisation, activité, délais, coopérations) à partir de données déclaratives et d'indicateurs d'activité. Plusieurs sources complémentaires de données ont été combinées : des enquêtes déclaratives conduites en 2024 auprès des établissements sanitaires (MCO, psychiatrie et SMR) via des outils dédiés (SOLEN, Framaform), avec un taux de réponse élevé (91 % pour l'hospitalier), ainsi que l'exploitation de données existantes (rapports d'activité 2023 des structures médico-sociales, base PMSI).
L'approche est à la fois exhaustive et territorialisée. S'appuyant sur les DD d'ARS, elle couvre l'ensemble de la filière addictologique (hospitalière et médico-sociale) et croise données quantitatives et qualitatives : caractérisation de l'offre, niveaux de prise en charge, délais d'accès, activité, coopérations et organisation des parcours. L'analyse est menée à des échelles pertinentes selon les secteurs (territoires de démocratie en santé pour l'hospitalier, département pour le médico-social) et complétée par des extractions du PMSI pour objectiver l'activité. Cette méthodologie permet ainsi de produire une vision intégrée de la filière, articulant description de l'offre, fonctionnement réel et dynamiques territoriales
L'analyse est enrichie d'un contexte épidémiologique, mais ne comporte pas de croisement systématique entre besoins populationnels (par exemple par population cible) et capacités (pas de modélisation des besoins, ni d'analyse fine par population cible ou par territoire en termes de déficit/ excédent).
Cet état des lieux a fondé l'élaboration d'un plan d'action partagé, dont le suivi, par le même comité de pilotage, a vocation à constituer un outil de pilotage dynamique, animé par l'ARS.

[87] Les méthodes élaborées pour ces exercices (en particulier celui conduit en Bretagne, particulièrement complet) peuvent être capitalisées et servir de base à l'élaboration d'un guide et d'un cadre pour permettre aux ARS de conduire ces exercices sur une base harmonisée, permettant une consolidation des principaux éléments au plan national. Les diagnostics devraient se fonder sur les données épidémiologiques et une analyse des besoins d'une part, et un recensement de l'offre existante, y compris en termes de ressources humaines et d'activité d'autre part (hôpital/médico-social/ville), pour analyser l'adéquation de l'une aux autres. Ce diagnostic, établi par une large concertation et à la maille géographique la plus pertinente pour le territoire, permettra d'élaborer un plan d'actions répondant concrètement aux besoins du territoire et à ses spécificités, y compris infra-territoriales.

[88] Les indicateurs utilisés en région pour le suivi des CPOM, recensés par le SGMAS, peuvent alimenter utilement ces réflexions

3.3 Une gouvernance peu stratégique au niveau national

[89] La gouvernance du dispositif de prise en charge des addictions est assurée par la DGS et la DGOS, qui chacune pilote une partie du dispositif, en lien avec la DSS et en concertation avec la MILDECA, et pour la partie FLCA, la CNAM. Ces instances travaillent sans heurts, en parallèle. Elles conduisent peu de réunions conjointes (hormis entre la MILDECA et la DGS) Le réseau des référents addictologie des ARS est animé par la DGS seule. Elles ont chacune en perspective la révision des circulaires de 2007 et 2008, sans qu'il ne soit envisagé spécifiquement de travail conjoint. Le sujet des addictions n'a pas non plus fait l'objet d'une animation particulière par le SGMAS (restitution du bilan CPOM, évocation en réunion des DG d'ARS).

[90] Le pilotage du Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) apparaît comme la principale instance de concertation entre les 3 principales directions, bien que la DGOS ait récemment délégué son vote à la DGS. Les résultats du FLCA sont positifs dans l'ensemble (voir ci-dessous), mais le comité de pilotage est divisé. La CNAM souhaite en priorité consolider les actions et organisations financées, tandis que les autres parties prenantes sont plus favorables à l'évolution des modalités d'intervention pour financer en particulier des projets innovants, permettant de répondre aux évolutions des conduites addictives.

[91] Il paraît manquer à tous le moins un mécanisme de suivi régulier de la mise en œuvre du volet « offre de soins et d'accompagnement » de la SIMCA, réunissant DGS, DGOS et MILDECA. S'agissant de la prise en charge, le rôle de la DGOS est particulièrement crucial, et sa pleine participation à ce suivi essentielle – permettant notamment de préparer au mieux les réunions du comité du FLCA.

[92] Enfin, la Commission nationale d'addictologie, prévue par la circulaire de 2007, et réunissant l'ensemble des acteurs du champ, dont les usagers, n'a pas été réunie depuis plusieurs années.

4 Des financements multiples, parfois non pérennes, non fongibles, au calendrier contraint

4.1 Un coût budgétaire du dispositif de lutte contre les addictions estimé à 841,2 M€ en 2024

[93] La DGS a consolidé pour la première fois les dépenses budgétaires consacrées à la lutte contre les addictions, pour un coût budgétaire total de 841,8 M€ en 2024 (tableau 1). Ce montant ne chiffre pas la totalité des coûts, n'incluant pas les dépenses de l'assurance maladie pour la prise en charge des addictions (voir annexe 1). Il permet de faire apparaître le financement des certaines composantes de l'offre de prise en charge hospitalière (ELSA et CHA) et de l'offre médico-sociale (CSAPA et CAARUD) pour un total 708,2 M€, mais ne distingue pas, pour ces derniers, la part des crédits consacrée à la prévention de ceux consacrés à la prise en charge (même si on peut faire l'hypothèse que cette dernière est minoritaire).

Tableau 2 : Recensement des financements en 2024

	nature des dépenses	**2024**
FLCA	*consommation du FLCA*	107 963 762 €
P129	*fonds de concours mildeca*	557 166 €
P204	*financement d'associations, de la fédération addi*	3 194 573 €
FIR hors FLCA		21 890 627 €
Hospitalier / ELSA	*financement annuel des ELSA*	78 880 000 €
Hospitalier / Consultations	*Financement annuel des consultations addicto*	65 100 000 €
CSAPA CAARUD (Ondam Spé)	*exécution budgétaire sur les CSAPA CAARUD*	564 285 248 €
TOTAL		**841 871 376 €**

Source : DGS

[94] Un autre décompte réalisé par la DGS chiffre les montants consacrés par les ARS aux actions de prévention à 62,6 M€ en 2024 (tableau 2), financés pour près des deux tiers par le FLCA. Il reste à établir si un décompte portant sur la prise en charge est envisageable. Ces éléments représentent en tout état de cause une base utile, à consolider et détailler, de manière à disposer d'un tableau complet du coût budgétaire de la lutte contre les additions (prévention et prise en charge).

Tableau 3 : Evolution FIR/ FIR FLCA

	2022	2023	2024
Crédits délégués par le FLCA aux ARS via le FIR (minimum sanctuarisé)	32 000 000 €	34 000 000 €	39 236 000 €
Crédits investis sur la prévention des addictions par les ARS (total)	**51 951 689 €**	**57 659 521 €**	**62 417 721 €**
dépensés et répertoriés sous la ligne MI1-2-30 : Actions de lutte contre les addictions (FLCA)	35 337 209 €	38 524 845 €	40 527 095 €
dépensés et répertoriés sous la ligne MI1-2-29 : Actions de lutte contre les addictions (hors FLCA)	16 614 480 €	19 134 675 €	21 890 627 €

Source : DGS

[95] Comme indiqué par un interlocuteur, l'offre de prise en charge des addictions est « un millefeuille, à piloter avec des budgets multiples ».

[96] La prise en charge des addictions est financée via différents canaux spécifiques liés à la diversité des structures, qui en complique le pilotage, d'autant que de certaines composantes de ce financement apparaissent comme historiques, sans objectivation des critères d'affectation, tandis que certaines activités financées restent faiblement tracées. Chaque financement répond à une logique propre, plus qu'à une allocation délibérée des moyens sur les besoins identifiés pour les parcours de prise en charge.

[97] Les ARS[238] soulignent les contraintes rencontrées pour le pilotage budgétaire, notant que pour l'hôpital, les MIG et la T2A apparaissent insuffisants et peu adaptés aux parcours longs, tandis que les dotations des structures médico-sociales restent difficiles à faire évoluer. Les financements de la MILDECA sont appréciés mais jugés limités.

[98] Le niveau territorial ne dispose pas pour le moment d'une vision globale du coût de la prise en charge des addictions, notant la difficulté à comptabiliser le temps consacré à la prévention vs celui consacré à la prise en charge (par exemple au cours d'une consultation médicale).

[99] Sont décrites ici les modalités de financement des structures médico-sociales, de l'hôpital et de la ville, mais d'autres dispositifs contribuent également à la prise en charge, comme les DAC en appui sur les situations complexes, ou les CPTS, sans qu'il soit possible d'isoler la part de leur activité dédiée aux addictions.

4.2 Les structures médico-sociales

[100] Les CSAPA et CAARUD sont financés par l'ONDAM spécifique, via des circulaires budgétaires annuelles. Les crédits sont délégués aux ARS. Les modalités sont essentiellement la reconduction des bases historiques, à laquelle s'ajoutent des mesures nouvelles le cas échéant, qui viennent alimenter les dotations des ARS et que celles-ci répartissent ensuite entre les structures de la région.

[101] Le pilotage budgétaire est rudimentaire, sur la base de tableurs Excel, sans remontée par un système d'information dédié, ni de programmation des mesures nouvelles. Comme déjà indiqué, il n'y a pas de méthode établie pour estimer les besoins des structures ou des territoires, ni de définition des coûts moyens par structure au niveau national, encore moins par parcours (dont le caractère et la durée sont par nature variables, et difficiles à définir). Des travaux avaient été engagés en ce sens par la DGS, suspendus en raison du départ de la personne disposant des compétences d'évaluation médico-économique nécessaires. Sur certaines données, comme la prescription de TAO, le recueil peut être fait au niveau régional, mais n'est pas consolidé au niveau national.

[238] Bilan CPOM 2024

[102] En 2024, la dotation globale de fonctionnement des CSAPA/ CAARUD s'est élevée à 564 M€ (exécution remontée par les ARS) et leur dotation pérenne s'élève à 540 M€. L'écart entre les deux dotations correspond à des crédits non renouvelables (CNR) délégués aux ARS pour financer des actions ponctuelles. Il s'agit de l'ensemble des dépenses de ces structures, intégrant la prise en charge mais aussi des actions de prévention.

[103] L'évolution des dépenses des CSAPA et CAARUD traduit une forte augmentation depuis la sortie de la crise sanitaire : l'augmentation de la base reconductible dépasse 22 % pour les CSAPA et 31 % pour les CAARUD entre 2021 et 2024. Les produits de la tarification, c'est-à-dire les dépenses effectives des structures, augmentent respectivement de 15 % en CSAPA et 19 % en CAARUD.

Tableau 4 : Evolution 2021-2024 des dépenses des CSAPA et CAARUD

Evolution 2021 / 2024 en %	CSAPA	CAARUD
Produits de la tarification	15,2 %	19,3 %
Base reconductible	22,5 %	31,4 %

Source : DGS

[104] Cependant, ces crédits restent en deçà des besoins de mesures nouvelles estimés à 40 M€ par les ARS en 2025, sur lesquels seuls 11,3 M€ ont été délégués, soit un taux de couverture de 28 %, similaire aux années précédentes. En effet, l'ONDAM spécifique consacré à la prise en charge des patients en addictologie et en grande précarité pèse structurellement peu dans la répartition des mesures nouvelles, et a été en outre impacté par un niveau exceptionnellement élevé de mise en réserve en 2025.

[105] Les structures soulignent et regrettent le fait que ces notifications interviennent tard dans l'année, notamment pour la deuxième vague de notifications, dans un délai ne permettant pas la remontée de demandes. Elles évoquent aussi la charge encore perceptible liée aux mesures du « Ségur de la santé ».

[106] Cette situation peu satisfaisante gagnerait à être stabilisée avec un exercice de programmation sécurisé, s'appuyant sur un rebasage des dotations fondé sur un modèle d'intervention objectivé (voir supra), permettant de garantir les dotations correspondantes intégralement en financement pérenne, et non par le truchement de mesures nouvelles fragiles. Les besoins de financement pour des actions innovantes seraient adressées au FLCA (voir infra). La DGS a lancé une enquête pour mieux apprécier les dépenses incompressibles 2025 non couvertes par les bases reconductibles, un exercice nécessaire qu'il conviendra de compléter et parachever.

4.3 Les structures hospitalières

4.3.1 Le mode de financement des structures hospitalières

[107] La récente enquête hospitalière DGOS en addictologie ne donne aucun élément de nature financière (2022).

[108] La diversité des financements reflète la diversité des prises en charge à l'hôpital :

- des financements identifiés pour les CHA (via les missions d'intérêt général – MIG) et pour les ELSA via les MIG, puis le Fonds d'intervention régional (FIR)
- des lits dans les services spécialisés en addictologie ou des lits fléchés dans d'autres services (par exemple médecine) : financement tarification à l'activité (T2A), avec part populationnelle

- Des lits fléchés en psychiatrie (historiquement financés par la dotation annuelle de financement - DAF)
- Des SMR addictologie financés via la T2A, sur la base de groupes homogènes de séjour, avec une part forfaitaire (populationnelle).
- Des hôpitaux de jour (en MCO, en psychiatrie) financés à la T2A.

[109] S'y ajoute le financement de dispositifs transverses qui sont amenés à intervenir sur les addictions, notamment les services d'urgence pour les crises et épisodes de soins aigus des personnes concernées.

4.3.1.1 Les ELSA

[110] Les financements des ELSA ont connu une augmentation en 2022, et font l'objet d'une attention accrue de la part des ARS, pour s'assurer que les ETP mobilisés correspondent aux enveloppes accordées, et ne sont pas confondues avec celles des CHA (voir ci-dessus).

4.3.1.2 Les consultations hospitalières d'addictologie

[111] Le montant annuel de la MIG des consultations hospitalières (CHA) est de 65,1 M€ en 2024. Ces crédits mis en place en 2015 de manière reconductible font l'objet d'une répartition historique qui doit être interrogée, en l'absence de critères permettant d'expliquer les fortes disparités constatées dans les dotations. A ceci s'ajoute l'absence de rapport d'activité sur l'activité réalisée au sein des CH.

4.3.1.3 L'activité d'addictologie en court séjour

[112] S'agissant des lits d'addictologie en MCO et en psy, de même que l'activité d'hôpital de jour, plusieurs établissements ont alerté la DGOS sur l'insuffisance des moyens. Dans la dotation psychiatrie, il est difficile d'identifier la part réellement affectée à l'addictologie, ce qui représente une difficulté pour les services d'addictologie

4.3.2 Les défis de ce financement fragmenté

[113] Cette fragmentation complique le pilotage régional et national. L'activité hospitalière d'addictologie est portée par le budget principal de l'établissement (activité sanitaire). Une part, financée historiquement en dotation globale, bascule progressivement dans le cadre de la réforme du financement, vers les dotations populationnelle et dotation forfaitaire à l'activité. S'y ajoutent les financements FIR et Objectifs de santé publique - OSP (ex MIG) tandis que les éventuels CSAPA hospitaliers sont portés par un budget annexe du CHU (activité médico-sociale) financé en crédits reconductibles et non reconductibles (ONDAM spécialisé).

[114] A l'échelle des CHU, les difficultés signalées sont des budgets déficitaires, tandis que les enveloppes de financements sont morcelées, non fongibles entre services, et peuvent ne pas correspondre aux besoins exprimés, voire aux priorités d'action. Les quotités de RH trop faibles compliquent le recrutement, moins attractif et moins gérable sur des fractions d'ETP.

[115] Plusieurs interlocuteurs nous ont signalé la fragilité de l'addictologie à l'hôpital, souvent traitée comme une « variable d'ajustement » en raison de son caractère transversal, moins protégée que les spécialités médicales, tout particulièrement dans ce contexte budgétaire peu lisible.

[116] Enfin, la programmation des crédits accordés au CHA est caractérisée jusqu'à présent par une tendance à la reconduction systématique. Une mise à plat du financement des ELSA et CHA serait opportune, permettant une allocation des moyens sur une base objectivée, tenant compte des

spécificités territoriales. Ces financements devront, en tout état de cause, rester intégralement affectés à ces dispositifs de prise en charge des addictions.

4.4 La prise en charge en ville

[117] Elle inclut : le remboursement des consultations de médecins généralistes et de spécialistes (addictologues, psychiatres, etc.), le remboursement de médicaments, notamment les TSO. Comme indiqué en annexe 1, les soins de ville représentent 19 % des dépenses de prise en charge pour troubles addictifs par l'Assurance maladie, qui ont représenté 1 142 M€ en 2023.

4.5 Le Fonds de lutte contre les addictions

[118] Le Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA) contribue au financement des actions de lutte contre les addictions, en privilégiant des projets innovants, sans contribuer au fonctionnement des organisations financées, à hauteur de 130 M€ par an (plafond autorisé dans la COG de la CNAM). La gestion du FLCA est confiée à la CNAM, son pilotage repose sur un comité restreint auquel participent DGS, DGOS, DSS, MILDECA et CNAM, sur avis d'un comité d'orientation stratégique plus large. Les objectifs opérationnels du FLCA (2023-2027) sont établis en lien avec la SIMCA et portent sur : marketing social, recherche, mobilisation de la société civile et actions en régions. Ces objectifs se déclinent en 4 axes stratégiques : protéger les jeunes, aider les fumeurs, amplifier les actions en direction des publics prioritaires, soutenir la recherche et l'évaluation. L'accent est mis sur la prévention, mais la prise en charge figure dans le champ couvert.

[119] Le dernier bilan disponible portant sur 2023 fait apparaître une adéquation entre les objectifs, axes stratégiques et actions réalisées. Logiquement, ce bilan ne permet pas d'isoler les financements dévolus à la prise en charge, qui est évoquée en lien avec la prévention (par exemple, dans le cas du « kit de repérage et de prise en charge de l'addiction au tabac » élaboré par Santé publique France (SpF) à l'attention des professionnels de santé, ou du dispositif TAPAJ, adapté aux jeunes en insertion). Les financements 2023 ont été accordés en premier lieu via la CNAM (35,2 M€ sur 119 M€ au total), puis à l'enveloppe régionale déléguée aux ARS (34 M€), SpF pour 28,8 M€, l'Inca pour 28,2 M€, l'OFDT pour 3,4 M€.

[120] Le montant dévolu aux ARS via le fonds d'intervention régional s'est élevé à 40,3 M€ en 2025, consacré à des actions régionales de prévention pilotées par ces dernières : lieux de santé sans tabac, renforcement des compétences psychosociales des jeunes, tandis que 22 M€ sont consacrés à des appels à projets, pour moitié pour la société civile, et pour moitié pour l'amplification d'actions existantes.

[121] La CNAM, gestionnaire du dispositif, en est également un des premiers opérateurs. Les projets financés ne concernant ni les parcours, ni la prise en charge des addictions, n'ont pas été étudiés par la mission.

[122] Les sujets actuellement à l'ordre du comité de pilotage sont l'arbitrage entre reconduction et innovation, et le risque de sous-exécution. Ces sujets sont importants pour permettre de mobiliser plus encore l'outil particulièrement utile que représente le FLCA pour soutenir les dynamiques régionales, sous pilotage des ARS, notamment les améliorations des dispositifs de prise en charge.

Les appels à projet « Lieux de santé sans tabac » (LSST)

Parmi les projets financés depuis plusieurs années figurent les « Lieux de santé sans tabac », initiative relancée en 2018. Cette démarche volontaire et participative (impliquant notamment les professionnels de santé) repose sur la volonté de transformation des établissements de santé, avec l'appui méthodologique du RESPADD (Réseau de prévention des addictions). La démarche est assez largement déployée (plus de 1 000 établissements engagés) et généralement bien acceptée par les patients et les équipes. Une évaluation récente (janvier 2026) en a précisé les conditions de réussite[239] et proposé quelques outils, mais il n'y a pas de bilan consolidé national estimant le coût global et le rendement socio-économique. En 2023, 7,3 M€, délégués via les ARS, ont été consacrés à cette démarche.

La certification LSST n'est pas prise en compte pour le moment dans le référentiel des évaluations conduites par la HAS.

Compte tenu de la maturité de la démarche, qui se fonde sur une méthodologie éprouvée, de la logique forte à proposer l'arrêt du tabac précisément à l'occasion d'une hospitalisation (pour les patients) tout en accompagnant les professionnels de santé, il pourrait être envisagé de changer d'échelle, en prévoyant l'interdiction de la consommation de tabac dans les lieux de santé, après une phase transitoire pour le déploiement de la démarche. Les évaluations des établissements de santé par la HAS pourraient inclure la bonne prise en compte de cette évolution.

[239] Notant par exemple le défi que représente son inscription dans la durée, à intégrer dès l'amont du projet, et le rôle décisif de la gouvernance

ANNEXE 3 : ELEMENTS DE CONTEXTE A L'ACCOMPAGNEMENT DES PARCOURS : LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE DANS LE CHAMP DE L'ADDICTOLOGIE, UN ENJEU DE FORMATION, DE PILOTAGE ET D'ATTRACTIVITE

ANNEXE 3 : ELEMENTS DE CONTEXTE A L'ACCOMPAGNEMENT DES PARCOURS : LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE DANS LE CHAMP DE L'ADDICTOLOGIE, UN ENJEU DE FORMATION, DE PILOTAGE ET D'ATTRACTIVITE 122

1 LES MEDECINS EXERÇANT EN ADDICTOLOGIE : UN ENJEU DE FORMATION, DE VISIBILITE ET D'ATTRACTIVITE 124

2 LES SAGES-FEMMES AU CŒUR DU REPERAGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES CONDUITES ADDICTIVES PENDANT LA PERIODE PERINATALE 127

3 LES INFIRMIERS, UNE PLACE HISTORIQUE DANS LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES A CONSOLIDER 128

3.1 La formation initiale des etudiants infirmiers comporte plusieurs unites d'enseignement abordant des thematiques relevant du champ de l'addictologie 128

3.2 Une diversite d'exercice qui fait des IDE un levier du reperage des conduites addictives et un maillon du parcours de prise en charge 129

3.3 Quelle place pour les infirmiers en pratique avancee (IPA) en addictologie ? 129

4 LES PHARMACIENS, DES PROFESSIONNELS CENTRAUX DE LA DISPENSATION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION ET DE SEVRAGE, DE LA PREVENTION DES SURDOSES, DE LA DETECTION DES INTERACTIONS ET MESUSAGES MEDICAMENTEUX ET DE LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES (RDRD) 130

[1] Discipline récente, apparue dans les années 90, l'addictologie est une discipline transversale. Comme déjà évoqué dans l'annexe 1 de ce rapport, la prise en charge des conduites addictives est une prise en charge globale, un accompagnement qui s'inscrit dans la durée.

[2] La mission s'est intéressée dans cette annexe aux ressources humaines en santé dans le champ de l'addictologie et à leur formation, compte tenu de leur rôle majeur pour les parcours de prise en charge, aux côtés d'autres professionnels du champ social, tels que les éducateurs spécialisés et travailleurs sociaux[240]. Lors de ses déplacements en région, parmi les difficultés récurrentes remontées à la mission figurent : la difficulté d'aval après un repérage de conduites addictives pour les professionnels de premier recours, la difficulté de relai par la médecine de ville pour un patient stabilisé pris en charge par une structure spécialisée, et enfin le manque de médecins pour la prescription et le renouvellement des traitements par agonistes opioïdes, y compris en structures médico-sociales spécialisées (CSAPA-CAARUD). Dans l'enquête conduite par l'IGAS (annexe 6) auprès d'elles, ces structures relèvent également un manque d'attractivité rendant difficiles les recrutements.

[3] Il n'existe pas de recensement national des professionnels de santé exerçant en addictologie. Les données disponibles, hors formation initiale, sont, quand elles existent, soit issues d'enquêtes auprès des structures, soit issues de l'exploitation de rapports d'activité.

[4] Outre les formations initiales, de nombreux diplômes universitaires (DU) ou inter-universitaires (DIU) permettent aux médecins, ainsi qu'aux autres professionnels de bénéficier d'une formation continue en addictologie. Les grandes associations du champ de l'addiction, telles qu'Addictions France ou la Fédération Addiction, ainsi que les sociétés savantes (SFT, SF2A) assurent également des formations continues. D'après les résultats du « Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale » publiés par la DREES en 2021, deux tiers des médecins généralistes qui initient des prescriptions de traitements par agonistes opioïdes et 35 % de ceux qui effectuent uniquement des renouvellements de prescriptions se considèrent suffisamment formés dans ce domaine.

[5] Par ailleurs, l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) développe en 2026, dans le cadre de sa convention avec le ministère chargé de la santé, une action de formation nationale « Prise en charge des addictions et de leurs comorbidités », comportant notamment un axe visant à favoriser les approches interdisciplinaires de la prise en charge et un axe visant la prévention et prise en charge des surdoses d'opioïdes. La mission porte une attention particulière à l'évaluation du déploiement en région de cette formation.

[6] A noter que la question des ressources humaines nécessaires à la réalisation de bilans neuropsychologique et à la remédiation cognitive n'a pas été explorée par la mission mais nécessiterait des travaux dédiés compte-tenu de la prévalence des troubles cognitifs notamment liés à l'alcool.

[7] Dans cette annexe, la mission a exploré les données disponibles et enjeux pour les principales professions de santé concernées par la prise en charge en addictologie.

[240] Les ressources humaines dans le champ du travail social ne sont pas abordées dans cette annexe.

1 Les médecins exerçant en addictologie : un enjeu de formation, de visibilité et d'attractivité

[8] L'addictologie ne fait pas l'objet d'un diplôme d'études spécialisées (DES) dédié et n'est donc pas une spécialité médicale, mais une compétence déclarée.

[9] La mission a eu accès au nombre d'internes ou médecins formés chaque année à l'addictologie[241], mais il n'y a pas de recensement des médecins ayant compétence en addictologie au niveau national[242]. Il existe néanmoins une estimation du ratio de médecins addictologues pour certains dispositifs hospitaliers en 2022. Les médecins addictologues constituaient :

- 23 % des effectifs des consultations hospitalières d'addictologie (CHA) en 2022[243], soit un peu plus de 205 ETP pour 340 CHA ;
- 18 % des effectifs des Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) en 2022[244], soit 144 ETP pour 299 ELSA ;
- 9 % et 8 % des effectifs des Unités/lits d'hospitalisation pour sevrage simples et pour sevrage complexe en 2022[245] ;
- 14 % des effectifs en hôpital de jour en addictologie (159 HDJ) et 10 % des effectifs de Soins de suite et de réadaptation en addictologie (97 SMR-A) en 2022[246].

[10] S'agissant des CSAPA, la dernière exploitation des rapports d'activité (DGS/OFDT) retrouvait en 2016, un ratio de médecins situé entre 12 et 14 % pour les CSAPA ambulatoires[247]. En 2022, le personnel médical représentait 10,2 ETP pour les 149 CAARUD en 2022, soit mois de 1 % des effectifs[248].

[11] La formation initiale des médecins addictologues repose depuis la dernière réforme du 3ème cycle d'études médicales[249] sur la Formation Spécialisée Transversale (FST) d'addictologie[250].

[12] Cette FST est commune aux DES de médecine générale, psychiatrie[251], pneumologie, gastro-entérologie, médecine interne, santé publique et médecine du travail. Elle permet d'acquérir une compétence spécifique en addictologie et « ouvre le droit à un exercice complémentaire d'une surspécialité au sein de la spécialité suivie[252]».

---

[241] Via la Formation Spécialisée Transversale Dédiée (3ème cycle d'études médicales).
[242] L'arrêté du 26 février 2026 relatif aux référentiels de certification périodique des professions de santé relevant d'un ordre professionnel ne fait par ailleurs pas mention de l'addictologie.
[243] Enquête DGOS 2022 relative à l'offre hospitalière en addictologie.
[244] *Ibid.*
[245] *Ibid.*
[246] *Ibid.*
[247] A interpréter avec précaution, les RA distinguant alors CSAPA alcool et CSAPA drogues illicites
[248] Exploitation par l'OFDT des rapports d'activité standardisés 2022 des 149 CAARUD
[249] Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation.
Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance
[250] Constituée d'une formation théorique avec 1 module national durant 2 jours et 1 module régional ou interrégional durant 2 à 3 jours +/- un module en e-learning et d'une formation pratique avec 2 semestres en service d'addictologie agréé. La validation de la FST comprend : la présence aux modules théoriques, 2 semestres de pratique validés en service d'addictologie, un examen écrit sur dossier clinique type et la soutenance d'un mémoire clinique (*source : Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie CUNEA)*
[251] Indépendamment de cette SFT, les étudiants inscrits au titre du DES de Psychiatrie doivent maîtriser des connaissances spécifiques sur l'épidémiologie, la clinique, la physiopathologie, les modalités d'exploration et les principes de prise en charge, entre autres, d'un trouble de l'usage d'une substance et d'une addiction comportementale (*source : DGOS*).
[252] Code de l'éducation - Article R632-22.

[13] D'une durée d'un an, elle est intégrée au DES de 5 ans et plus et rallonge d'un an les DES de 4 ans et moins[253]. Effectuée durant la phase d'approfondissement du DES d'origine, elle remplace le diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) d'addictologie.

Tableau 1 : FST initiale d'Addictologie : évolution du nombre de postes ouverts, d'étudiants inscrits et répartition par DES

Année	Postes ouverts	Nombre d'inscrits	Répartition par DES parmi les inscrits		
			DES psychiatrie	DES médecine générale	Autres DES
2019	175	56	Données non communiquées		
2020	170	79			
2021	165	55			
2022	162	75			
2023	160	68	48	14	6
2024	160	69	46	18	5
2025	161	52	37	14	1

Source : La mission d'après les données communiquées par l'ONDPS[254], la DGOS et le CUNEA

[14] La FST est en moyenne remplie à un peu moins de 50 % et plus des 2/3 des étudiants sont en DES de psychiatrie.

[15] Parmi les raisons pouvant expliquer ce taux de remplissage partiel, les médecins et universitaires rencontrés par la mission indiquent que l'addictologie n'est généralement pas une spécialité que l'on choisit quand on est jeune médecin, ce choix arrivant plus tard dans la maturation professionnelle, qu'il est le fruit d'une « rencontre ». La complexité sociale et la fréquente comorbidité psychiatrique peuvent également être un frein. Par ailleurs, le recensement des vœux se fait tôt dans le cursus.

[16] A côté de la FST d'addictologie initiale, il existe également une FST accessible aux médecins en exercice (FST « post-internat »), créée dans le cadre de la réforme du 2ème DES. L'objectif initial visé par l'ouverture des formations du 3è cycle aux médecins en exercice est de mieux répondre aux besoins en santé. A ce titre, cette FST d'Addictologie fait partie des FST dites « prioritaires ».

[17] Actuellement cette formation fait l'objet de conditions particulières, pouvant freiner des médecins en exercice[255] et d'un nombre restreint de postes ouverts chaque année[256].

[253] A compter du 1er novembre 2026, la durée du DES de psychiatrie passe de 4 à 5 ans (arrêté du 3 mars 2022) et la durée du DES de médecine générale de 3 à 4 ans (arrêté du 3 août 2023).
[254] Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé : chargé notamment d'assurer le suivi de la mise en œuvre des réformes des différents cycles universitaires dont les entrées en FST (décret n°2010-804 du 13 juillet 2010).
[255] En particulier, en sus des cours théoriques, la réalisation d'un semestre de stage au rang d'interne peut s'avérer complexe pour un médecin installé en libéral ou salarié.
[256] Minimum 1 poste / région. Le nombre de postes annuels ouverts fait suite à une enquête de l'ONDPS menée auprès des ARS.

Tableau 2 : FST d'Addictologie pour les médecins en exercice : évolution du nombre de postes ouverts et pourvus

Année	Postes ouverts	Postes pourvus
2023	18	2
2024	19	0
2025	19	2

Source : La mission d'après les données communiquées par l'ONDPS

[18] S'agissant des médecins en exercice, un autre dispositif de formation que la FST pré-citée co-existe encore à ce jour : la capacité d'addictologie. Ces enseignements universitaires diplômants[257] se déroulent sur 2 ans et permettent aux médecins d'exercer au sein de services hospitaliers, de CSAPA, de SMR-A, etc. D'après le CUNEA, les 11 capacités réparties sur le territoire permettraient de former à l'addictologie 150 à 160 médecins par an.

[19] Ainsi, aujourd'hui, entre 220 et 230 internes ou médecins sont formés à l'addictologie chaque année en France, dont plus de 70 % via une capacité.

[20] A l'origine de la mise en œuvre de la réforme du 3ème cycle d'études médicales, il était envisagé que la mise en place des FST permette, à terme, la suppression des capacités, dans une logique de non-redondance. Dans le cas particulier de l'addictologie, compte-tenu du nombre important de médecins formés par la voie des capacités et de la prévalence des conduites addictives, cette suppression n'est a priori pas envisagée dans l'immédiat par le niveau national, une analyse des capacités devant être réalisée. La mise en place d'indicateurs permettant d'évaluer les capacités, telle que préconisé récemment[258], devra être cumulée avec une analyse qualitative des effectifs de médecins formés dans le champ de l'addictologie.

[21] En l'état, la mission considère qu'une suppression des capacités en addictologie, sans anticiper une nécessaire adaptation permettant d'améliorer la visibilité du dispositif de FST, de faciliter l'accès et la réalisation de la FST pour les médecins en exercice, y compris libéraux, au plus près des besoins, entrainerait de facto une forte baisse des effectifs formés. Cela aurait ainsi un impact négatif sur la prise en charge médicale spécialisée en addictologie, dans un contexte de ressources médicales déjà tendu.

[22] La mission incite à prendre en compte la situation de l'addictologie dans les travaux de prospective préconisés au niveau national[259] à des fins de pilotage de la démographie médicale. En effet, l'addictologie, bien que n'étant pas une spécialité médicale, doit – au vu des enjeux de santé publique - être protégée et ne pas constituer une « variable d'ajustement ».

[23] Il serait par ailleurs nécessaire d'évaluer l'impact, en termes d'attractivité et d'amélioration de l'accès aux soins en addictologie, du développement de postes partagés de médecins addictologues entre structures hospitalières ou médico-sociales et exercice ambulatoire.

[257] 1 examen probatoire, 2 examens écrits, 1 mémoire, 80 demi-journées de stage, 130 heures de cours.
[258] Rapport Igas. (2025). Professions médicales et pharmaceutiques : mieux piloter la démographie à partir des futurs besoins de santé
[259] *Ibid.*

2 Les sages-femmes au cœur du repérage et de l'accompagnement des conduites addictives pendant la période périnatale

[24] La période périnatale est une période de grande fragilité pour les femmes, pendant laquelle les vulnérabilités peuvent se multiplier. La HAS recommande que le dépistage des vulnérabilités, dont les addictions, soit systématique chez toutes les femmes enceintes, le plus précocement possible et régulièrement réitéré au cours de la grossesse et du postpartum[260,261].

[25] Les sages-femmes ont ainsi une place essentielle dans le dépistage des vulnérabilités, notamment dans le champ des addictions. Les référentiels de formation et de compétences en maïeutique abordent les conduites addictives de manière globale, dans le cadre de la prévention et du suivi des patientes, sans distinction détaillée selon les substances, le tabagisme étant plus souvent cité dans les situations cliniques de prise en charge en périnatalité.

[26] Le nombre de sages-femmes exerçant en addictologie n'est pas recensé au niveau national. Dans la dernière enquête menée par la DGOS auprès des ELSA en 2023, 88 % des ELSA indiquaient intervenir en maternité, avec une fréquence et des modalités variables, sachant que certaines ELSA ont un temps de sage-femme, facilitant ces interventions. De nombreuses initiatives impliquant des sages-femmes émanent des territoires et leur évaluation est à encourager :

- le projet ASAGO en Bretagne, qui consiste en un partenariat du pôle femme-mère-enfant du Groupement Hospitalier Bretagne Sud avec les équipes addictologiques du GHBS, du CSAPA du GHBS et du CSAPA associatif de Lorient et qui vise le double objectif de renforcer l'offre de soins en addictologie au sein du PFME et d'améliorer l'accès aux soins gynécologiques des femmes suivies au CSAPA. Mis en place au 1er janvier 2024 pour une durée de deux ans, avec une évaluation attendue à l'issue ;
- la Boite à outils « Maternité et prévention des conduites addictives » en Hauts-de-France visant à harmoniser les pratiques sur le territoire[262] ;
- le développement de projets relatifs aux troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, tels que le CRAG (Coordination Ressources Addictions et Grossesse) porté conjointement par la Coordination Régionale Addictions (COREADD) de la Nouvelle-Aquitaine et le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine ;
- à noter la sage-femme référente addiction, expérimentée initialement en Occitanie, avec une évolution vers une sage-femme référente vulnérabilités.

[27] Par ailleurs, en termes de formation continue type DU pour les sages-femmes exerçant à l'hôpital, compte-tenu du ratio coût de la formation/compétences métier, l'addictologie se retrouve en concurrence avec des formations « métier » comme la prise en charge du diabète gestationnel ou l'hémorragie de la délivrance et cela peut donner lieu à une dépriorisation.

[28] Enfin, l'ouverture aux sages-femmes du parcours renforcé coordonné issu de l'expérimentation article 51 Equip'Addict est fortement attendu par les professionnels des territoires, tant hospitaliers

[260] HAS. (2024). Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal

[261] A l'appui de ces recommandations, des outils nationaux ont été mis à disposition des sages-femmes, comme des médecins, pour le repérage et l'accompagnement des vulnérabilités, dont les addictions, et figurent dans la dernière version du carnet de maternité, publiée en 03/2026.

[262] Figurent notamment les grands points d'étapes de la mise en place d'un suivi addictologique dans les maternités, avec les ressources disponibles, un exemple d'organisation et de gradation de l'accompagnement en maternité avec le tabac.

que de ville, et permettrait une porte d'entrée dans un parcours de prise en charge facilitée pour les femmes concernées, et pas uniquement en période périnatale.

3 Les infirmiers, une place historique dans le parcours de prise en charge des conduites addictives à consolider

3.1 La formation initiale des étudiants infirmiers comporte plusieurs unités d'enseignement abordant des thématiques relevant du champ de l'addictologie

[29] Le nouveau référentiel de formation infirmier a été publié en février 2026[263]. Les conduites addictives, avec ou sans substances, sont inscrites dans plusieurs unités d'enseignement, avec différents abords et en particulier la prévention et promotion de la santé, les inégalités sociales de santé ainsi que les pratiques (ex : RPIB, réaliser un protocole d'accompagnement à l'arrêt du tabac selon les recommandations de la HAS, les traitements de substitution nicotinique, la réduction des risques et des dommages, etc.).

[30] Comme pour les autres professions de santé, le nombre d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) exerçant en addictologie n'est pas recensé au niveau national.

[31] Il existe par contre une estimation du nombre d'Equivalents Temps Plein ou du ratio d'IDE pour certaines structures ou dispositifs spécialisés :

- 151,6 ETP d'IDE pour les 149 CAARUD en 2022[264] et environ 893 ETP d'IDE pour les 385 CSAPA ambulatoires en 2022[265] ;
- les IDE constituent a minima la moitié des équipes spécialisées à l'hôpital et en SMR-A :
  - 54 % des effectifs des consultations hospitalières d'addictologie (CHA) en 2022[266] sur un peu plus de 480 ETP pour 340 CHA ;
  - 63 % des effectifs des Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) en 2022[267], soit 144 ETP pour 299 ELSA ;
  - respectivement 77 % et 80 % des effectifs des unités/lits d'hospitalisation pour sevrage simple et pour sevrage complexe en 2022[268] ;
  - 64 % des effectifs en hôpital de jour en addictologie (159 HDJ) et 71 % des effectifs de Soins de suite et de réadaptation en addictologie (97 SMR-A) en 2022[269].

[263] Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier - Légifrance
[264] Exploitation par l'OFDT des rapports d'activité standardisés 2022 des 149 CAARUD
[265] Estimation par la mission à partir de la base de données des rapports d'activité 2022 des 385 CSAPA ambulatoires
[266] Enquête DGOS 2022 relative à l'offre hospitalière en addictologie
[267] *Ibid.*
[268] *Ibid.*
[269] *Ibid.*

3.2 Une diversité d'exercice qui fait des IDE un levier du repérage des conduites addictives et un maillon du parcours de prise en charge

[32] Outre l'exercice libéral, en PMI, à l'hôpital ou au sein de structures médico-sociales, les univers d'exercice des IDE sont variés : écoles, universités, entreprises et administrations, etc.

[33] Cette diversité associée à une répartition sur l'ensemble du territoire fait des IDE un levier du repérage des conduites addictives et s'agissant du tabac, d'accompagnement de l'arrêt avec notamment la possibilité de prescrire des substituts nicotiniques.

[34] L'élargissement récent des compétences infirmières[270], avec notamment la création de la consultation infirmière, valorise l'expertise clinique des IDE. Dans le champ de l'addictologie, comme pour toutes les vulnérabilités, le repérage et l'accompagnement nécessitent du temps. Les modalités de mise en œuvre concrètes et l'appropriation du dispositif seront vraisemblablement dépendantes de la valorisation de ce temps, y compris au sein des organisations hospitalières et médico-sociales.

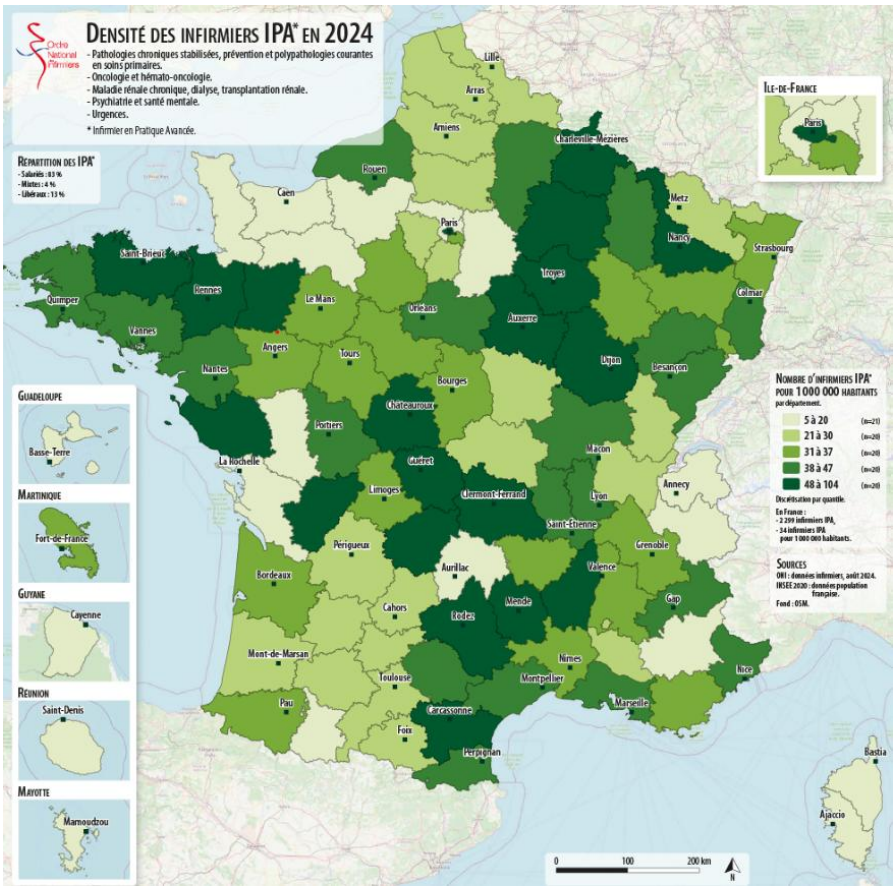
3.3 Quelle place pour les infirmiers en pratique avancée (IPA) en addictologie ?

[35] Le métier d'IPA est encore récent, puisque reconnu depuis 2018. La pratique avancée vise en particulier à améliorer la prise en charge des patients en optimisant leur accès aux soins et la qualité de leur parcours, tout en faisant évoluer la répartition des compétences entre les professionnels de santé. A ce jour, parmi les cinq domaines d'intervention des IPA[271], l'addictologie est abordée sous le prisme de la psychiatrie et de la santé mentale. Les IPA exerçant en addictologie sont ainsi des IPA en santé mentale. Dans une volonté d'objectiver les spécificités de la pratique avancée en addictologie, en 2020, un référentiel des pratiques avancées en addictologie[272] a été co-construit par les sociétés savantes et fédérations du champ de l'addictologie, le CUNEA, l'Ordre National Infirmier, les associations du champ de l'addictologie et des représentants des usagers.

[36] Lors des déplacements en région, la mission a rencontré plusieurs services hospitaliers disposant d'une IPA dans leur équipe. Les services concernés sont unanimement positifs sur ce dispositif, dans un contexte de temps médical disponible insuffisant. Un point d'attention est cependant à prendre en compte : le dispositif parait souvent peu attractif pour les structures, compte-tenu de la durée des études et du coût, aussi certaines ARS ont mis en place des éléments incitatifs financiers.

[270] Décret n°2025-1306 du 24 décembre 2025
[271] Pathologies chroniques stabilisées ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ; psychiatrie et santé mentale ; urgences
[272] Microsoft Word - Référentiel PASI 2020.doc

Carte 1 : Répartition territoriale des IPA



4 Les pharmaciens, des professionnels centraux de la dispensation des traitements de substitution et de sevrage, de la prévention des surdoses, de la détection des interactions et mésusages médicamenteux et de la réduction des risques et des dommages (RdRD)

[37] Au 1er janvier 2025, l'Ordre national des pharmaciens comptabilise 75 080 pharmaciens inscrits, dont 56 exerçant au sein de CSAPA.

[38] Dans le cursus de formation des pharmaciens, les conduites addictives sont abordées de manière indirecte à travers à travers l'étude des substances (pharmacologie, toxicologie) et l'accompagnement des patients (éducation thérapeutique, prévention). Le code de déontologie rappelle par ailleurs leur rôle dans la lutte contre les toxicomanies, et des outils professionnels précisent leur action concrète en matière de repérage, de conseil et d'orientation.

[39] Le Cespharm[273] met ainsi à la disposition des pharmaciens différentes ressources en lien avec les addictions, afin de délivrer une information fiable et validée. Dans un objectif d'évaluation de l'appropriation des outils proposés, il recueille différents indicateurs quantitatifs (nombre de commandes et de téléchargements des outils), et mène régulièrement des sondages auprès des pharmaciens.

[273] Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française : commission permanente de l'Ordre des pharmaciens ayant pour vocation d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Addictions/tabac, Addictions/alcool, Addictions/drogues illicites

[40] Outre le rôle des pharmaciens dans la détection des interactions et mésusages des médicaments, et la prévention des surdoses (naloxone), la mission a relevé en particulier deux sujets d'actualité :

- L'implication essentielle des pharmaciens d'officine dans la délivrance des traitements par agonistes opioïdes (TAO) afin de garantir un accès sur tout le territoire et leur rôle dans la RdRD[274] y compris dans les Programmes d'Echanges de Seringues en Pharmacies (PESP). Dans son bilan annuel des TAO, l'OFDT estime à 171 000 personnes le nombre total de personnes ayant eu une délivrance de TAO en 2024. A l'occasion de la prescription électronique, le CNOM et le CNOP ont élaboré en 2024 des recommandations conjointes concernant la prescription et la dispensation des TAO[275] en soulignant que l'accessibilité des traitements conditionne les objectifs de réduction des risques et l'entrée facilitée dans une dynamique de soins.

[41] Au jour de l'entretien avec la mission, le CNOP ne dispose pas de remontées récentes ou de résultats d'enquête concernant des difficultés d'accès aux TAO au sein des officines.

- L'expérimentation attendue et prévue par la LFSS 2002 sur 2 ans dans 3 régions[276] visant une prise en charge par l'assurance maladie des substituts nicotiniques « prescrits » par les pharmaciens d'officine sur « prescription pharmaceutique ». L'arrêté précisant les modalités de cette expérimentation est en attente de publication à ce jour.

[42] Par ailleurs, toujours dans le champ de la prescription nicotinique et à visée opérationnelle, il serait intéressant de faciliter l'enregistrement des médecins/infirmiers du travail et en établissement scolaire dans les logiciels de gestion des officines en tant que prescripteurs pour les substituts nicotiniques. En effet, et même si le sujet n'a pas été exploré plus avant dans ce rapport, l'Ordre national des pharmaciens a indiqué à la mission que ces établissements ne disposant pas de numéro FINESS, les prescriptions de ces professionnels ne peuvent être correctement enregistrés et « *font l'objet de rejets de l'Assurance Maladie pour leur prise en charge* ».

[274] Depuis le 1er février 2024, deux trousses de prévention pour la réduction des risques chez les usagers de drogue par voie intraveineuse sont disponibles en pharmacie au prix de 1 euro, et gratuitement auprès des établissements médicosociaux spécialisés en addictologie (CSAPA/CAARUD).
[275] Recommandations ordinales du 07/09/2024 - Recommandations des Conseils Nationaux de l'Ordre des Médecins et des Pharmaciens à propos de la prescription et de la dispensation des traitements de substitution aux opiacés
[276] 3 régions pilotes : HdF – NA - PACA

ANNEXE 4 : PLACE DES USAGERS ET DE LA PAIR-AIDANCE DANS LES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

ANNEXE 4 : PLACE DES USAGERS ET DE LA PAIR-AIDANCE DANS LES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS 132

1 LA PLACE DES USAGERS DANS LES PARCOURS 133

1.1 La dynamique participative, le recueil de la parole et l'implication des personnes accompagnees dans les choix concernant leur prise en charge : des points de force des CSAPA et CAARUD 133

1.2 Les parcours de prise en charge en addictologie vus par les usagers 135

2 SAVOIR EXPERIENTIEL ET PAIR-AIDANCE EN ADDICTOLOGIE : ENTRE LIEN HISTORIQUE ET DIVERSITE DES INTERVENTIONS 137

2.1 La pair-aidance : un lien historique avec le champ des addictions et une fonction en attente de structuration 137

2.2 Les patients-experts : une autre facette de la pair-aidance 139

2.3 Les associations d'usagers et associations d'entraide : un enjeu de complementarite 140

[1] De l'implication de la personne présentant une addiction dans sa prise en charge[277] au développement de son pouvoir d'agir, la mission s'est intéressée à la place des usagers dans les parcours de prise en charge des addictions.

[2] A l'occasion de ses entretiens au niveau national et de ses déplacements en Bretagne, Occitanie, Hauts-de-France et Seine-Saint-Denis, la mission a pu échanger avec des usagers actuels du système de soins, mais également des pairs-aidants et patients experts intervenants de structures sanitaires ou médico-sociales, ainsi que des associations d'entraide[278].

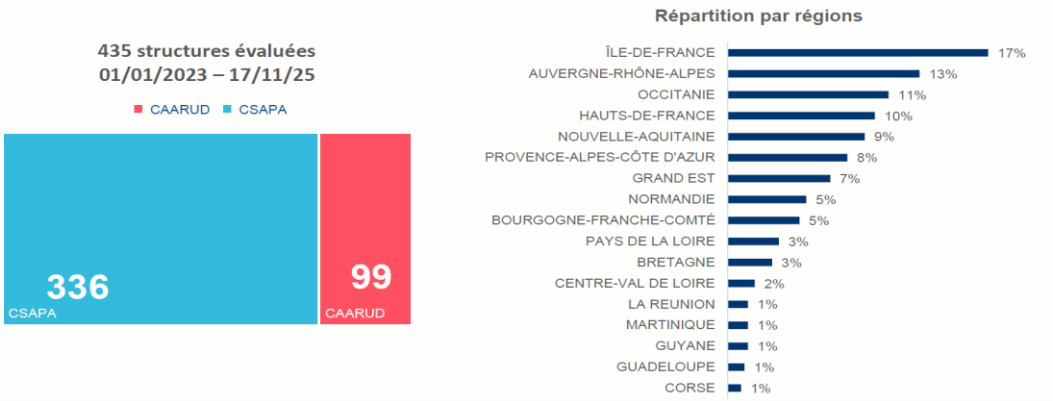
1 La place des usagers dans les parcours

1.1 La dynamique participative, le recueil de la parole et l'implication des personnes accompagnées dans les choix concernant leur prise en charge : des points de force des CSAPA et CAARUD

[3] Les CSAPA et CAARUD font partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) soumis à autorisation relevant de l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles. A ce titre, ils font l'objet d'une évaluation externe et indépendante tous les 5 ans, selon un calendrier communiqué par chaque ARS dans son arrêté de programmation.

[4] Entre le 1er janvier 2023 et le 17 novembre 2025, 435 structures médico-sociales dans le champ de l'addictologie ont d'ores-et-déjà fait l'objet d'une telle évaluation[279]. Les CSAPA et CAARUD concernés ont été autorisés après le 1er janvier 2008.

Graphique 1 : CSAPA et CAARUD : nombre et répartition des structures évaluées



Source : HAS – Pour la mission

[277] « Le patient acteur de sa prise en charge doit être promu comme facteur de l'efficacité du soin ». HAS. (2026). *L'évaluation de l'engagement des patients et des usagers en établissement de santé*

[278] Ont été rencontrés des usagers de CSAPA ambulatoire, CJC et jeunes du dispositif TAPAJ, CSAPA résidentiel dont une unité mère-nourrisson, des pairs-aidants et patients experts de CSAPA, CAARUD, services hospitaliers, 'un pair-aidant intervenant en microstructure ainsi que des membres d'associations d'entraide (Alcooliques Anonymes et Narcotiques Anonymes). La mission les remercie tous vivement pour le partage de leur vécu et parcours.

[279] Données HAS pour la mission au 18/12/2025.

[5] Cette évaluation se fait selon un référentiel de la HAS centré sur la personne accompagnée et une cotation des critères à 5 niveaux[280], sachant qu'il n'y a pas de critères spécifiques au champ des addictions.

[6] La participation des personnes à leur accompagnement, la prise en compte de leurs besoins et le respect des droits sont des points forts des accompagnements réalisés par les structures.

Tableau 1 : Cotation par type de structure et par objectifs

Objectifs		Total	CAARUD	CSAPA
1.1	La personne accompagnée s'exprime sur la bientraitance.	3,97	3,93	3,98
1.4	La personne bénéficie d'un cadre d'accompagnement adapté et respectueux de ses droits fondamentaux.	3,96	3,92	3,97
1.13	La personne est accompagnée pour accéder ou se maintenir dans son logement ou son hébergement.	3,87	3,83	3,88
1.6	L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.	3,87	3,80	3,89
1.17	**La personne bénéficie d'un accompagnement favorisant la continuité et la fluidité de son parcours.**	**3,80**	**3,73**	**3,82**
1.15	**La personne est actrice de ses choix sur son accompagnement en santé, la stratégie thérapeutique et les soins qui lui sont proposés.**	**3,80**	**3,64**	**3,84**
1.7	La personne accompagnée exprime son choix de manière éclairée.	3,79	3,68	3,83
1.12	La personne bénéficie d'un accompagnement favorisant son autonomie.	3,78	3,67	3,81
1.14	**La personne bénéficie d'un accompagnement en matière de prévention et d'éducation à la santé.**	**3,71**	**3,73**	**3,71**
1.11	L'entourage est associé dans l'accompagnement de la personne.	3,71	3,51	3,77
1.8	La personne accompagnée participe à la vie sociale.	3,69	3,58	3,73
1.16	**La personne accompagnée bénéficie d'une prise en charge de ses douleurs.**	**3,68**	**3,48**	**3,74**
1.2	La personne accompagnée est informée de ses droits de façon claire et adaptée. Sa compréhension est recherchée et favorisée.	3,64	3,62	3,65
1.10	**La personne est actrice de la personnalisation de son projet d'accompagnement.**	**3,64**	**3,51**	**3,68**
1.9	La personne accompagnée exerce sa citoyenneté et/ou bénéficie d'une éducation à la citoyenneté.	3,55	3,51	3,56
1.3	La personne accompagnée est associée à la révision des règles de vie collective ou des modalités de fonctionnement du service.	3,32	3,51	3,27
1.5	La personne accompagnée est actrice des instances collectives ou de toutes autres formes de participation. Sa participation effective est favorisée.	3,22	3,42	3,16

Source : HAS – Pour la mission

[7] CSAPA et CAARUD partagent les mêmes points forts et axes d'amélioration, même s'il existe une homogénéité plus forte des résultats en CSAPA.

Tableau 2 : Cotation par type de structure et par thématique

Thématique	CAARUD*	CSAPA*	Cotations moyennes CAARUD et CSAPA*	Cotations moyennes secteur médico-social**
Droits de la personne accompagnée	3,79	3,79	3,79	3,77
Expression et participation de la personne accompagnée	3,72	3,78	3,76	3,78
Continuité et fluidité des parcours	3,66	3,76	3,74	3,72
Accompagnement à l'autonomie	3,65	3,72	3,7	3,77
Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement	3,6	3,69	3,67	3,61
Accompagnement à la santé	3,52	3,68	3,64	3,63
Politique ressources humaines	3,52	3,65	3,62	3,64
Bientraitance et éthique	3,6	3,62	3,61	3,66
Démarche qualité et gestion des risques	3,16	3,44	3,38	3,49

**Cotations pour les CAARUD et CSAPA évalués entre le 01/01/2023 et le 17/11/2025.*
***Cotations issues du bilan annuel 2024 du dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS.*
Source : La mission à partir des données communiquées par la HAS et du bilan annuel 2024 HAS (publié en mai 2025 – en ligne)

[280] Référentiel publié en 2022 avec 157 critères répondants à 42 objectifs et répartis dans 9 thématiques. Cotation de 1 pour le niveau le plus faible à 4 pour le plus élevé avec une cotation * pour les pratiques innovantes ou dépassant les attendus du référentiel.

[8] Les résultats des CSAPA sont globalement plus élevés que la moyenne des ESMS. Les établissements sanitaires comme médico-sociaux peuvent s'appuyer sur le guide HAS[281] visant à développer l'approche partenariale entre usagers et professionnels et à renforcer le pouvoir d'agir, individuel et collectif, des usagers.

1.2 Les parcours de prise en charge en addictologie vus par les usagers

[9] La mission a échangé au cours de ses déplacements avec des usagers de substances psychoactives actuellement pris en charge ou ayant eu une expérience antérieure de prise en charge en addictologie (pairs-aidants ou patients-experts). Ces échanges ont eu lieu de façon quasi-systématique avec l'intermédiation de la structure (établissement de santé, CSAPA, CAARUD, microstructure) et avec des questions ouvertes[282]. Il est à noter que la polyconsommation est la situation la plus fréquente chez les usagers rencontrés, qu'elle soit simultanée ou étalée dans le temps et émaillée d'arrêts et de rechutes.

[10] Comme prévu, la mission a limité ses contacts aux usagers rencontrés lors de ses déplacements, soit un échantillon restreint, tous profils confondus, avec un biais lié à l'intermédiation des structures.

[11] Les retours d'expérience de ces personnes prises en charge, actuellement ou par le passé, approfondis et qualitatifs, sont cohérents avec les observations de la mission et les résultats de l'enquête conduite auprès des CSAPA et CAARUD.

[12] La majorité des usagers rencontrés relatent des parcours de prises en charge heurtés, avec des périodes de rechutes et de ruptures avec le soin.

Les échanges ont mis particulièrement en exergue les points suivants :

- quelle que soit la prise en charge, l'usager est acteur de son changement, à son rythme ;
- « *ce n'est pas le produit qui compte*[283] », mais la prise en charge globale, qui s'inscrit dans le temps et ce d'autant plus qu'il existe des psycho-traumatismes associés (violences, etc.) ;
- le sevrage n'est pas une fin en soi : il s'agit d'un moment clé mais pas une finalité ;
- une rechute est « *toujours mal vécue*", et ce d'autant plus qu'elle est souvent accompagnée d'une majoration des difficultés familiales ou sociales, voire de précarité ;
- la démarche associative, voire communautaire, a souvent été citée par les usagers comme un appui important, du fait notamment de l'entraide, de l'identification à un pair et de la grande disponibilité.

Cette démarche est, pour la plupart, considérée comme complémentaire à la démarche soignante, et ce d'autant qu'elle peut s'inscrire dans un temps plus long.

[281] HAS. (2024). Agir avec les usagers à partir du recueil de leurs expressions : guide à l'intention des établissements de santé et des structures sociales et médico-sociales.
[282] Les questions ouvertes abordaient plusieurs points : leur vécu du parcours et leur avis sur la prise en charge / les freins et difficultés rencontrées pour commencer et poursuivre leur prise en charge / ce qui les a le plus aidé dans leur parcours et/ou ce qui les aurait aidés.
[283] Les verbatims sont en italique.

[13] Les freins à la prise en charge en addictologie les plus fréquemment évoqués par les usagers rencontrés :

- la difficulté voire l'incapacité de demander de l'aide, d'honorer un rendez-vous, selon les substances consommées ;
- s'agissant du premier recours : une méconnaissance, par certains professionnels de santé, des addictions, des produits, de la réduction des risques ;
- la stigmatisation et les préjugés y compris de la part de professionnels de santé ;
- la méconnaissance des lieux ressources en addictologie ;
- les délais d'attente pour une prise en charge spécialisée : « *Quand on est prêt, c'est maintenant, après, c'est trop tard* » ;
- le manque d'accompagnement à l'issue d'un sevrage ;
- la difficulté (voire impossibilité) pour les femmes et les jeunes rencontrés d'aller dans un CAARUD ressenti comme un lieu stigmatisant et insécure, mais également parfois dans un CSAPA.

[14] Les usagers rencontrés ont également fait part de ce qui les a le plus aidé :

- être accompagné, ne pas être laissé seul/seule face à ses addictions ;
- la bienveillance des professionnels rencontrés, la prise en compte de leur parole, de leurs difficultés et l'absence de jugement ;
- pour les femmes : la possibilité d'aller consulter dans des lieux plus neutres, tels qu'un cabinet de médecine générale ;
- en termes de porte d'entrée dans un parcours de prise en charge, de jeunes usagères rencontrées ont indiqué qu'elles auraient souhaité que le sujet des consommations et des addictions soit abordé lors de leur venue au planning familial ou au CeGIDD.

[15] La mission a également rencontré des jeunes suivis par une CJC et bénéficiaires du programme TAPAJ (Travail Alternatif Payé A la Journée)[284]. Ils ont pu faire part de leurs difficultés, avant toute prise en charge, à savoir où s'adresser (recherche sur internet, « bouche-à-oreille), ainsi que des réticences à aller évoquer le sujet des addictions. De ses échanges avec des « TAPAjeurs », la mission a retenu que TAPAJ constitue un véritable point d'ancrage dans leur vie et une porte d'entrée identifiée vers le soin via le CSAPA.

TAPAJ est un *« programme d'insertion globale à seuils adaptés, mis en place par des dispositifs médico-sociaux spécialisés en addictologie (CAARUD ou CSAPA) »*[285], pour des jeunes de 16 à 25 ans, désocialisés, en situation de grande précarité, avec un usage de substances psychoactives à risque ou problématique et donc éloignés des dispositifs de droit commun.
Une évaluation franco-québécoise du dispositif en 2021[286] a permis de démontrer une amélioration globale de la situation des TAPAJeurs pour 60 % d'entre eux. Le déploiement de TAPAJ est une action du Pacte des solidarités 2023-2027[287].

[284] TAPAJ.ORG. Rémunération en fin de journée, pour une activité professionnelle qui ne nécessite pas de qualification ou d'expérience professionnelle particulière et n'est pas engageante pas sur la durée. Modèle d'intervention en plusieurs phases, dont l'aller-vers et la RDR sont des piliers. Dispositif innovant franco-québécois initialement déployé au Québec puis dès 2014 à Bordeaux avant d'être repéré par la MILDECA et intégré dans la Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la pauvreté (2019-2022), son déploiement fait l'objet d'un soutien financier par le FLCA.
[285] *Ibid.*
[286] Présentation et évaluation franco-québécoise du dispositif-TAPAJ – site MILDECA
[287] Objectif visé par le Pacte : multiplication par + de 2 du nombre de personnes accompagnées chaque année à l'horizon 2027

[16] La mission a par ailleurs organisé une séance d'échanges avec des écoutants de « Drogues info service »[288], un des dispositifs nationaux d'aide à distance pilotés par Santé publique France. Ces écoutants ont témoigné de la parole et du parcours des usagers. Parmi les témoignages récurrents partagés à la mission : les appels de personnes exprimant un sentiment d'abandon, parfois de colère, car elles n'arrivent pas à trouver un professionnel pour les prendre en charge ou sont géographiquement éloignées du soin ; celles inquiètes de leur reprise de consommation dans l'attente d'un rendez-vous spécialisé ; ou encore la difficulté exprimée, voire la honte à parler de ses consommations avec son médecin traitant.

2 Savoir expérientiel et pair-aidance en addictologie : entre lien historique et diversité des interventions

2.1 La pair-aidance : un lien historique avec le champ des addictions et une fonction en attente de structuration

[17] Issue de mouvements internationaux notamment du domaine des addictions comme les Alcooliques Anonymes (AA) créés en 1935 aux Etats-Unis, la pair-aidance a progressivement diffusé en France, essentiellement à travers le milieu associatif.

[18] Cette diffusion est particulièrement marquée dans le champ de la santé mentale, des addictions et auprès des publics en grande précarité[289]. Ainsi, la HAS a publié en 2023 des recommandations visant à développer le recours aux pairs-aidants auprès des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques[290,291].

[19] La HAS définit la démarche de pair-aidance comme une démarche s'appuyant sur la transformation de l'expérience en savoir expérientiel, c'est-à-dire en connaissances et compétences construites à partir d'un vécu[292]. Elle précise que la pair-aidance permet ainsi d'accompagner et de soutenir des personnes confrontées à des réalités similaires et qu'elle répond aux priorités de santé publique, en citant notamment les addictions.

[20] Dans les établissements sanitaires comme médico-sociaux, l'engagement des patients pour le collectif peut prendre différentes formes, classiquement regroupées sous la terminologie de « patient-partenaire » et dont la pair-aidance fait partie. Ces dernières années, un nombre croissant de pairs-aidants ont intégré des équipes de soins pluridisciplinaires, mais exerçant leur activité sous différentes formes, avec des missions, pratiques et intégration dans les équipes diverses et soulevant parfois de vraies questions éthiques, organisationnelles et de coordination.

[288] Service de prévention et d'aide à distance en santé. Numéro anonyme et gratuit 7j/7 de 8h à 2h. Chat 7j7 de 14h à minuit du lundi au vendredi et jusqu'à 20h le week-end. Information, soutien, conseil et orientation pour les personnes en difficulté avec l'usage de drogues, et pour leurs proches

[289] Le dispositif « Un chez soi d'abord » et les actions « d'aller-vers » des CAARUD en sont des exemples.

[290] HAS. (2023). Développer le recours aux pairs-aidants- Grande précarité et troubles psychiques. *Fiche RBP.*

[291] En addictologie, différentes initiatives associant usagers et professionnels ont donné lieu à l'élaboration de guides : Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en Addictologie (2023). Pair aidance en structure de soins et d'accompagnement en addictologie : repères pour développer les pratiques et organisations intégrant les savoirs expérientiels des usagers / patients. *Guide repères / Fédération Addiction*. (2022). Participation des usagers : de l'implication à la coopération. Repères.

[292] HAS. 2025. Note de cadrage Pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

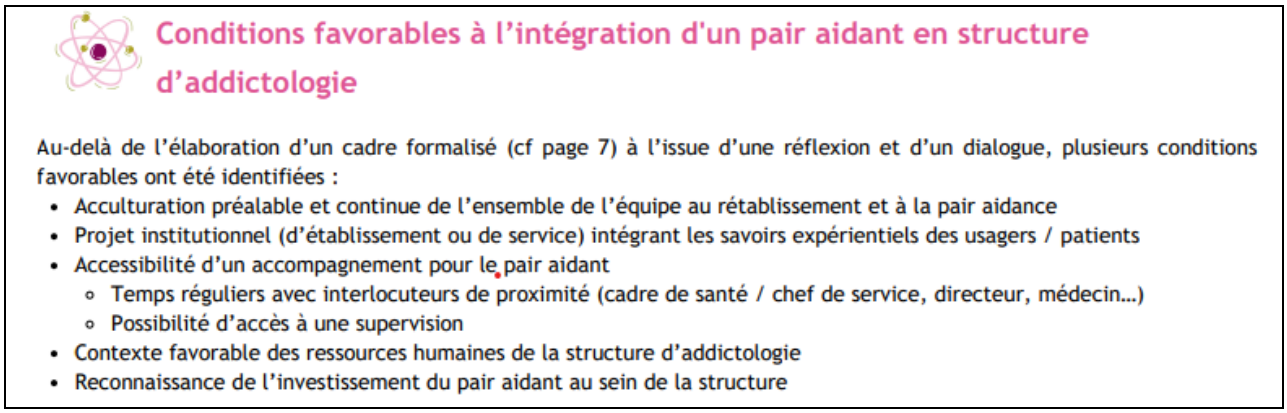
[21] A l'hôpital, cette dynamique s'inscrit dorénavant dans un cadre plus large qu'est l'« expérience patient », inclus par la HAS en 2025 comme exigence dans le cadre de la certification des établissements de santé[293].

[22] Si la plus-value de la pair-aidance est documentée, peu de travaux de recherche sont engagés. Pour autant il est rapporté un « *consensus parmi les professionnels sur le fait que la pair-aidance contribue à sécuriser les parcours en facilitant l'adhésion thérapeutique, en réduisant l'anxiété, en améliorant le retour à domicile et en soutenant les proches aidants* »[294].

[23] A l'occasion de ses déplacements, la mission a constaté l'intégration de pairs-aidants au sein de presque tous les services hospitaliers et structures médico-sociales rencontrées. Malgré la plus-value pour les patients et les prises en charge, soulignée par tous les professionnels et directeurs des structures concernées, la mission a pu constater que de telles intégrations relèvent d'une volonté forte de l'établissement et des professionnels, au vu des barrières administratives et financières (absence de ligne budgétaire dédiée) pour leur permettre d'intervenir au sein des structures. Par ailleurs, un travail sur les représentations et la place de chacun au sein des services est un préalable indispensable.

[24] A ce jour, il n'y a pas d'état des lieux permettant de connaitre de façon exhaustive le nombre de pair-aidants en addictologie, leur répartition, qu'elle soit territoriale ou par typologie de structures, ou encore la proportion des différentes modalités d'exercice et d'intégration dans les équipes. L'enquête DGOS relative à l'offre hospitalière en addictologie en 2022 permet une première approche de la proportion d'établissements impliqués dans des projets de pair-aidance, qu'il conviendrait de compléter. Ainsi, parmi les 504 établissements de santé ayant répondu à l'enquête DGOS, 26 % des établissements autorisés en MCO disposent d'un projet de pair-aidance, versus 31 % des établissements autorisés en psychiatrie et 35 % des SMR (ex-SSR). Dans l'enquête réalisée par la mission auprès des CSAPA et CAARUD (voir annexes 6 et 7), 21,8 % des CSAPA répondants et 24,1 % des CAARUD répondants ont indiqué avoir au moins un pair-aidant au sein de leur structure.

[25] Dans son guide, le SRAE en Addictologie des Pays de la Loire identifie plusieurs conditions favorables à l'intégration d'un pair-aidant en structure d'addictologie[295] qui reflètent les constats de la mission suite aux échanges avec les pairs-aidants et les professionnels des structures concernées rencontrées.



[293] Rapport IGAS N°2025-011R. Mission Expérience patient à l'hôpital : un levier pour transformer, améliorer et redonner du sens.
[294] *Ibid.*
[295] TAPAJ.org

[26] Les travaux en cours de la HAS[296] devraient permettre de clarifier les terminologies, de structurer le cadre de la fonction de pair-aidance, les compétences attendues et de l'adapter au plus près des besoins des usagers accompagnés et des professionnels. L'addictologie figure parmi les cinq domaines qui seront abordés.

[27] Ces recommandations sont fortement attendues, en particulier au vu des enjeux d'entrée dans le parcours de soins et de continuité des parcours en addictologie, dans un contexte de tension de la démographie en santé et de délais d'attente importants.

2.2 Les patients-experts : une autre facette de la pair-aidance

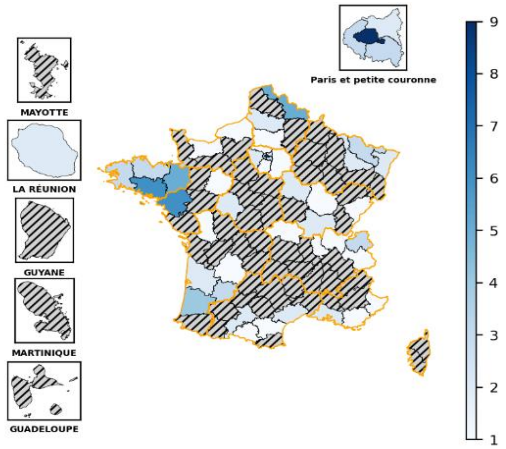
[28] Selon la HAS, le patient-expert désigne celui qui a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et dispose ainsi d'une réelle expertise dans le vécu quotidien d'une pathologie ou d'une limitation physique liée à son état[297].

[29] Le Plan National de Mobilisation contre les Addictions 2018-2022 a appelé à « consolider la place de l'usager et développer la formation des patients-experts ».

[30] Depuis, l'association France Patients Experts Addictions (FPEA) a créé[298] un parcours de certification, avec à ce jour 140 Patients Experts Addictions (PEA) certifiés. Deux parcours distincts de formation co-existent, dont l'un pour lequel l'APHP est co-certificateur[299].

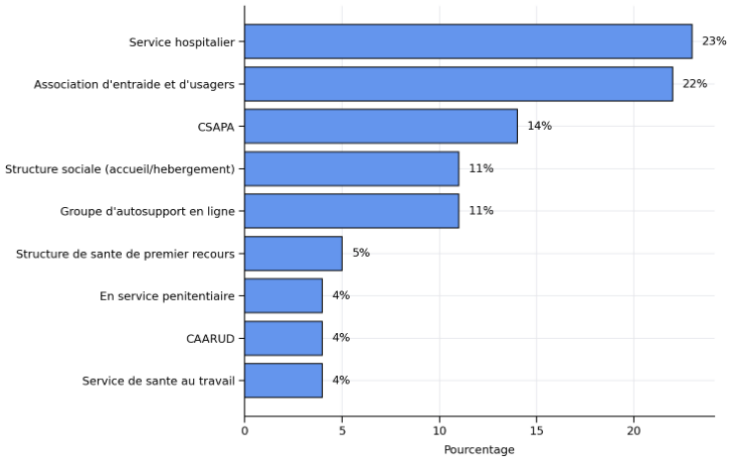
[31] S'agissant de l'insertion des PEA certifiés, FPEA réalise des enquêtes semestrielles. La synthèse graphique ci-après reprend les principaux résultats de la dernière enquête menée en décembre 2025 auprès de 139 PEA (79 répondants).

Carte 1 : Territoire d'exercice des PEA certifiés



Source : Mission avec l'appui du Pôle DATA Igas d'après les données de l'enquête FPEA de décembre 2025

Graphique 2 : Lieu d'exercice des PEA certifiés



Source : Données communiquées par FPEA

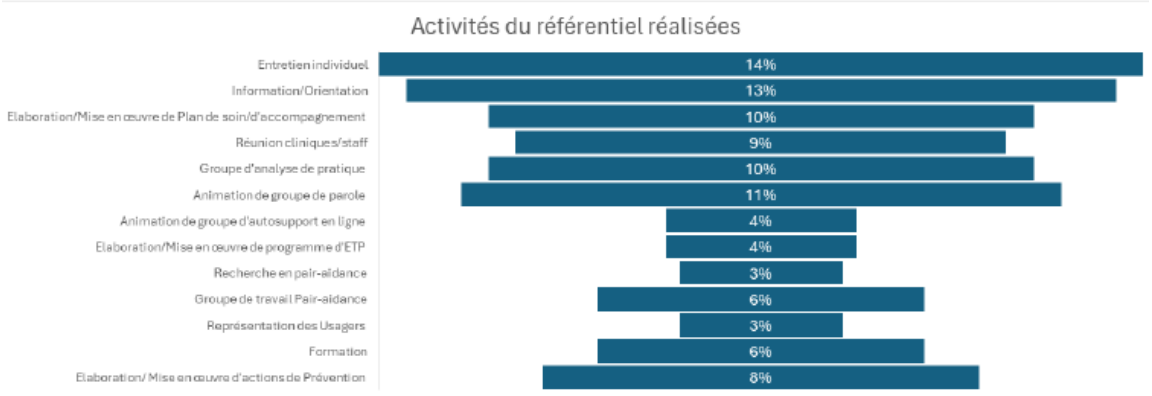
[296] Les recommandations de bonnes pratiques issues des travaux HAS et précisées dans la note de cadrage citée7 sont attendes au cours du second semestre 2026. Cinq domaines seront abordés : Santé mentale et psychiatrie - Addictologie - Pathologies chroniques et la cancérologie - Inclusion et le handicap - Précarité et vulnérabilités sociales.

[297] HAS. (2024). Évaluation de l'engagement patients et usagers selon le référentiel de certification.

[298] Avec le soutien financier du FLCA

[299] Formation avec co-certification FPEA/APHP : formation en présentiel avec une cohorte annuelle. Stages en établissements de santé de l'APHP et en structures médico-sociales associatives.

Graphique 3 : Activités réalisées par les patients experts en addictologie



Source : Données communiquées par FPEA

[32] Les principaux freins à l'insertion des patients-experts recensés dans cette enquête de l'association FPEA sont d'ordre statutaire et financier.

[33] La mission a rencontré dans chaque déplacement en région des patients-experts, certains certifiés, d'autres en cours. Les statuts (bénévoles, salariés ou auto-entrepreneurs), les missions dévolues (de l'information à l'animation de groupes ou d'ateliers d'éducation thérapeutique du patient), les modalités d'intégration dans les équipes, avec en particulier les questions d'éthique, de déontologie, de communication, ainsi que l'apport dans les prises en charge ont systématiquement été abordées par les services. Les questions soulevées soulignent l'importance des recommandations HAS en cours d'élaboration et évoquées plus en amont de cette annexe.

2.3 Les associations d'usagers et associations d'entraide : un enjeu de complémentarité

[34] Tous les services hospitaliers ou médico-sociaux rencontrés par la mission ont des partenariats avec des associations d'usagers, avec le plus souvent des présentations au sein des services de l'offre proposée, non seulement aux professionnels mais également aux personnes prises en soins.

[35] Ces partenariats sont souvent historiques et soulignent la complémentarité de telles offres avec le soin, en particulier pour les personnes en situation d'isolement ou de rupture sociale et/ou familiale.

Les associations d'entraide : une présence historique dans le domaine des addictions.

La prise en charge des addictions est complexe et s'inscrit dans la durée. Les associations d'entraide peuvent apporter, à différents moments du parcours, un accompagnement complémentaire à la prise en charge pluridisciplinaire réalisée par les professionnels de santé mais par nature limitée dans le temps.
Certaines associations ont développé un programme décliné au niveau international et fondé notamment sur un projet d'abstinence. Les membres des deux associations d'entraide rencontrés par la mission[300] ont rappelé que l'accueil y est anonyme et gratuit, en présentiel mais également depuis la crise sanitaire de la Covid-19 en virtuel, permettant l'accès à un groupe de parole en cas d'impossibilité de se déplacer. Chaque malade vient pour « *partager et s'appuyer sur l'expérience de ceux qui l'entourent* ». La complexité de la prévention des rechutes a été évoquée avec le fait que devenir abstinent prend du temps, et que « *l'abstinence d'aujourd'hui ne présage pas de l'abstinence de demain* ». « *Tout seul dans son coin c'est difficile (…) l'entraide permet de se laisser porter par une expertise collective anonyme* ». Comme d'autres interlocuteurs de la mission, ils évoquent la diminution des situations d'addiction à l'alcool seul, et l'émergence des poly-addictions.

[300] Alcooliques Anonymes (AA) et Narcotiques Anonymes (NA) ont chacune un programme international.

Les Groupes d'Entraide Mutuelle en addictologie : une inspiration venue de la psychiatrie

A l'image des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)[301] existants dans le champ de la psychiatrie, la mission a rencontré un GEM addictologie créé dans l'ouest de l'Île de La Réunion suite à un appel à manifestation d'intérêt porté par l'ARS La Réunion en 2024. Cette volonté de création de GEM addictologie s'inscrit dans un constat global et partagé sur le territoire de difficultés du maintien de l'abstinence au retour à domicile, particulièrement marqué pour les personnes en situation d'isolement social et familial.
« Parrainé » par un CSAPA et financé par le FIR[302], ce GEM est présidé par un pair-aidant médiateur social et dispose d'une animatrice coordinatrice salariée. Il a pour objectif de couvrir les besoins de plusieurs territoires adjacents, sur la base de partenariats tissés avec les collectivités, les établissements de santé et les structures médico-sociales spécialisées. Des maraudes régulières sont par ailleurs effectuées. Après quelques difficultés initiales, le GEM est en phase de montée en charge, effectuant des maraudes régulières : au jour de la rencontre avec la mission, 25 usagers fréquentent régulièrement le lieu, dont 17 ont signé le contrat d'adhérent, parmi lesquels 4 femmes (23,5 %). Un quart des personnes sont adressées par des professionnels de santé du territoire.

[301] Introduits par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, il s'agit de structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société au sens des articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du CASF.
[302] AMI GEM La réunion 2024 : dotation FIR maximale de 83 000€ par projet. Principe d'autogestion.

ANNEXE 5 : TRAJECTOIRES VILLE-HOPITAL LIEES AUX TROUBLES DUS A L'ALCOOL – ETUDE DE COHORTE

ANNEXE 5 : TRAJECTOIRES VILLE-HOPITAL LIEES AUX TROUBLES DUS A L'ALCOOL – ETUDE DE COHORTE 142

1 CONSTITUTION DE LA COHORTE ET DES VARIABLES DE CONSOMMATION DE SOINS 144

1.1 SELECTION DES PATIENTS ET DES VARIABLES DESCRIPTIVES 144

1.2 REALISATION D'UNE TABLE UNIQUE POUR DECRIRE LES TRAJECTOIRES DES PATIENTS 146

2 LES PATIENTS SELECTIONNES EN 2023 ONT DES CARACTERISTIQUES DIFFERENTES SELON LES TERRITOIRES ET LA FILIERE D'HOSPITALISATION 149

2.1 UNE POPULATION PRINCIPALEMENT MASCULINE, SOUVENT EN AFFECTION LONGUE DE DUREE 149

2.1.1 Les hommes sont environ trois fois plus nombreux que les femmes mais d'âge équivalent 149

2.1.2 Les affections longues durée très présentes et principalement centrées sur la psychiatrie 150

2.1.3 Les personnes plus jeunes sont plus à la C2S 151

2.1.4 Après plus de deux ans, 12 % de la cohorte est décédée 151

2.2 DES PROFILS DE PATIENTS DIFFERENTS SELON LE TYPE D'HOSPITALISATION 151

2.2.1 L'hospitalisation de jour en addictologie encore très marginale 151

2.2.2 Les personnes qui ne sont passées qu'en MCO sont plus âgées et décèdent plus que le reste de la cohorte 151

2.2.3 Les patients sélectionnés par la psychiatrie sont plus souvent des femmes et sont plus jeunes 152

2.2.4 Les patients sélectionnés par les deux filières sont plus en ALD et à la C2S 152

2.2.5 Un quart des patients sont passés par un SMR 152

2.2.6 Un suivi en ville important, surtout pendant l'année de l'hospitalisation 153

2.2.7 La spécificité des jeunes femmes de moins de 25 ans : des séjours isolés ou très en lien avec la psychiatrie 155

2.3 A L'ECHELLE DU TERRITOIRE, DES DISPARITES REGIONALES SIGNIFICATIVES A LA FOIS DANS LA PREVALENCE DE PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTION ET AUSSI DANS LES FILIERES FREQUENTEES 156

3 LA DYNAMIQUE DES HOSPITALISATIONS EST TRES VARIABLE SELON LES FILIERES FREQUENTEES 159

3.1 UNE VISION GLOBALE DES TRAJECTOIRES 159

3.2 UNE ANALYSE PAR CLUSTERING PERMET DE MONTRER QUE LA FILIERE D'HOSPITALISATION ET LA RECURRENCE DES SEJOURS EST DETERMINANTE DANS LES TRAJECTOIRES 160

3.2.1 Cluster 0 – Un cluster moyen qui montre qu'un quart des patients passe principalement par le MCO 161

3.2.2 Cluster 1 – Des patients qui vont principalement en MCO pour des raisons aiguës et plus éloignés de la prise en charge psychiatrique 161

3.2.3 Cluster 2 – Un tiers des patients sont plutôt des patients chroniques avec des trajectoires indéterminées qui nécessitent une analyse plus poussée 162

3.2.4 Cluster 3 – 23 332 patients : un cluster à part, très féminin, essentiellement tourné vers la psychiatrie 163

3.3 FOCUS SUR DES TRAJECTOIRES SPECIFIQUES 165
3.3.1 Les patients qui ne sont présents qu'en 2023 sont pour la plupart hospitalisés en MCO seulement 165
3.3.2 Les patients ciblés en 2023 et encore hospitalisés en 2024 168
3.3.3 Les patients présents en 2022 et 2023 et qui ne font pas de séjour MCO ou psychiatrie en 2024 170
3.3.4 Les patients présents les trois années 171

[1] Cette annexe présente une étude dont l'objectif est de mieux comprendre l'articulation entre les différentes structures de prise en charge des pathologies dues à l'alcool à l'échelle du patient, qu'il s'agisse de prise en charge en ville ou en établissement[303].

[2] Pour ce faire, le pôle data de l'Igas a constitué, à partir des données du système national des données de santé (SNDS), une cohorte de patients hospitalisés soit en établissement de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) soit en établissement psychiatrique (PSY) en 2023 pour un motif lié à l'alcool, afin d'étudier leur consommation de soins avant et après cette hospitalisation. L'objectif de cette approche est de comprendre comment s'opère la prise en charge des individus en ville et à l'hôpital et de mettre en évidence des trajectoires de soins propres à chaque comportement.

1 Constitution de la cohorte et des variables de consommation de soins

1.1 Sélection des patients et des variables descriptives

[3] Les données utilisées pour l'étude proviennent du SNDS. On sélectionne pour 2023 l'ensemble des patients ayant réalisé au moins un séjour dans un établissement MCO ou psychiatrie pour une prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool[304]. Il est à noter que l'objectif de l'étude est d'appréhender les trajectoires des personnes ayant été hospitalisées en 2023 (en psychiatrie ou MCO) et **pour lesquelles l'alcool est la cause de la morbidité principale à l'origine d'un de leurs séjours**. Ainsi **la sélection des séjours se fait à partir du diagnostic principal (DP) ou du diagnostic relié (DR).** Les séjours qui n'auraient qu'un diagnostic associé significatif en lien avec l'alcool mais dont le DP ou le DR ne serait pas en lien avec l'alcool ne sont pas retenus pour la sélection des patients.

[4] Pour l'ensemble de ces patients, sont ensuite retracés l'ensemble de leurs séjours[305] en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) pour 2023, et sur l'ensemble des structures MCO, PSY et SMR pour 2022 et 2024. Les séjours sont décrits par leur durée, si le lien avec l'alcool est dans le diagnostic principal ou relié, les séjours en 2023 sont classés par leur groupe homogène de malade (GHM) selon trois catégories (Groupe A : Alcoolo-dépendance, groupe B : Comorbidité alcool, groupe C : Intoxication alcoolique aiguë)[306].

[5] Par ailleurs, ces données sont complétées par des consommations de soins de ville. L'objectif de ce recueil est d'approcher une prise en charge en ville pour cette addiction. Ainsi pour chaque patient sélectionné est dénombré par année le nombre de consultations[307] réalisées par un généraliste ou un psychiatre. Les informations portant sur la délivrance pour ces patients d'un traitement ayant pour indication l'alcoolo-dépendance ou le sevrage à l'alcool avec en particulier les principaux anxiolytiques sont également recueillies[308].

---

[303] Le médico-social est exclu de l'analyse car les données à la maille du patient ne sont pas remontées

[304] Diagnostics retenus (*source SPF France, Poids des troubles dus à l'usage d'alcool sur le système hospitalier en France, 2012-2022*) : E244, F100, F1000, F1001, F1002, F1003, F1004, F1005, F1006, F1007, F101, F102, F1020, F10200, F10201, F10202, F1021, F1022, F1023, F1024, F10240, F10241, F1025, F1026, F103, F1030, F1031, F104, F1040, F1041, F105, F1050, F1051, F1052, F1053, F1054, F1055, F1056, F106, F107, F1070, F1071, F1072, F1073, F1074, F1075, F108, F109, G312, G621, G721, I426, K292, K700, K701, K702, K703, K704, K709, K852, K860, O354, P043, Q860, R780, Z502, Z714, Z721

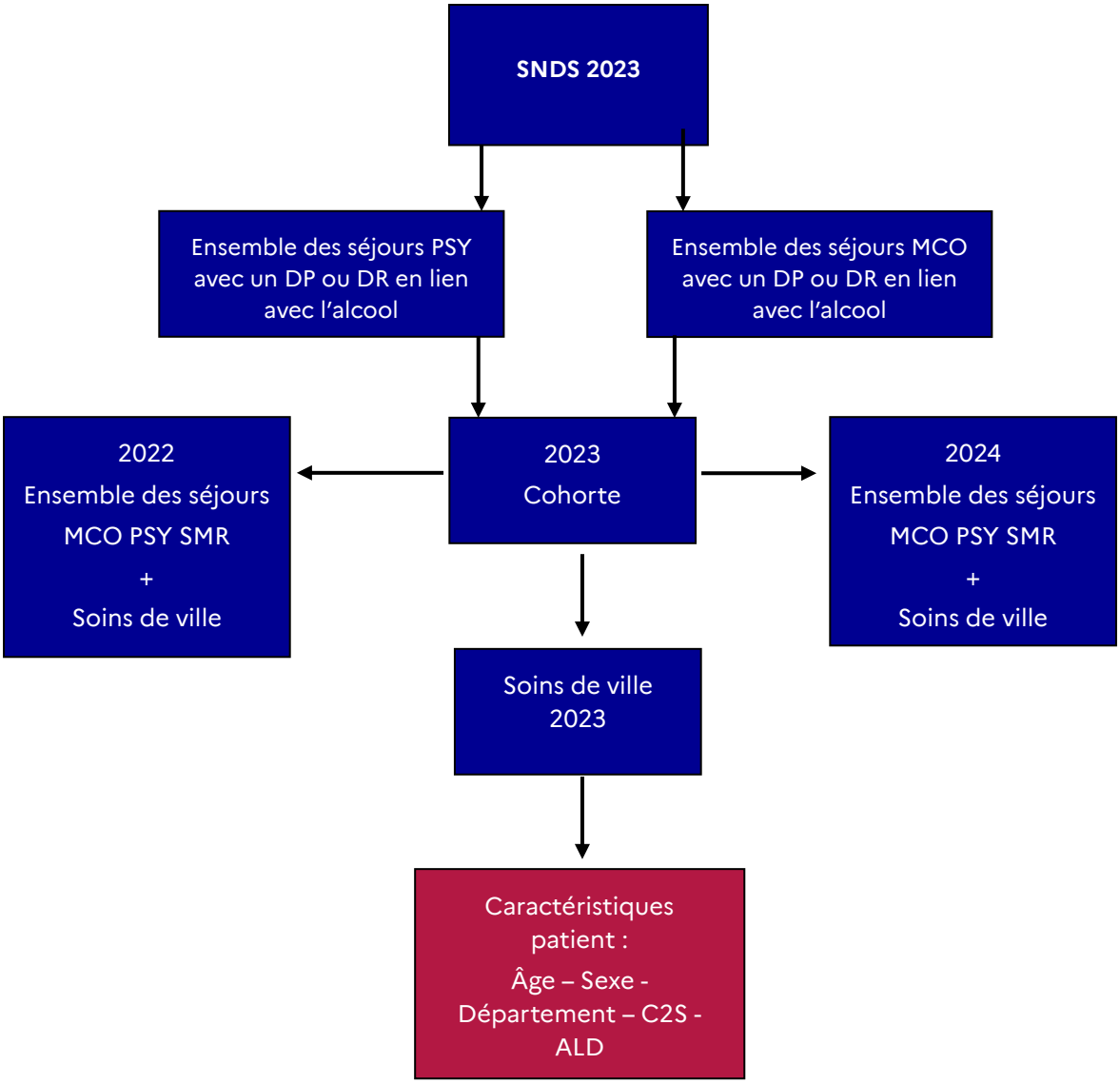
[305] Hospitalisation complète et de jour quel que soit le motif

[306] *Source SpF, Poids des troubles dus à l'usage d'alcool sur le système hospitalier en France, 2012-2022*). Groupe A « Alcoolo-dépendance » : Groupe homogène de malades (GHM) 20Z04, ; Groupe B « Comorbidité alcool » : hospitalisations avec un trouble dû à l'usage d'alcool en diagnostic associé ; ●Groupe C « Intoxication aiguë » : GHM 20Z05

[307] Code SNDS 1109, 1110, 1111, 1112 pour les C, et 1113 et 1118 pour les consultations PSY

[308] *Codes CIP 3400932976157, 3400930153772, 3400930153765, 3400937517065, 3400927607905, 3400927607783, 3400936743199, 3400930163528, 3400930163597, 3400930186886, 3400930163665, 3400931112662, 3400930059531, 3400928099839, 3400928000057, 3400930138113, 3400930137888, 3400932530908, 3400931112433, 3400931113034, 3400932572601, 3400931112723, 3400931112891, 3400932531097, 3400932531158, 3400935814630, 3400931030836, 3400930374696, 3400927443480, 3400930008263, 3400938861976, 3400936757219, 3400930959466, 3400933147044,*

[6] Enfin, les caractéristiques du patient comme son âge[309], son sexe, son département de résidence, son affiliation à la complémentaire santé solidaire (C2S) sont également recueillies ainsi que les éventuelles affections longue durée (ALD).



3400930294109, 3400930959695, 3400935887559, 3400930302095, 3400930302118, 3400930302750, 3400930302774 qui appartiennent aux classes ATC : acamprosate, baclofenebaclocur, diazepam, disulfiram, naltrexone, oxazepam

[309] Age en 2023

1.2 Réalisation d'une table unique pour décrire les trajectoires des patients

[7] Sur la base de ces information une table finale est constituée. Elle recense 148 075 patients et 59 variables descriptives de leurs parcours ville-hôpital, dont le détail est donné dans le tableau 1.

Tableau 1 : Liste des variables

Nom de la variable	Descriptif
NB_SEJ	Nombre de séjours avec un DP ou DR dans la liste (note de bas de page, p.2) en MCO 2023
DUREE_SEJ	Durée d'hospitalisation en jours pour des séjours en lien avec l'alcool en MCO 2023
NB_SEJ_DP_ALCOOL	Nombre de séjours en lien avec l'alcool en MCO 2023 où le diagnostic (note de bas de page p.2) est en diagnostic principal
NB_SEJ_REL_ALCOOL	Nombre de séjours en lien avec l'alcool en MCO 2023 où le diagnostic (note de bas de page p.2) est en diagnostic relié
nb_sejour_psy_23_dp	Nombre de séjours en lien avec l'alcool en Psychiatrie 2023 où le diagnostic (note de bas de page p.2) est en diagnostic principal
nb_etb_dp	Nombre d'établissements fréquentés pour les séjours se reportant à la variable nb_sejour_psy_23_dp
nb_j_presence_psy23_dp	Nombre de jours de présence pour les séjours se reportant à la variable nb_sejour_psy_23_dp
nb_sejour_psy_23_dr	Nombre de séjours en lien avec l'alcool en Psychiatrie 2023 où le diagnostic (note de bas de page p.2) est en diagnostic relié
nb_etb_psy_dr	Nombre d'établissements fréquentés pour les séjours se reportant à la variable nb_sejour_psy_23_dr
origine_23	Nombre de jours de présence pour les séjours se reportant à la variable nb_sejour_psy_23_dr
nb_sej_24	Nombre de séjours avec un DP ou DR dans la liste (note de bas de page2, p2) en MCO 2024
duree_sej_24	Durée d'hospitalisation en jours pour des séjours en lien avec l'alcool en MCO 2024
nb_sej_dp_alcool_24	Nombre de séjours en lien avec l'alcool en MCO 2024 où le diagnostic (note de bas de page p.2) est en diagnostic principal
nb_sej_rel_alcool_24	Nombre de séjours en lien avec l'alcool en MCO 2024 où le diagnostic (note de bas de page p.2) est en diagnostic relié
nb_sej_22	Nombre de séjours avec un DP ou DR dans la liste (note de bas de page2, p2) en MCO 2022
duree_sej_22	Durée d'hospitalisation en jours pour des séjours en lien avec l'alcool en MCO 2022
nb_sej_dp_alcool_22	Nombre de séjours en lien avec l'alcool en MCO 2022 où le diagnostic (note de bas de page p.2) est en diagnostic principal

nb_sej_rel_alcool_22	Nombre de séjours en lien avec l'alcool en MCO 2022 où le diagnostic (note de bas de page p.2) est en diagnostic relié
nb_sejour_psy_24	Nombre de séjours en lien avec l'alcool en Psychiatrie en 2024
nb_j_presence_psy24	Nombre de jours de présence pour les séjours se reportant à la variable nb_sejour_psy_24
nb_sejour_psy_22	Nombre de séjours en lien avec l'alcool en Psychiatrie en 2022
nb_j_presence_psy22	Nombre de jours de présence pour les séjours se reportant à la variable nb_sejour_psy_22
nb_sej_smr_23	Nombre de séjours en SMR en 2023
nb_jours_smr_23	Nombre de jours passés en SMR en 2023
etiologie_23	Etiologie des séjours SMR en 2023
nb_sej_smr_22	Nombre de séjours en SMR en 2022
nb_jours_smr_22	Nombre de jours passés en SMR en 2022
etiologie_22	Etiologie des séjours SMR en 2022
nb_sej_smr_24	Nombre de séjours en SMR en 2024
nb_jours_smr_24	Nombre de jours passés en SMR en 2024
etiologie_24	Etiologie des séjours SMR en 2024
sexe	Sexe du patient
age_23	Age du patient en 2023
resid	Département de résidence
age_dc	Age au décès
anx_22	Nombre de boites de médicaments liés à l'anxiété délivrées pour le patient en 2022
anx_23	Nombre de boites de médicaments liés à l'anxiété délivrées pour le patient en 2023
anx_24	Nombre de boites de médicaments liés à l'anxiété délivrées pour le patient en 2024
sev_22	Nombre de boites de médicaments liés au sevrage délivrées pour le patient en 2022
sev_23	Nombre de boites de médicaments liés au sevrage délivrées pour le patient en 2023
sev_24	Nombre de boites de médicaments liés au sevrage délivrées pour le patient en 2024
nb_consult_tot_22	Nombre de consultations totales en 2022
nb_consult_tot_23	Nombre de consultations totales en 2023
nb_consult_tot_24	Nombre de consultations totales en 2024
qte_gen_22	Nombre de consultations de généraliste en 2022
qte_gen_23	Nombre de consultations de généraliste en 2023

qte_gen_24	Nombre de consultations de généraliste en 2024
qte_psy_22	Nombre de consultations de psychiatre totales en 2022
qte_psy_23	Nombre de consultations de psychiatre en 2023
qte_psy_24	Nombre de consultations de psychiatre en 2024
C2S	Remboursement au titre de la C2S
diab	Le patient souffre -t-il d'une ALD diabète
foie	ALD pour maladie chronique du foie
coro	ALD pour maladie coronarienne
psy	ALD pour affection psychiatrique
cancro	ALD pour cancer
autres	Autres ALD
nb_acute_23	Nombre de séjours avec un GHM pour alcoolisation aiguë (groupe C) en 2023
nb_dep_23	Nombre de séjours avec un GHM pour dépendance (groupe A) en 2023
nb_mixte_23	Nombre de séjours avec un GHM pour comorbidités (groupe B) en 2023

2 Les patients sélectionnés en 2023 ont des caractéristiques différentes selon les territoires et la filière d'hospitalisation

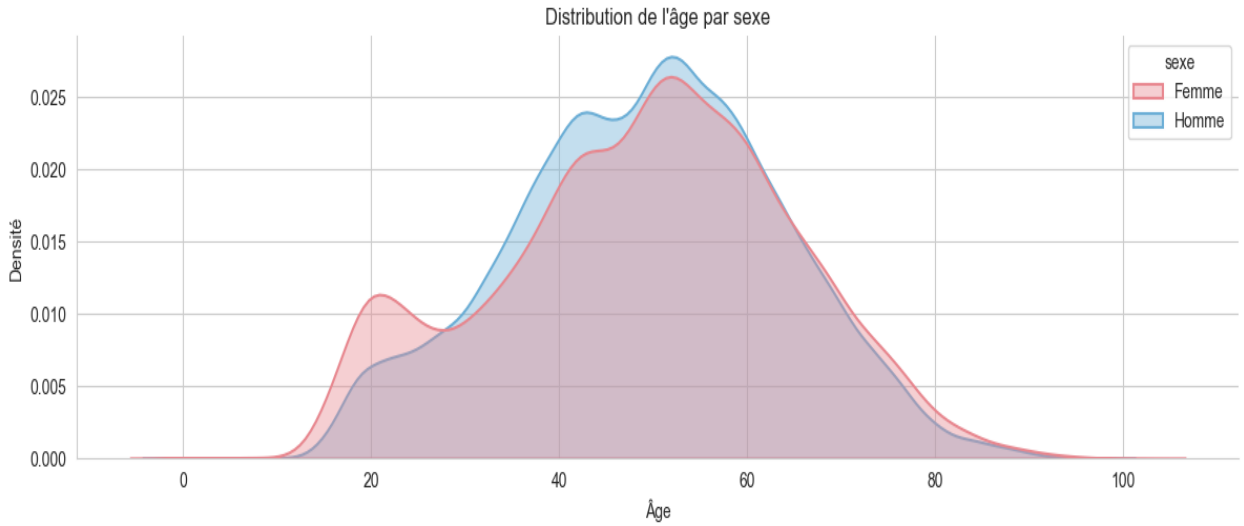
[8] La sélection des patients selon les critères précédemment décrits permet d'identifier 148 075 patients hospitalisés en MCO ou psychiatrie pour un diagnostic lié à l'alcool (diagnostic principal ou relié). Parmi eux 94 680 n'ont été hospitalisés qu'en MCO, 40 865 seulement en psychiatrie et 12 530 sont passés à la fois dans une structure de psychiatrie et MCO.

2.1 Une population principalement masculine, souvent en affection longue de durée

2.1.1 Les hommes sont environ trois fois plus nombreux que les femmes mais d'âge équivalent

[9] Les hommes représentent pratiquement les trois quarts (73 %) de l'ensemble de la cohorte.

Graphique 1 : Distribution de l'âge par sexe



Source : SNDS 2023, traitement pôle data de l'Igas

Tableau 2 : Statistiques descriptives sur l'âge de la cohorte en 2023

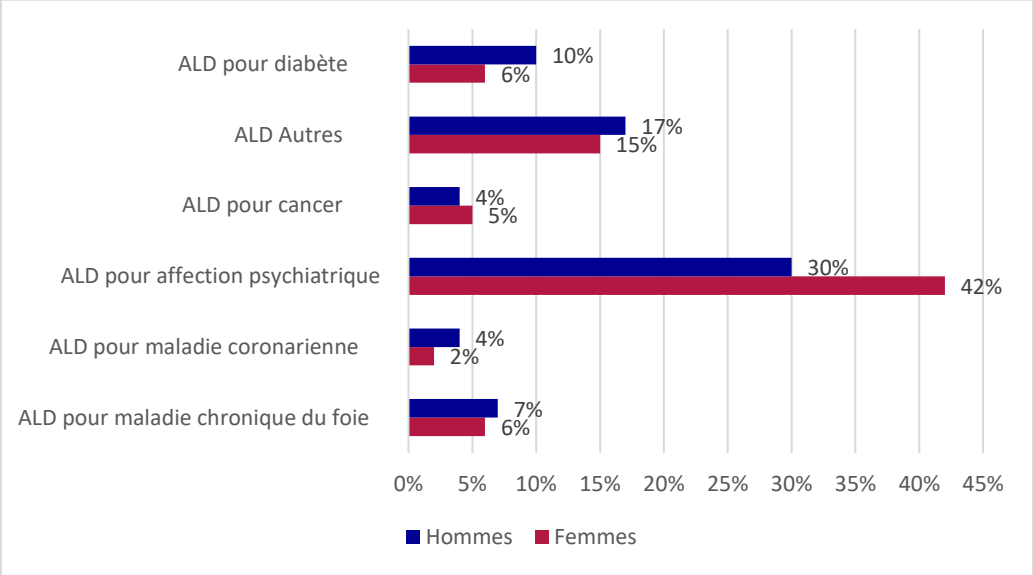
sexe	part_moins_25	age_moyen	age_median	Q1	Q3
Homme	5.5%	49.30	50	39	59
Femme	9.8%	48.84	50	38	60

[10] Les distributions de l'âge ne diffèrent pas significativement entre les hommes et les femmes. Toutefois, on observe une surreprésentation des femmes avant 25 ans, qui représentent 10 % de la cohorte féminine quand les garçons de moins de 25 ans ne représentent que 5.5 % de la cohorte masculine.

2.1.2 Les affections longues durée très présentes et principalement centrées sur la psychiatrie

[11] Une grande partie des individus de la cohorte est en **ALD, 60 % des femmes et 55 % des hommes**. La répartition des différentes affections par sexe est donnée dans le graphique ci-dessous. Les affections psychiatriques sont majoritaires chez les deux sexes, mais nettement plus présentes chez les femmes dont elles touchent 42 % d'entre elles.

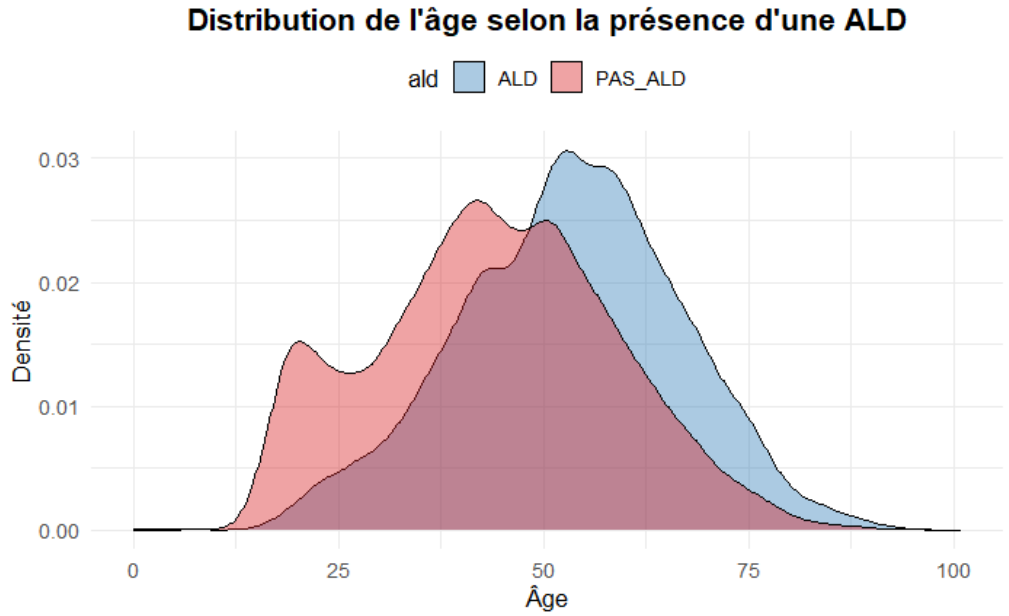
Graphique 2 : Répartition des principales ALD par sexe



Source : SNDS 2023, traitement pôle data de l'Igas.

[12] Les personnes les plus jeunes de la cohorte sont moins en ALD que les plus âgées comme le souligne le graphique ci-dessous.

Graphique 3 : Distribution de l'âge selon la présence d'une ALD

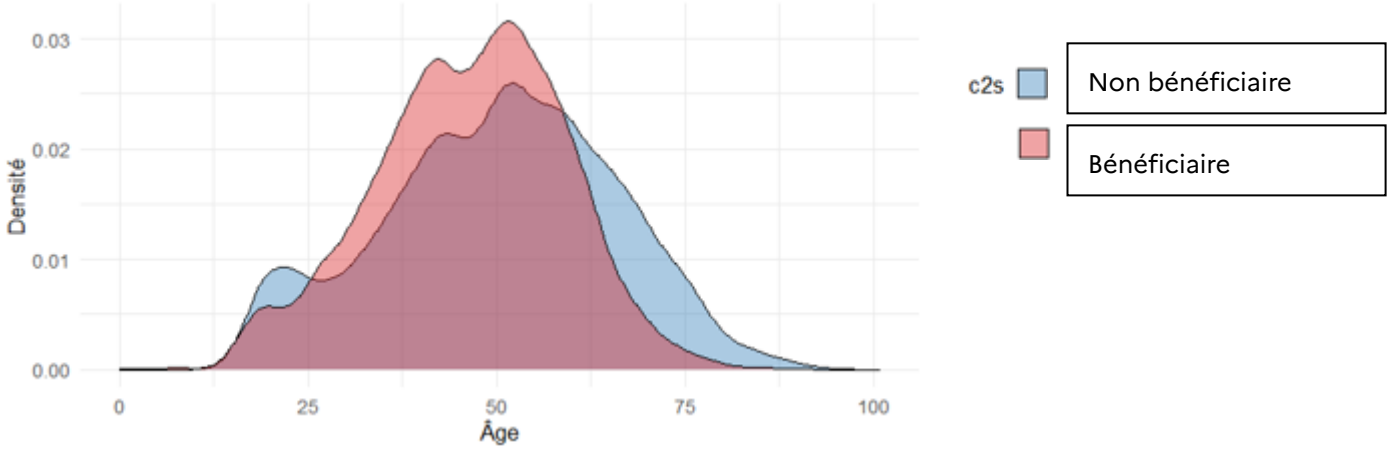


Source : SNDS 2023, traitement pôle data de l'Igas.

2.1.3 Les personnes plus jeunes sont plus à la C2S

[13] **29 % des individus de la cohorte bénéficient de la C2S**, cette part est parfaitement équivalente entre les hommes et les femmes. En revanche on observe que les personnes bénéficiant de la C2S sont en moyenne plus jeunes que celles qui n'en bénéficient pas (âge médian 47 ans vs 51 ans). Ci-dessous la répartition selon l'âge et le sexe des bénéficiaires.

Graphique 4 : Répartition selon l'âge et le sexe des bénéficiaires



Source : SNDS 2023, traitement pôle data de l'Igas.

2.1.4 Après plus de deux ans, 12 % de la cohorte est décédée

[14] Les requêtes sur le SNDS ont été réalisées en mars 2026, il a été possible de recueillir des informations sur le statut vital des personnes de la cohorte au moment de la requête soit entre deux et trois ans après la sélection.

[15] Ainsi, plus de deux ans après la constitution de la cohorte 2023, 12 % des individus sont décédés. Les hommes sont surreprésentés parmi les personnes décédées (78 % alors qu'ils représentent 73 % de la cohorte). Ainsi 13,6 % des hommes de la cohorte sont décédés depuis, contre 9,1 % des femmes. L'âge moyen au décès est de 60 ans (61 ans en médiane) et il est égal entre les sexes.

2.2 Des profils de patients différents selon le type d'hospitalisation

2.2.1 L'hospitalisation de jour en addictologie encore très marginale

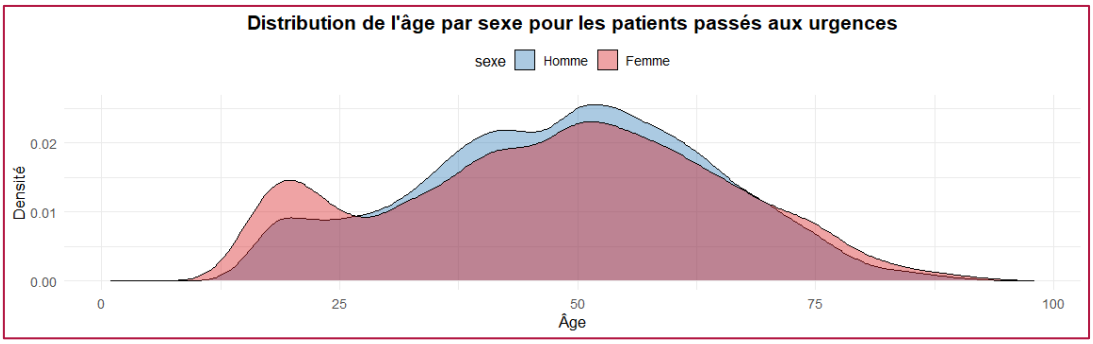
[16] L'hospitalisation de jour semble encore très marginale. Seulement 8,73 % des patients hospitalisés en MCO l'ont été en hospitalisation de jour. **Les femmes sont surreprésentées par rapport à l'ensemble de la cohorte MCO (31 %).** On observe que l'âge moyen pour ces patients est légèrement plus élevé que la moyenne des patients MCO (51 ans en moyenne chez les femmes et 50 ans chez les hommes).

2.2.2 Les personnes qui ne sont passées qu'en MCO sont plus âgées et décèdent plus que le reste de la cohorte

[17] **Les patients qui ne sont passés que par une structure MCO sont les plus nombreux.** Ils représentent plus de 63 % de la cohorte. Ils ont 50 ans en moyenne (51 en médiane) et les femmes représentent 26,5 % des individus. Un sur deux est en ALD, et 28 % est à la C2S. En 2026, soit plus de deux ans après le ciblage 15 % d'entre eux sont décédés.

[18] En 2023, **55 % des patients hospitalisés en MCO sont entrés au moins une fois par les urgences**. Ces patients sont en moyenne un peu plus jeunes (48,3 ans en moyenne, 47,6 ans chez les femmes) mais leur répartition par sexe est identique à celle de l'ensemble de la cohorte MCO.

Graphique 5 : Répartition par âge et par sexe des patients hospitalisés uniquement en MCO et passés au moins une fois par les urgences



Source : SNDS 2023, traitement pôle data de l'IGAS

2.2.3 Les patients sélectionnés par la psychiatrie sont plus souvent des femmes et sont plus jeunes

[19] Les patients sélectionnés uniquement par la psychiatrie constituent 27,6 % de la cohorte. Les femmes représentent 36 % des patients qui ne sont passés que par la psychiatrie. Ces patients font en moyenne 1,4 séjours en psychiatrie en 2023. Parmi eux, les **deux tiers sont en affection longue durée** et 28 % à la C2S. Ils sont en moyenne **plus jeunes** (moyenne 47 ans, médiane 49 ans), 6,3 % ont moins de 25 ans (dont 50 % de femmes).

[20] Relativement à l'ensemble de la cohorte, une faible partie de ces patients est décédée avant mars 2026 (6,6 %), et l'âge moyen des personnes décédées est de 55 ans. Pour 47 % de ces patients, la consommation excessive d'alcool était liée à un diagnostic relié et pas un diagnostic principal. Les patients ont également consulté en ville un généraliste plus que l'ensemble de la cohorte (88 %) et plus de la moitié d'entre eux ont consulté un psychiatre (56 %). Les deux tiers de ces patients (67 %) ont pris en 2023 un traitement par anxiolytiques[310] et un tiers a pris un traitement lié à l'alcoolo-dépendance.

2.2.4 Les patients sélectionnés par les deux filières sont plus en ALD et à la C2S

[21] Les patients qui ont réalisé un séjour lié à l'alcool **en MCO et en psychiatrie représentent 8,5 % de la cohorte**. Plus des deux tiers (68 %) sont en ALD et un tiers (32 %) à la C2S. C'est le groupe le plus jeune avec un âge médian et moyen de 47 ans. Les femmes représentent 30 % de ces patients.

[22] La grande majorité de ces patients (85 %) a pris un traitement par anxiolytiques et la moitié a pris un traitement lié à l'alcoolo-dépendance (50 %).

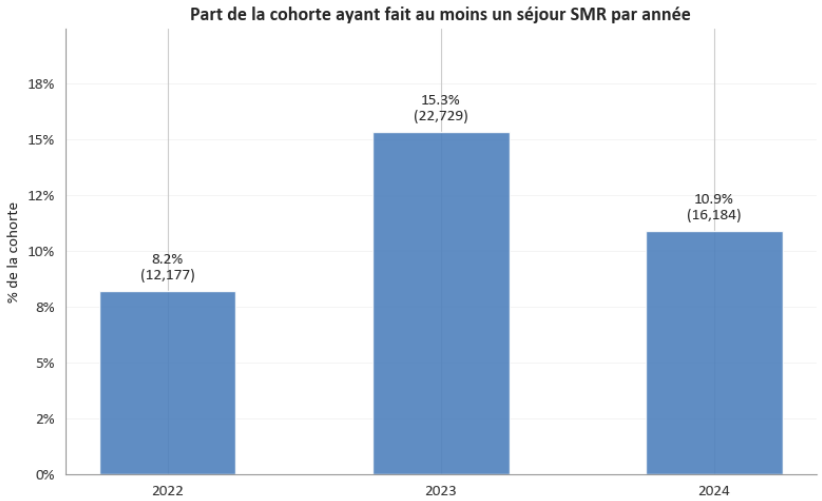
2.2.5 Un quart des patients sont passés par un SMR

[23] **Un quart des patients de la cohorte est passé par une structure SMR sur la période étudiée.**

[24] C'est majoritairement en 2023 que les patients de la cohorte ont réalisé un séjour SMR (15 %), ce qui est logique puisque les patients sont sélectionnés par un séjour MCO ou psychiatrie en 2023. Dans la cohorte, 8 % en avaient déjà fait un en 2022 et 11 % en feront un en 2024.

[310] Par simplification d'écriture, la mention « traitement par anxiolytiques » sera utilisée dans cette annexe pour mentionner la délivrance d'anxiolytiques ayant dans leurs indications le traitement du syndrome de sevrage alcoolique

Graphique 6 : Répartition de la part de patients ayant réalisé un séjour en SMR



Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas

[25] **Parmi les patients ayant réalisé un séjour en SMR en 2023, la moitié a réalisé un séjour SMR une autre année soit en 2022 (25 %) soit en 2024 (32 %).**

[26] Parmi les patients qui vont en SMR, la proportion par sexe est comparable à celle de l'ensemble de la cohorte (73 % d'hommes) mais les femmes y vont un peu plus tard. Les hommes ont un âge médian de 51 ans et les femmes de 53 ans.

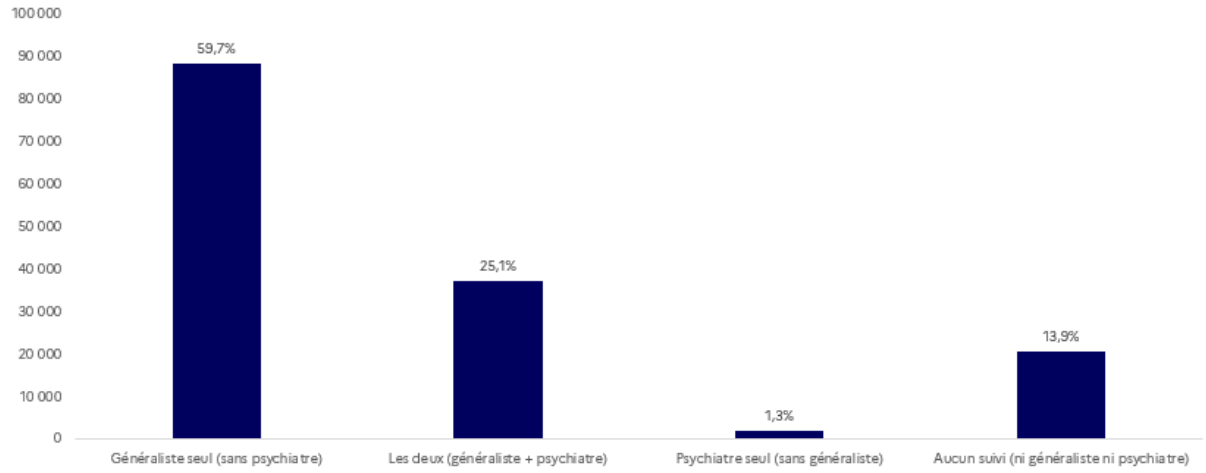
[27] **Les personnes qui sont passées en SMR ont eu en 2023 plusieurs longs séjours en MCO** (durée de 11,3 jours chez les femmes, 12,6 jours chez les hommes). Si les femmes restent moins longtemps en moyenne, elles reviennent un peu plus souvent (3,5 séjours en 2023 contre 2,8 chez les hommes). Deux tiers des hommes (67 %) et trois quarts des femmes sont en ALD (75 %). Ils prennent souvent des médicaments liés à l'alcoolo-dépendance (42 % en 2023) et aussi des anxiolytiques (70 % en 2023). Après plus de deux ans, 15 % des hommes qui sont passés par une structure SMR sont décédés à 60 ans en moyenne et 11 % des femmes à 62 ans en moyenne.

[28] 6 % des personnes qui ont fait un séjour en SMR en ont fait un les trois années. Ils sont en moyenne plus jeunes (51 ans chez les hommes et 53 ans chez les femmes) plus en ALD (77 % des hommes et 81 % des femmes), ils décèdent à plus de deux ans dans des proportions équivalentes (11 % chez les deux sexes), mais plus jeunes (56 ans chez les hommes et 60 ans chez les femmes). Ils prennent les traitements liés à l'alcoolo-dépendance et les anxiolytiques dans les mêmes proportions que les autres patients SMR.

2.2.6 Un suivi en ville important, surtout pendant l'année de l'hospitalisation

[29] **Les patients de la cohorte sont pour la plupart également suivis en ville. 85 % d'entre eux ont consulté un médecin généraliste et 26 % un psychiatre de ville l'année de l'hospitalisation (2023)**, soit en moyenne 3 points de plus qu'en 2022. En revanche, l'année qui suit l'hospitalisation (2024), ils ne sont plus que 76 % à avoir consulté un généraliste. Plusieurs hypothèses peuvent être émises derrière cette baisse de fréquentation des généralistes. Soit les patients vont en effet moins consulter l'année qui suit l'hospitalisation, mais il est également possible qu'ils soient pris en charge par l'hôpital ou par une structure qui relève du champ médico-social et dont le suivi n'est pas capté par l'analyse.

Graphique 7 : Répartition des consultations en ville par filière en 2023

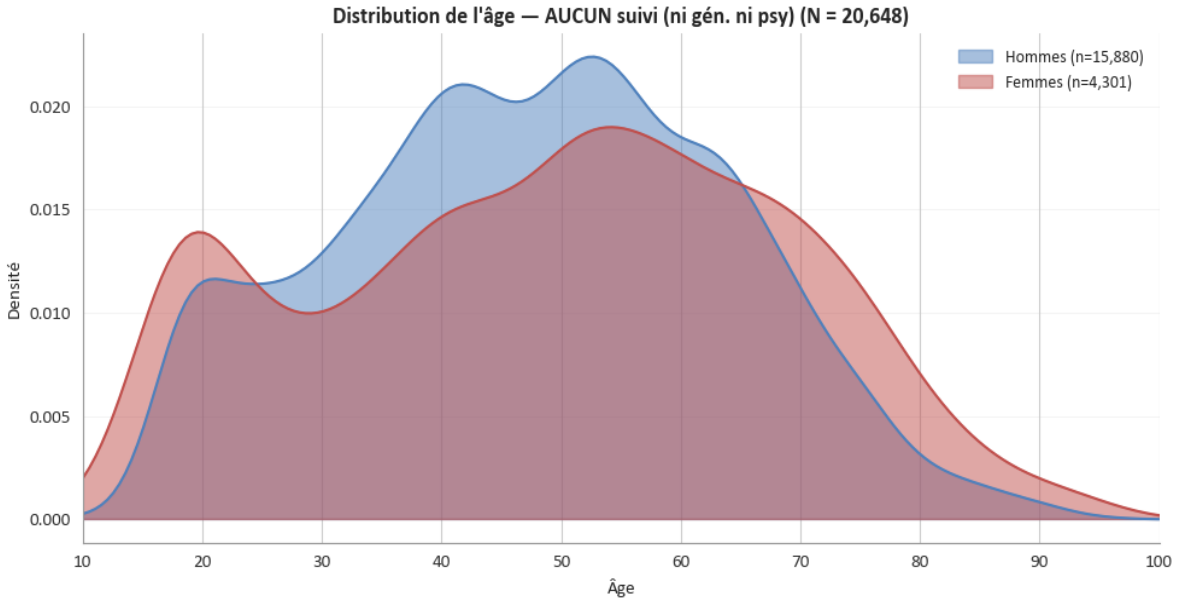


Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas

[30] Par ailleurs plus de la moitié des patients (54 %) prennent un traitement anxiolytique et 28 % suivent un traitement lié à l'alcoolo-dépendance.

[31] **Les patients qui n'ont pas consulté de généraliste ou de psychiatre en ville l'année de l'hospitalisation (2023) représentent 15 % de la cohorte**. Les hommes sont légèrement surreprésentés (78 %) et l'âge des patients est plus dispersé que pour la cohorte (Q1 : 35 ans, Q3 : 61 ans) et ils sont en moyenne plus jeunes (médiane 49 ans). Un quart est hospitalisé les trois années (resp. 38 % pour un an et 35 % deux années). Ils sont principalement hospitalisés en MCO (80 % en 2023) mais aussi en psychiatrie (24 %) et en SMR (10 %).

Graphique 8 : Distribution de l'âge parmi les patients qui n'ont pas consulté de généraliste ou de psychiatre en 2023



Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas

[32] On observe qu'ils suivent moins de traitement anxiolytique (28 %) ou pour traiter l'alcoolo-dépendance (10 %) que le reste de la cohorte.

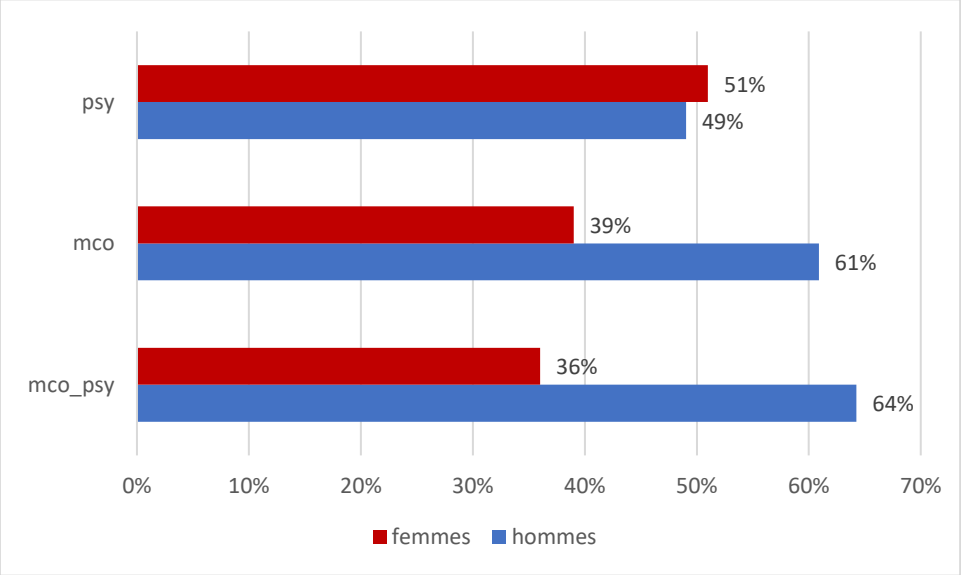
[33] La part des d'ALD est plus basse que pour l'ensemble de la cohorte (40 %), et 17,4 % d'entre eux sont décédés en 2026. Enfin, **la part des personnes à la C2S est plus élevée que pour l'ensemble de la cohorte (32 %).**

[34] Il ne s'agit donc pas seulement de patients en marge du système de soins, mais aussi de patients suivis dans d'autres structures médico-sociales ou autres.

2.2.7 La spécificité des jeunes femmes de moins de 25 ans : des séjours isolés ou très en lien avec la psychiatrie

[35] La surreprésentation des jeunes femmes de moins de 25 ans conduit à étudier spécifiquement cette population dans la cohorte.

Graphique 9 : Répartition des patients par sexe selon les filières fréquentées en 2023



Source : SNDS. Traitement pôle data de l'igas. En 2023, parmi les patients de moins de 25 ans, hospitalisés seulement en MCO 39 % étaient des femmes.

[36] Elles représentent plus de 10 % de la cohorte féminine. Elles sont majoritairement hospitalisées en MCO seulement (68 %), 28 % en psychiatrie seulement et 4 % dans les deux filières.

[37] **Parmi les patientes hospitalisées en MCO seulement, 93 % d'entre elles ne réalisent en 2023 qu'un seul séjour très court, de 0 ou un jour, pour une intoxication alcoolique aiguë (groupe C).** La moitié d'entre elles a moins de 20 ans, et moins de 0,5 % d'entre elles décèdent dans les deux ans. Elles sont peu en ALD, seulement une patiente sur dix, et parmi celles en ALD les trois quarts le sont pour raisons psychiatriques (77 %). Par ailleurs, 87 % des patientes réalisant un séjour en MCO en 2023 n'ont aucun séjour en psychiatrie sur les trois années étudiées. Les 13 % restant se partagent de façon équitable en un séjour en psychiatrie en 2022 (5.3 %) 2024 (4.6 %), 3 % en 2022 et 2024. Les patientes uniquement en MCO consomment moins d'anxiolytiques que celles qui sont passées par la psychiatrie.

[38] **Les patientes présentes en MCO qui sont également passées en psychiatrie** (4 % de ces patientes) sont plus âgées (22 ans en médiane), la moitié d'entre elles (52 %) est en ALD, dont 96 % pour raisons psychiatriques**,** et 6,7 % d'entre elles sont décédées dans les deux ans à 22 ans en moyenne. Elles réalisent en moyenne 2,9 séjours MCO en 2023 pour une durée moyenne de 3,3 jours. Leurs hospitalisations en MCO sont principalement réalisées pour un motif aigu (76 %), mais contrairement aux patientes qui ne sont pas passées par la psychiatrie la **part des patientes ayant réalisé un séjour**

MCO pour dépendance (groupe A) est élevée (29 % vs 5 %). 1,2 % d'entre elles réalise en 2023 un séjour en SMR (contre 0,8 % pour les patientes en psychiatrie et 0,3 % pour les patientes hospitalisées en MCO). **On ne détecte pas de trajectoire privilégiée en psychiatrie**.

[39] **Parmi les patientes qui n'ont séjourné qu'en psychiatrie en 2023**, aucune n'avait séjourné en psychiatrie en 2022. L'âge médian est 22 ans, un quart (26 %) de celles ayant séjourné seulement en 2023 est en ALD contre la moitié (51 %) chez celles qui sont présentes les deux années. Il s'agit dans les deux cas d'une ALD liée à des problèmes psychiatriques (95 %). L'alcool est plus souvent un motif de diagnostic relié que principal. Seulement 15 % d'entre elles prenaient des anxiolytiques en 2022. Celles présentes les deux années suivent plus le traitement (54 % en 2023 et 55 % en 2024) que celles présentes en 2023 seulement (43 % en 2023 et 25 % en 2024).

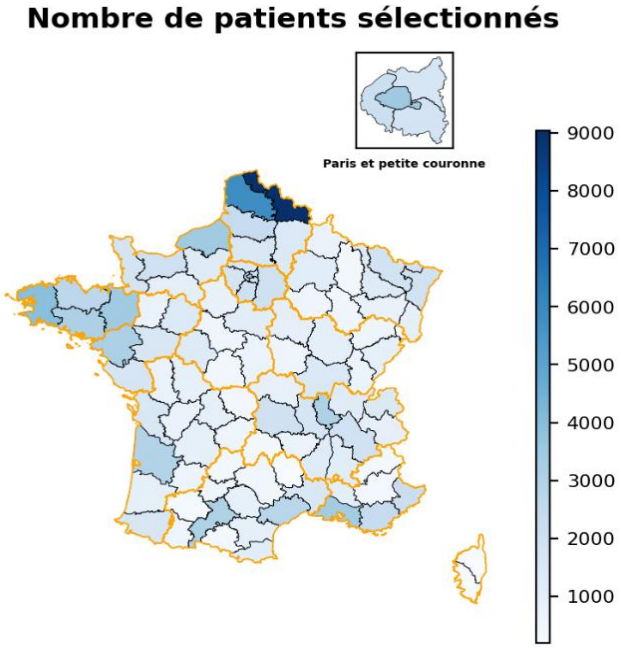
[40] A titre comparatif, on retrouve chez les jeunes hommes des comportements similaires, dans des proportions différentes et un peu plus tard. En effet, pour l'ensemble des catégories l'âge médian des garçons est supérieur d'un an, sauf pour les patients présents en psychiatrie uniquement.

[41] Les durées de séjours en MCO sont plus longues chez les garçons passés en MCO et en psychiatrie (4,1 jours) et les séjours pour dépendance (groupe A) sont un peu plus fréquents chez les garçons (33 % contre 29 % chez les filles). Il est intéressant de noter également que chez ces jeunes hommes ciblés par un séjour en MCO et en psychiatrie 5,8 % réalisent également un séjour SMR en 2023, quand elles ne sont que 1,2 % chez les femmes de la même catégorie.

2.3 A l'échelle du territoire, des disparités régionales significatives à la fois dans la prévalence de prise en charge de l'addiction et aussi dans les filières fréquentées

[42] Ces patients ne sont pas répartis de façon homogène sur le territoire. Certains départements du Nord de la France et de la Bretagne sont largement sur représentés comme l'indique la carte 1.

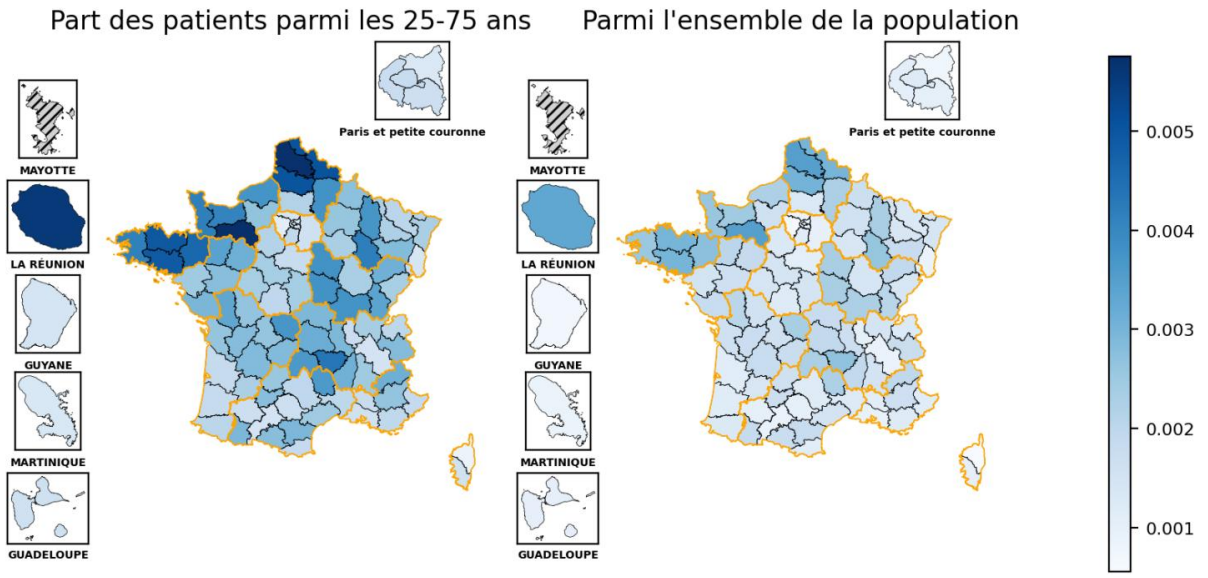
Carte 1 : Nombre de patients ciblés par département



Source : SNDS 2023, traitement pôle data

[43] Si l'on ramène ces effectifs à la population des 25-75 ans ou à la population générale, ces disparités sont encore plus marquées.

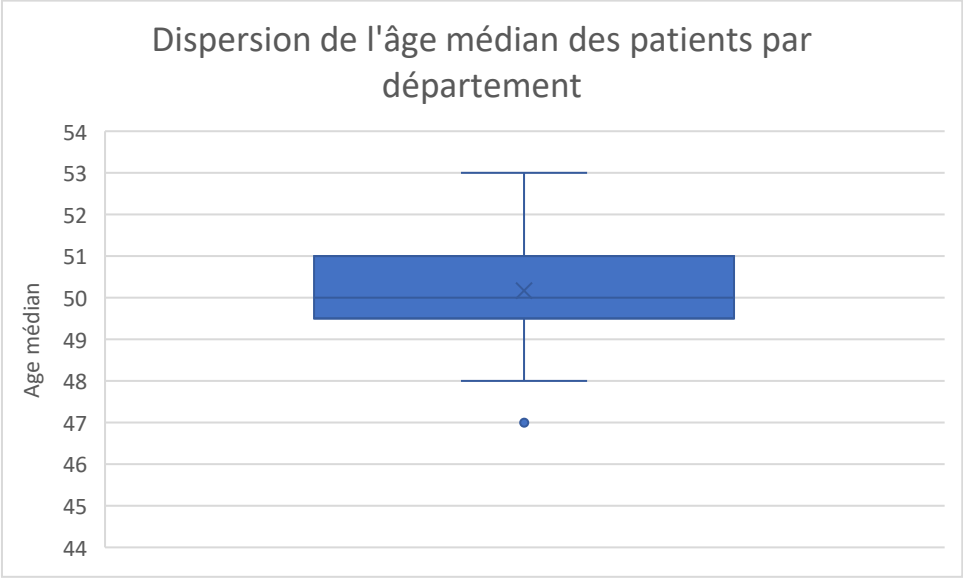
Carte 2 : Représentation départementale de la part des patients ciblés



Source : SNDS 2023, traitement pôle data
Note de lecture : En 2023 dans le département du Nord, plus de 0.4 % de la population du département est ciblée par la requête.

[44] Ces patients ont un âge moyen de 49 ans et 29.5 % d'entre eux sont des femmes. **L'âge médian n'est pas très dispersé entre départements** comme le montre la « boite à moustache » ci-dessous :

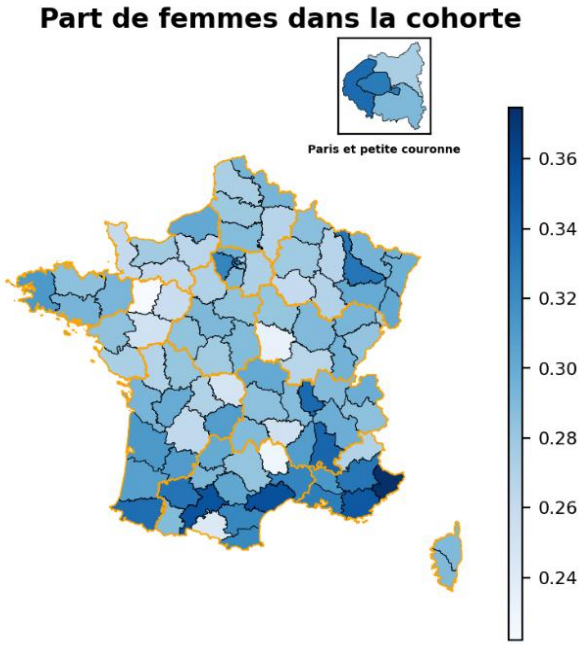
Graphique 10 : Dispersion de l'âge médian



Source : Données SNDS, âge médian en 2023 par département des patients sélectionnés.
Note de lecture : 25 % des département ont un âge médian inférieur ou égal à 48 ans. Pour la moitié des départements l'âge médian se situe en 49.5 ans et 51 ans Un département a un âge médian de 47 ans qui est considéré comme une valeur extrême au regard des autres départements.

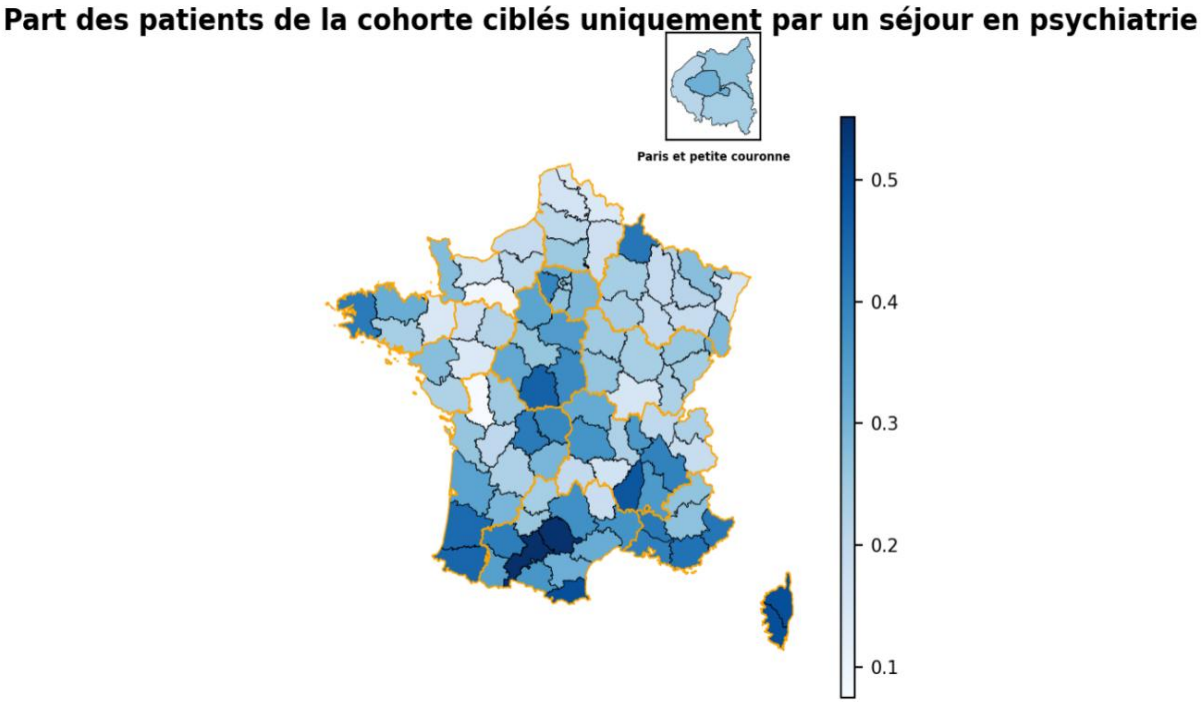
[45] Derrière ces disparités de prévalence, on observe également de **fortes disparités territoriales dans les filières d'hospitalisation ainsi que sur la prévalence par sexe**. Les femmes sont plus présentes dans les départements du Sud de la France, ainsi que la part des patients ciblés précisément par la psychiatrie.

Carte 3 : Répartition départementale de la part des femmes dans la cohorte



Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas.
Note de lecture : Dans les Alpes-Maritimes 36 % des patients de la cohorte sont des femmes

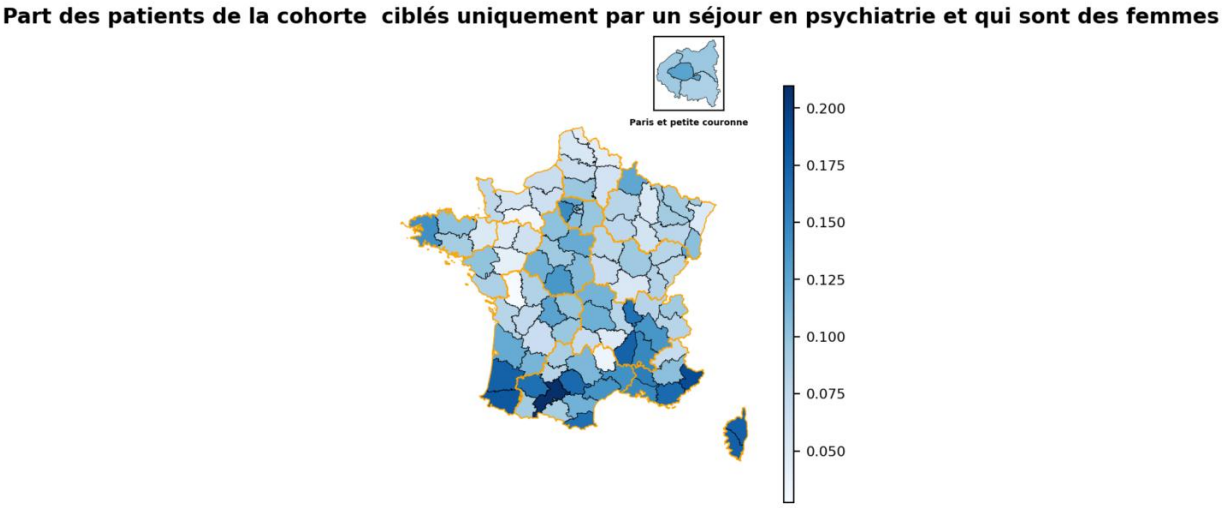
Carte 4 : Répartition par département de la part des patients hospitalisés uniquement en psychiatrie en 2023



Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas.
Note de lecture : En Haute-Garonne, plus de 50 % des patients de la cohorte sont hospitalisés uniquement en psychiatrie

[46] Ainsi naturellement, on s'interroge sur la répartition nationale de la prévalence dans la cohorte des femmes ciblées uniquement par la psychiatrie.

Carte 5 : Répartition par département de la part des patientes hospitalisées uniquement en psychiatrie en 2023



[47] On observe une très nette séparation entre l'extrême sud de la France et le reste du pays. La part des femmes dans la cohorte atteint en Haute-Garonne et dans les Alpes-Maritimes pratiquement 20 %.

3 La dynamique des hospitalisations est très variable selon les filières fréquentées

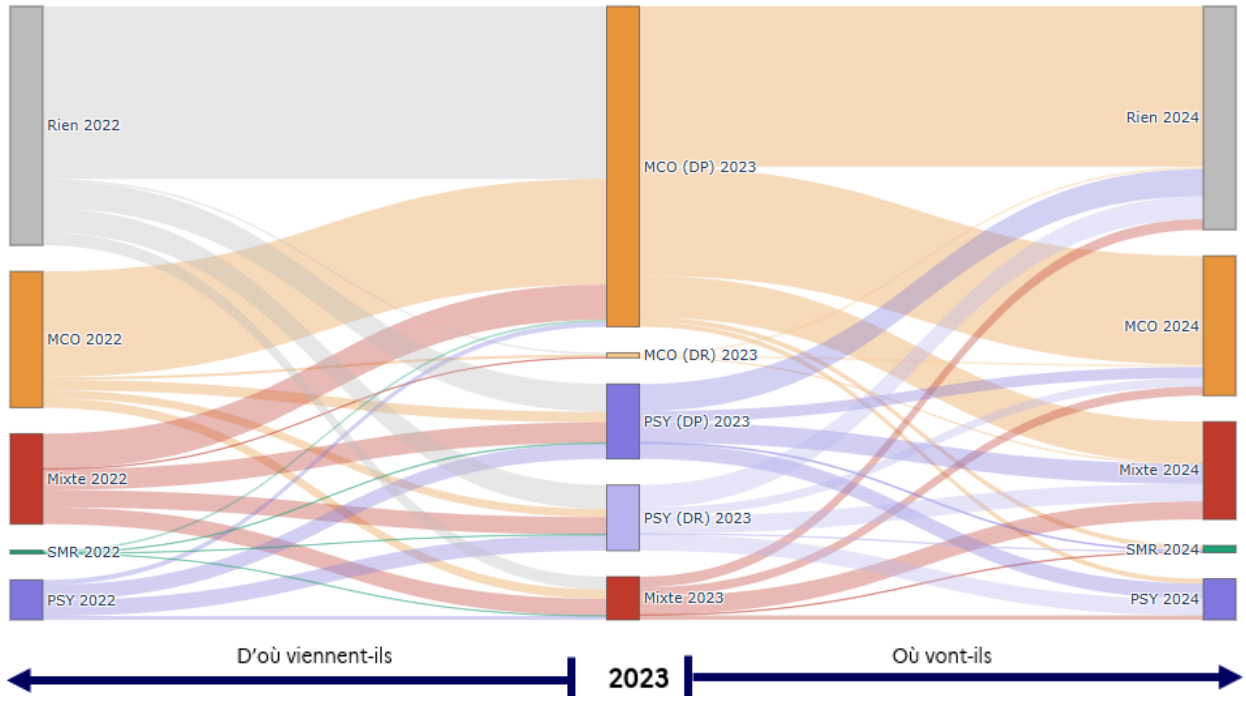
[48] On cherche à présent à déterminer si au sein de la cohorte ainsi construite se dégagent des caractéristiques de trajectoires particulières.

3.1 Une vision globale des trajectoires

[49] Sur 148 075 patients, 16 912 (soit environ 11 %) ne sont jamais passés en MCO et 83 296 (56 %) ne sont jamais passés par la psychiatrie sur les trois années. Il semble donc qu'il y ait pour une part des patients une étanchéité entre les filières d'hospitalisations, tandis que d'autres naviguent de l'une vers l'autre.

[50] Le graphique ci-dessous illustre les flux entre chaque type d'hospitalisation entre 2022 et 2024.

Graphique 11 : Diagramme de Sankey sur les flux de patients entre 2022 et 2024 par type d'hospitalisation



Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas.

[51] La sélection des patients (année 2023 au centre) fait la distinction entre les patients qui ont été sélectionnés par le diagnostic principal ou le diagnostic relié. Si les deux sont diagnostics sont en lien avec une consommation excessive d'alcool, on privilégie de diagnostic principal. Ainsi on observe que le diagnostic principal est largement majoritaire en MCO, alors qu'en psychiatrie les patients sont sélectionnés à égalité par l'un ou l'autre. Le terme « mixte » se réfère aux individus qui ont été sélectionnés à la fois par la filière MCO et psychiatrie.

[52] Ce diagramme illustre la multiplicité des parcours et témoigne de leur complexité. Il montre que les patients 2023 sélectionnés peuvent avoir fréquenté l'année précédente l'ensemble des filières (MCO, psychiatrie, SMR) ou réalisé aucun séjour dans ces filières[311]. Les patients MCO sélectionnés par un diagnostic relié n'ont pas séjourné uniquement en psychiatrie ou en SMR en 2022 ; s'ils sont passés par une structure de psychiatrie ou SMR, ils sont également passés par une structure MCO. De la même façon, en 2024, ces patients sont soit hospitalisés dans les deux filières, soit pas du tout soit juste en MCO, aucun n'ira juste en SMR ou juste en psychiatrie.

3.2 Une analyse par clustering permet de montrer que la filière d'hospitalisation et la récurrence des séjours est déterminante dans les trajectoires

[53] Au vu de la complexité et de la multiplicité des trajectoires que fait apparaitre le diagramme de Sankey, il est apparu pertinent de réaliser une classification des patients selon leurs trajectoires de soins pour essayer de dégager des profils-types, et de déterminer les variables discriminantes.

[54] Pour cela, on met en œuvre une méthode de « clustering » qui consiste à regrouper les données en « clusters » ou groupes homogènes. L'objectif du clustering est que les patients au sein d'un groupe aient les trajectoires les plus homogènes possibles, et que les groupes entre eux soient les plus

[311] Pour chacune de ces catégories on observe une émanation vers 2022 ou 2024 dans les 5 catégories

hétérogènes possible. La méthode dite des *k-means*[312] a été choisie et implémentée sur l'ensemble de la cohorte.

[55] L'analyse a été construite à partir de 13 variables de trajectoire de soins issues de la table initiale ou reconstruites à partir de celle-ci. Le clustering est réalisé sur : le nombre de séjours par secteur et par année, la durée des séjours, la classification des séjours MCO 2023 par GHM, et l'évolution d'une année à l'autre du nombre de séjours par secteur.

[56] Les variables démographiques comme l'âge, le sexe ou les ALD n'ont pas été utilisées comme variables discriminantes mais comme variables supplémentaires afin de mieux comprendre la structure des clusters *a posteriori*.

[57] L'analyse permet mettre en évidence **4 clusters, c'est-à-dire 4 profils de trajectoire**, qui regroupent de 16 % à 36 % des individus.

3.2.1 Cluster 0 – Un cluster moyen qui montre qu'un quart des patients passe principalement par le MCO

[58] Ce **cluster composé de 28,7 % des patients de la cohorte** est **le plus proche des moyennes globales sur la plupart des indicateurs.**

[59] La **trajectoire est plutôt courte** : 32 % des patients ne sont présents qu'en 2023 (24 % en moyenne pour la cohorte) et 16 % sont présents les trois années (20 % en moyenne). Ils sont moins hospitalisés que la moyenne (1,3 séjour MCO par an contre 1,6) et la durée des séjours est en moyenne plus courte (4,7 jours en 2023 contre 5,5 en moyenne pour l'ensemble).

[60] La répartition des GHM pour les séjours MCO montre une surreprésentation des séjours aigus (49 % groupe C) et moins de séjours liés à la dépendance (51 % groupe A), alors que pour la cohorte 33 % sont dans le groupe C et 67 % groupe A.

[61] L'âge moyen (48 ans), la part de femmes (29 %) et le taux d'ALD (54 %) sont proches de la moyenne de la cohorte. La mortalité est légèrement inférieure (11,5 %). Les médicaments liés à l'alcoolo-dépendance sont prescrits à 25 % des patients (28 % en moyenne pour la cohorte). Par ailleurs, ils sont un peu plus nombreux à ne pas avoir consulté de généraliste ou de psychiatre en 2023 (16 %).

3.2.2 Cluster 1 – Des patients qui vont principalement en MCO pour des raisons aiguës et plus éloignés de la prise en charge psychiatrique

[62] Ce cluster se distingue par la concentration la plus forte de séjours aigus : **58 % des séjours sont classés en aigu (groupe C) contre 33 % en moyenne pour la cohorte**. Le ratio d'alcool en diagnostic principal atteint 84 % (contre 71 % pour la cohorte). 42 % des patients n'apparaissent qu'en 2023, et la présence en MCO est la plus élevée de tous les clusters (85 % contre 72 % en moyenne pour la cohorte).

[63] **La part de femmes est de 26 %, la plus faible des quatre clusters.**

[312] A été utilisée la méthode K-Means sur les coordonnées d'une projection UMAP de la cohorte. Cette méthode consiste à partitionner en k groupes une population choisie, en minimisant au sein de chaque groupe les distances entre les individus (ici distance euclidienne dans l'espace UMAP). Pour rendre cette projection possible, les 13 variables de trajectoire ont d'abord été normalisées (RobustScaler), puis réduites par une analyse en composantes principales (ACP) conservant 95 % de la variance, avant d'être projetées en deux dimensions par l'algorithme UMAP. Le K-Means est ensuite appliqué directement sur ces coordonnées 2D. La valeur k = 4 a été retenue après évaluation sur plusieurs métriques (silhouette, Davies-Bouldin, Calinski-Harabasz) pour la plage k = 3 à 7. La même démarche a ensuite été appliquée sur le cluster C2, avec k =3, pour obtenir les sous-groupes décrits dans la section précédente.

[64] Seulement 17 % des patients réalisent un séjour en psychiatrie en 2023 (contre 36 % en moyenne) et 76 % des patients n'ont jamais eu de séjour en psychiatrie sur les trois années (contre 56 %). Les ALD psychiatriques sont nettement sous-représentées (22 % contre 33 %).

[65] La mortalité après deux ans est plus élevée que dans C0 (13,6 % contre 11,5 %), avec un âge médian au décès le plus élevé, 63 ans. L'ALD liée à une maladie chronique du foie est à 8 % est surreprésentée. 82 % a consulté un généraliste en 2023, et parmi eux seulement 11 % ont vu un psychiatre en 2023. Il s'agit de **patients plus âgés, avec des complications mais sans suivi psychiatrique en parallèle**.

3.2.3 Cluster 2 – Un tiers des patients sont plutôt des patients chroniques avec des trajectoires indéterminées qui nécessitent une analyse plus poussée

[66] Le cluster, qui rassemble 36 % de la cohorte, est trop large et hétérogène pour être traité comme tel. Une analyse de sous-clustering a été conduite pour en faire émerger des sous-profils. **Trois sous-groupes** se distinguent qui éclairent la diversité des profils chroniques.

3.2.3.1 Cluster C2.0 – 21 155 patients chroniques présents les trois années et davantage suivis en ville

[67] Il se caractérise par la prise en charge médicamenteuse la plus active de tous les sous-groupes : 72 % des patients prennent des anxiolytiques et 44 % des médicaments liés à l'alcoolo-dépendance, bien plus que la cohorte (54 % et 28 %).

[68] Ils réalisent 2,7 séjours par an avec une durée cumulée en 2023 de 9,7 jours. Ils sont **principalement hospitalisés en MCO pour des raisons de dépendance et 31 % des patients sont présents les trois années**. Ils **présentent également des troubles psychiatriques (44 % en ALD psy)** et les deux tiers sont en ALD. L'âge moyen est de 49 ans et la part de femmes de 28 %. La mortalité après plus de deux ans est de 11,9 %, proche de la moyenne de la cohorte.

3.2.3.2 Cluster 2.1 – 14 556 patients plus âgés avec une forte mortalité, des comorbidités et moins pris en charge en ville

[69] C'est le sous-groupe avec la mortalité après plus de deux ans la plus élevée des trois : **17,0 %,** soit plus de 5 points au-dessus de de la cohorte (12,2 %). L'âge moyen est le plus élevé (52 ans). On les retrouve sur plusieurs années : **24 % des patients sont présents les trois années** et 19 % en 2022 et en 2023.

[70] **L'ALD liée au foie atteint 10 %** (7 % dans la cohorte). Ils sont pour les deux tiers en ALD (66 %).

[71] Ils réalisent en moyenne 2 séjours MCO par an avec une durée cumulée de 6,7 jours en 2023. Le ratio d'alcool en diagnostic principal est de 63 %, ils sont donc hospitalisés pour des raisons annexes.

[72] Ils sont moins pris en charge en ville, 56 % prennent des anxiolytiques et 25 % seulement des médicaments liés à l'alcoolo-dépendance.

3.2.3.3 Cluster 2.2 – 17 603 patients : un cluster plus féminin avec des séjours MCO plus courts, et une prise peu en charge en ville plus limitée

[73] Ce sous-groupe présente le profil le plus proche de la moyenne du cluster 2 sur la plupart des indicateurs. La **part de femmes est légèrement au-dessus de la moyenne (30 %)** et l'âge moyen est de 51 ans. Ils réalisent 2,7 séjours MCO par an, avec une durée cumulée plus courte (5,9 jours en 2023 contre 9,7 pour C2-0). Ils **viennent essentiellement pour des séjours liés à la dépendance (groupe A).**

[74] **La présence PSY 2023 est de 30 %, la plus basse des trois sous-groupes** (48 % dans C2-0, 37 % dans C2-1). L'ALD globale est de 64 %, dont 8 % d'ALD foie et 37 % d'ALD psychiatrique.

[75] Un tiers des patients suit un traitement liés à l'alcoolo-dépendance et 61 % prennent des anxiolytiques 61 %. soit des valeurs intermédiaires entre C2-0 (44 % et 72 %) et C2-1 (25 % et 56 %). La mortalité à plus de deux ans est de 13,4 %, comparable à la moyenne du cluster 2.

[76] **31 % des patients sont présents les trois années en MCO**.

3.2.4 Cluster 3 – 23 332 patients : un cluster à part, très féminin, essentiellement tourné vers la psychiatrie

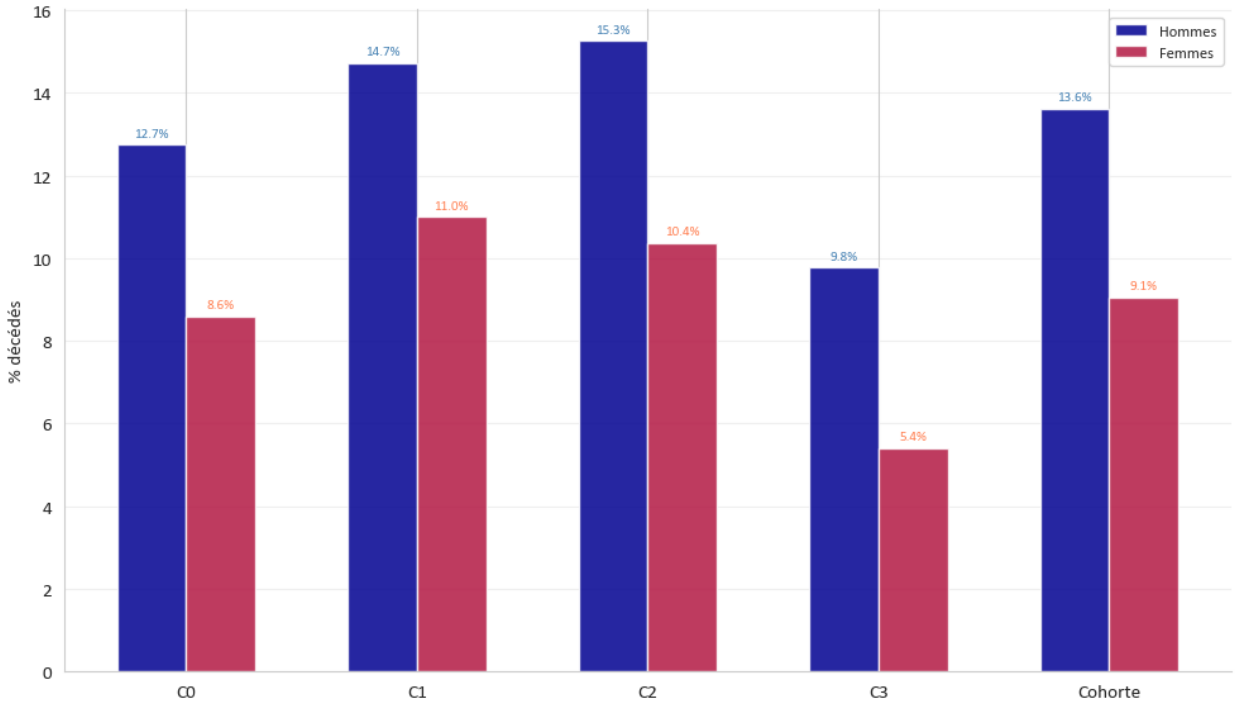
[77] Ce cluster se distingue clairement du reste de la cohorte par son parcours de soins. Les proportions y sont inversées : en 2023, **59 % des patients ont bénéficié d'une prise en charge en psychiatrie, versus 36 % en moyenne pour l'ensemble de la cohorte**, tandis que seulement **43 % ont été hospitalisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), versus 72 %.** Par ailleurs, 30 % des patients de ce groupe n'ont jamais été hospitalisés en MCO sur les trois années. 84 % d'entre eux ont consulté chez un généraliste en 2023 et 36 % chez un psychiatre. Cette proportion chute significativement en 2024 (80 % et 26 % respectivement).

[78] Sur le plan démographique, ce cluster présente également des spécificités notables : il compte **35 % de femmes**, soit un écart de huit points par rapport à la moyenne de la cohorte. Il s'agit par ailleurs du **groupe le plus jeune** (âge moyen de 47 ans, contre 49 ans pour l'ensemble) et de celui affichant le taux de mortalité à plus de deux ans le plus faible (8,2 %, contre 12,2 %), avec un âge médian au décès de 59 ans.

[79] Enfin, ce cluster se caractérise par une **prévalence moindre de comorbidités hépatiques** : les affections de longue durée (ALD) liées au foie ne concernent que 5 % des patients, contre 7 % en moyenne, et la durée moyenne des séjours en MCO en 2023 s'élève à seulement 1,3 jour (contre 5,5 jours en moyenne). En revanche, la **proportion d'ALD psychiatriques y est particulièrement élevée** (42 %, contre 33 %). **Le taux de séjours en MCO avec l'alcool en diagnostic principal y est également plus faible** (41 %, contre 71 % en moyenne), ce qui suggère que, lorsque ces patients sont hospitalisés en MCO, c'est généralement pour des comorbidités. A noter que la Haute-Garonne est largement représentée dans ce cluster (3e position) alors que ce département était au-delà de la dixième position dans les autres clusters.

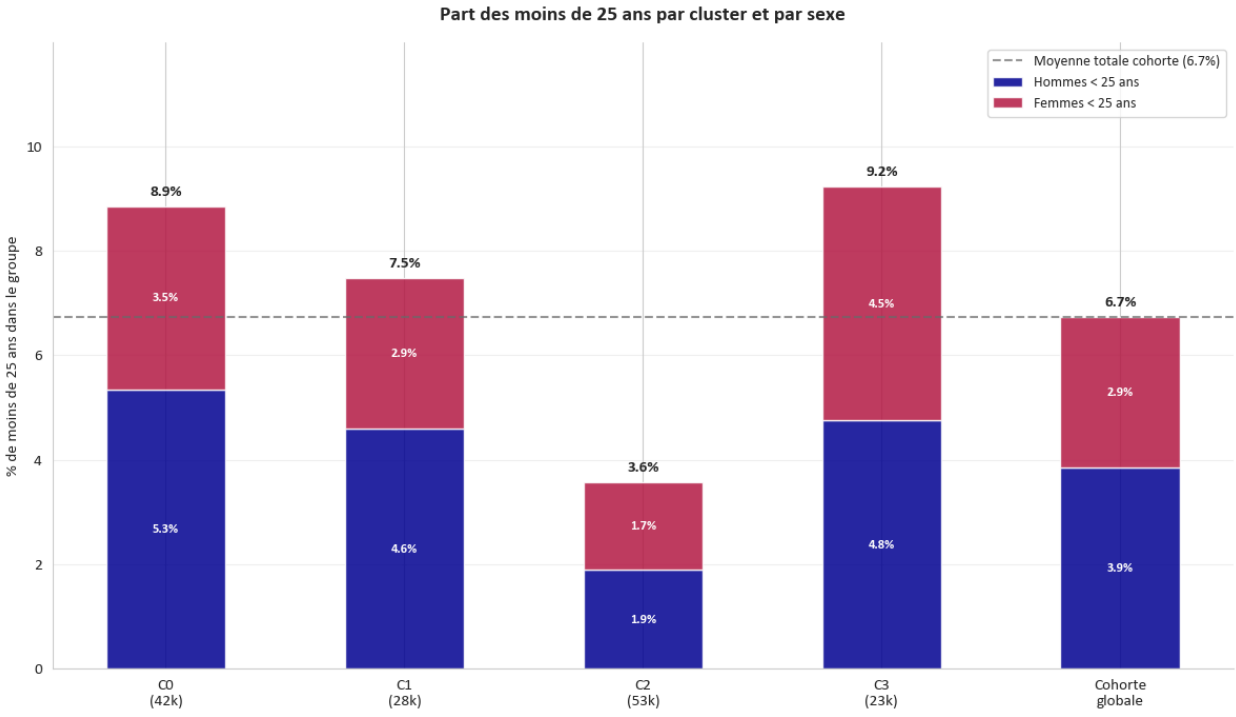
[80] Les graphiques ci-après représentent les variations selon les clusters de la part des décès à plus de deux ans, de la part des moins de 25 ans, ainsi que le nombre moyen de séjours en MCO par patient en 2023.

Graphique 12 : Part des décès après plus de deux ans par cluster et par sexe



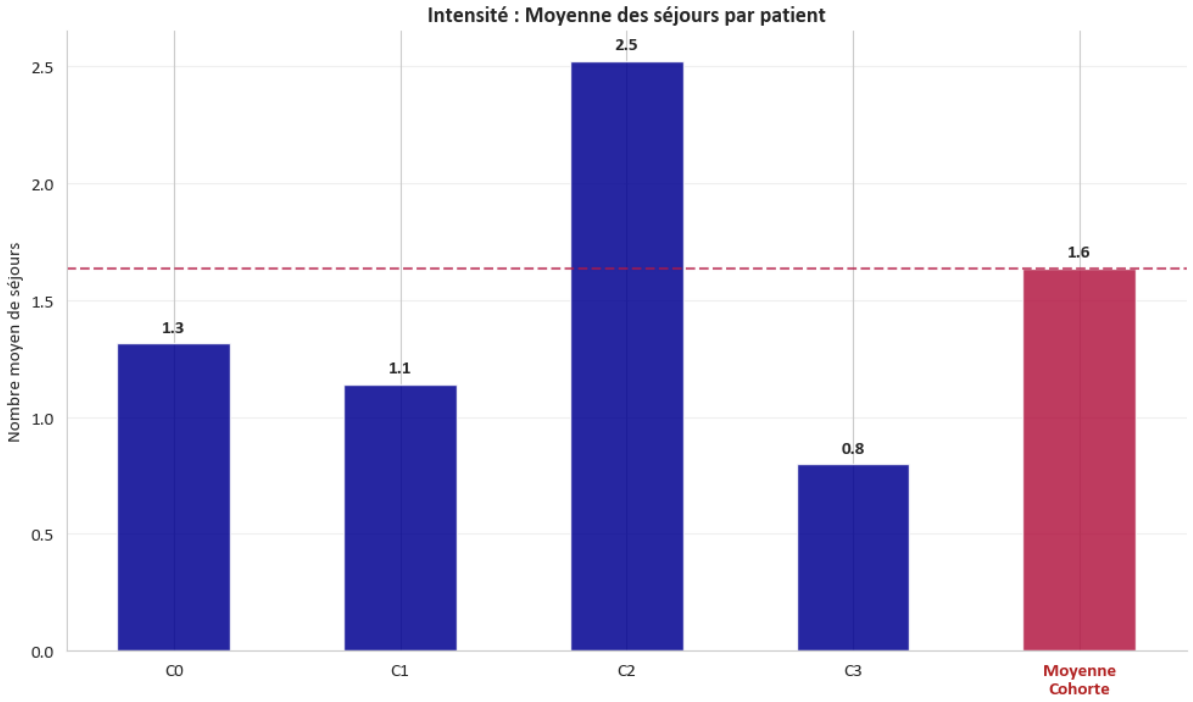
Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 13 : Part des moins de 25 ans par cluster et par genre



Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 14 : Moyenne des séjours en MCO en 2023 par patient et par cluster

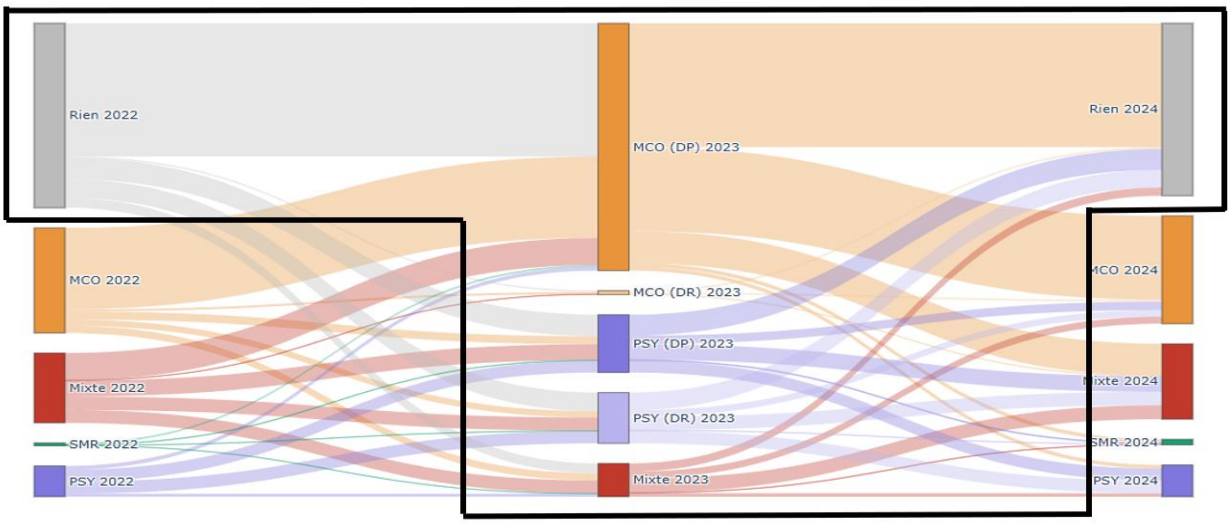


Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas

3.3 Focus sur des trajectoires spécifiques

[81] L'analyse par clustering a montré que différentes trajectoires « types » des patients reposent en premier lieu sur les filières fréquentées. Ainsi, afin d'avoir une vision plus précise des trajectoires, on propose d'adopter une approche systématique afin de décrire les trajectoires les plus spécifiques selon le mode de sélection dans la cohorte et aussi la fréquence des hospitalisations et des filières fréquentées. Un encadré dans le diagramme de Sankey permet de visualiser chaque trajectoire étudiée.

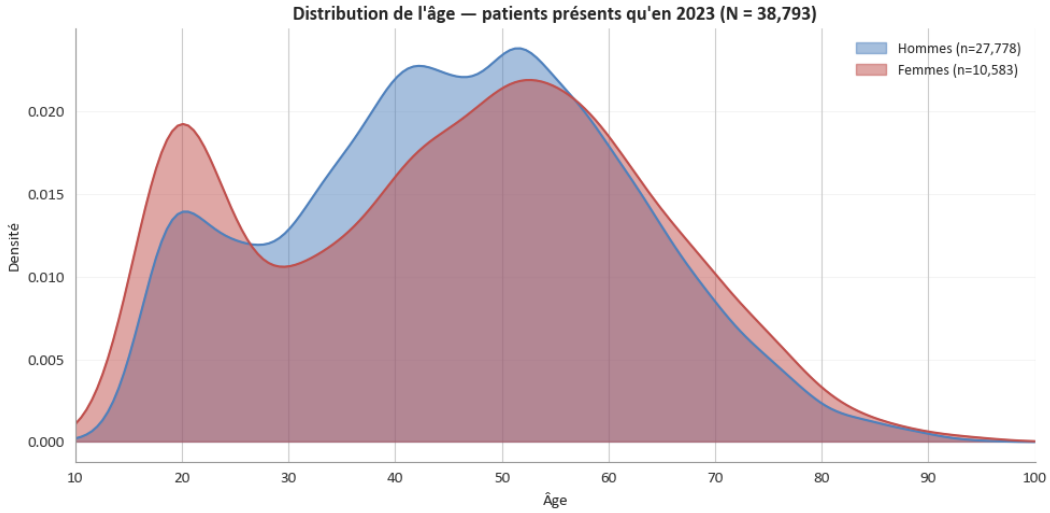
3.3.1 Les patients qui ne sont présents qu'en 2023 sont pour la plupart hospitalisés en MCO seulement



[82] Les patients qui n'apparaissent qu'en 2023, c'est dire qui ont été hospitalisés en 2023 mais n'ont pas eu de séjours hospitaliers ni en 2022 ni en 2024 sont principalement des patients **qui n'ont été hospitalisés qu'en MCO (78 %)**[313]. Moins d'un sur 10 (8 %) a réalisé un séjour en SMR. Ils représentent un quart de la cohorte (26 %).

[83] Il s'agit principalement d'hommes (72 %) âgés de 46 ans en moyenne contre 47 ans chez les femmes. Chez les femmes, on observe un premier mode autour de 25 ans (cf. 2.2.6) et un deuxième autour de 53 ans, commun avec celui des hommes.

Graphique 15 : Distribution de l'âge selon le sexe chez les patients hospitalisés seulement en 2023

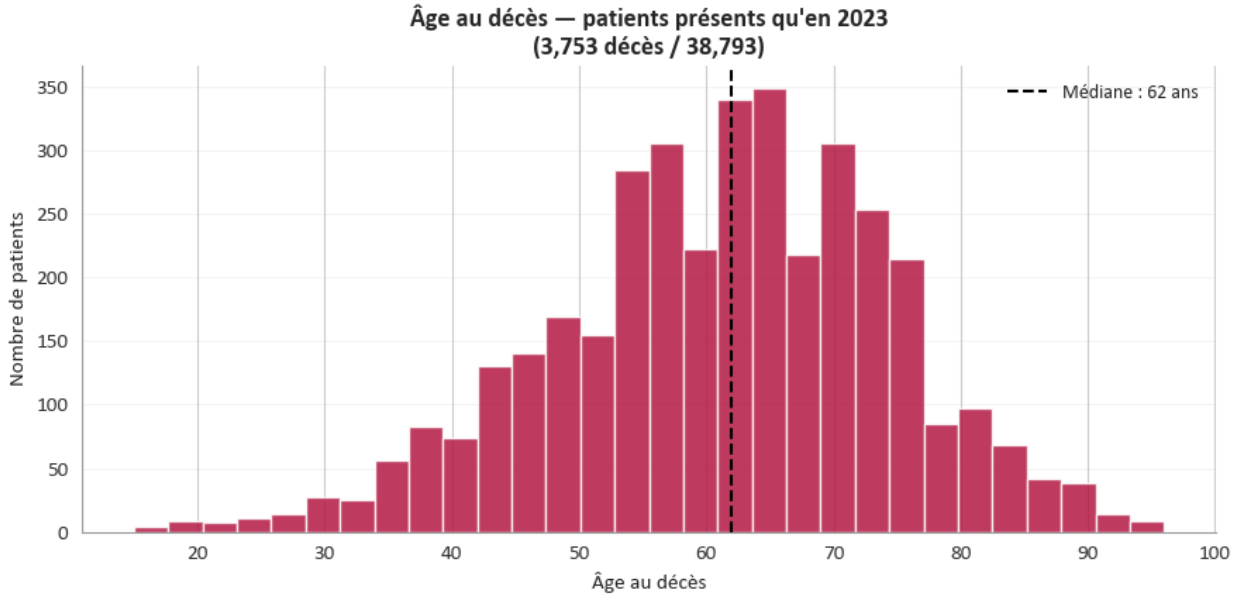


Source : SNDS 2023, traitement pôle data.

[84] Ces patients sont moins en ALD que l'ensemble de la cohorte (34 %) la principale ALD porte sur les affections psychiatriques (16 %). Parmi eux 9 % décèderont dans les deux ans, avec un âge médian au décès de 62 ans.

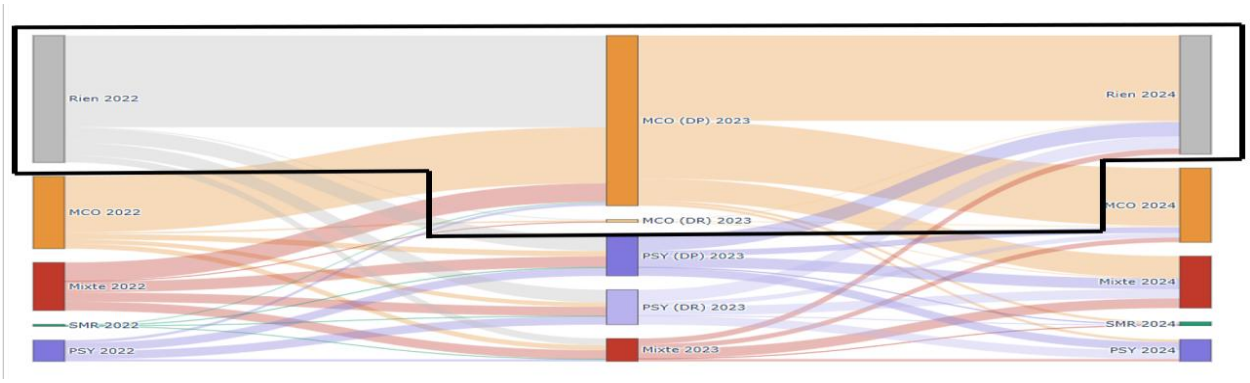
[313] Le 3.1.1 décrit plus précisément cette sous cohorte

Graphique 16 : Distribution de l'âge au décès parmi les patients présents uniquement en 2023



Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas

[85] Parmi eux, un quart des patients hospitalisés en MCO en 2023 ne l'a pas été en 2022 et ne le sera pas en 2024 quelle que soit la filière.

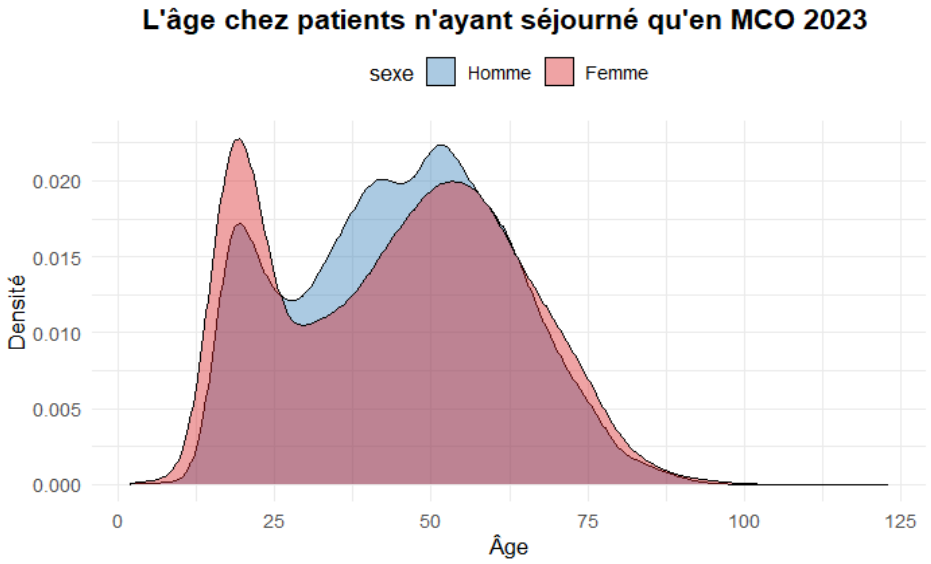


[86] Pour ces patients, la proportion hommes femmes est similaire à celle de l'ensemble de la cohorte (27 % de femmes). Ces patients sont en revanche plus jeunes surtout les femmes (44 ans en moyenne). Un quart des femmes a moins de 25 ans[314] (resp. 17 % des hommes).

[87] La répartition par âge chez les femmes est très clairement bimodale, un mode à 20 ans très marqué et un mode à 60 ans. Chez les hommes, on observe un mode à 20 ans, un second autour de 45 ans et vers 55 ans. Ces patients sont plus jeunes que la cohorte (47 ans en médiane).

[314] Cf. 2.2.6

Graphique 17 : Répartition de l'âge chez les patients ciblés en MCO 2023



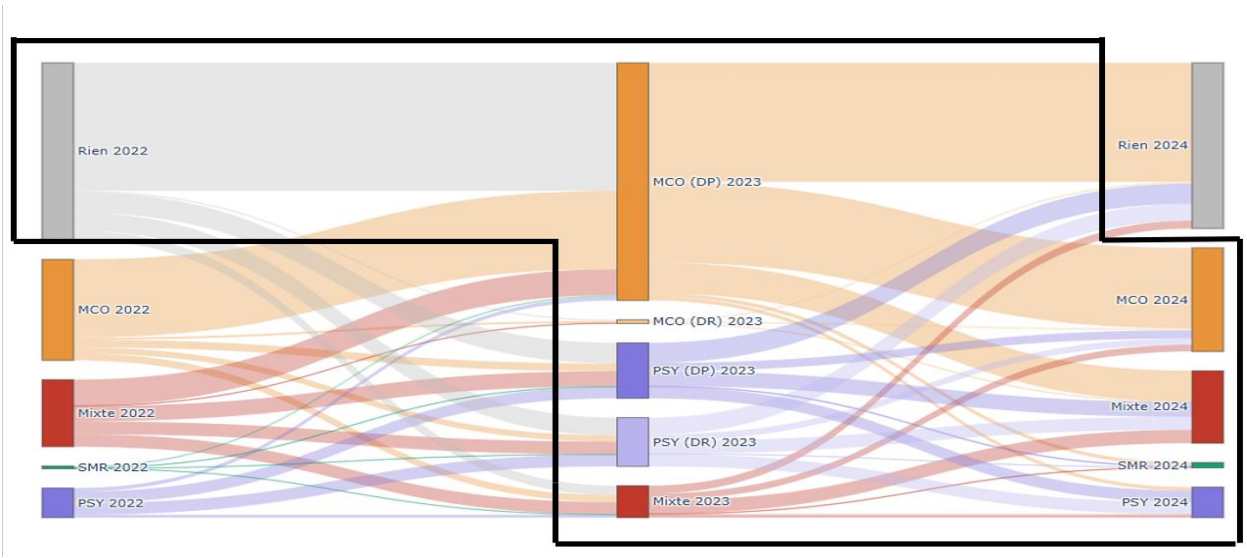
Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas

[88] La majorité de ces patients n'ont fait qu'un seul séjour (88 %), 11 % a fait deux séjours et moins de 3 % trois séjours ou plus.

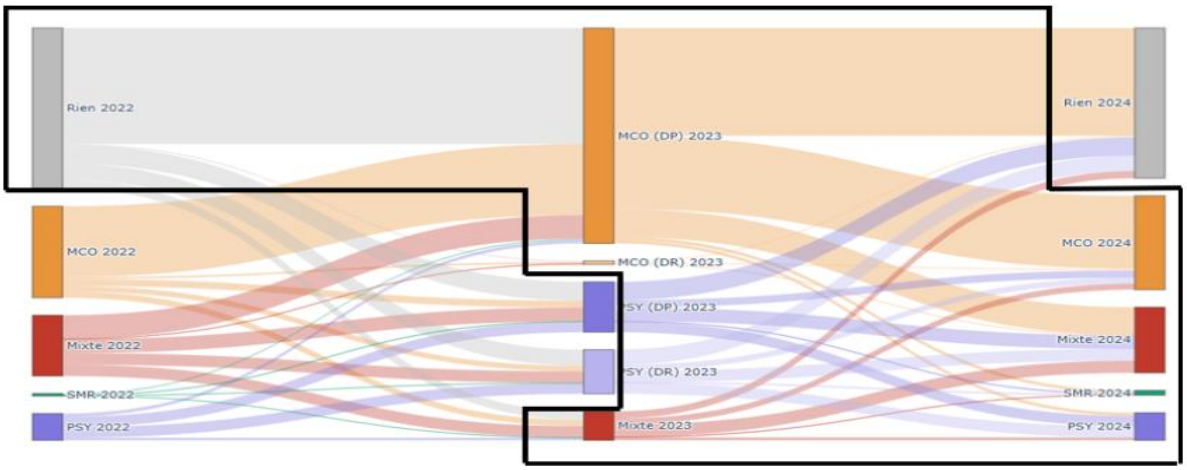
[89] Cette catégorie regroupe des patients hospitalisés pour des raisons assez divers. Plus de la moitié (56 %) l'est pour une intoxication aiguë, mais un quart (25 %) l'est également pour sevrage et enfin 20 % de ces patients pour des comorbidités associées à l'alcool.

[90] Enfin 30 % de ces patients sont en ALD, et 14 % suivent en 2023 un traitement lié à l'alcoolo-dépendance. Ils sont 28 % à prendre des anxiolytiques. Après deux ans, 11 % de ces patients sont décédés.

3.3.2 Les patients ciblés en 2023 et encore hospitalisés en 2024



3.3.2.1 Les patients MCO qui n'ont pas séjourné en 2022 mais qui sont hospitalisés en 2023 et 2024 sont plus en ALD que les autres.



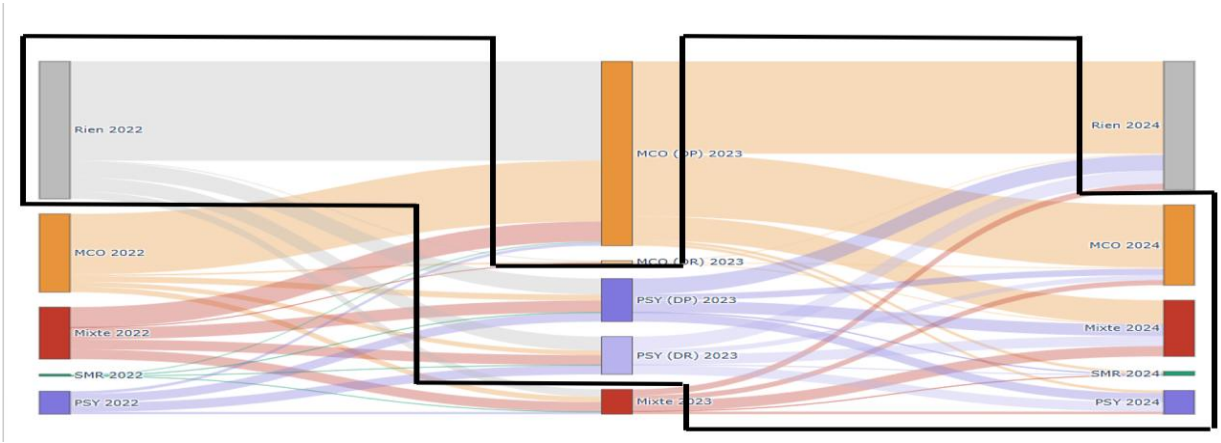
[91] Chez les hommes, la moitié de ces patients sont suivis pour une ALD et 27 % bénéficient de la C2S. Les hospitalisations qui surviennent en 2024 sont principalement en MCO (76 % des patients). Parmi eux, 35 % effectuent un séjour, 16 % deux séjours, et 25 % trois séjours ou plus.

[92] En comparaison, seulement 13 % sont hospitalisés en psychiatrie (8 % pour un séjour, 3 % pour deux, et 2 % pour trois ou plus) et 16 % en SMR (12 %, 3 % et 1 % respectivement).

[93] Les proportions en nombre de séjours chez les femmes sont comparables en MCO, en revanche on observe plus de nouvelles hospitalisations en psychiatrie (17 %) et moins en SMR (13 %).

[94] Plus d'un quart de ces patients prend en 2023 un traitement lié à l'alcoolo-dépendance et la moitié des anxiolytiques. La mortalité observée à plus deux ans est de 12 %, donc assez proche de celle de l'ensemble de la cohorte.

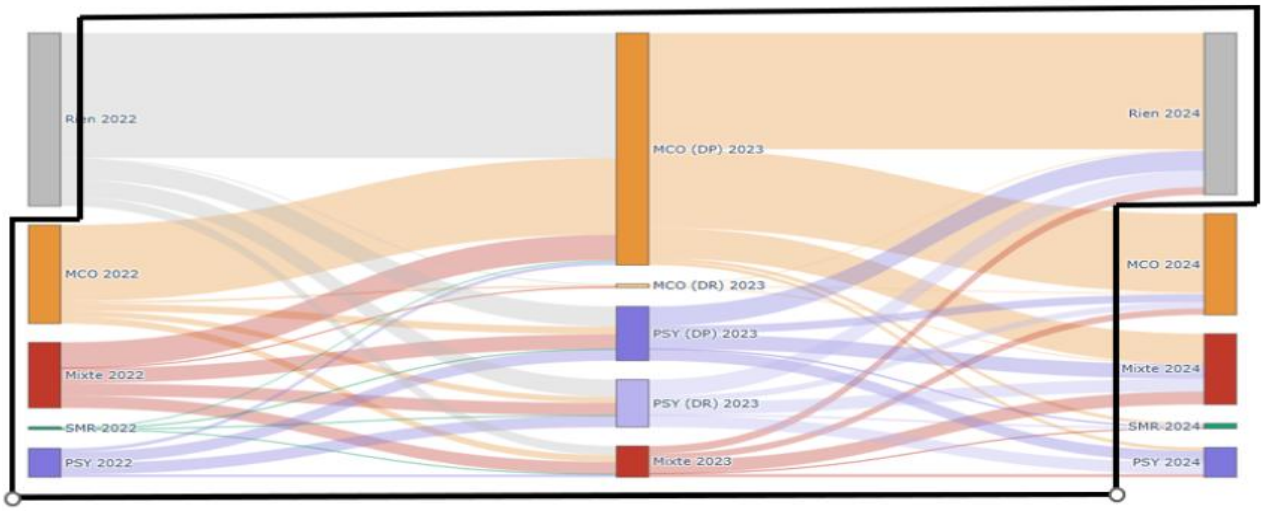
3.3.2.2 Les patients ciblés par la psychiatrie uniquement en 2023 et présents en 2024



[95] Ils représentent 5.4 % de la cohorte. Ils sont pour 60 % en ALD, principalement pour des raisons psychiatriques (83 % de ceux en ALD). Le diabète est la deuxième ALD mais ne représente que 8 % de ces ALD. Les hommes sont moins représentés que dans l'ensemble de la cohorte (63 %) et l'âge médian est plus faible que pour l'ensemble de la cohorte (46 ans chez les hommes, 47 ans chez les femmes). Ils prennent un traitement lié à l'alcoolo-dépendance dans 32 % des cas en 2023) et deux tiers prend des anxiolytiques en 2023. Leur trajectoire en 2024 se partage à quasi égalité entre la psychiatrie (37 %), le secteur MCO (31 %) et les deux (28 %).

Ils ont un recours au SMR dans la moyenne de la cohorte puisque 10 % d'entre eux iront en 2023 et 14 % en 2024.

3.3.3 Les patients présents en 2022 et 2023 et qui ne font pas de séjour MCO ou psychiatrie en 2024

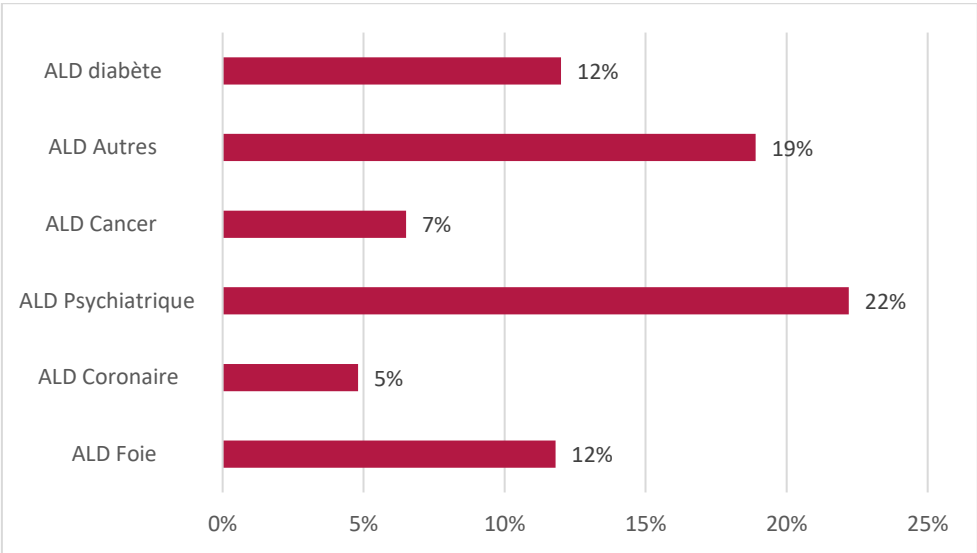


[96] Ils représentent 17 % de la cohorte. Ils se distinguent par une mortalité à deux ans très élevée (21 %). 71 % sont des hommes, les femmes sont donc légèrement surreprésentées par rapport à l'ensemble de la cohorte. 28 % bénéficient de la C2S, et 61 % sont en ALD.

[97] Les patients ayant séjourné seulement en MCO présentent essentiellement des troubles somatiques.

[98] 65 % des patients que l'on ne retrouve pas en 2024 ont séjourné uniquement en MCO en 2023. Ces patients sont principalement les hommes (74 %). L'âge médian est de 53 ans (52 ans chez les femmes). Ce groupe est moins en ALD que les autres (58 %). C'est un groupe où les ALD relatives au diabète ou aux atteintes du foie sont très représentées. Les cancers touchent 7 % des patients. Les ALD relevant de la psychiatrie sont moins présentes.

Graphique 18 : Répartition des ALD parmi les patients présents en 2022 et 2023



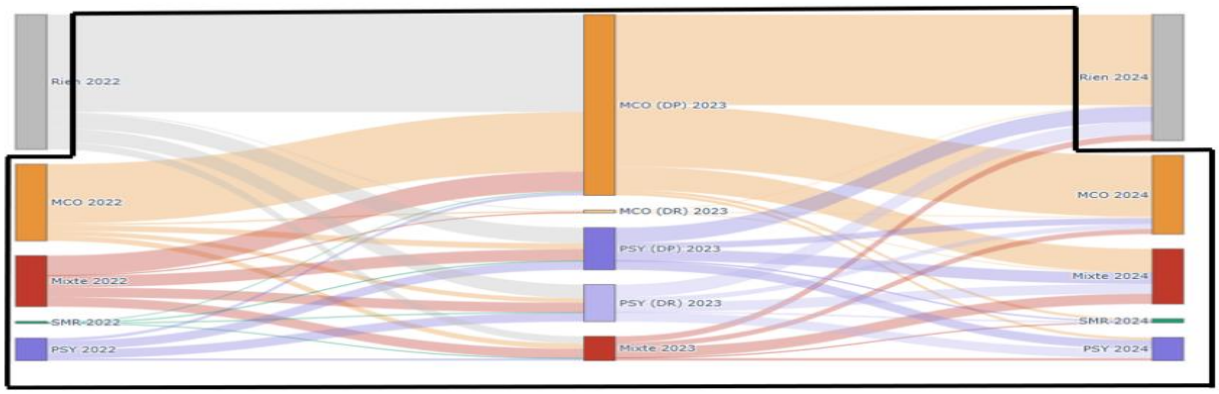
Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas

[99] **Un quart d'en eux est décédé après deux ans (25 %).** Les patients ont principalement séjourné pour des motifs de prise en charge aiguë (groupe C 40 %), mais la part des patients qui ont fait un séjour pour dépendance (groupe A) ou comorbidité liée à l'alcool (groupe B) est aussi très importante (34 % et 32 %).

[100] Ils séjournent relativement peu en SMR (13 % en 2022 et 16 % en 2023).

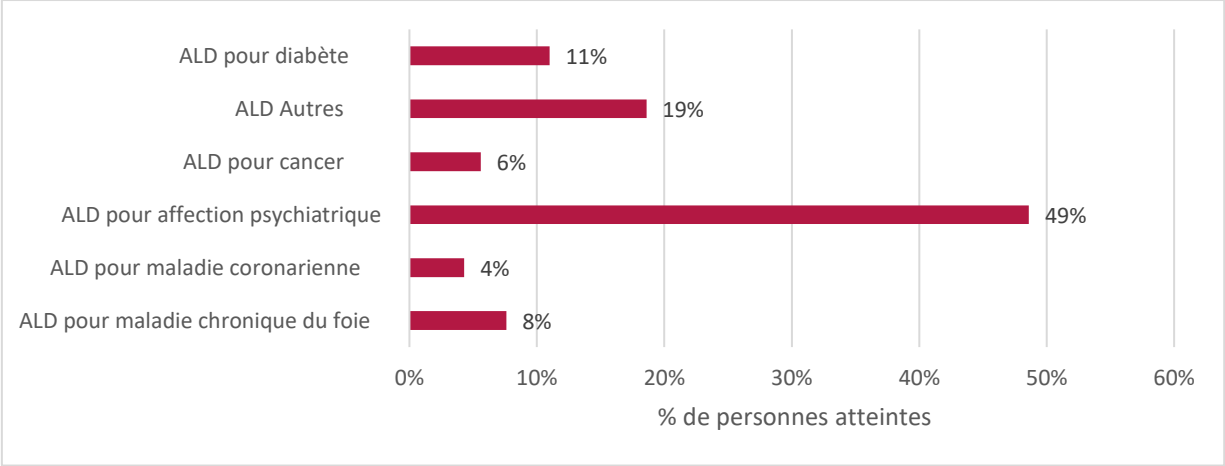
[101] La part des patients qui suivent un traitement lié à l'alcoolo-dépendance est faible (22 %). Un peu moins de la moitié prend des anxiolytiques (45 %).

3.3.4 Les patients présents les trois années



[102] Plus du tiers de la cohorte (35 %) est présent les trois années. Les hommes sont légèrement sous représentés par rapport à l'ensemble de la cohorte (68 %). L'âge médian est de 51 ans chez les deux sexes. Ces personnes sont très souvent en ALD (74 % de la cohorte), principalement pour affection psychiatrique mais pas seulement comme l'illustre le graphique ci-dessous.

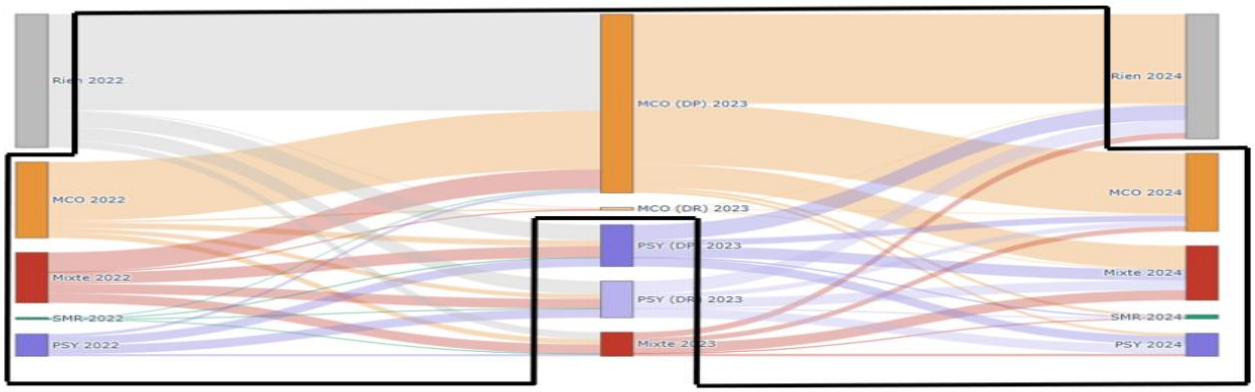
Graphique 19 : Répartition des ALD parmi les patients présents les trois années



Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas
Note de lecture : parmi les patients présents les 3 années, 49 % d'entre eux souffrent d'une ALD liée à la psychiatrie. Un même patient peut souffrir de plusieurs ALD, la somme ne fait donc pas 74 %.

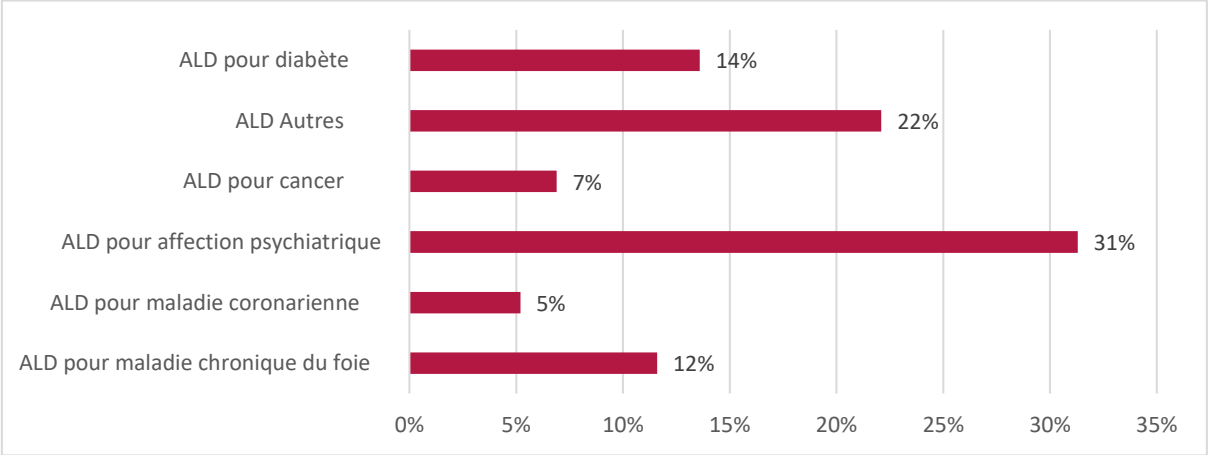
[103] La mortalité après deux ans n'est pas significativement plus élevée que pour le reste de la cohorte (11,2 %). Ils sont globalement bien suivis puisque 66 % prend des anxiolytiques et un tiers (34 %) des médicaments liés à l'alcoolo-dépendance.

3.3.4.1 Les patients qui n'ont séjourné qu'en MCO en 2023 sont les plus nombreux et souffrent plus d'affections somatiques



[104] Les patients qui n'ont séjourné qu'en MCO en 2023 représentent plus de la moitié des patients. Ce sont principalement des hommes (73 %) comme pour l'ensemble de la cohorte. Ils sont plus vieux (53 ans en médiane). Ils sont moins souvent en ALD (68 %) mais souffrent plus d'affections somatiques (liées au foie ou diabète) comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Graphique 20 : Répartition des ALD parmi les personnes ayant séjourné seulement en MCO en 2023 et présentes sur les 3 années



Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas
Note de lecture : parmi les patients présents les 3 années et ayant séjourné seulement en MCO en 2023, 31 % d'entre eux souffrent d'une ALD liée à la psychiatrie. Un même patient peut souffrir de plusieurs ALD, la somme ne fait donc pas 74 %.

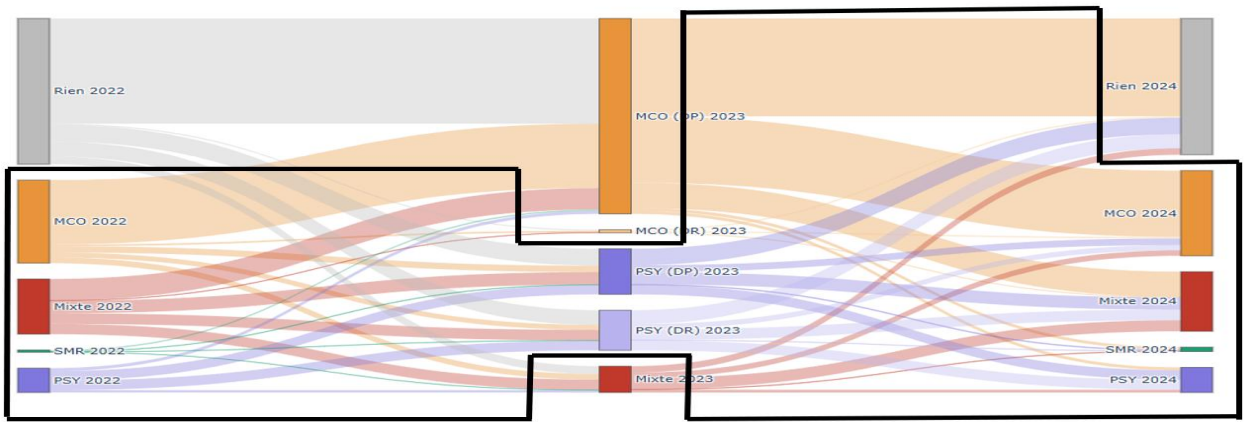
[105] En 2023, ils réalisent en moyenne 3,3 séjours d'une durée moyenne de 9,4 jours. 40 % de ces patients a réalisé un séjour pour raison aiguë, 29 % pour comorbidité et 44 % pour alcoolo-dépendance

[106] Pratiquement la moitié à séjourné au moins une fois sur les 3 ans en SMR (41 %).

[107] En 2024, ils séjourneront principalement en MCO seulement (82 %), et plus longtemps (13,1 jours). Seulement 3 % ne séjournera en hôpital psychiatrique seulement, et 13 % iront à la fois en psychiatrie et en structure MCO.

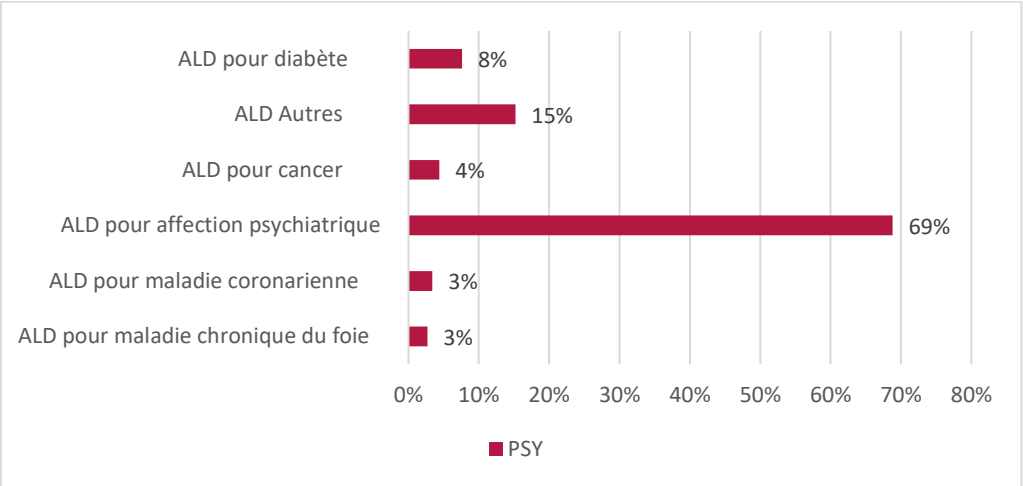
[108] Environ 30 % prend un traitement lié à l'alcoolo-dépendance en 2023, 58 % des anxiolytiques.

3.3.4.2 Les patients qui n'ont séjourné qu'en psychiatrie en 2023 représentent plus d'un tiers des patients présents les 3 années



[109] Ces patients sont plus souvent des femmes (39 %), avec un âge médian de 50 ans, comme l'ensemble de la cohorte. Ils sont plus souvent en ALD (81 %), la part des ALD psychiatrique étant la plus élevée (69 %). On observe moins d'atteinte au foie, de diabète et de cancer.

Graphique 21 : Répartition des ALD parmi les personnes ayant séjourné seulement en psychiatrie en 2023 et présentes sur les 3 années

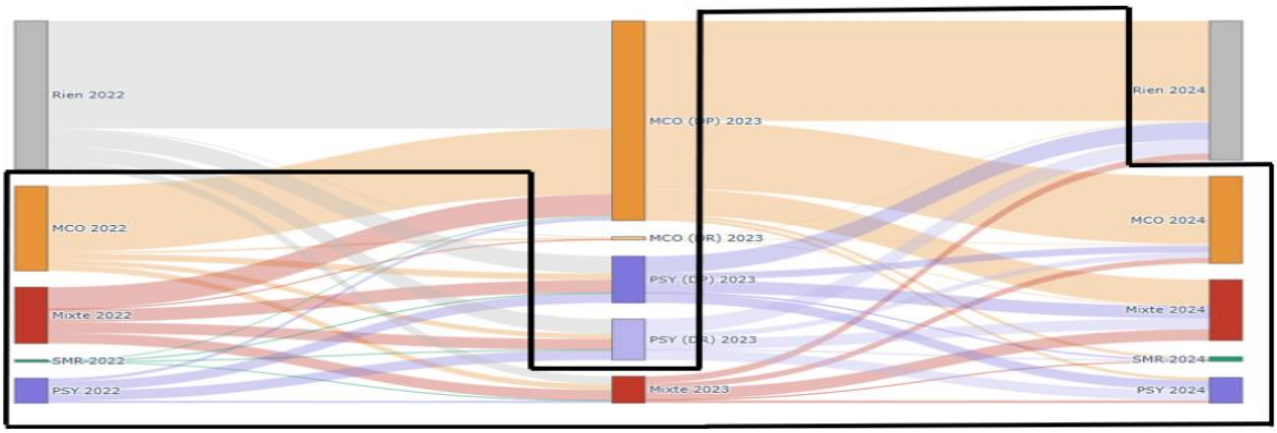


Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas
Note de lecture : parmi les patients présents les 3 années et ayant séjourné seulement en psychiatrie en 2023, 69 % d'entre eux souffrent d'une ALD liée à la psychiatrie. Un même patient peut souffrir de plusieurs ALD, la somme ne fait donc pas 81 %.

[110] Ces patients ont moins recours au SMR. Seulement 30 % d'entre eux réalise au moins un séjour en SMR sur les 3 années étudiées.

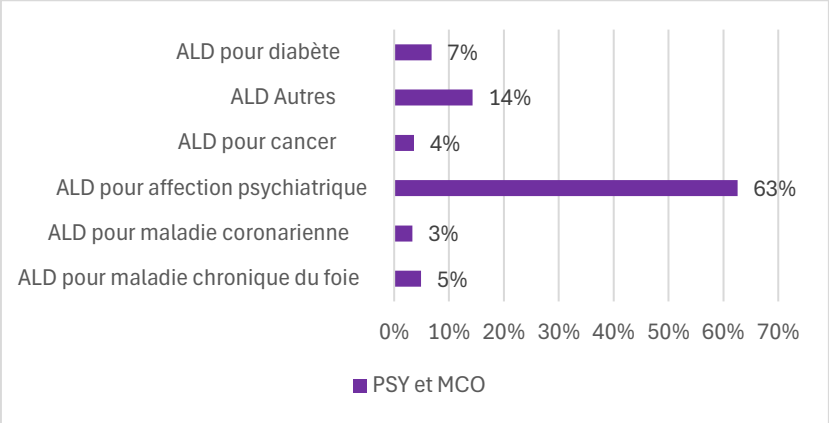
[111] En 2024, on les retrouve principalement en psychiatrie (39 %), mais aussi en psychiatrie en MCO (37 %) et un peu moins en MCO seulement (23 %). Ces patients prennent pour les deux tiers (69 %) un traitement anxiolytique et un tiers des médicaments liés à l'alcoolo-dépendance (en 2023).

3.3.4.3 Les patients qui ont séjourné en psychiatrie et en MCO sont peu nombreux



[112] Les patients qui ont séjourné en structure psychiatrique les trois années et sélectionnés par la requête à la fois en psychiatrie et en MCO présentent un profil différent. Ils sont peu nombreux (13 % des patients présents les 3 années) et sont plus jeunes (âge médian 48 ans). La part des femmes est plus élevée que sur la cohorte entière (32 %, plus 5 points de pourcentage). Plus des trois quarts (77 %) sont en ALD, les affections psychiatriques sont les plus nombreuses. Leur « profil ALD » est très proche de ceux qui n'ont séjourné qu'en psychiatrie comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Graphique 22 : Répartition des ALD parmi les personnes ayant séjourné en psychiatrie et en MCO en 2023 et présentes sur les 3 années



Source : SNDS, traitement pôle data de l'Igas
Note de lecture : parmi les patients présents les 3 années et ayant séjourné en MCO et en psychiatrie en 2023, 63 % d'entre eux souffrent d'une ALD liée à la psychiatrie. Un même patient peut souffrir de plusieurs ALD, la somme ne fait donc pas 77 %.

[113] Ils séjournent plus souvent en SMR que les patients qu'on ne retrouvent qu'en psychiatrie en 2023 (53 % vs 30 %).

[114] Les affections somatiques semblent importantes puisque seulement 16 % ne séjournent qu'en psychiatrie seulement et 47 % en MCO et psychiatrie et 36 % en MCO seulement. Ils prennent pour la plupart (88 %) un traitement anxiolytique et la moitié bénéficie (51 %) d'un traitement lié à l'alcoolo-dépendance.

ANNEXE 6 : ENQUETE REALISEE AUPRES DES CSAPA

ANNEXE 6 : ENQUETE REALISEE AUPRES DES CSAPA 175

1 RESUME 177

2 OBJECTIFS ET MODALITES DE L'ENQUETE 180

3 UN LARGE ECHANTILLON DE REPONSES 180

3.1 La moitie des CSAPA sollicites a repondu a l'enquete 180

3.2 Une tres large majorite d'associations, ou d'etablissements de sante 180

3.3 Des reponses en coherence avec la repartition territoriale des CSAPA 181

3.4 Les zones urbaines et les metropoles largement representees 182

3.5 70 % des CSAPA repondants ont une Consultation jeunes Consommateurs (CJC) 183

3.6 Ressources en 2024 183

3.6.1 Des structures aux budgets contenus autour d'1 M d'€ 184

3.6.2 Une moyenne inférieure à 15 ETP par structure 185

3.7 La file active de l'annee 2024 est de 1077 usagers en moyenne par structure 187

4 FACE A L'AUGMENTATION DES BESOINS, LES CSAPA ADAPTENT LEURS MODALITES D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE 188

4.1 Des delais importants, notamment pour les usagers ne presentant pas de profil specifique 189

4.1.1 Un délai moyen entre la première prise de contact et le premier rendez-vous de 38 jours, qui semble augmenter 189

4.1.2 Le délai moyen écoulé entre le 1er et 2ème rendez-vous avec un soignant est de 20 jours, en hausse modérée 192

4.1.3 Le taux d'absentéisme au 1er rendez-vous est estimé à 25 % 193

4.2 Face a cette situation, les CSAPA adaptent leurs modalites d'accueil 194

4.2.1 Le 1er RDV d'un usager est le plus souvent assuré par une infirmière ou éducateur spécialisé ... 194

4.2.2 L'accueil n'est pas déterminé par la nature de l'addiction, mais peut être différencié suivant la situation 195

4.2.3 Les modalités d'accueil continuent d'évoluer pour faire face à la demande 196

4.2.4 Un recours croissant aux consultations avancées ou permanences « hors les murs », y compris pour les CJC 197

5 DES PARTENARIATS INDISPENSABLES AU BON DEROULEMENT DES PARCOURS, MOBILISES AUTANT QUE POSSIBLE 200

5.1 La majorite des usagers restent suivis par le CSAPA de premier accueil 200

5.2 Des orientations diversifiees, plus frequentes en sejour hospitalier 201

5.2.1 Des exemples nombreux de bonnes pratiques mises en œuvre en matière d'orientation 202

5.2.2 Exemples de bonnes pratiques mises en œuvre en matière de coordination partenariale 203

5.3 Les specificites de l'articulation avec les acteurs du soin de 1ER recours 204

5.3.1 Principales difficultés pouvant impacter les parcours 204

5.3.2 Outillage et échanges avec les professionnels de premier recours 205

5.3.3 Autres exemples de bonnes pratiques mises en place 206

5.3.4 Le travail avec les CPTS est un levier pour la majorité des CSAPA 206
5.4 L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES 207
5.4.1 Principales difficultés pouvant impacter les parcours 207
5.5 EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES MISES EN PLACE POUR ASSURER LES PARCOURS 208
5.5.1 La « ritualisation » de la coordination autour de calendriers fixes, inscrite dans des conventions et protocoles, avec l'écosystème local 208
5.5.2 La proximité des équipes et la mutualisation 208
5.5.3 L'élaboration conjointe des parcours 208
5.5.4 L'accompagnement personnalisé et par les pairs 209
5.5.5 Les formations croisées et l'immersion 209
6 LE BESOIN DE RESSOURCES MEDICALES, FINANCIERES ET DE SOUTIEN POLITIQUE RESSORT TRES NETTEMENT DES REPONSES DES CSAPA 210
6.1 LES PRINCIPAUX DEFIS POUR LES CSAPA SONT LE DEFICIT MEDICAL, LA SATURATION DES FILES ACTIVES ET LES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT 210
6.2 LA QUALITE HUMAINE DES EQUIPES, LEUR ENGAGEMENT ET CAPACITE D'INNOVATION, ET LEUR EXPERTISE RECONNUE SONT DES ATOUTS FORTS 211
6.3 LES SOUHAITS, RECOMMANDATIONS ET REMARQUES FINALES CONVERGENT EN FAVEUR DU RENFORCEMENT DES MOYENS FINANCIERS ET HUMAINS, DE LA PREVENTION ET DU SOUTIEN POLITIQUE 212
6.3.1 Le besoin de renforcer les moyens humains et financiers 213
6.3.2 Une crise de la démographie médicale et psychiatrique 213
6.3.3 Les interventions en direction des jeunes (prévention, CJC, interventions précoces) : une priorité non financée 213
6.3.4 Une demande de structuration territoriale et de décloisonnement 214
6.3.5 Des publics de plus en plus vulnérables, nécessitant de nouvelles réponses 214
6.3.6 Un besoin de visibilité, de déstigmatisation et de reconnaissance politique 214
7 ANNEXE : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX 394 CSAPA AVEC ACTIVITE AMBULATOIRE 215

1 Résumé

a) Un échantillon représentatif

[1] L'enquête réalisée par l'IGAS en décembre 2025 a recueilli 197 réponses sur les 394 Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addiction (CSAPA) ambulatoires sollicités, soit un **taux de réponse de 50 %**.

[2] Cet **échantillon important** couvre l'ensemble du territoire national, y compris l'Outre-mer, et se révèle globalement cohérent avec la répartition territoriale des structures existantes. Les organisations ayant répondu relèvent très majoritairement du secteur associatif ou hospitalier. Par ailleurs, les zones urbaines sont nettement représentées, même si une proportion non négligeable de structures rurales (12,7 %) contribue également à l'enquête.

[3] Sur le plan des ressources, **les structures présentent un profil assez homogène**, avec un budget annuel moyen d'environ 1,3 M€, pour une médiane légèrement supérieure au million d'euros. Les CSAPA comptent en moyenne 14,6 équivalents temps plein, dont 1,5 ETP consacrés à l'activité Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) pour les structures en disposant (70 % des déclarants). Enfin, une structure sur cinq accueille des patients-experts ou pairs-aidants.

[4] **La file active moyenne[315] pour l'année 2024 s'établit à 1 077 usagers par structure, avec de fortes disparités**, certains CSAPA – notamment ceux implantés en milieu pénitentiaire – recevant plus de 2 500 usagers par an. Rapportée au nombre d'ETP, la file active représente **en moyenne 85 usagers par ETP et par an**, ce qui illustre une activité soutenue et, pour une fraction des CSAPA, une pression particulièrement élevée.

[5] Les réponses apportées à l'enquête, notamment aux nombreuses questions qualitatives en champ libre, sont détaillées et constituent un matériau particulièrement riche, permettant de dégager des constats partagés entre toutes les structures Outre-mer inclus).

b) Des besoins croissants et des délais d'accès importants

[6] Les résultats mettent en évidence un allongement notable des délais d'accès aux prises en charge, en raison de l'augmentation des demandes et de la complexité croissante des situations rencontrées. **En moyenne, un usager attend 38 jours entre sa première prise de contact et l'obtention d'un premier rendez-vous en CSAPA, la médiane se situant à 30 jours.** Si un tiers des CSAPA parvient à proposer un rendez-vous en moins de 15 jours, un autre tiers enregistre des délais supérieurs à deux mois.

[7] **Le délai entre le premier rendez-vous et la première rencontre avec un soignant est en moyenne de 20 jours, ce qui porte l'attente totale, hors situations prioritaires, à près de deux mois avant l'accès à un professionnel de santé**. Ces délais sont perçus par les répondants comme stables ou en augmentation, à égalité.

[8] La majorité des structures indique que **ces délais ne varient pas selon le type d'addiction, les critères de priorisation reposant plutôt sur la vulnérabilité ou l'urgence médicale**. Des prises en charge plus rapides peuvent être assurées pour les traitements de substitution aux opiacés ou les situations prioritaires, tandis que les prises en charge liées à l'alcool, au tabac ou aux addictions comportementales tendent à faire l'objet de délais plus longs.

[315] Calculée sur la base des données remontées par les CSAPA répondants

[9] **Le taux d'absentéisme des usagers au premier rendez-vous estimé en moyenne à 25 %**, un taux remarquablement stable quels que soient les profils des structures et l'importance de leur délais moyens ou de leur file active. Les CSAPA attribuent l'absentéisme à la combinaison de contraintes logistiques (déplacements, emploi du temps), de fragilités psychologiques ou motivationnelles, de difficultés cognitives associées aux consommations, ainsi qu'à la précarité et, pour les personnes sous contrainte judiciaire, à des difficultés d'organisation.

[10] Enfin, le premier rendez-vous est majoritairement assuré par des professionnels non médicaux : infirmiers, psychologues, éducateurs spécialisés ou assistants sociaux. Seules 8 % des structures indiquent que ce premier contact est réalisé par un médecin, témoignant de la rareté de la ressource médicale, compensée par le rôle majeur dévolu aux équipes pluridisciplinaires dans le primo-accueil.

c) Des organisations qui s'adaptent

[11] Face à l'augmentation de la demande et aux contraintes de ressources, **plus de la moitié des CSAPA déclarent avoir fait évoluer leurs modalités d'accueil récemment**. **Les transformations sont multiples et témoignent de l'agilité des organisations**. Les structures ont notamment renforcé l'accès sans rendez-vous ou les permanences rapides pour limiter la perte de contact. Le rôle des infirmiers dans le triage et l'orientation a été consolidé, parfois complété par des binômes pluridisciplinaires associant infirmiers, psychologues ou travailleurs sociaux. Les établissements ont révisé leurs protocoles d'accueil et parfois instauré des commissions pluridisciplinaires d'admission.

[12] Pour répondre à la pression sur les agendas, plusieurs CSAPA ont mis en place des rappels téléphoniques ou SMS, l'utilisation de plateformes de prise de rendez-vous, et parfois un *surbooking* maîtrisé. Certains ont développé des dispositifs collectifs (groupes d'accueil ou ateliers en amont de l'entrée dans la prise en charge) afin d'absorber les demandes, clarifier les attentes et maintenir le lien durant l'attente.

[13] Les structures ont également renforcé la priorisation de publics spécifiques : personnes nécessitant un traitement de substitution, jeunes, femmes enceintes, sortants de détention ou personnes en situation de grande précarité. L'aller-vers s'est développé, au travers d'équipes mobiles, de consultations avancées ou de permanences dans des structures partenaires (CHRS, missions locales, CMP, établissements scolaires, pénitentiaires…). Ces dispositifs permettent de toucher des publics éloignés et de mieux s'adapter à la géographie locale.

[14] Les consultations avancées sont désormais très répandues : 68 % des CSAPA en proposent, et 51 % disposent également de consultations avancées pour la CJC. Ces interventions "hors les murs" s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires et visent des lieux variés, allant des structures d'hébergement aux établissements scolaires, jusqu'aux universités ou aux maisons de santé.

d) Des partenariats essentiels mais sous tension

[15] L'enquête montre que la majorité des usagers restent suivis par le CSAPA qui a assuré le premier accueil, même si des orientations sont ménagées vers d'autres structures en tant que de besoin. Les orientations les plus fréquentes concernent les séjours hospitaliers en addictologie, les centres médico-psychologiques (CMP), les médecins de ville et les services psychiatriques.

[16] De nombreuses bonnes pratiques émergent dans ce domaine. Elles prennent des formes diverses, telle la construction conjointe des orientations avec les usagers, l'évaluation biopsychosociale dès le premier contact, l'élaboration de parcours gradués (ambulatoire, hospitalisation, post sevrage), et des transmissions actives entre partenaires, souvent formalisées par des fiches de liaison ou des protocoles. Les relations directes entre professionnels – notamment entre médecins ou référents – sont particulièrement valorisées pour réduire les risques de rupture de parcours.

[17] Les partenariats territoriaux jouent un rôle déterminant, incluant les hôpitaux (en particulier la psychiatrie et les ELSA), les CAARUD, la médecine de ville, les structures d'hébergement, la justice ou l'éducation. Les CSAPA participent fréquemment à des réunions de concertation, des réseaux territoriaux, des groupes interprofessionnels ou des formations croisées.

[18] L'articulation avec le premier recours constitue cependant un point de fragilité évoqué dans les commentaires des CSAPA. Les difficultés les plus souvent citées concernent la pénurie de médecins généralistes, la faible disponibilité psychiatrique, la réticence de certains professionnels à gérer les traitements de substitution, et l'hétérogénéité des pratiques, parfois fondées sur des représentations stigmatisantes. Les délais pour accéder à la psychiatrie ou aux structures de sevrage sont souvent importants, ce qui reporte et accroit la charge sur les CSAPA.

[19] Un peu plus de la moitié des CSAPA travaille avec les professionnels du premier recours en utilisant des outils partagés : fiches de liaison, protocoles, supports d'orientation, messagerie sécurisée. Des formations communes peuvent renforcer cette collaboration et des partenariats de téléexpertise sont aussi mis en place. Toutefois, une part significative de structures ne dispose pas encore de ces outils. Les CPTS représentent un levier de coordination dans 63 % des territoires, mais de manière variable selon les dynamiques locales.

[20] S'agissant du médico-social, les difficultés pointées concernent surtout l'orientation vers les CAARUD, souvent sous-dimensionnés, ainsi que l'accès aux solutions d'hébergement (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale - CHRS, Lits Halte soins santé - HSS, appartements de coordination thérapeutique -ACT). Les pratiques hétérogènes et l'absence d'outils de coordination partagés peuvent constituer des obstacles. Néanmoins, les CSAPA décrivent aussi de nombreuses solutions, comme la ritualisation des réunions inter-structures, la mutualisation de locaux ou d'équipements, la co-construction des parcours et l'accompagnement physique par les pairs ou les professionnels.

e) Des messages convergents concernant les principaux défis, atouts et recommandations

[21] L'ensemble des réponses dessine un paysage cohérent : les CSAPA sont fortement mobilisés, mais font part de difficultés structurelles pour faire face à une demande croissante et de plus en plus complexe.

[22] Les souhaits, recommandations et remarques convergent vers un triple enjeu pour pouvoir assurer leur mission de prise en charge des addictions :

- demande exprimée d'adapter les moyens financiers et humains pour répondre aux besoins, notamment sur le versant médical, psychiatrique et psychologique ;
- repenser la structuration territoriale, en renforçant les partenariats et en clarifiant le rôle des différents acteurs ;
- donner une place centrale à la prévention et à l'aller-vers, aujourd'hui limités par un sous-financement chronique.

[23] Face aux défis de la hausse de la demande et des ressources contraintes, les CSAPA peuvent compter sur certains atouts clé : les qualités humaines, l'expertise reconnue et l'engagement des équipes, de même que leur ancrage territorial et les partenariats.

[24] Les structures appellent à une meilleure reconnaissance institutionnelle et politique de l'addictologie, et à cesser la stigmatisation des usagers. Elles mettent en avant l'aggravation des vulnérabilités sociales et sanitaires des publics qu'elles accompagnent et la nécessité de réponses structurelles, notamment en matière d'hébergement.

[25] Enfin, elles rappellent le rôle clé de la prévention, insuffisamment financée, alors qu'elle représente une condition déterminante de l'évolution de la demande, surtout pour certains publics prioritaires, comme les jeunes ou les femmes.

2 Objectifs et modalités de l'enquête

[26] Dans le cadre de sa mission, l'IGAS a conduit une enquête en décembre 2025 auprès de 394 Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addiction (CSAPA) ambulatoires répertoriés par la Direction Générale de la santé, pour recueillir leurs éclairages sur les enjeux de la prise en charge des addictions, en particulier sur les articulations et les points de fragilité ou de rupture dans les parcours.

[27] Composée d'une quarantaine de questions, elle comportait 4 sections : une partie descriptive (relative aux données 2024), une partie portant sur les modalités d'accueil, une partie sur les partenariats et la coordination, et une dernière partie sur les principaux points d'alerte et les recommandations – voir annexe in fine.

[28] Les réponses ont été portées à la seule connaissance des inspecteurs et du pôle informatique de l'IGAS. Les résultats de l'enquête ont été analysés par l'IGAS. L'application *M365 Copilot*[316] a été utilisée pour la synthèse des nombreuses réponses « en champ libre », sous le contrôle final des inspectrices, et conformément à la charte d'utilisation de l'intelligence artificielle des ministères sociaux.

[29] Les inspectrices de l'IGAS remercient les CSAPA pour leurs réponses détaillées, qui ont permis de recueillir un matériau particulièrement riche dont les résultats sont restitués ici, et le pôle informatique pour son appui indispensable.

3 Un large échantillon de réponses

[30] La première partie de l'enquête, portant sur des questions descriptives, a permis de définir les caractéristiques de l'échantillon de réponses, large et globalement représentatif.

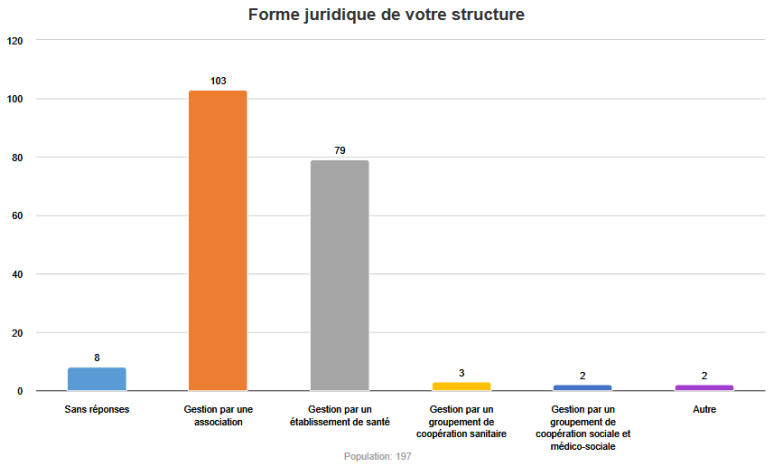
3.1 La moitié des CSAPA sollicités a répondu à l'enquête

[31] Sur 394 questionnaires envoyés aux CSAPA ambulatoires, la mission a obtenu 197 réponses, soit un taux de réponse de 50 %, satisfaisant pour ce type d'enquête. Une quinzaine de répondants ne se sont pas identifiés, tout en proposant des réponses cohérentes, qui ont été validées y compris celles qui paraissent provenir de CSAPA d'hébergement.

3.2 Une très large majorité d'associations, ou d'établissements de santé

[32] Les CSAPA répondants à l'enquête sont en très grande majorité des associations, ou des établissements de santé.

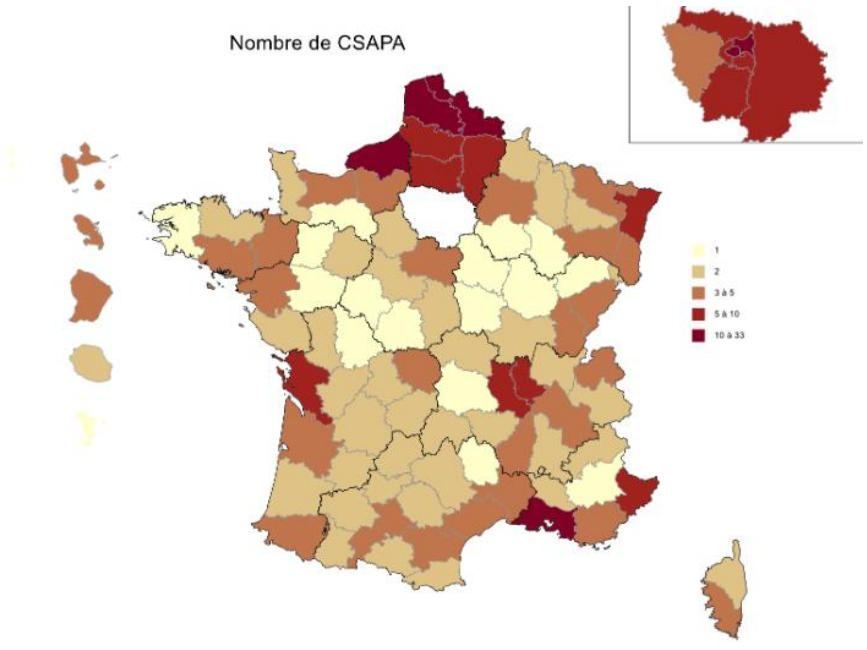
[316] Intelligence artificielle fournie par les ministères sociaux, assurant la confidentialité des données (qui ne sont pas utilisées pour entraîner le modèle)



3.3 Des réponses en cohérence avec la répartition territoriale des CSAPA

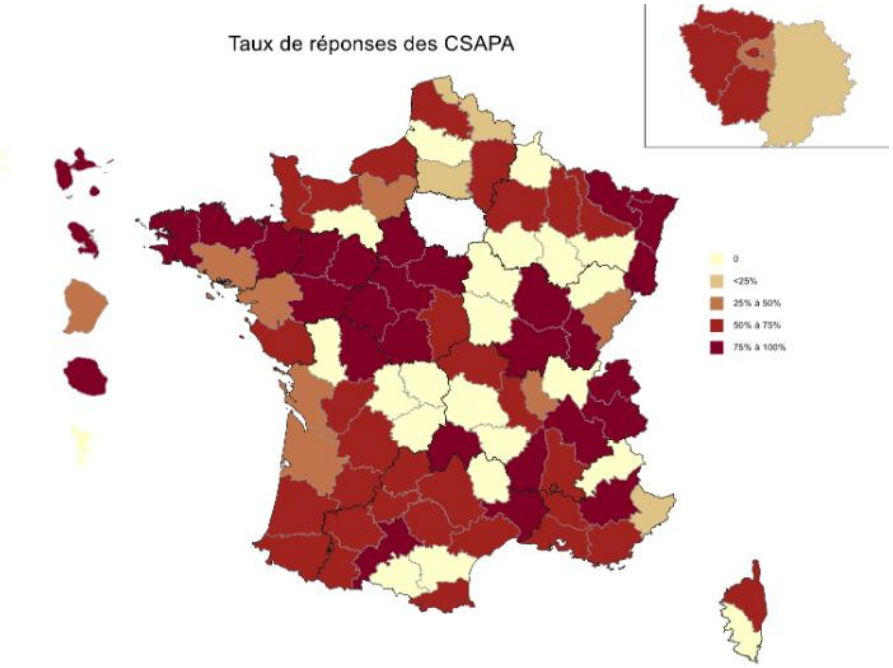
[33] Les réponses proviennent de l'ensemble du territoire, y compris l'Outre-Mer. Le taux de réponse par département est globalement cohérent avec l'implantation territoriale des CSAPA.

Carte 1 : Implantation des CSAPA sur le territoire



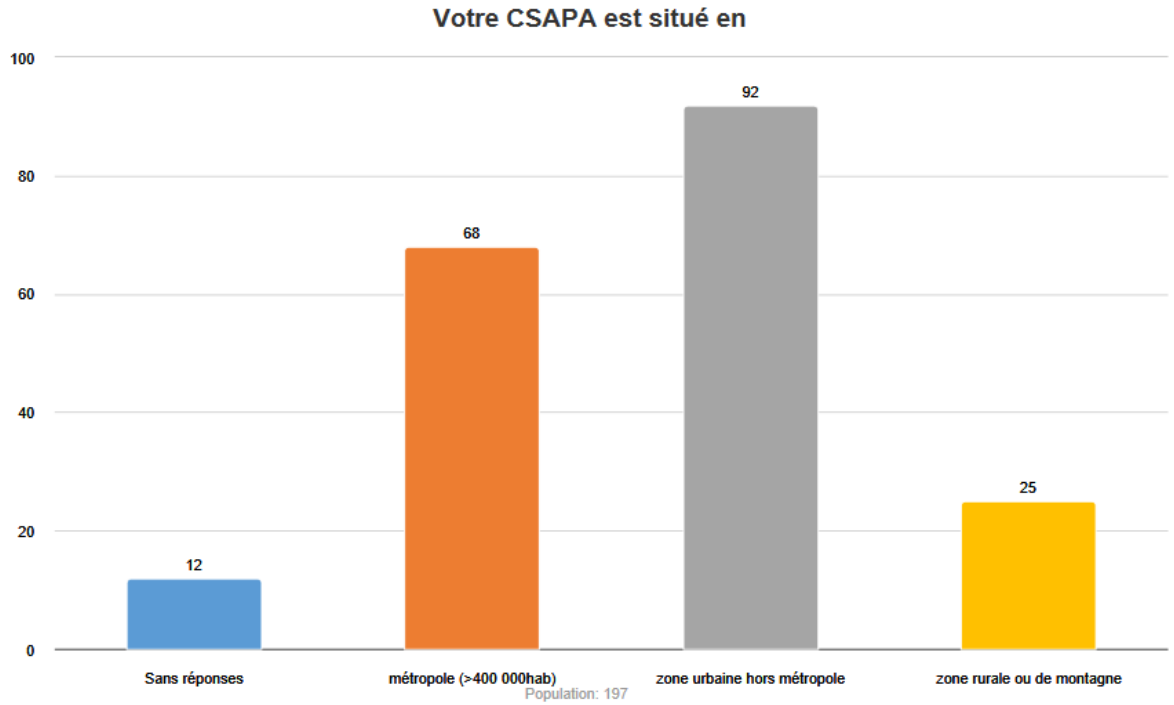
Source : annuaire OFDT 2024

Carte 2 : Taux de réponse des CSAPA par département



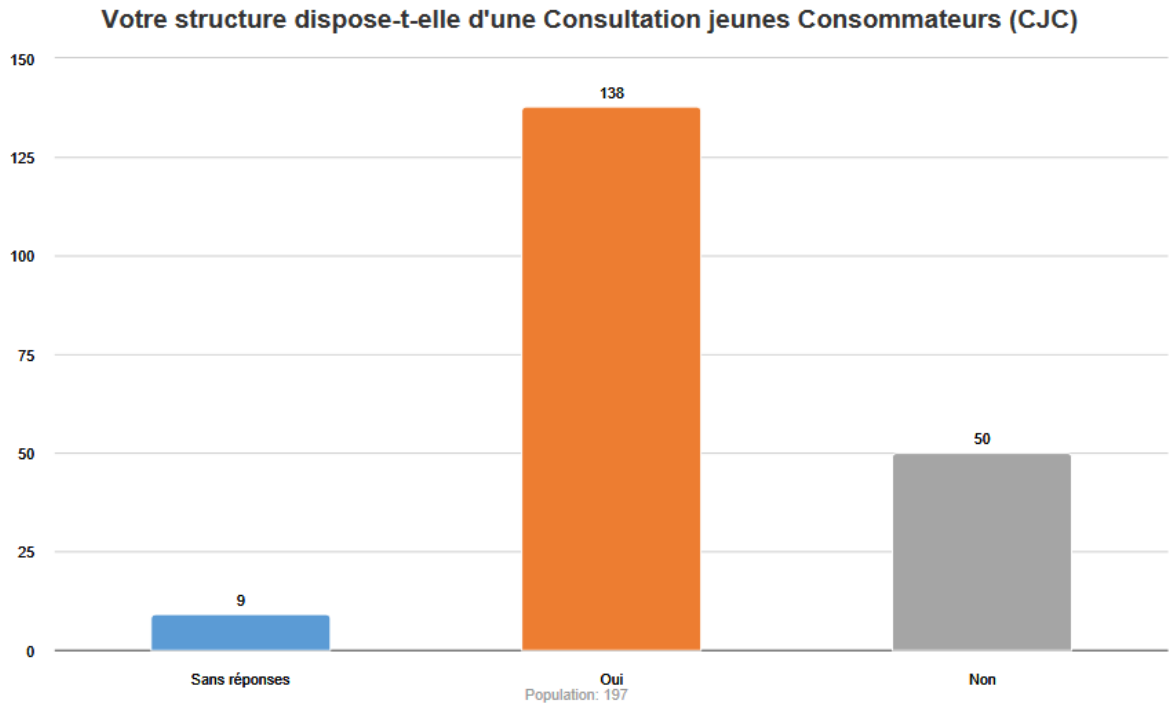
Source : enquête IGAS 2026

3.4 Les zones urbaines et les métropoles largement représentées



[34] Près de la moitié des répondants (46,7 %) sont implantés en zone urbaine, qui additionnés aux 34,5 % situés dans les métropoles de plus de 400 000 habitants, font un total de réponses très majoritairement orientés sur le milieu urbain, avec toutefois une part de réponses des zones rurales ou de montagne de 12,7 %, non négligeable.

3.5 70 % des CSAPA répondants ont une Consultation jeunes Consommateurs (CJC)



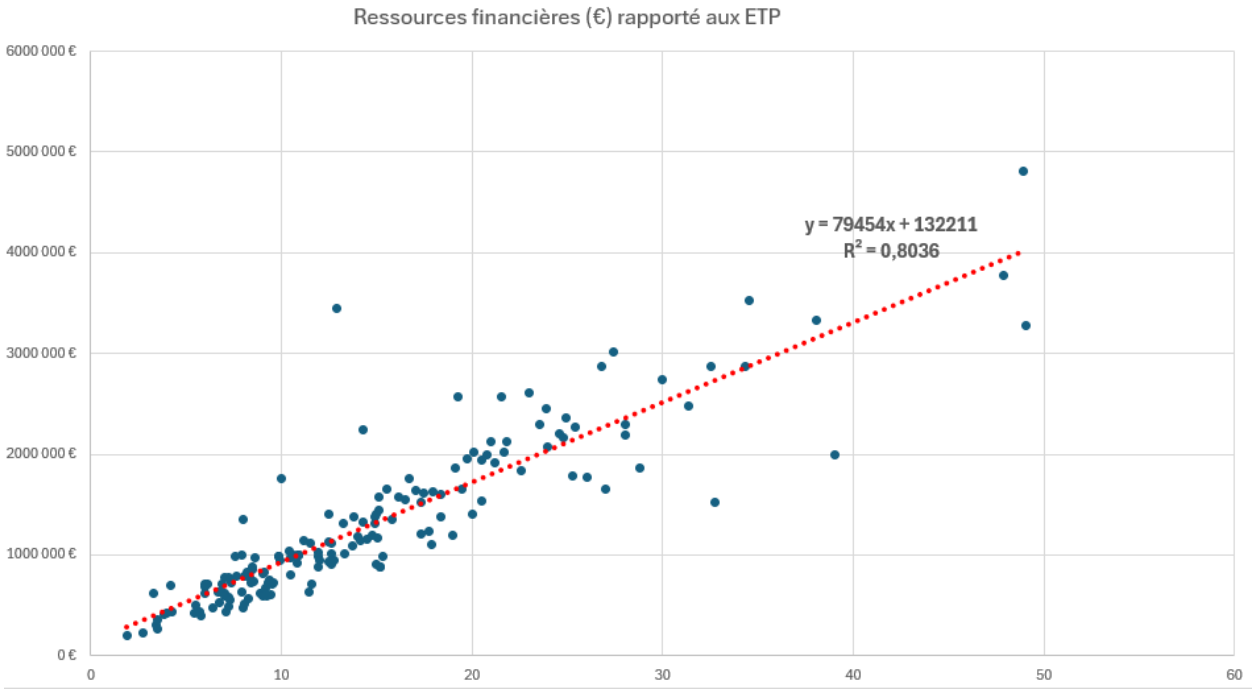
3.6 Ressources en 2024

[35] Il a été demandé aux répondants de reproduire les informations telles qu'elles figurent dans leur rapport d'activité 2024, qu'il s'agisse du budget comme des ETP.

[36] La combinaison des ETP et des budgets déclarés par les structures fait apparaître :

- une cohérence entre les deux variables (les budgets couvrent largement les ressources humaines) ;
- l'existence d'un groupe cohérent de 62 « petites » structures (31 % de l'effectif) caractérisées par un budget inférieur à 1 M€ et moins de 10 ETP ;

Graphique 1 : Ressources financières des CSAPA répondants rapportées aux ETP



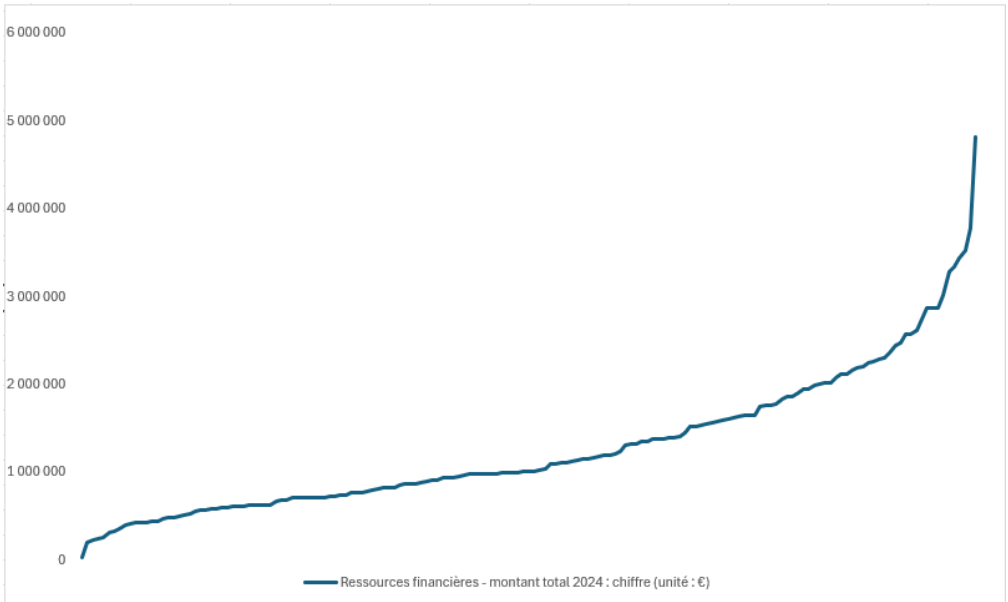
Source : enquête IGAS – en abscisse le nombre d'ETP, en ordonnée le budget (en €)

3.6.1 Des structures aux budgets contenus autour d'1 M d'€

[37] Les structures répondantes présentent un profil assez homogène, avec un budget moyen de 1,285 M€ et médian de 1,014 M€, comme illustré par la courbe ci-dessous, représentatif du profil général des CSAPA.

[38] La moitié des structures ont un budget compris entre 1 M€ d'€ et 1,6M d'€, soit un dimensionnement assez réduit.

Graphique 2 : Budget des CSAPA répondants

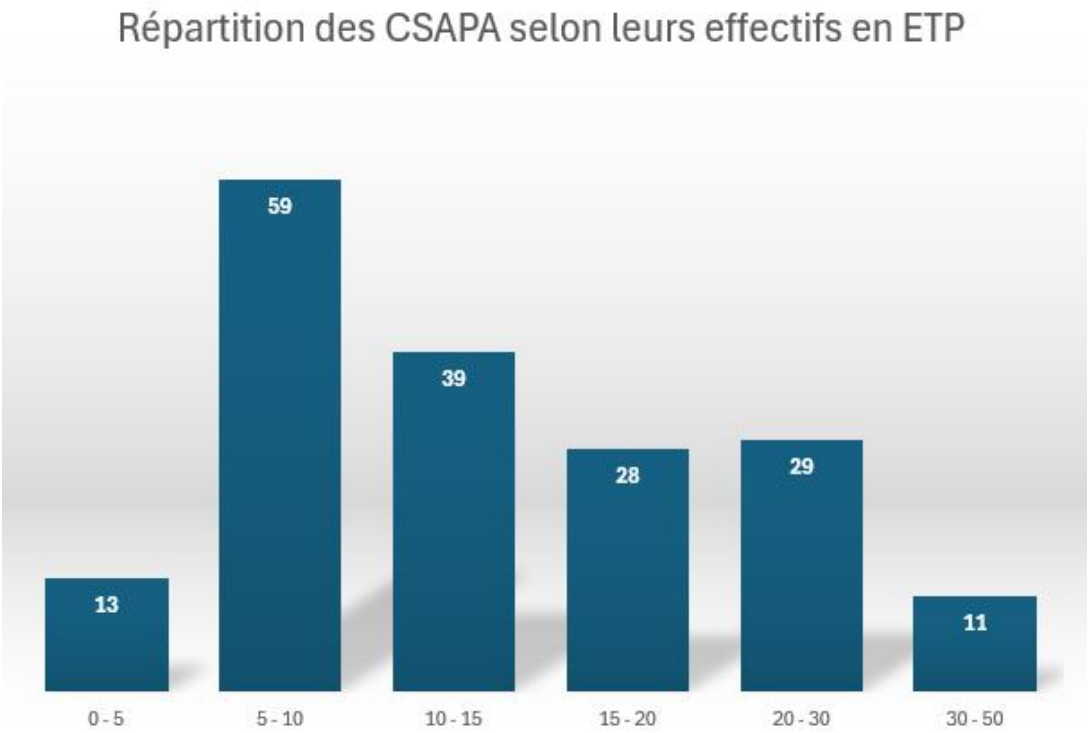


Source : IGAS – En abscisse, nombre de structures, en ordonnée budget (en €)

3.6.2 Une moyenne inférieure à 15 ETP par structure

[39] Les CSAPA déclarent un nombre de 14,6 ETP en moyenne et 12,4 ETP en médiane.

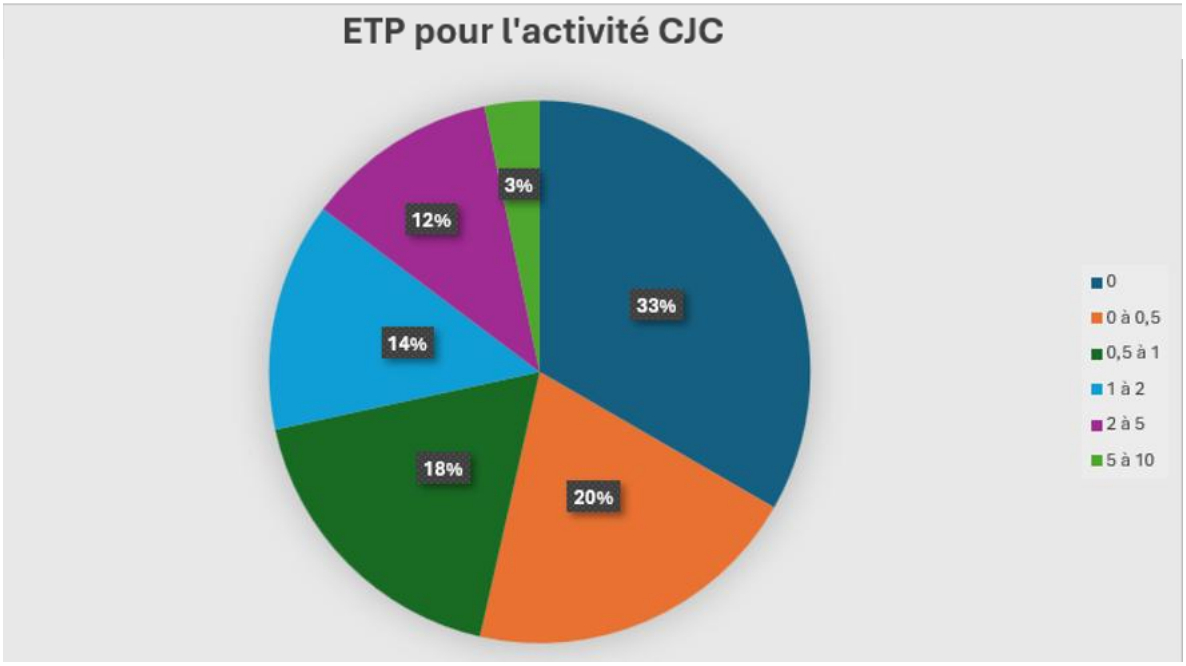
[40] Le groupe le plus important (59 répondants, soit 30 %) comprend entre 5 et 10 ETP. Seules 11 structures ont entre 30 et 50 ETP.



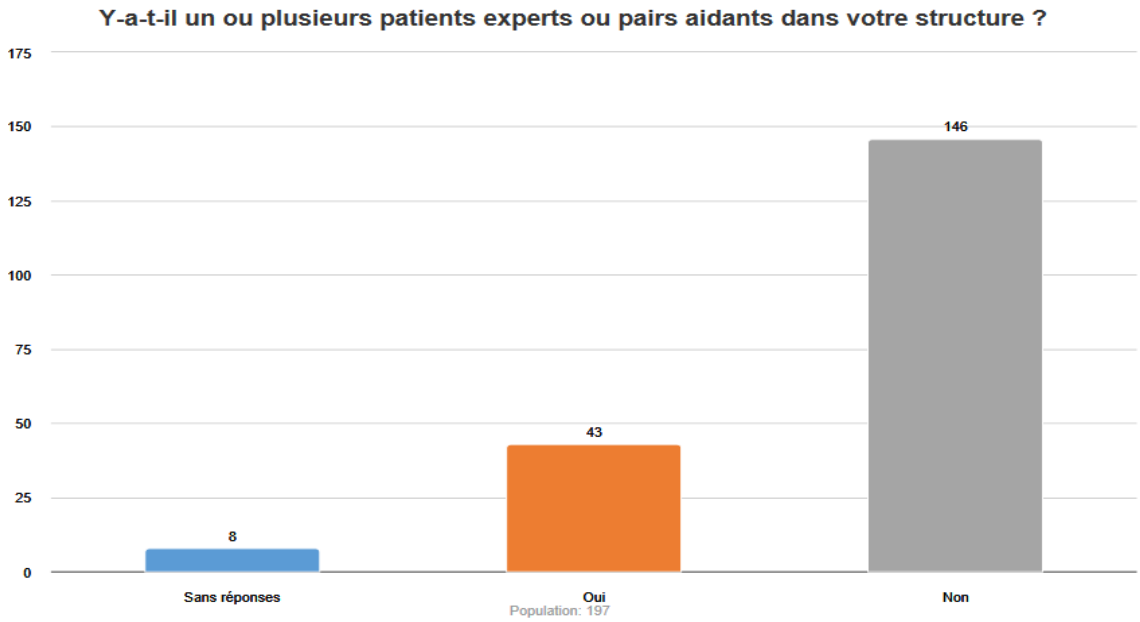
3.6.2.1 Dont 1,5 ETP en moyenne consacrés à la CJC

[41] Les 70 % de CSAPA ayant une CJC consacrent en moyenne 1,5 ETP à l'activité CJC (médiane de 0,97 ETP). Ils sont dans l'ensemble un peu mieux dotés en ETP, employant pour la majorité d'entre eux entre 9 et 20 ETP. Si un groupe de 15 % de CSAPA parvient à consacrer au moins 2 ETP à cette activité (entre 5 et 10 pour 3 %), la majorité (38 %) ne peut libérer que des temps inférieurs à 1 ETP.

Graphique 3 : Proportion d'établissement par nombre d'ETP consacrés à l'activité CJC



3.6.2.2 Une structure sur cinq dispose de patients-experts ou pairs-aidants



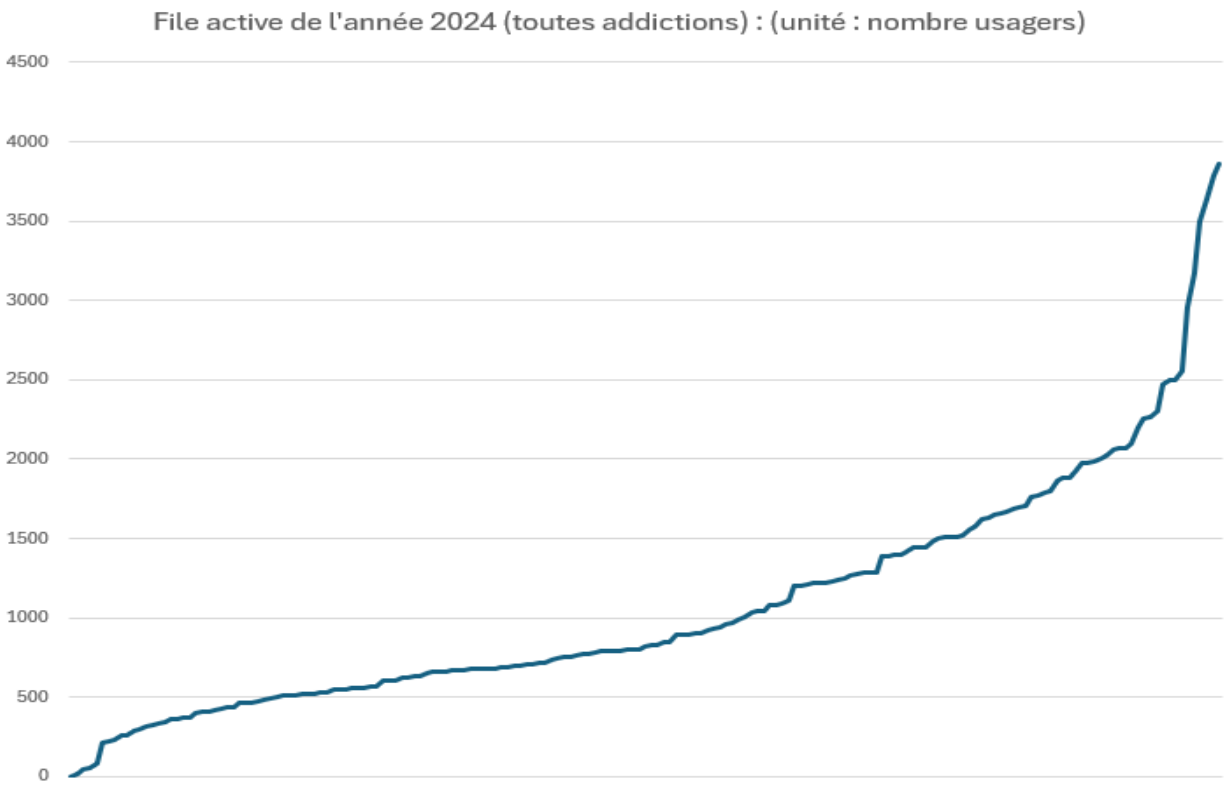
[42] 21,8 % des CSAPA déclarent la présence de patients-experts ou pairs-aidants, contre 74,1 % qui n'en accueillent pas (et 4,1 % de non réponses).

3.7 La file active de l'année 2024 est de 1077 usagers en moyenne par structure

[43] D'après les 186 réponses apportées, la file active moyenne[317] par CSAPA est de 1077 usagers, avec une médiane de 820. Un groupe de tête d'une dizaine d'établissements (dont plusieurs en milieu pénitentiaire) présente une file active très supérieure, de 2500 ou plus, tandis que les autres présentent un profil plutôt homogène autour de la médiane, avec 81 % des répondants recevant entre 500 et 1500 usagers par an, dont 56 % entre 500 et 1000.

[44] Comme demandé, les CSAPA ont indiqué le chiffre déjà renseigné par leurs soins dans leur rapport d'activité 2024. En comparaison avec la file d'attente globale (source : rapport OFDT 2024), ces données apparaissent cohérentes.

Graphique 4 : File active de l'année 2024 – toutes addictions

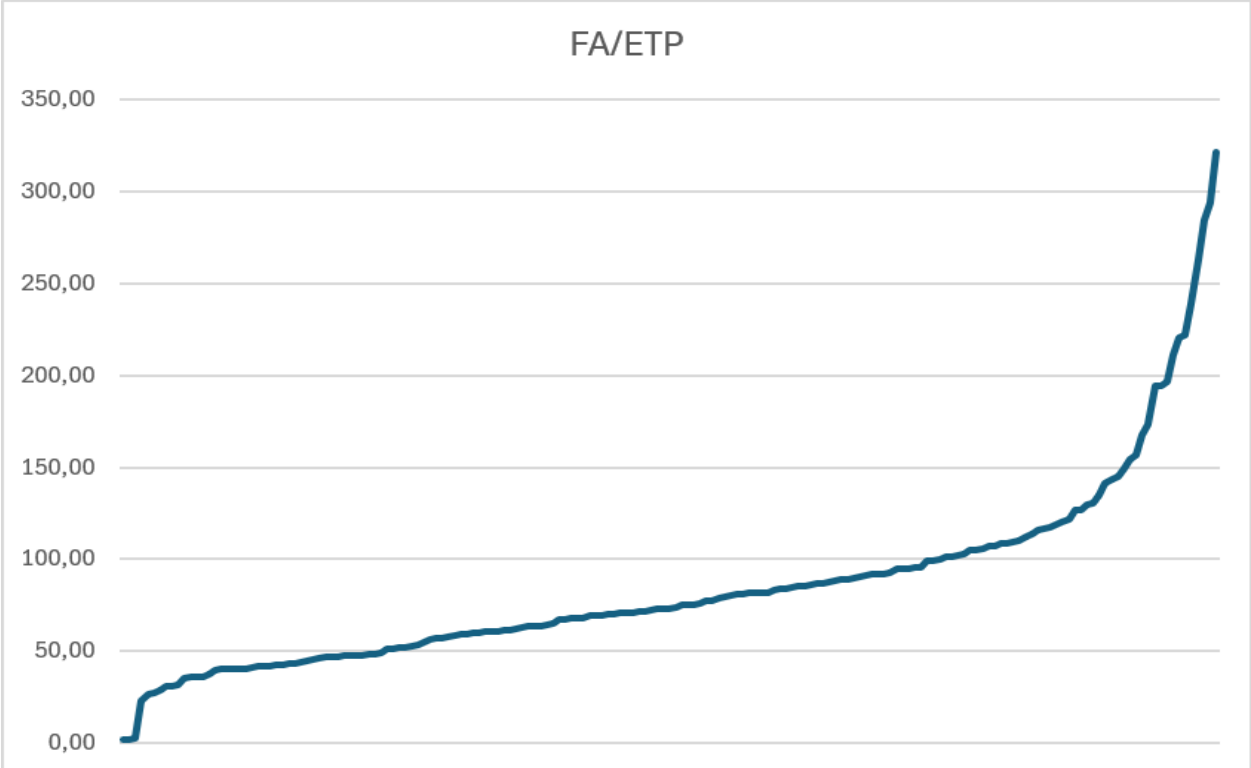


Source : IGAS – En abscisse, nombre de CSAPA répondants ; en ordonnée, nombre d'usagers.

[45] La file active, rapportée au nombre d'ETP déclarés par les répondants, fait apparaître une moyenne de 85 usagers par ETP par an, et une médiane de 73. La courbe obtenue fait aussi apparaître un groupe de 46 établissements (1/4 de l'échantillon) qui reçoit 100 à 321 usagers par ETP, avec un petit groupe de tête de 11 établissements pour lequel ce ratio se situe entre 194 et 321 usagers par ETP et par an (soit pour le « premier » un taux presque 4 fois supérieur à la moyenne). Ces fortes disparités tiennent certainement aux particularités et type d'accueil propres aux établissements du groupe de tête, ce que la mission n'a pu analyser dans le délai imparti.

[317] Calculée à partir des données des CSAPA répondants

Graphique 5 : File active rapportée aux ETP



Source : Source : IGAS – en abscisse, nombre d'ETP ; en ordonnée, nombre de bénéficiaires reçus

4 Face à l'augmentation des besoins, les CSAPA adaptent leurs modalités d'accueil et de prise en charge

[46] Les CSAPA ont répondu avec précision aux questions visant à apprécier la nature et l'évolution de la prise en charge, sur le plan quantitatif (en se fondant sur leurs estimations) et qualitatif (par des questions en champ libre). En particulier, il s'agissait de documenter le ressenti de besoins croissants de prises en charge face à des ressources contraintes, se traduisant notamment dans les délais d'accès.

[47] Les réponses apportées permettent d'établir en effet que ces délais sont importants : 38 jours en moyenne pour un premier rendez-vous, et 20 jours pour le deuxième. La perception de l'évolution de ces délais au cours des 12 derniers mois tend vers une augmentation contrôlée : les répondants estiment qu'ils sont restés stables, à quasi égalité avec ceux qui perçoivent qu'ils ont augmenté. Un taux d'absentéisme des usagers aux rendez-vous estimé à 25 % accentue les difficultés.

[48] Face à cette situation, les structures adaptent leurs dispositifs en particulier en modifiant le profil du professionnel assurant le premier rendez-vous, ou d'autres modalités, dont il a été donné de nombreux exemples.

[49] Par ailleurs, l'accueil n'est pas déterminé par la nature de l'addiction pour la majorité des répondants, même si des réponses différenciées et adaptées à la situation de l'usager sont apportées.

4.1 Des délais importants, notamment pour les usagers ne présentant pas de profil spécifique

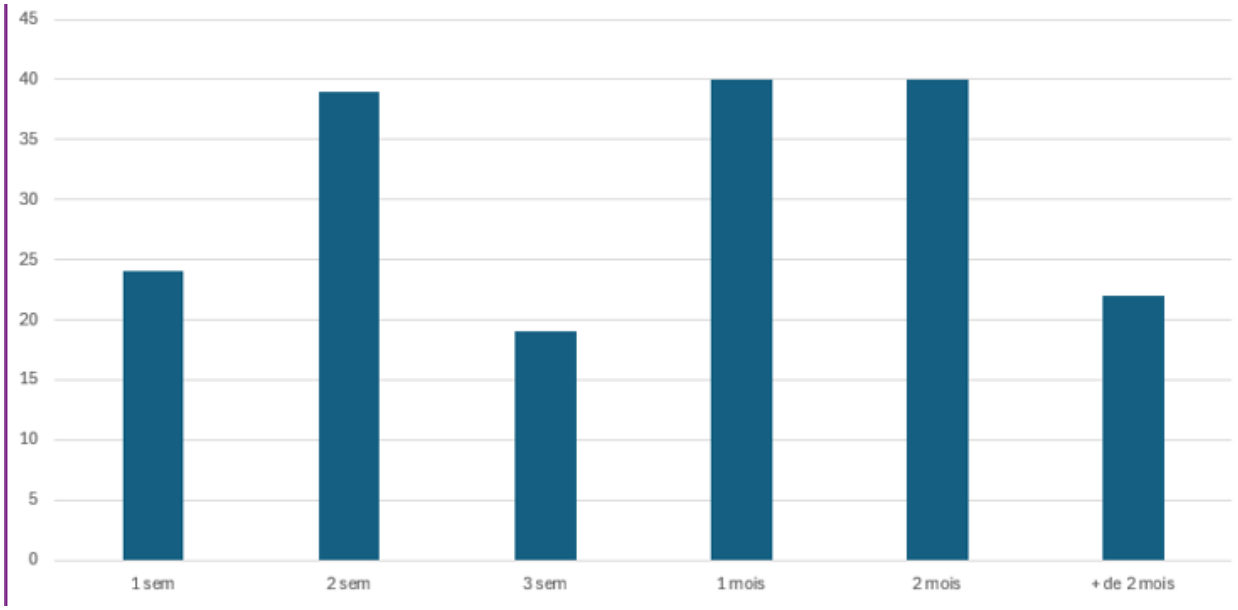
4.1.1 Un délai moyen entre la première prise de contact et le premier rendez-vous de 38 jours, qui semble augmenter

4.1.1.1 Un délai moyen de 38 jours pour le premier rendez-vous

[50] En moyenne globale, le délai constaté entre la première prise de contact et le premier rendez-vous dans la structure est de 38 jours, avec des réponses plutôt homogènes (la médiane est de 30 jours). Un tiers des répondants indique un délai inférieur ou égal à 15 jours. Cette moyenne globale inclut les réponses des CSAPA ayant une activité en milieu fermé.

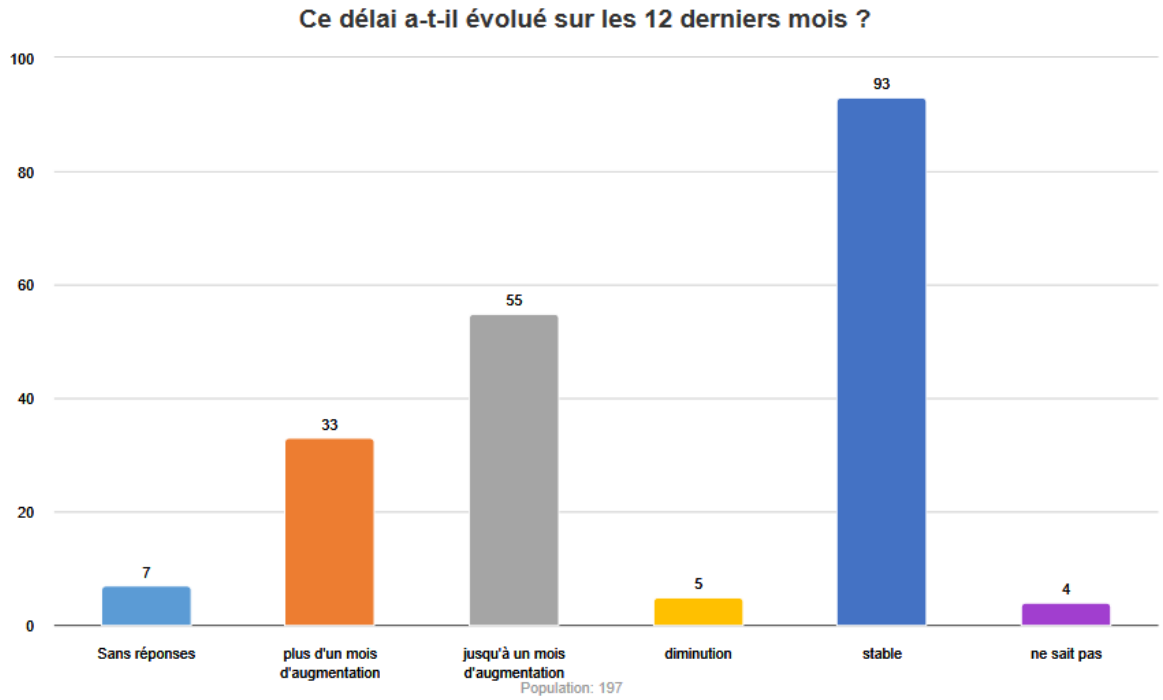
[51] Les réponses sont assez groupées, avec autant de structures (40) déclarant des délais de 2 semaines, d'1 mois ou de 2 mois. Au total, 2/3 des répondants déclarent des délais inférieurs ou égaux à 1 mois, et 1/3 des délais égaux ou supérieurs à 2 mois – soit des délais importants dans l'ensemble.

Graphique 6 : Délai moyen pour le 1er rendez-vous (nombre de répondants)



4.1.1.2 Des délais perçus à égalité comme stables, ou en hausse

[52] Tandis que 47 % des répondants estiment que cette situation est restée stable sur les 12 derniers mois, ils sont presque autant (45 %) à considérer que les délais ont augmenté d'au moins un mois (plus d'un mois pour 17 %).



4.1.1.3 Des délais impactés par certaines caractéristiques des CSAPA

[53] Les établissements qui parviennent à accorder un premier rendez-vous en moins de 15 jours, au nombre de 63 (un tiers de l'effectif), ne présentent pas de particularité en termes de structure juridique, et sont plutôt localisés en milieu urbain, dont grandes métropoles.

[54] Ils se distinguent en revanche par une file active légèrement inférieure (médiane de 700 au lieu de 820 pour l'ensemble, et moyenne de 960 au lieu de 1077 pour l'ensemble).

[55] Par ailleurs, il s'agit dans l'ensemble de structures de petite taille, employant moins de 10 ETP et dotées de budgets inférieurs à 1 M€.

[56] Pour ce groupe, les délais restent plutôt courts pour le 2ème rendez-vous : 50 répondants indiquent proposer un 2ème rendez-vous en moins de 25 jours (durée moyenne).

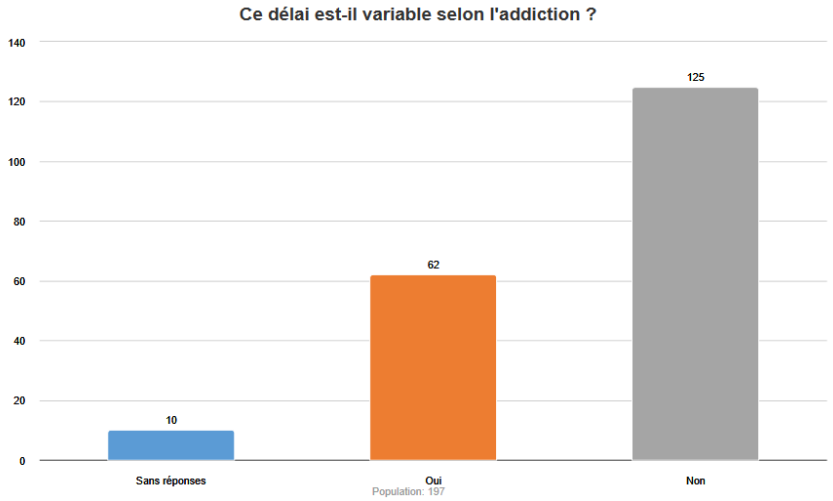
[57] Le taux d'absentéisme estimé des usagers aux rendez-vous est en moyenne et médiane le même que pour l'ensemble des répondants, soit identique à celui d'établissements où le délai est plus long. Dans la mesure où la longueur des délais pour l'obtention des rendez-vous est citée comme principal facteur d'absentéisme des usagers (voir infra), cette neutralité du taux d'absentéisme par rapport à la longueur effective des délais interroge. La mission n'a pu expertiser ce point dans les délais impartis, tout en notant que plusieurs interprétations sont possibles : les délais de moins de 10 jours restent trop longs ; ou les délais (notamment trop longs) ne seraient pas un facteur déterminant de l'absentéisme.

[58] Les CSAPA déclarant des temps d'attente très faibles (10 jours ou moins), au nombre de 24, présentent pour certains des profils particuliers (CSAPA spécialisés dans l'aller-vers, ou intervenant en milieu pénitentiaire) et pour les autres, des caractéristiques peu spécifiques par rapport à la moyenne. Quelques CSAPA citent des délais qui deviennent assez longs pour le 2ème rendez-vous : il pourrait dans ce cas y avoir un phénomène de report du délai entre le 1er et le 2ème rendez-vous.

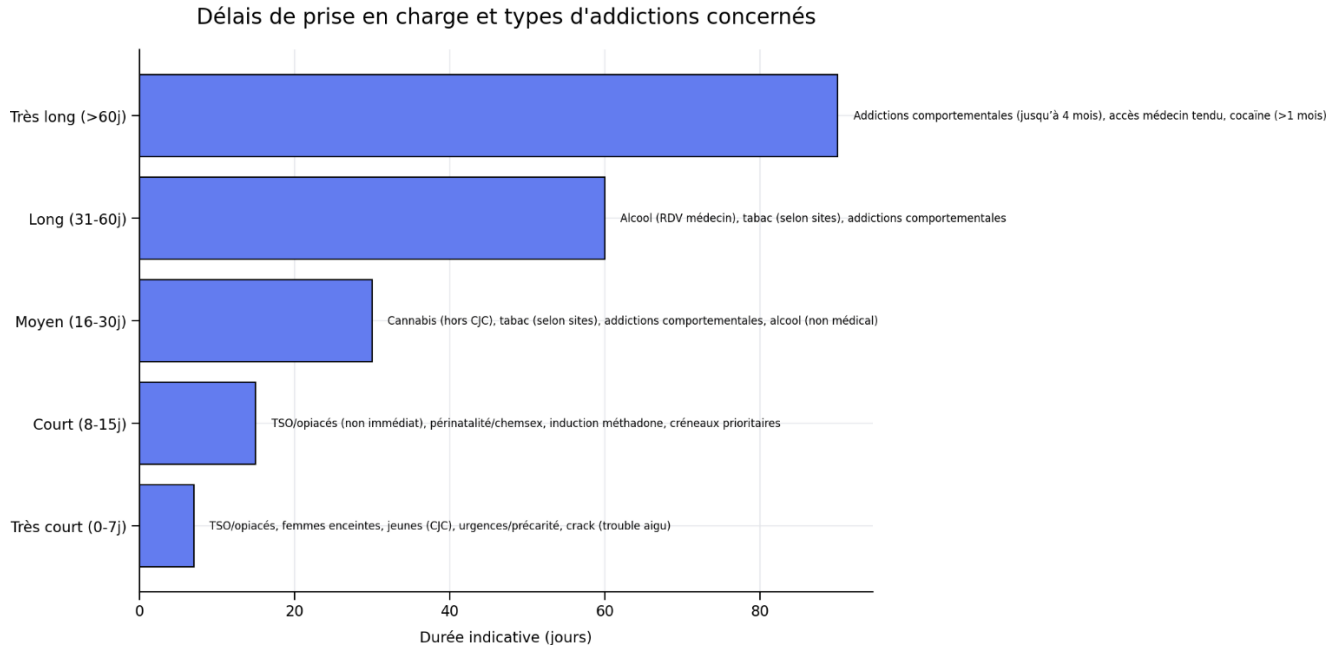
[59] A l'inverse, les établissements dont les délais de premier rendez-vous sont supérieurs à 50 jours, au nombre de 51, ne présentent pas de caractéristiques particulières : ils sont dans la moyenne des budgets, nombre d'ETP, et autres caractéristiques. Ils tendent à présenter des délais un peu supérieurs à la moyenne pour le 2ème rendez-vous, et présentent un taux d'absentéisme égal à la moyenne. Ceci s'ajoute au constat précédent, soit un effet finalement plus neutre du délai d'accès aux rendez-vous sur l'absentéisme (et inversement, un effet plus neutre de l'absentéisme sur les délais).

4.1.1.4 Des délais perçus comme plutôt indépendants de la nature de l'addiction

[60] La majorité des répondants (63,5 %) considère que ce délai n'est pas variable selon l'addiction.



[61] Les 31,5 % qui considèrent au contraire que ces délais sont variables décrivent des différences nettes : délais courts pour les TSO / opiacés et situations prioritaires ; moyens ou longs pour l'alcool, le tabac, les addictions comportementales.



[62] Lorsque le 1er RDV est non médical (IDE, psychologue, travailleur social), l'accès est plus rapide. Les RDV avec un médecin sont le principal goulot d'étranglement, avec des délais pouvant atteindre 2–3 mois (pouvant entraîner des suspensions de prise en charge à certaines périodes).

[63] Comme pour la question précédente, les structures soulignent que la priorité n'est pas donnée selon le produit, mais en fonction de la gravité, et de la vulnérabilité (jeunes, femmes enceintes, précarité, urgences). Ceci pourrait expliquer également que la majorité des répondants estiment qu'il n'y a pas de variabilité des délais d'accueil suivant le produit au sens où ce critère n'est pas utilisé pour prioriser les prises en charges.

4.1.2 Le délai moyen écoulé entre le 1er et 2ème rendez-vous avec un soignant est de 20 jours, en hausse modérée

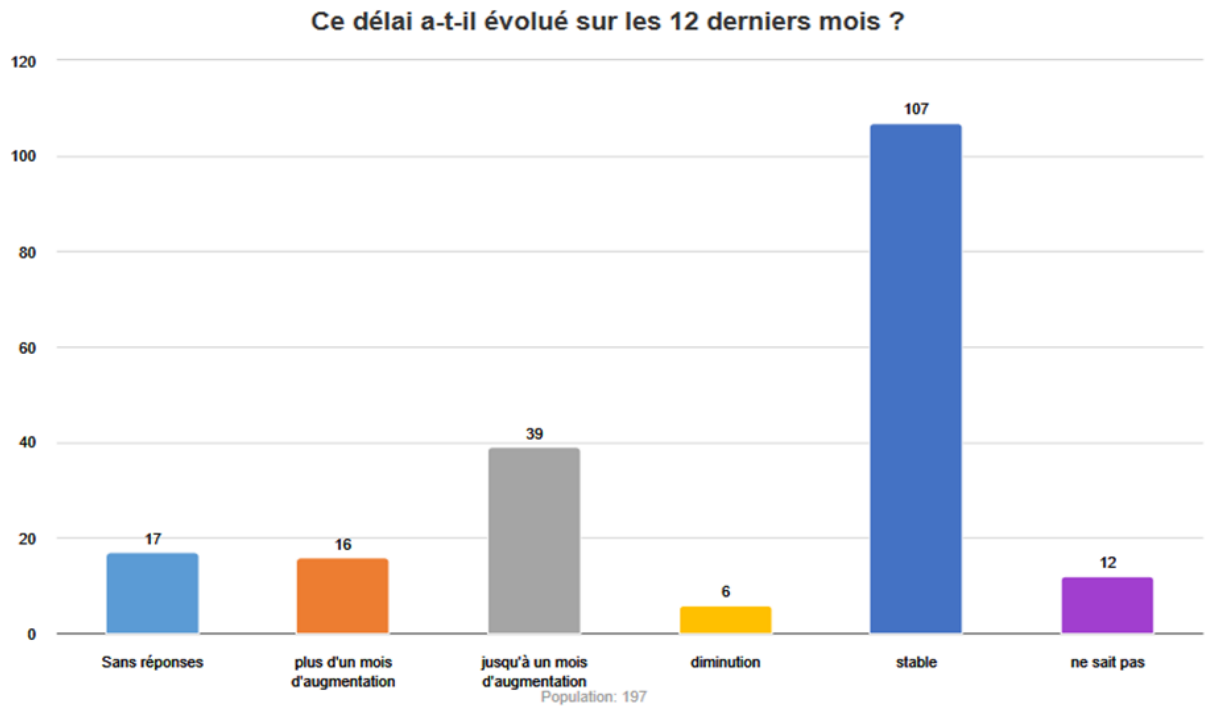
4.1.2.1 Un délai de 20 jours

[64] En moyenne globale, le délai constaté entre la première prise de contact et le premier rendez-vous dans la structure est de 20 jours, avec des réponses assez homogènes autour d'une médiane de 15 jours.

[65] Ce délai est dans l'ensemble deux fois plus court que celui indiqué pour la prise du premier rendez-vous (moyenne 38 jours), ce qui semble indiquer que le parcours devient plus fluide après la première consultation.

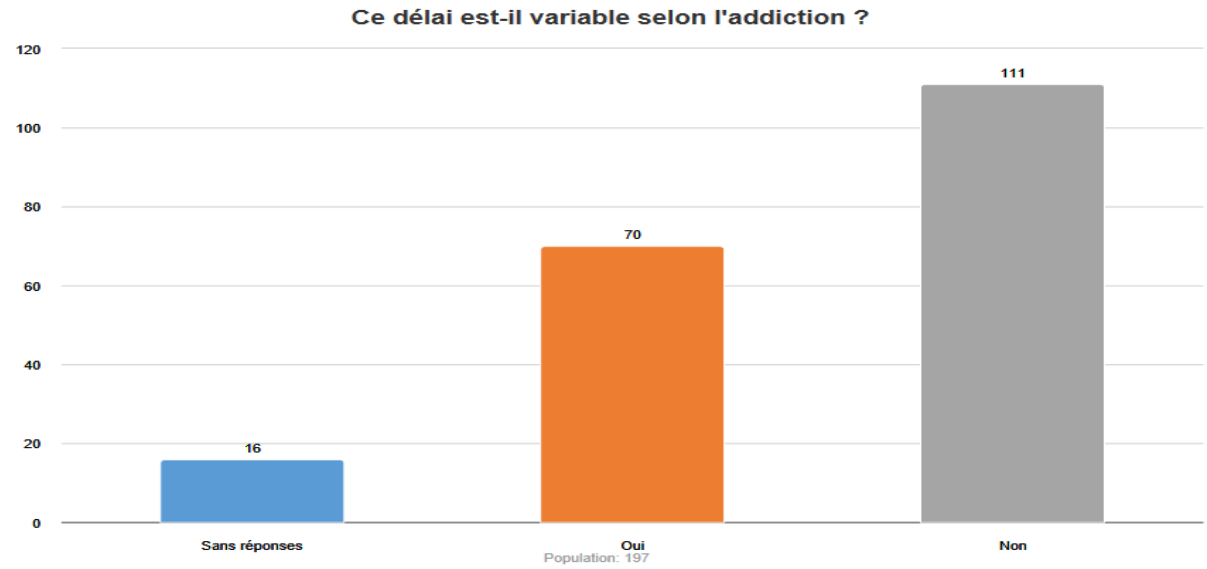
4.1.2.2 Un délai en hausse modérée

[66] Tandis que 54 % des répondants estiment que ce dernier est resté stable sur les 12 derniers mois, ils sont presque autant (55 %) à considérer qu'il a augmenté d'au moins un mois (plus d'un mois pour 16 %).



4.1.2.3 Plutôt indépendant de la nature de l'addiction

[67] Comme pour les délais pour la prise du 1er rendez-vous, le délai d'accès au 2ème rendez-vous est plutôt considéré comme indépendant de la nature de l'addiction (à 56 %).



[68] Plus d'un tiers (35,5 %) estime au contraire que le délai entre le premier et le second rendez-vous est variable, voire très variable, en fonction du type d'addiction et de la situation clinique. Les prises en charge nécessitant un traitement médical urgent (notamment les traitements de substitution aux opiacés et certains sevrages alcool) bénéficient de délais courts, souvent de l'ordre de quelques jours à deux semaines. À l'inverse, les addictions comportementales, à certains produits (cannabis, tabac) ou les prises en charge psychologiques présentent des délais nettement plus longs, pouvant atteindre plusieurs semaines voire plusieurs mois. La disponibilité médicale constitue le principal facteur de tension, accentuant les disparités territoriales. Ces remarques rejoignent largement celles concernant le 1er rendez-vous.

4.1.3 Le taux d'absentéisme au 1er rendez-vous est estimé à 25 %

[69] Les estimations du taux d'absentéisme au premier rendez-vous sont de 25 % en moyenne, avec des réponses dans l'ensemble homogènes (également réparties autour d'une médiane aussi à 25 %). Ces taux sont plus de deux fois supérieurs à ceux rapportés pour les consultations hospitalières[318], et pèsent sur l'organisation de l'accueil.

[70] Toutefois, ils s'expliquent par la spécificité de l'addiction, comme indiqué par les CSAPA, pour lesquels les principaux motifs d'absentéisme sont les contraintes logistiques (transport, travail), ainsi que la dynamique psychologique (ambivalence, impulsivité, peur du jugement, désorganisation) et fragilité motivationnelle propres à l'addiction. Les délais trop importants pour la prise en charge aggravent cette tendance, entraînant une perte rapide de motivation, et s'ajoutant aux oublis et difficultés de repérage dans le temps, liés à l'usage ou aux troubles cognitifs. Les personnes sous contrainte judiciaire sont particulièrement sujettes aux RDV non honorés, faute d'adhésion ou pour des raisons logistiques en détention. Enfin, la précarité sociale et les « empêchements du quotidien » majorent fortement la probabilité de non-venue.

[318] https://www.academie-medecine.fr/rendez-vous-non-honores-communique-commun-de-lacademie-nationale-de-medecine-et-du-conseil-national-de-lordre-des-medecins/

[71] Les 20 CSAPA déclarant des taux d'absentéisme les plus bas (inférieurs 10 %) apparaissent relativement bien dotés en ETP et en budget, avec des files actives nettement inférieures à la moyenne (781 à rapporter à 1077) et une médiane encore plus basse de 608 (au lieu de 820). Ils présentent dans l'ensemble des délais d'accès inférieurs à la moyenne, au premier rendez-vous (en moins de 20 jours) comme au 2ème rendez-vous (en moins de 15 jours).

[72] Les établissements à faible absentéisme compensent ces risques par des pratiques très accessibles et souples (sans RDV, 7j/7, aller-vers) – voir aussi 3.2.2.

*

* *

Au total, s'agissant des délais de prise en charge, l'enquête confirme les constats de la mission lors de ses investigations de terrain : ces délais sont importants, plutôt perçus comme en augmentation.

Ainsi, hors situation particulière, traitée suivant des modalités spécifiques, les estimations des CSAPA indiquent qu'un usager doit attendre en moyenne 58 jours avant de rencontrer un soignant (délai des 38 jours entre la prise de contact et le premier RV, puis délai de 20 jours pour le RV avec un soignant).

Un taux d'absentéisme des usagers élevé et homogène de 25 % s'ajoute aux difficultés.

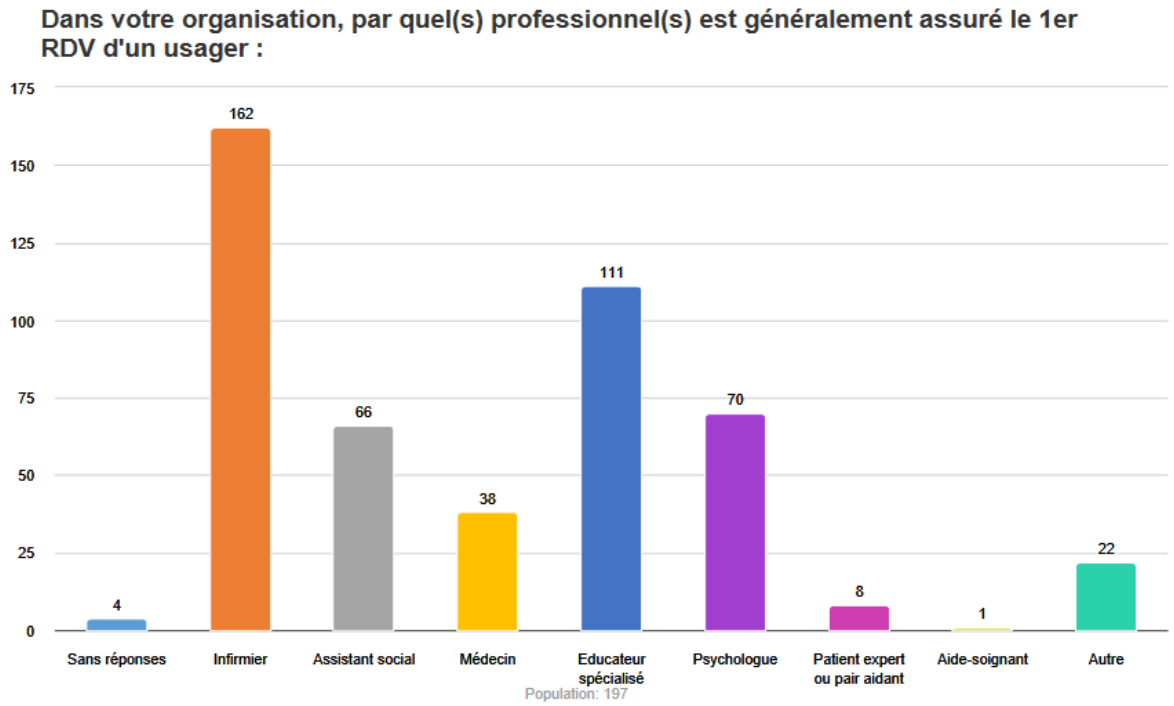
4.2 Face à cette situation, les CSAPA adaptent leurs modalités d'accueil

4.2.1 Le 1er RDV d'un usager est le plus souvent assuré par une infirmière ou éducateur spécialisé

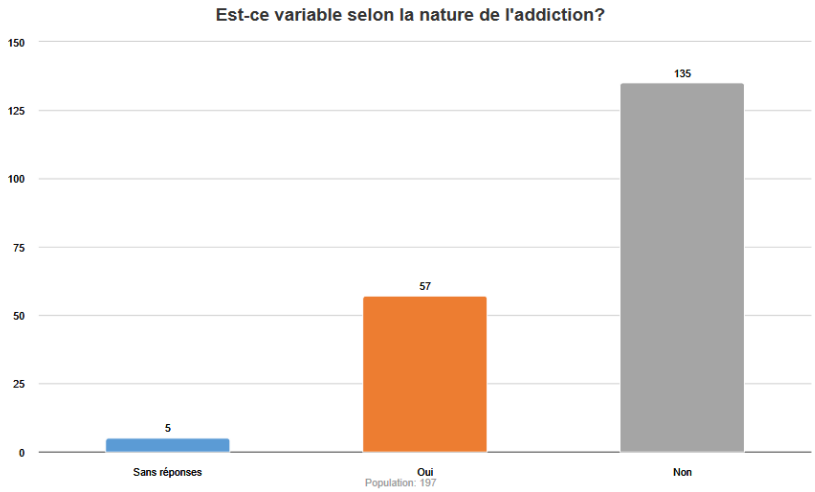
[73] D'après les réponses apportées[319], l'accueil en premier rendez-vous est assuré en premier lieu par une infirmière (33 %), puis par un éducateur spécialisé (23 %), avec en deuxième rang à quasi égalité les psychologues (14 %) et assistants sociaux (15 %), les médecins pour 8 %, et les patients-experts et aides-soignants plus rarement. Parmi les autres professionnels mobilisés sont cités : des professionnels médicaux (interne en médecine ou psychiatrie, sage-femme addictologue, infirmière en pratique avancée - IPA, psychiatre), paramédicaux (infirmier, diététicienne), psychologues, travailleurs sociaux (assistants sociaux, conseillers en économie sociale et familiale - CESF, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs), ainsi que d'autres intervenants tels que médiateurs, animateurs et secrétaires médicales.

[74] Cet accueil par un professionnel non-médical, mais spécialisé dans la première prise en charge, permet d'assurer une orientation pertinente (voir infra), en réservant à certaines situations ou en reportant (dans la majorité des cas) au 2ème rendez-vous le recours à la ressource médicale, devenue plus rare.

[319] Choix multiple possible



4.2.2 L'accueil n'est pas déterminé par la nature de l'addiction, mais peut être différencié suivant la situation

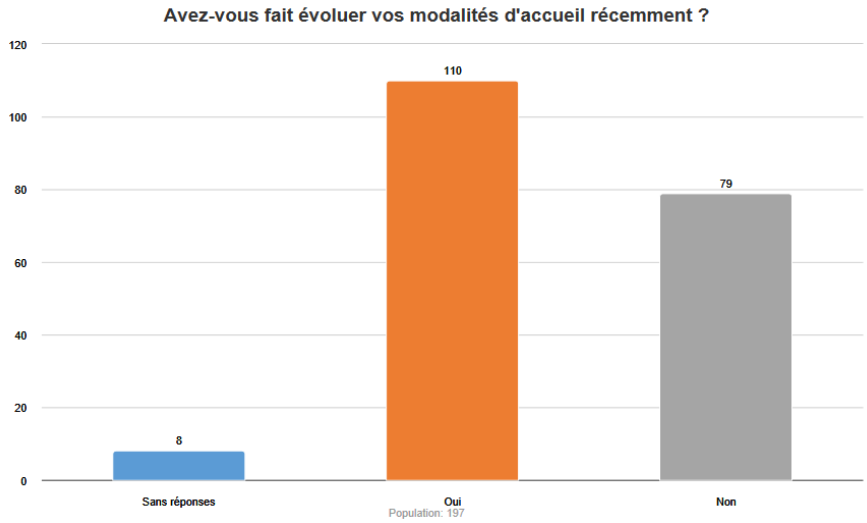


[75] Tandis que 68,5 % des répondants indiquent que l'accueil n'est pas variable selon la nature de l'addiction, 29 % témoignent d'un accueil différencié.

[76] Ces derniers précisent que l'orientation du premier rendez-vous varie selon la nature de l'addiction, l'urgence médicale ou sociale, l'âge, et la présence de filières spécialisées. Trois modèles coexistent : une orientation spécialisée par filière (TSO, tabacologie, CJC) ; un accueil généraliste avec réorientation après évaluation ; des binômes mobilisés pour les situations complexes ou spécifiques (addictions comportementales, obligations de soins). Certaines situations déclenchent une évaluation renforcée dès le premier RDV (comorbidités psychiatriques/somatiques sévères, grande précarité ou adressage CAARUD, grossesse).

4.2.3 Les modalités d'accueil continuent d'évoluer pour faire face à la demande

Plus de la moitié des répondants (56 %) indique avoir fait évoluer leurs modalités d'accueil récemment.



[77] Parmi les explications avancées, figurent la nécessité de faire face à l'allongement de délais de prise en charge et à la transformation des demandes, l'objectif de réduction de l'absentéisme, la recherche d'efficience et d'homogénéisation des pratiques et le renforcement de la réduction des risques.

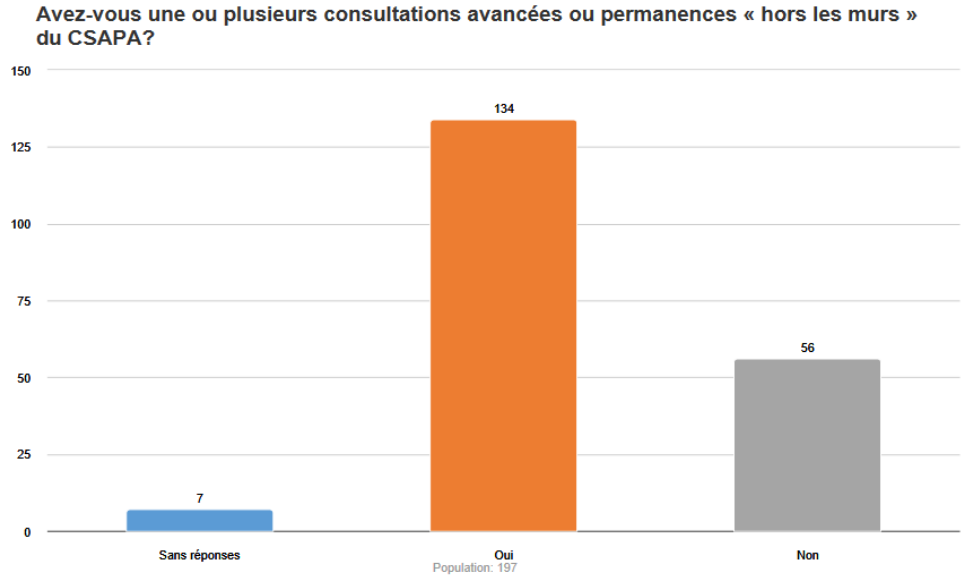
[78] Les CSAPA ont mobilisé plusieurs leviers :

- accès accéléré / sans rendez-vous pour évaluer immédiatement le niveau de priorité et éviter la perte de contact : permanences sans RDV, 1er accueil court et rapide ;
- professionnalisation du primo-accueil pour un triage et une orientation plus pertinents, et un gain de temps médical, avec différentes configurations par les IDE, parfois par tous les professionnels (IDE, psychologues, travailleurs sociaux) ou via des binômes (IDE/TS, social/psychologue); positionnement d'internes/docteurs juniors sur les premiers accueils, transfert des appels "complexes" vers un professionnel disponible ; révision des protocoles d'accueil et grilles d'entretien revues ;
- organisation pluridisciplinaire renforcée pour améliorer la cohérence et l'adéquation des parcours : commissions d'accueil/admission pluridisciplinaires, rendez-vous initiaux rapprochés, synthèse à 6 mois, révision annuelle dans certains dispositifs ;
- réduction de l'absentéisme et meilleure gestion des agendas : appels ou SMS avant le 1er RDV, Doctolib pour la prise de RDV et rappels, pratique prudente du surbooking, appel une semaine avant pour confirmer/avancer les RDV et libérer des créneaux ;
- groupes d'accueil et prises en charge collectives pour absorber la demande, clarifier les attentes, favoriser l'appartenance et limiter l'isolement : groupes d'accueil pour le premier RDV, ateliers d'information RDRD, "accueils café", programmes collectifs dédiés aux obligations de soins (cycles structurés de 5–8 séances) ; groupes ouverts en attente de prise en charge (parole, RDRD, marche…) ;
- priorisation et filières dédiées, pour une réponse rapide aux situations critiques, et la prévention des ruptures de soins : des créneaux prioritaires sont réservés aux prescriptions de TSO (pour lesquels les délais sont réduits à 1 ou 2 semaines), femmes enceintes, mineurs/jeunes, sortants de prison, situations de précarité) ;

- aller-vers, proximité, accessibilité pour capter les publics éloignés et lever les freins pratiques : équipes mobiles, consultations avancées (en centre d'hébergement et de réinsertion sociale - CHRS, Maison des adolescents - MDA), aménagement des locaux (PMR), téléconsultation, traduction/support multilingue (plaquettes en 6 langues) ;
- qualité, outillage et triage pour une meilleure lisibilité et traçabilité, et adéquation ressources/besoins : mise à jour du cadre général, parcours patient, fiches pour évaluer la demande ou complexité de la situation, fiche pour orientation neuropsychologue, mise en place d'un référent institutionnel "fil rouge" du premier accueil au plan de soins ;
- régulation de la file d'attente face aux contraintes : optimisation active de la file d'attente ; recours parfois à la suspension/arrêt temporaire des nouvelles admissions ou de certaines filières (antennes, obligations de soins) pour stabiliser la file active en cas de saturation ; recentrage sur les publics prioritaires en cas de sous-effectif ;
- redéploiement des ressources humaines pour assurer la continuité de service : recrutements (souvent IDE, en cohérence avec la consolidation du rôle des infirmiers), temps partagés avec l'ELSA.

4.2.4 Un recours croissant aux consultations avancées ou permanences « hors les murs », y compris pour les CJC

4.2.4.1 Une grande majorité de CSAPA (68 %) ont une consultation avancée ou permanence « hors les murs ».



[79] Ces dispositifs se déploient dans une diversité de lieux, ce qui permet de toucher des publics spécifiques ou éloignés dans un environnement de proximité : CHRS, CMP, MDS/CCAS, maisons de santé, dispositifs jeunesse (MDA, établissements scolaires, universités), ainsi que centres de santé sexuelle, CEGIDD, structures AHI, et établissements pénitentiaires.

[80] Les modalités d'intervention sont flexibles : antennes fixes ouvertes plusieurs jours par semaine, permanences à rythme hebdomadaire, bimensuel ou mensuel, équipes mobiles et, plus ponctuellement, unités mobiles. Le rythme hebdomadaire reste la pratique dominante.

[81] Les équipes mobilisées sont majoritairement pluridisciplinaires, réunissant infirmiers, psychologues, médecins et éducateurs spécialisés, parfois complétées par des assistants sociaux, CESF, IPA, sage-femmes ou médiateurs en santé. Elles interviennent auprès des publics variés : personnes en précarité ou hébergées en AHI, jeunes en milieu scolaire ou universitaire, personnes détenues, femmes

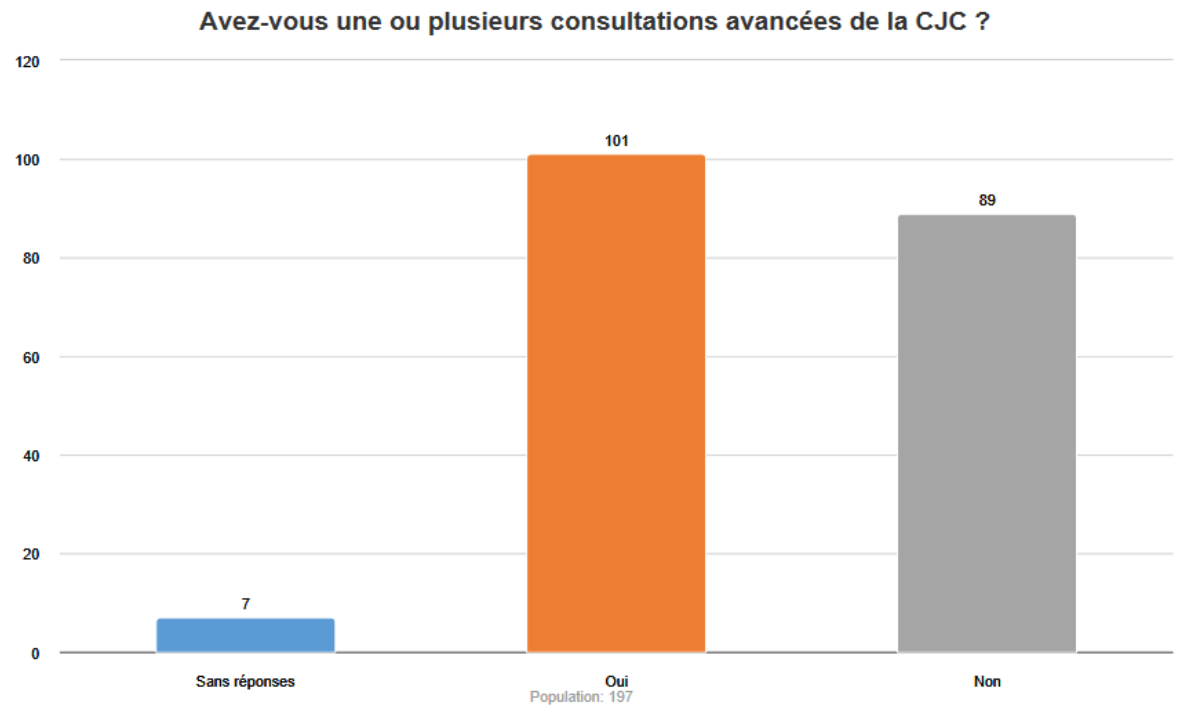
enceintes, travailleurs du sexe, personnes concernées par le chemsex, ainsi que populations rurales, en zones blanches ou en quartiers prioritaires.

[82] Ces consultations avancées permettent de réaliser certaines interventions spécialisées, notamment des consultations de tabacologie, la réalisation de TROD ou fibroscans, l'accompagnement post-carcéral ou la prévention scolaire.

[83] Leur action s'appuie sur des partenariats avec les hôpitaux (CH/CHU, ELSA), les collectivités locales, les associations AHI, les missions locales, l'Etablissement public pour insertion dans l'Emploi - EPIDE, la PJJ, les centres de santé et les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic - CEGIDD. Quelques limitations sont signalées : manque de locaux, interventions ponctuelles faute de moyens. Plusieurs projets de renforcement ou de développement de ces consultations sont annoncés pour 2025–2026.

[84] Dans l'ensemble, les tendances observées traduisent un renforcement des binômes pluridisciplinaires dans les structures d'hébergement, un développement des dispositifs mobiles et une intégration croissante de l'offre « addictions » dans des lieux de droit commun tels que les centres de santé, MSP, universités ou structures d'insertion.

4.2.4.2 Plus de la moitié (51 %) des répondants déclarent une ou plusieurs consultations avancées de la CJC.



[85] Les CJC avancées sont implantées surtout en établissements scolaires, MDA et Missions Locales, un peu moins fréquemment (via des extensions) dans le supérieur, la justice des mineurs et le médico-social.

[86] Les fréquences vont de l'hebdomadaire (le plus courant) au mensuel, souvent ajustées à la demande.

[87] Les équipes pluridisciplinaires (IDE, psychologues, éducateurs) s'organisent en binômes selon les lieux, avec appui médical selon le besoin.

[88] Les CSAPA soulignent l'intérêt de ce type de dispositif pour développer le maillage territorial, dont l'agilité permet de s'adapter aux demandes (créneaux flexibles, projets ponctuels sur quelques mois). Une bonne pratique signalée est le triptyque prévention-consultation-étayage qui permet de

pérenniser une réponse à partir des cas de demande ponctuelle d'intervention urgente, souvent suscitée par un incident (notamment en milieu scolaire).

[89] Ainsi, ils cherchent à développer l'aller-vers (camion mobile, maraudes, tournée rurale), ainsi que les coopérations (EN, MDA, PJJ, hôpitaux), lorsque des financements ARS sont mobilisables. Quelques nouveaux projets sont signalés pour 2026 (ruralité, foyers ASE, PJJ).

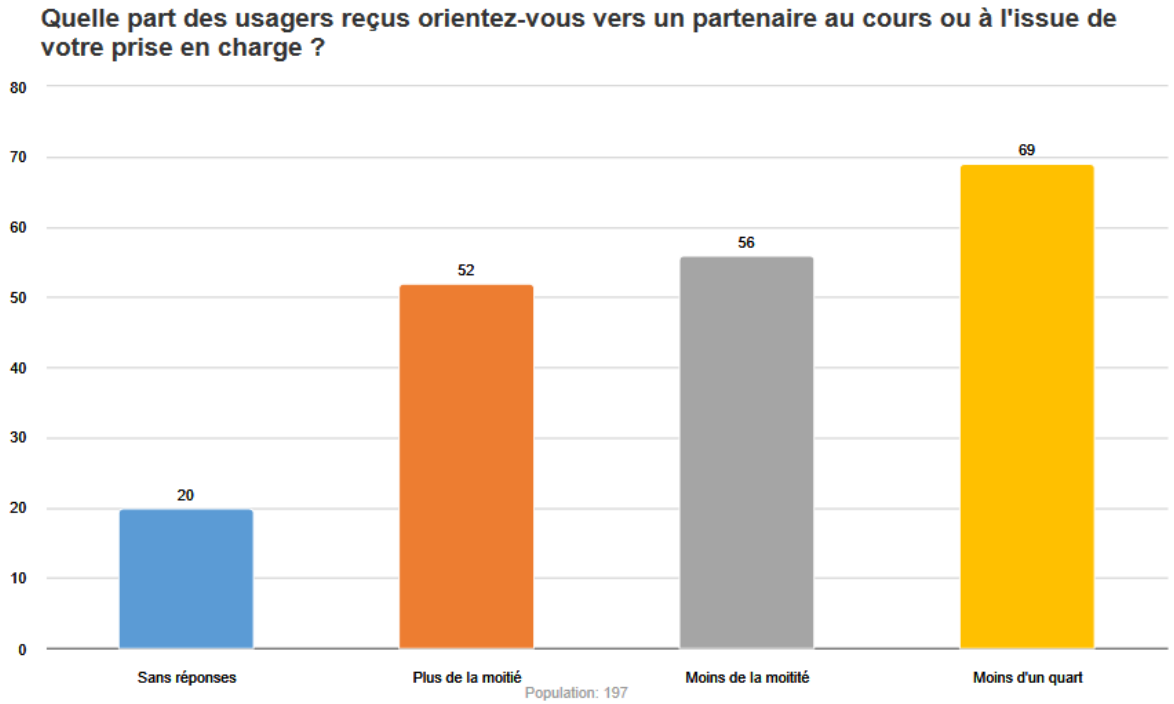
[90] Les limites majeures signalées sont la difficulté à répondre à une demande scolaire structurellement élevée, le besoin de ressources humaines pour les zones à forte file active et pour les interventions en milieu rural, et la précarité des financements.

5 Des partenariats indispensables au bon déroulement des parcours, mobilisés autant que possible

[91] Cette section interroge la capacité des CSAPA et de leurs partenaires à assurer aux usagers des parcours répondant à leurs besoins.

5.1 La majorité des usagers restent suivis par le CSAPA de premier accueil

[92] La majorité des usagers reçus restent suivis dans le CSAPA qui leur a réservé le premier accueil : seul un quart des CSAPA (26 %) indique orienter plus de la moitié des personnes reçues.



Données

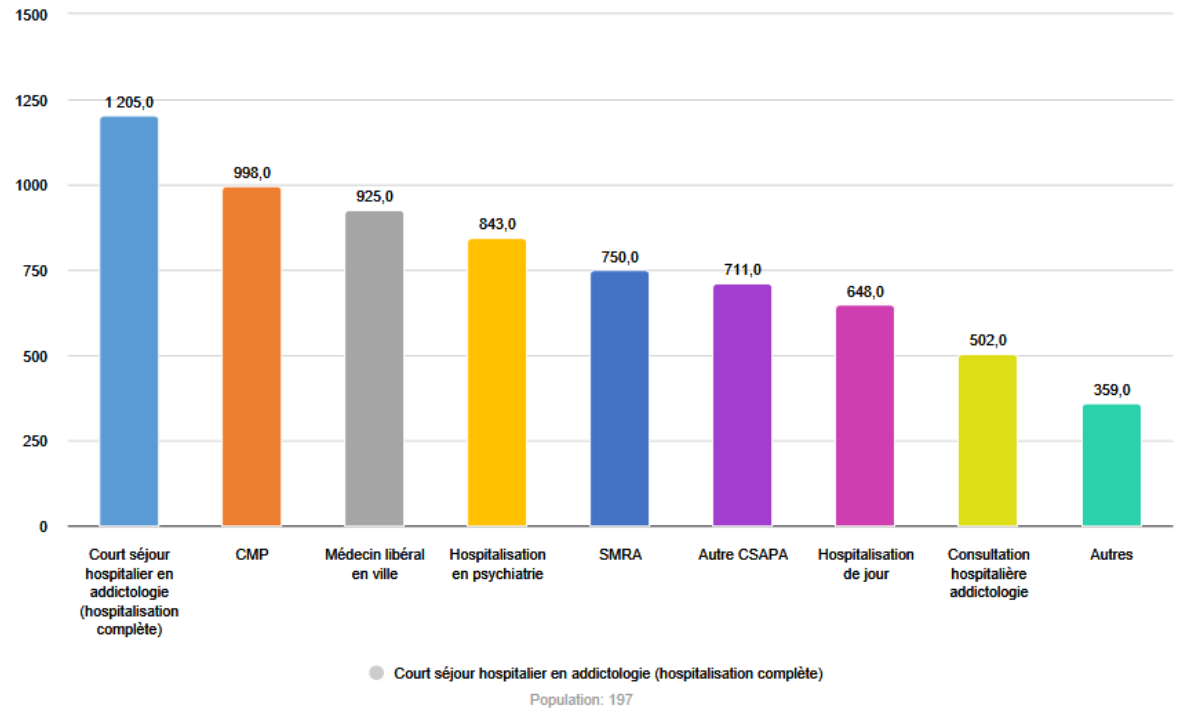
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	20	10,2 %
Plus de la moitié	52	26,4 %
Moins de la moitité	56	28,4 %
Moins d'un quart	69	35 %

Réponses : 197

5.2 Des orientations diversifiées, plus fréquentes en séjour hospitalier

Les principales structures de prises en charge vers lesquelles sont orientés les usagers sont en premier lieu les courts séjours hospitaliers en addictologie, puis par ordre décroissant mais restant dans des fréquences assez proches : les centres médico-psychologiques (CMP), le médecin de ville et les hospitalisations en psychiatrie.

Graphique



Données

Libellés	
Court séjour hospitalier en addictologie (hospitalisation complète)	1205
CMP	998
Médecin libéral en ville	925
Hospitalisation en psychiatrie	843
SMRA	750
Autre CSAPA	711
Hospitalisation de jour	648
Consultation hospitalière addictologie	502
Autres	359

Réponses : 197

SMRA : Services médicaux de réadaptation en addictologie

5.2.1 Des exemples nombreux de bonnes pratiques mises en œuvre en matière d'orientation

[93] Les CSAPA remontent de nombreuses initiatives et bonnes pratiques pour assurer au mieux l'orientation.

[94] La co-construction de l'orientation avec l'usager, fondée sur la recherche du consentement et l'adhésion aux projets proposés. Cette logique participative s'appuie sur des décisions partagées en équipe pluridisciplinaire ou en groupes référents, souvent en présence de l'usager, ainsi que sur une traçabilité formalisée via des courriers ou fiches de liaison validés par les personnes concernées. Ces pratiques renforcent l'appropriation des parcours, la personnalisation des orientations et limitent les risques de rupture.

- L'accueil initial fait l'objet d'une attention particulière, avec une **évaluation biopsychosociale structurée** dès le premier contact, reposant sur des outils de repérage adaptés.
- Les structures indiquent développer par ailleurs des **parcours gradués et lisibles**, articulant ambulatoire, hospitalisation de sevrage, post-sevrage et retour en CSAPA, en coordination par exemple avec les services médicaux de réadaptation en addictologie (SMRA), avec des alternatives modulées selon l'intensité nécessaire (HDJ, ambulatoire renforcé). Les relais de traitements de substitution sont assurés vers la médecine de ville dès stabilisation, et une attention particulière est portée à la préparation des sorties (hospitalisation, détention, résidentiel), garantissant la continuité et la sécurisation des transitions.
- L'accompagnement personnalisé constitue un autre axe important : appels téléphoniques réalisés en présence de l'usager, accompagnements physiques au premier rendez-vous, visites de pré-admission ou encore prise directe de rendez-vous par la structure d'accueil. Les contacts directs entre médecins ou référents favorisent une fluidité accrue entre acteurs et réduisent les décrochages lors des passages d'un dispositif à l'autre.
- Les équipes s'appuient également sur une **formalisation légère mais structurante**, incluant fiches de liaison, notes sociales, dossiers d'admission complets, référentiels de partenaires, livrets d'accueil, contrats de soin ou encore protocoles ville-hôpital et conventions inter-structures. Ces outils homogénéisent les pratiques accélèrent les transmissions.
- La coordination territoriale est jugée d'autant plus importante que les parcours mobilisent des partenaires multiples : psychiatrie, médecine de ville, ELSA, SMR/SSR, CAARUD, SPIP, structures AHI, CeGIDD, CPTS ou dispositifs d'appui à la coordination - DAC. Elle se décline via des réunions régulières (réunions de concertation pluridisciplinaires - RCP, synthèses, cellules cas complexes, inter-CSAPA) et une interconnaissance active (portes ouvertes, formations croisées, consultations avancées ou temps partagés). Cet écosystème partagé facilite les orientations, permet d'harmoniser les pratiques et de renforcer les compétences croisées. Il permet notamment de faciliter le recours aux dispositifs répondant à des **besoins spécifiques** : accompagnement des sortants de prison, prise en charge du chemsex, des joueurs pathologiques, des personnes avec TDAH ou non francophones, ou encore l'intégration de l'accès au logement dans les parcours.
- La **continuité du suivi** est assurée, pour les répondants, par des transmissions régulières et formalisées, incluant l'information systématique du médecin traitant (avec l'accord du patient), un suivi actif durant les hospitalisations et une replanification systématique des consultations à la sortie. Ces pratiques visent à limiter les ruptures et contribuent à de meilleurs résultats cliniques.

5.2.2 Exemples de bonnes pratiques mises en œuvre en matière de coordination partenariale

[95] S'agissant de coordination partenariale, de nombreux exemples de bonnes pratiques sont proposés.

- Une coordination active entre les acteurs médico-sociaux, sanitaires et de la ville, reposant sur des dispositifs formalisés (conventions ou chartes de fonctionnement), ainsi que sur des réunions régulières, allant des concertations mensuelles aux revues annuelles dans le cadre des réseaux territoriaux (CPTS, DAC, conseils locaux de santé mentale - CLSM, projets territoriaux de santé mentale - PTSM, groupements hospitaliers de territoire - GHT, etc.).
- Le pilotage des parcours, assuré par différents professionnels – infirmiers, infirmiers en pratique avancée, coordonnateurs de parcours ou éducateurs spécialisés – selon une logique de *case management*. L'identification d'un référent clairement désigné et la traçabilité des orientations permettent de sécuriser l'accompagnement et d'en assurer la continuité.
- Des concertations pluri-partenariales sur les situations les plus complexes, menées avec l'accord de l'usager et le plus souvent en sa présence. Cette démarche favorise une compréhension partagée des problématiques et un ajustement collectif des réponses.
- Une articulation étroite avec les services de psychiatrie et les hôpitaux, notamment les CMP, les équipes ELSA, les SMRA ou encore les services d'hépato-gastroentérologie, de maternité et les filières territoriales
- L'ouverture « hors les murs » via des équipes mobiles, des consultations avancées ou croisées, et des interventions dans divers lieux de vie ou de prise en charge : structures d'hébergement, établissements pénitentiaires, CHRS ou EHPAD.
- Les liens avec la médecine de ville sont également structurants, qu'il s'agisse des médecins généralistes, des pharmaciens — notamment pour l'initiation et le suivi des traitements de substitution aux opiacés — ainsi que les CPTS, infirmiers libéraux (dont ASALEE).
- Le travail de proximité avec les acteurs de la justice est également cité.
- Acculturation et interconnaissance sont entretenues par différents outils : intervisions, stages et immersions, formations croisées, groupes d'échanges de pratiques ou encore staffs cliniques partagés.
- Enfin, la prévention et la réduction des risques s'inscrivent dans une logique de réseau, à travers la co-animation ou la planification d'actions communes (par exemple lors des Semaines d'information sur la Santé mentale ou du *Dry January*) et le partage d'outils pratiques tels que les fiches de liaison ou les chartes de partage de données.

Les facteurs clé de réussite qui se distinguent sont une formalisation claire (conventions, chartes, protocoles, incluant consentement et confidentialité) ; le rythme régulier de rencontres entre instances identifiées ; l'existence d'un référent identifié et d'une traçabilité (fiches/courriers/tableaux) ; l'acculturation continue entre secteurs (santé mentale, soin somatique, social, justice, éducation) ; des accès facilités (hors les murs, mobile, consultations croisées, guichets uniques) ; l'implication des usagers (consentement, co-présence, co-construction) et le partage d'outils cliniques et logistiques (fibroscan, lettres de liaison, circuits de médicament).

5.3 Les spécificités de l'articulation avec les acteurs du soin de 1er recours

[96] Les CSAPA ont partagé leur expérience de l'articulation avec les acteurs du soin de premier recours (médecine de ville, pharmaciens, autres professionnels de santé) s'agissant à la fois des principales difficultés pouvant impacter les parcours, de l'outillage mis en place pour étayer cette articulation, et des autres bonnes pratiques proposées, avec un point particulier sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Certains commentaires portent également sur l'articulation avec les acteurs du médico-social, de la justice, du logement, ou de l'éducation nationale.

5.3.1 Principales difficultés pouvant impacter les parcours

[97] Les CSAPA font face à plusieurs obstacles récurrents dans leur articulation avec le premier recours, en premier lieu la pénurie de médecins généralistes et la faible disponibilité psychiatrique. Le manque de médecins traitants disposés à assurer les relais de TSO, conjugué aux délais très longs pour accéder à un psychiatre, limite fortement les relais en ville et conduit à un engorgement des files actives. Dans de nombreux territoires, la diminution du temps médical disponible en médecine générale, au sein des CSAPA ou dans les ELSA aggrave encore ces tensions.

[98] Pour les CSAPA interrogés, les difficultés tiennent également à un manque de formation et à des représentations persistantes autour des addictions dans le premier recours. Les pratiques restent hétérogènes, parfois centrées sur l'abstinence ou marquées par des erreurs de prescriptions. Certains médecins, infirmiers libéraux ou pharmacies refusent d'assurer les TSO ou certains actes, ce qui freine la continuité des parcours. Par ailleurs, les outils de coordination sont limités et les CPTS peu mobilisées, générant des retours d'information irréguliers et des orientations tardives.

[99] L'accès à la psychiatrie et aux soins spécialisés constitue un autre point de blocage majeur : comorbidités non stabilisées, hospitalisations difficiles à obtenir, critères d'accès restrictifs, et délais très longs pour les sevrages, sevrage et post-sevrage (dont SMRA). Ces contraintes reportent sur les CSAPA une charge pour laquelle ils ne sont pas toujours dotés, avec un risque d'aggravation clinique et d'interruptions de soins.

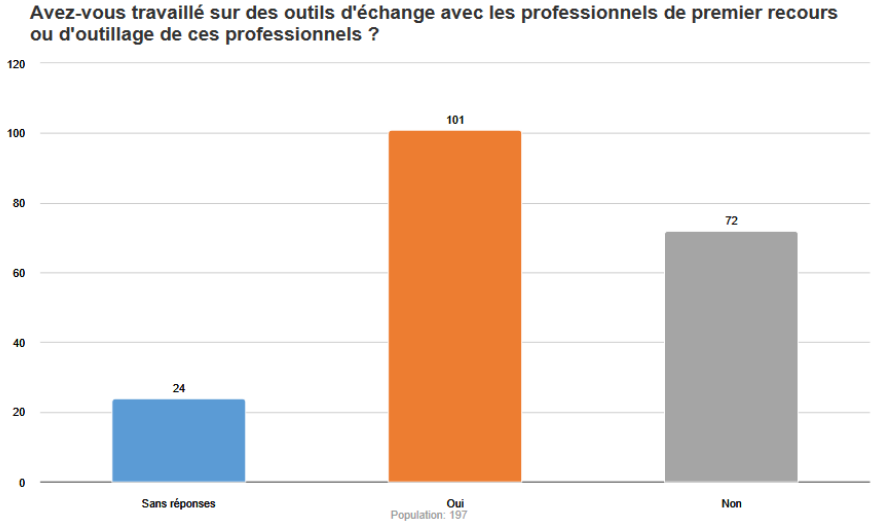
[100] Les dimensions sociales jouent également un rôle important. La précarité, l'absence de droits, le manque d'hébergement adapté et les difficultés de mobilité éloignent durablement du soin et retardent l'entrée dans les parcours. Les tensions sont accentuées dans les territoires ruraux mal desservis.

[101] Enfin, les commentaires rappellent que l'organisation des parcours est par essence difficile, caractérisée par des fluctuations d'adhésion (retards, abstention, ruptures de contact), rechutes post-sevrage. Elle est encore fragilisée par la hausse des files actives et par les difficultés de recrutement, notamment médical, qui contribuent à une gestion sous tension permanente, limitant les capacités d'anticipation et de suivi.

Ainsi, se cumulent des tensions systémiques (désertification médicale, saturation de la psychiatrie, manque d'ELSA) qui créent un goulot d'étranglement, occasionnant un report sur les CSAPA ; des barrières d'accès multiples et cumulatives (administratives, géographiques pour les populations plus rurales, sociales pour les publics précaires, cliniques) ; l'inadéquation de l'offre aux besoins (manque de recours en ville pour la prescription de TSO au long cours, peu d'offres adaptées à la dualité addiction/psychiatrie, critères restrictifs pour l'accès au sevrage ou post cure) et le besoin d'interfaces : gestion de crise, équipes mobiles, dispositifs passerelles (rétablissement/logement), outillage des médecins généralistes (appui rapide), rappels RDV.

5.3.2 Outillage et échanges avec les professionnels de premier recours

[102] Une courte majorité (51 %) de répondants travaille avec les professionnels du premier recours autour d'outils spécifiques ou d'échange, ce qui n'est pas la pratique de 36 % des CSAPA.



[103] Les pratiques rapportées sont de divers types, complémentaires et montrent un engagement pro-actif des CSAPA pour l'élaboration d'outils concrets, répondant à la demande des professionnels.

- Les plus fréquentes sont les outils formalisés et simples d'information, de liaison et d'orientation, pour lesquels il existe une forte demande, tels les fiches de liaison (orientation vers/depuis les médecins traitants, CMP, services hospitaliers, PASS, pénitentiaire, CAARUD, etc.), les fiches d'admission, de premier entretien, fiches de demande d'orientation ; les dossiers de liaison ; les plaquettes et supports de communication.
- De nombreux CSAPA réalisent des formations socles (repérage précoce intervention brève - RPIB, RDRD, tabacologie, entretien motivationnel) et sessions de sensibilisation ou d'information auprès de professionnels de tous horizons (santé, médico-social, Éducation nationale). Ils réalisent également des sessions de formation sur des thématiques spécifiques (cannabinoïdes de synthèse, protoxyde d'azote, prescription de TSO…) auprès des professionnels des structures d'exercice collectifs, des CMP ou encore des services hospitaliers.
- En sus des courriers de liaison adressés systématiquement aux médecins traitants, les CSAPA communiquent avec les autres professionnels de santé par messagerie sécurisée, téléphone pour avis immédiat ou téléexpertise. Certains CSAPA notent que l'échange oral est particulièrement efficace dans la pratique, notamment compte tenu de la disponibilité limitée des professionnels de premier recours,
- Les protocoles partagés (par ex : sur le sevrage ambulatoire entre médecin traitant et IDE, sur la prescription de buprénorphine ou de méthadone) ou la formalisation de parcours coordonnés apparaissent comme particulièrement utiles pour garantir la continuité du parcours et le partage d'informations, en particulier en cas de troubles psychiatriques ou de grande précarité.
- Enfin, tous ces outils s'appuient sur la participation des CSAPA aux dispositifs de coordination territoriale déjà évoqués à plusieurs reprises, qu'il s'agisse de CPTS, CLS, CLSM, PTSM, DAC et projets de coordination, Réseaux addiction régionaux ou groupes de travail inter-CSAPA.

5.3.3 Autres exemples de bonnes pratiques mises en place

[104] Les retours des CSAPA mettent en évidence en premier lieu un travail actif de renforcement du partenariat territorial et de la coordination interprofessionnelle. Cela concerne le 1er recours à l'hôpital, via des partenariats structurés avec les urgences, et la mise en place de filières d'accès direct post-hospitalisation. Est également mise en avant la communication active avec les médecins généralistes, les micro-structures, et l'appui direct aux prescripteurs de TSO, ainsi qu'avec les structures sociales (hébergement/logement, violences intrafamiliales), dispositifs santé-justice (TRAMPOLINE).

[105] Des actions de communication relaient ces efforts notamment en matière de prévention et de déstigmatisation par des interventions lors d'événements publics, tandis que la formations des professionnels contribue à la montée en compétence de l'environnement du premier recours.

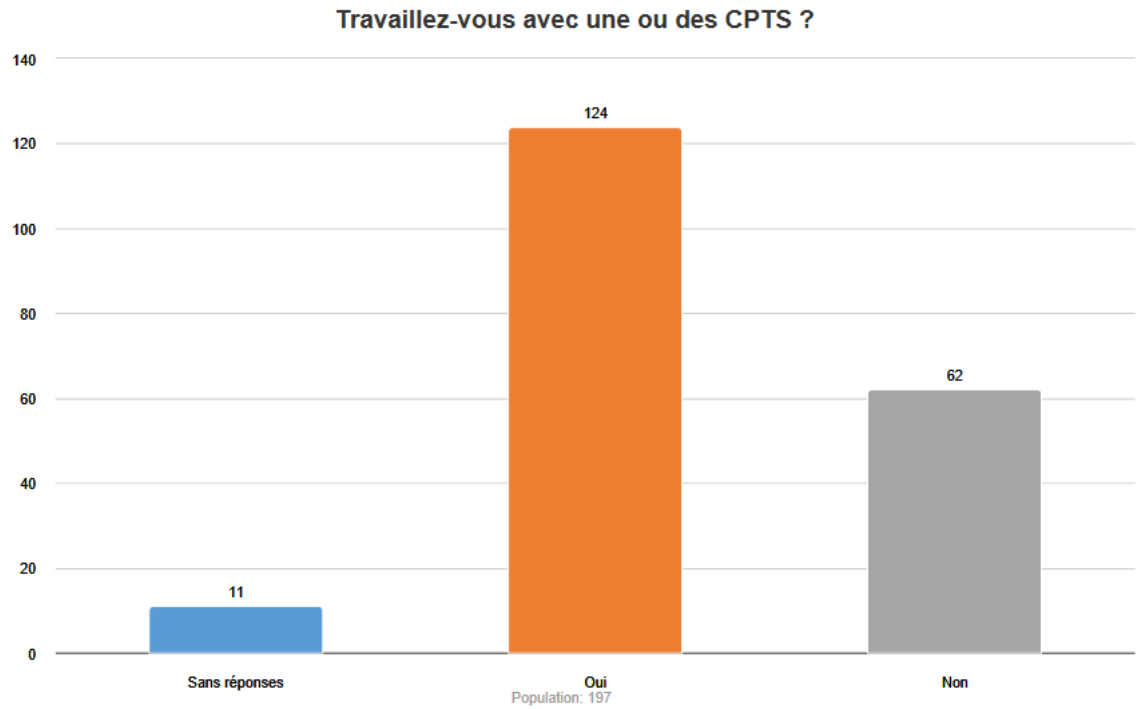
[106] Parallèlement, les CSAPA déploient des modalités d'accès plus souples et diversifiées pour améliorer l'accessibilité aux publics les plus éloignés : « aller-vers », dispositifs bas seuil, équipes mobiles, consultations dans des lieux de vie ou recours à la téléconsultation.

[107] La place croissante accordée à la pair-aidance constitue une autre évolution importante. Les CSAPA soutiennent la formation, l'intégration et parfois la professionnalisation de pairs-aidants, tout en renforçant l'implication des usagers et de leurs proches dans l'élaboration ou l'évaluation des pratiques.

[108] Enfin, la professionnalisation des structures se confirme à travers une montée en qualité : démarches de certification, outils d'évaluation, réorganisations internes et usages accrus du numérique visent à améliorer l'efficience et la lisibilité de l'offre. Ensemble, ces tendances témoignent d'un secteur en transformation, plus ouvert, plus coordonné et plus à l'écoute des besoins des usagers et des territoires.

5.3.4 Le travail avec les CPTS est un levier pour la majorité des CSAPA

[109] Près des deux tiers (63 %) des CSAPA déclarent travailler avec une ou plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).



[110] La collaboration CSAPA–CPTS est répandue mais hétérogène. De nombreux exemples ont été cités, qui montrent une grande diversité d'interactions entre CSAPA et CPTS, allant d'une collaboration formalisée et régulière à des contacts ponctuels ou limités.

[111] Les formes de collaboration les plus fréquentes sont les formations et sensibilisations des professionnels de ville ; la présentation du CSAPA, et des outils d'aide aux parcours (fiches de liaison) ; les actions de prévention (villages santé, journées thématiques, Mois sans Tabac ; stands d'information lors d'évènements CPTS, ateliers). Le travail coordonné autour des parcours patients est moins fréquent, mais sont bien cités : la demande d'appui pour l'accès à un médecin traitant ; la construction de parcours d'addictologie partagés ; et certaines réunions de coordination régulières.

[112] Les CSAPA sont souvent sollicités comme experts, mais leur participation à des parcours réellement coordonnés reste inégale. Les obstacles principaux tiennent à la faible mobilisation de la médecine libérale et à la priorisation insuffisante de l'addictologie dans certaines CPTS.

[113] Cependant, là où des dynamiques existent, elles produisent des actions structurées, une meilleure compréhension mutuelle, des parcours patients plus fluides, notamment autour du repérage, de l'accès aux soins et de la coordination, ainsi qu'en attestent les nombreux exemples cités.

5.4 L'articulation avec les autres structures médico-sociales

5.4.1 Principales difficultés pouvant impacter les parcours

[114] La principale difficulté citée (pour 18 % des réponses) est celle de la charge, et des délais dans l'orientation des publics. La coordination et la coopération avec les partenaires su territoire sont généralement présentées comme des ressources importantes pour la recherche de solutions, mais parfois difficile en raison du turn-over.

[115] L'orientation difficile vers les CAARUD est citée en premier lieu (22 % des réponses), du fait d'une saturation des structures, d'un manque de permanences, ou encore de « zones blanches » sur certains territoires. Avec les autres CSAPA, sont également évoquées les problèmes de charge et de délais, ainsi que certaines pratiques qui peuvent freiner l'orientation, comme la spécialisation par produits ou les filtres à l'entrée. L 'accès aux professionnels de la « 2ème ligne » (médecins, IDE) pose également problème ainsi que les tensions sur les solutions d'hébergement, qu'il s'agisse de CHRS, LHSS ou ACT (10 % des répondants). A noter que 15 % des répondants mentionnent explicitement ne pas rencontrer de difficultés.

[116] Dans leurs réponses, les CSAPA identifient des situations et facteurs aggravants, comme les contraintes et inégalités territoriales (distance, ruralité peu desservie et offre saturée dans les métropoles). Ces difficultés concernent notamment des publics spécifiques et vulnérables : populations migrantes (barrière de la langue, statut administratif, OQTF), les sortants de détention (capacités limitées pour assurer un rendez-vous dès la libération), les mineurs, ou encore les personnes concernées par la polyconsommation ou les nouvelles consommations.

[117] Les répondants citent enfin certaines difficultés relatives à l'organisation : l'hétérogénéité des pratiques (par exemple sur l'accueil inconditionnel où le positionnement de la réduction des risques et du soin), et le manque d'outils partagés : protocoles (par exemple sur la polyconsommation), messagerie sécurisée, visibilité des places et des délais.

[118] Ces difficultés impactent les parcours à divers niveaux. L'allongement des délais entre l'identification du besoin et l'accès effectif aux soins est cause de perte d'engagement pouvant mener à la rupture de suivi.

[119] Le risque de rupture de parcours est par ailleurs aggravé dans les cas où l'orientation s'avère impossible (structures saturées, spécialisations restrictives, ressources médicales insuffisantes, relais TSO indisponible), notamment chez les publics en grande précarité et présentant des comorbidités psychiatriques.

[120] La difficulté d'accès aux dispositifs médico-sociaux (CHRS, LHSS, ACT) aggrave la vulnérabilités (logement, droits, sécurité) et donc le risque de rupture, sur fonds d'inégalités territoriales.

5.5 Exemples de bonnes pratiques mises en place pour assurer les parcours

[121] Les répondants ont proposé un retour riche, présentant des exemples qui convergent autour de plusieurs lignes de force, présentées ci-dessous.

[122] Quelques structures s'interrogent sur la qualification de « bonne pratique » s'agissant d'actions relevant plutôt d'après elles de mesures de « compensation d'un état dégradé ».

5.5.1 La « ritualisation » de la coordination autour de calendriers fixes, inscrite dans des conventions et protocoles, avec l'écosystème local

[123] Il s'agit d'une pratique majoritaire, reposant sur une variété de dispositifs : réunions inter-structures ritualisées à échéances fixes mais variables (mensuelles/bimestrielles/trimestrielles) ; réunions de concertation pluri-disciplinaires ou de synthèses inter-équipes, à la fois pour la gestion des situations complexes et pour les échanges de pratiques ; participation aux instances territoriales CLS/CLSM, PTSM, réseaux régionaux des associations, comités de pilotage.

[124] La coordination implique l'écosystème local au sens large : hospitalier (ELSA, HDJ addictologie, SMR, médecine addictologie, CMP/psychiatrie, équipes mobiles psy/EMPP) ; la ville (médecins généralistes, pharmaciens) ; la justice, avec des groupes de prévention et relais pénitentiaires ; les acteurs de la jeunesse (MDA, Missions locales, Education nationale) ; les associations de lutte contre le VIH.

[125] Ces coordinations s'appuient dans certains cas sur des conventions de partenariat et des chartes inter-CSAPA, et permettent de produire des protocoles thématiques sur un certain nombre de sujets, répondant au besoin d'outillage des professionnels et d'harmonisation et donc lisibilité des pratiques : naloxone, relais « dedans-dehors », parcours post-incarcération, partage d'information sur les situations particulières, via documents d'autorisation spécifiques.

[126] Les répondants soulignent l'utilité d'identifier des pilotes territoriaux reconnus (ARS, UR Fédération Addiction, GHT/établissements pivots) et des temps dédiés à la coordination.

5.5.2 La proximité des équipes et la mutualisation

[127] La mutualisation des locaux et les permanences croisées facilitent cette proximité, également avérée lorsque plusieurs structures cohabitent dans un même ensemble, comme c'est le cas pour certains CSAPA et CAARUD. Le partage de numéros directs entre référents est également utile.

[128] Cette mutualisation s'étend aux actions d'aller-vers et dispositifs mobiles, réalisés en commun, permettant dans certains cas la co-construction du parcours, de la prévention au soin (par exemple en milieu festif).

[129] Certains CSAPA mutualisent également des équipements spécialisés (Fibroscan, TROD), voire la gestion et distribution de matériel de RDR.

5.5.3 L'élaboration conjointe des parcours

[130] La pratique des fiches de liaison, fiches « parcours inter-structures » est fréquemment citée.

[131] Certains CSAPA prennent contact directement avec leurs partenaires (CAARUD notamment) avant toute orientation, s'entendent sur des relais progressifs et la transmission d'informations nécessaires. Cela permet par exemple l'initialisation de TSO en CAARUD, avec relais prévu en CSAPA.

5.5.4 L'accompagnement personnalisé et par les pairs

[132] Facilité par la proximité géographique, un accompagnement physique au premier RV peut être assuré si nécessaire. Il est souvent assuré par les pair-aidants, qui jouent un rôle clé souligné par plusieurs réponses dans l'accompagnement personnalisé, et dans l'animation de groupes de paroles variés. Au-delà, la personnalisation de l'accueil permet de lever certains freins à l'accès, comme l'accueil des animaux de compagnie (notamment pour les femmes précaires).

5.5.5 Les formations croisées et l'immersion

[133] Les CSAPA sont nombreux à assurer des formations en addictologie et réduction des risques auprès de leurs partenaires, et soulignent au-delà l'intérêt de stages croisés ou de séjours en immersion (notamment entre CSAPA et CAARUD) pour favoriser l'interconnaissance et améliorer l'orientation.

6 Le besoin de ressources médicales, financières et de soutien politique ressort très nettement des réponses des CSAPA

6.1 Les principaux défis pour les CSAPA sont le déficit médical, la saturation des files actives et les difficultés de recrutement

[134] Les répondants étaient invités à décrire le principal défi rencontré pour accompagner les parcours des usagers, en champ libre.

[135] Sur les 178 réponses apportées, trois enjeux majeurs ressortent nettement : le déficit médical (addictologues, psychiatres, médecins généralistes) mentionné 48 fois ; la saturation des files actives, qui limite l'accès aux soins (37 mentions), et les difficultés de recrutement, toutes disciplines confondues (32 mentions). Au-delà, les réponses, très riches, dressent un panorama détaillé et complet des difficultés évoquées plus haut.

[136] La première tendance, dans ce tableau très convergent, est celle d'une **augmentation importante et continue des demandes**, qui touche l'ensemble des territoires et des publics. Les personnes reçues présentent des situations de plus en plus complexes : polyconsommations, comorbidités psychiatriques, précarité économique et sociale, isolement, vieillissement, ou encore troubles psychiques chez les jeunes. Cette complexification survient dans un contexte où les structures ne disposent pas des moyens suffisants pour absorber ce volume croissant, avec pour corollaire la saturation des files actives, pouvant conduire dans certains cas à la suspension des nouvelles admissions.

[137] Un deuxième élément majeur concerne le **manque de ressources humaines**, en particulier médicales. Le déficit de médecins addictologues, psychiatres, mais aussi de médecins généralistes capables d'assurer un relais, est évoqué dans la grande majorité des réponses. Pour de nombreux CSAPA, cette pénurie remet en question la possibilité d'assurer un suivi adapté, tant pour les primo-prescriptions de TAO par exemple que pour la continuité des soins. Au-delà du médical, les équipes signalent également des difficultés de recrutement pour les postes de psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux ou éducateurs spécialisés. La difficulté perçue de ces métiers, la faible disponibilité de candidats et le caractère non pérenne des financements des postes contribuent à fragiliser l'ensemble de l'organisation.

[138] Ce manque de ressources se traduit par des **difficultés d'accès et de coordination** avec la médecine de ville et avec la psychiatrie. Les professionnels expliquent que les services psychiatriques, déjà en tension, refusent parfois la prise en charge de personnes qui consomment, ou ne disposent plus de capacités suffisantes pour accueillir des profils présentant des troubles duels. Les CSAPA se retrouvent alors à assurer seuls des missions relevant normalement de plusieurs secteurs, ce qui accroît encore leur charge et contribue à un sentiment d'isolement institutionnel.

[139] Ce manque de personnel se traduit concrètement par des **délais d'accès aux soins jugés trop longs**, tant pour le premier rendez-vous que pour les consultations suivantes. Les délais d'attentes pour les nouvelles prises en charges sont jugés pour beaucoup « inacceptables », en particulier pour les usagers nécessitant des prescriptions de TSO. Plusieurs structures expliquent que ces délais ont tendance à s'allonger, ce qui peut démobiliser les usagers, compromettre l'alliance thérapeutique et favoriser les ruptures de parcours. Certains CSAPA signalent qu'il devient difficile de proposer des suivis suffisamment rapprochés pour répondre aux besoins les plus lourds, ce qui contribue à l'épuisement des professionnels.

[140] Les équipes insistent sur la **montée en puissance des pathologies duelles** et sur l'intensification des fragilités sociales, en particulier l'absence de solution d'hébergement. Pour certains usagers, la difficulté à accéder à un logement adapté représente un frein majeur à la stabilité, à l'engagement dans le soin et à la sortie de parcours. Cette problématique se combine souvent à des usages nouveaux ou

en expansion, notamment l'augmentation des consommations de psychostimulants (cocaïne, crack), qui nécessitent des modalités d'accompagnement spécifiques encore insuffisamment développées.

[141] Un autre défi récurrent concerne la difficulté à entretenir des **partenariats fluides** avec les autres acteurs du territoire (secteurs sanitaire, médico-social, social, éducatif ou judiciaire), ainsi qu'un manque de lisibilité des missions et des relais possibles. Les temps de coordination nécessaires sont décrits comme chronophages, parfois au détriment du suivi clinique, tandis que certaines structures regrettent l'absence d'instances territoriales dédiées pour organiser plus efficacement la concertation et la circulation des patients.

[142] Les besoins en **prévention**, notamment auprès des jeunes, sont fortement mis en avant. Les demandes des établissements scolaires augmentent, tout comme les besoins de temps de CJC, mais les CSAPA estiment ne pas disposer des moyens humains nécessaires pour y répondre. Beaucoup déplorent que la prévention, pourtant essentielle pour agir en amont des consommations, reste structurellement sous-financée.

[143] À ces difficultés s'ajoutent des contraintes matérielles. Certaines structures évoquent des locaux trop exigus, inadaptés ou vétustes, qui ne permettent pas d'assurer correctement la confidentialité, d'organiser des activités collectives ou d'accueillir les usagers dans de bonnes conditions. Le manque de véhicules ou l'insuffisance d'outils informatiques adaptés limite également le déploiement de pratiques pourtant nécessaires, comme l'aller-vers ou les interventions dans les établissements scolaires.

[144] Enfin, plusieurs réponses mentionnent la nécessité de développer la pair-aidance, ainsi que l'apparition ou l'aggravation de problématiques plus récentes, telles que la prise en charge des troubles liés aux usages numériques, les difficultés rencontrées par les publics migrants en situation administrative précaire, ou encore la gestion de situations de violence à l'encontre des équipes.

6.2 La qualité humaine des équipes, leur engagement et capacité d'innovation, et leur expertise reconnue sont des atouts forts

[145] Interrogés sur leurs principaux atouts, les répondants ont proposé 179 réponses en champ libre, qui mettent clairement en exergue trois grands types d'atouts : les qualités humaines et la stabilité des équipes, considérées comme la base de la qualité de l'accompagnement ; la pluridisciplinarité, qui fonde la capacité à prendre en charge toutes les addictions, notamment les plus complexes ; le haut niveau d'expertise, grâce à la formation continue et l'expérience des professionnels.

[146] Ces trois dimensions expliquent la prégnance d'un sentiment de professionnalité collective forte dans les CSAPA, malgré les difficultés.

[147] S'agissant du premier atout cité, **la qualité humaine, la stabilité et l'engagement des équipes** : la motivation, l'investissement personnel, la cohésion et parfois même l'ancienneté des professionnels sont décrits comme les fondements de la capacité des structures à accompagner efficacement les usagers. Cette dimension humaine, largement soulignée, apparaît comme le socle de la confiance entretenue avec les personnes accompagnées, au cœur de la prise en charge, et avec les partenaires institutionnels ou associatifs.

[148] Le deuxième atout, **la pluridisciplinarité**, est aussi vécue comme indispensable pour assurer les prises en charge de manière adéquate, et pour appréhender la complexité des situations. Les CSAPA s'appuient sur une variété de profils complémentaires : médecins addictologues et généralistes, psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers, éducateurs spécialisés, assistantes sociales, médiateurs de santé pairs, sophrologues, pharmaciens, sages-femmes, ou encore IPA. Cette variété de compétences permet d'assurer une prise en charge globale, de croiser les regards et de proposer comme l'offre adaptée, allant du soin somatique à l'accompagnement social et psychologique (voir infra).

[149] L'**expertise des professionnels** apparaît comme un troisième atout structurant, qui non seulement conforte la qualité des soins, mais contribue aussi à la reconnaissance de la structure sur le territoire. De nombreux CSAPA soulignent le haut niveau de qualification des équipes, renforcé par une politique continue de formation, sur le cœur de métier (réduction des risques, entretien motivationnel) comme sur des pratiques spécialisées telles EMDR, TCC, hypnose, psycho-traumatologie, thérapie familiale. L'ancrage universitaire ou hospitalier, la participation à la recherche ou encore l'implication dans la formation des internes, permettent l'accès à des approches thérapeutiques éprouvées et confortent l'innovation.

[150] Parallèlement à ces compétences internes, les CSAPA mettent en avant leur **maillage territorial**, leur **proximité avec la population** et leur **bonne connaissance des réalités locales**. Nombre d'entre eux décrivent une implantation ancienne, une visibilité consolidée ou encore des antennes déployées dans différentes communes, ce qui favorise l'accessibilité et l'adaptation fine aux besoins du territoire. Cette implantation facilite également l'inscription dans des réseaux d'acteurs très divers : secteur sanitaire, psychiatrique, social, justice, hébergement, éducation, prévention, structures associatives, etc. Pour beaucoup, ces **relations partenariales solides et structurées** constituent un atout essentiel pour fluidifier les parcours et éviter les ruptures. Plusieurs structures soulignent d'ailleurs leur rôle pivot dans la coordination locale, en lien avec les ELSA, les CMP, les CJC, les services hospitaliers ou les dispositifs d'hébergement.

[151] Dans de nombreuses réponses apparaît également l'idée d'une **offre de soins diversifiée et intégrée**, couvrant un large spectre allant du bas seuil à l'accompagnement résidentiel, de la prévention à l'intervention précoce, ou encore des soins individuels aux thérapies groupales. Certains CSAPA soulignent ainsi l'existence d'appartements thérapeutiques, de centres résidentiels, de dispositifs TSO, de programmes spécifiques (périnatalité, chemsex, psycho-trauma), ou encore de groupes de parole, d'ateliers thérapeutiques ou d'actions d'aller-vers. **La capacité à proposer plusieurs portes d'entrée, parfois en lien avec des CAARUD ou des dispositifs mobiles, est présentée comme un levier majeur d'efficacité et d'attractivité.**

[152] Un autre atout mis en avant est **l'accessibilité**, qu'elle soit géographique (implantation en centre-ville, proximité des transports), organisationnelle (délai court pour un premier rendez-vous, accueil sans rendez-vous, fonctionnement bas seuil), ou relationnelle (posture bienveillante, non jugeante, disponibilité des équipes), favorables à la fidélisation des usagers.

[153] Enfin, certains CSAPA mettent en avant leur **capacité d'adaptation et d'innovation** et leur créativité. Qu'il s'agisse d'expérimentations territoriales, de démarches qualité, de projets partenariaux ou de l'intégration de nouveaux outils thérapeutiques, les équipes revendiquent leur agilité face aux besoins émergents, qu'il s'agisse de nouveaux usages (stimulants, chemsex), de publics spécifiques (mineurs, personnes sous main de justice, femmes enceintes) ou de contraintes organisationnelles. Cette aptitude à se réinventer est souvent associée au dynamisme des équipes et à la place accordée à l'initiative et à la réflexion collective.

6.3 Les souhaits, recommandations et remarques finales convergent en faveur du renforcement des moyens financiers et humains, de la prévention et du soutien politique

[154] La question finale invitait les répondants à faire part de leurs ultimes souhaits, recommandations et remarques.

[155] Les 134 réponses, encore un fois riches et détaillées, sont très majoritairement formulées (pour les deux tiers) comme des remarques générales, souvent critiques ou descriptives, avec 17 % de recommandations et 12 % de souhaits.

[156] Chaque groupe de réponses fait apparaître les mêmes thèmes prioritaires (besoin de renforcement des moyens financiers et humains, en particulier ressources médicales). Les messages

issus de cette riche matière recoupent largement les réponses à l'ensemble du questionnaire. Ils sont particulièrement convergents et peuvent être restitués de manière globale.

[157] Les réponses recueillies reflètent une forte tension entre, d'une part, des besoins croissants, et d'autre part, des moyens jugés insuffisants pour y répondre. Dans l'ensemble, les CSAPA expriment le sentiment que les ressources actuelles ne sont plus adaptées aux enjeux contemporains de l'addictologie, tant sur le plan médical, organisationnel que social.

6.3.1 Le besoin de renforcer les moyens humains et financiers

[158] La préoccupation la plus récurrente porte sur le **manque de moyens**, qu'il s'agisse de postes médicaux, paramédicaux, de psychologues, éducatifs, ou de financement pour la prévention, l'aller-vers ou les équipes mobiles. Les CSAPA évoquent fréquemment la **surcharge des files actives**, l'impossibilité de répondre à la demande croissante et la dégradation des conditions d'exercice, en particulier dans les territoires ruraux ou sous-dotés.

[159] Ce manque de moyens concerne aussi plusieurs dimensions structurelles : locaux inadaptés, besoin de véhicules, outils informatiques insuffisants, ou impossibilité de pérenniser certains dispositifs (CJC, équipes mobiles, actions innovantes).

6.3.2 Une crise de la démographie médicale et psychiatrique

[160] Les réponses soulignent l'insuffisance de l'accès aux **médecins addictologues**, la difficulté à recruter ou à fidéliser des psychiatres, et l'absence de relais en médecine de ville, qui rend impossible la sortie de parcours de nombreux patients. Plusieurs CSAPA décrivent un contexte de **désertification médicale**, avec des postes restant vacants pendant des mois, voire des années, et une pénurie particulièrement pesante pour les publics précaires et les situations de comorbidités psychiatriques sévères.

[161] Cette crise est perçue comme un goulet d'étranglement majeur, empêchant la possibilité d'assurer le suivi des traitements (TSO, pathologies somatiques), l'expertise nécessaire pour les jeunes ou les publics vulnérables, la fluidité des parcours et les relais en ville, et d'envisager la réduction des délais.

[162] Beaucoup de structures formulent des souhaits très explicites pour **développer les IPA**, mieux former les internes, rendre l'addictologie plus attractive, ou prévoir des mesures incitatives pour le recrutement.

6.3.3 Les interventions en direction des jeunes (prévention, CJC, interventions précoces) : une priorité non financée

[163] De très nombreuses réponses pointent une contradiction : **les besoins en prévention et en CJC augmentent fortement**, mais ces missions sont **insuffisamment financées ou trop précaires** pour être exercées correctement.

[164] De nombreux commentaires plaident pour le renforcement des ETP consacrés à la prévention, développer les CJC et CJCA, notamment en milieu scolaire, stabiliser les financements (et sortir du modèle « appel à projets »), mieux coordonner les actions avec les établissements scolaires, la protection de l'enfance et les collectivités.

[165] Plusieurs structures alertent sur le risque de « rupture » de la prévention faute de financements pérennes, alors même qu'elle constitue un levier essentiel contre l'aggravation des conduites addictives chez les jeunes.

6.3.4 Une demande de structuration territoriale et de décloisonnement

[166] Les CSAPA expriment un besoin de **meilleure coordination territoriale**, notamment avec la psychiatrie, les ELSA, les services sociaux, les dispositifs d'hébergement, les CPTS et les acteurs judiciaires, afin de faire face aux défis identifiés :

- le cloisonnement persistant entre secteurs,
- la difficulté à obtenir des relais pour les publics complexes,
- la gestion difficile des obligations de soins ou des usagers en grande précarité.

[167] Plusieurs CSAPA recommandent la mise en place de **rencontres inter-structures**, d'instances territoriales régulières ou de « conférences de consensus » sur les pathologies duelles. D'autres demandent une meilleure reconnaissance du rôle du médico-social dans la filière addictologique, ou un repositionnement politique pour sortir d'une lecture exclusivement sécuritaire des addictions.

6.3.5 Des publics de plus en plus vulnérables, nécessitant de nouvelles réponses

[168] Les remarques témoignent de l'aggravation des situations des usagers : précarité sociale, accès au logement, comorbidités lourdes, isolement, vieillissement, consommation de stimulants, ou difficultés d'accès aux droits.

[169] Beaucoup insistent sur l'urgence de développer des solutions d'hébergement adaptées, de renforcer les dispositifs « bas seuil », d'ouvrir davantage d'équipes mobiles ou de lieux de consommation encadrée, et d'appuyer la pair-aidance et les approches expérientielles.

[170] Certaines structures évoquent également la détérioration du contexte social, qui oblige à consacrer un temps croissant à la stabilisation administrative et sociale avant même de pouvoir aborder l'addiction.

6.3.6 Un besoin de visibilité, de déstigmatisation et de reconnaissance politique

[171] Un nombre significatif de réponses exprime un **sentiment de non-reconnaissance** du travail effectué, tant sur le plan institutionnel que dans la représentation publique des addictions. Les CSAPA demandent :

- une communication plus valorisante sur l'addictologie,
- la lutte contre la stigmatisation des usagers,
- une meilleure connaissance des CSAPA par les professionnels de santé,
- un soutien politique clair (non exclusivement axé sur les questions de sécurité publique).

*

[172] L'ensemble des réponses dessine un paysage cohérent : les CSAPA sont **fortement mobilisés**, mais **s'estiment sous-dotés** pour faire face à une demande croissante et de plus en plus complexe. Les souhaits, recommandations et remarques convergent vers un triple enjeu :

- **adapter les moyens financiers et humains**, notamment sur le versant médical, psychiatrique et psychologique.
- **repenser la structuration territoriale**, en renforçant les partenariats et en clarifiant le rôle des différents acteurs.
- donner une place centrale à la prévention et à l'aller-vers, aujourd'hui limités car sous-financés.

[173] Dans leurs attentes, les CSAPA demandent **un soutien au modèle,** à la hauteur des enjeux sanitaires et sociaux qu'ils constatent au quotidien.

7 Annexe : Questionnaire adressé aux 394 CSAPA avec activité ambulatoire

Message d'introduction

[174] L'Igas est saisie d'une mission d'évaluation des parcours de prise en charge des addictions. Vous trouverez en pièce jointe notre lettre de mission. Il s'agit d'une mission nationale d'évaluation et non d'une mission de contrôle de vos structures.

[175] Pour compléter les données disponibles au niveau national et enrichir ses investigations, la mission de l'IGAS sollicite les CSAPA avec activité ambulatoire pour apporter leurs éclairages sur les **enjeux de la prise en charge**, notamment **l'articulation avec d'autres acteurs s'agissant du parcours de la personne** ou encore les **points de fragilité / de rupture dans la coordination.**

[176] Cette enquête comporte un nombre limité de questions ayant vocation à compléter les données transmises chaque année à la DGS via les rapports d'activité. Nous vous sommes d'avance reconnaissants du temps que vous pourrez consacrer à ce travail, et espère qu'il vous sera utile. Les informations factuelles demandées dans la section 1 sont similaires à celles incluses dans le dernier rapport d'activité que vous avez renseigné, portant sur 2024. Les réponses que votre structure nous transmettra seront portées à la seule connaissance des membres de la mission afin d'alimenter le rapport remis aux Ministres.

Questionnaire

1. **Informations sur la structure :**

- Nom de la structure (champ libre)
- Forme juridique de votre structure (liste fermée : 1/ Gestion par une association 2/ Gestion par un établissement de santé 3/ Gestion par un groupement de coopération sanitaire 4/ Gestion par un groupement de coopération sociale et médico-sociale 5/ Autre)
- Précisez votre code postal : 5 chiffres
- Votre CSAPA est situé en (menu déroulant) : métropole (>400 000hab) / zone urbaine hors métropole / zone rurale ou de montagne
- Votre structure dispose-t-elle d'une Consultation jeunes Consommateurs (CJC) oui/non
- Ressources financières – montant total 2024 : chiffre (unité : €)
- Nombre total d'ETP en 2024 : chiffre (unité : nombre d'ETP)
- Dont nombre d'ETP pour l'activité CJC en 2024 : chiffre (unité : nombre d'ETP)
- Y-a-t-il un ou plusieurs patients experts ou pairs aidants dans votre structure ? oui /non
- File active de l'année 2024 (toutes addictions) : chiffre (unité : nombre usagers)

2. **Accueil et prise en charge au sein de votre CSAPA :**

- Dans votre organisation, par quel(s) professionnel(s) est généralement assuré le 1er RDV d'un usager : [réponses multiples] – Infirmier – Médecin- Psychologue – Aide-soignant - Assistant social – Educateur spécialisé – Patient expert ou pair aidant – autre : précisez
- Est-ce variable selon la nature de l'addiction ? oui/ non. Si oui, précisez (champ libre)
- Quel est le délai moyen que vous constatez entre la première prise de contact et le premier RV avec votre structure ? (en jours)
- Ce délai a-t-il évolué sur les 12 derniers mois ? (liste déroulante : plus d'un mois d'augmentation, jusqu'à un mois d'augmentation, diminution, stable, ne sait pas)
- Ce délai est-il variable selon l'addiction ? Si oui précisez (champ libre)
- Quel est le délai moyen écoulé entre le 1er RDV et le 2nd RDV avec un soignant ? chiffre (unité : jours)
- Ce délai a-t-il évolué dans les 12 derniers mois ? (liste déroulante : plus d'un mois d'augmentation, jusqu'à un mois d'augmentation, diminution, stable, ne sait pas)
- Ce délai est-il variable selon l'addiction ? Si oui précisez (champ libre)
- Avez-vous une estimation du taux d'absentéisme au 1er RDV ? pourcentage

- Quels sont à votre connaissance les principaux motifs de non venue au premier rendez-vous ? (champ libre)
- Avez-vous fait évoluer vos modalités d'accueil récemment ? oui/ non
- Si oui précisez (pourquoi ? comment ?) : champ libre
- Avez-vous une ou plusieurs consultations avancées ou permanences « hors les murs » du CSAPA ? oui/non. Si oui : précisez (lieu, rythme, professionnels, etc.) : champ libre
- Avez-vous une ou plusieurs consultations avancées de la CJC ? oui/non. Si oui : précisez (lieu, rythme, professionnels, etc.) : champ libre

3. **Partenariats du CSAPA / suivi des parcours**

- Quelle part des usagers reçus orientez-vous vers un partenaire au cours ou à l'issue de votre prise en charge ? (liste déroulante : plus de la moitié, moins de la moitié, moins d'un quart)
- Vers quelle structure de prise en charge ? du plus fréquent (1) au moins fréquent (8) : Court séjour hôpital (hospitalisation complète) ; hospitalisation de jour ; consultation hospitalière ; médecin libéral en ville ; SMR ; autres
- Pouvez-vous donner des exemples de bonnes pratiques mises en oeuvre en matière d'orientation (fiches navette…) ? champ libre
- Pouvez-vous donner des exemples de bonnes pratiques mises en oeuvre en matière de coordination partenariale ? champ libre
- S'agissant de votre articulation avec le premier recours :
  - Quelles sont les principales difficultés pouvant impacter les parcours ? champ libre
  - Avez-vous travaillé sur des outils d'échange avec les professionnels de premier recours ou d'outillage de ces professionnels ? oui/non
  - Si oui, lesquels ? champ libre
  - Pouvez-vous d'autres exemples de bonnes pratiques mises en place ? champ libre
  - Travaillez-vous avec une ou des CPTS ? oui/non – si oui, pouvez-vous donner un exemple ? (champ libre)
- S'agissant de votre articulation avec d'autres structures médico-sociales (CSAPA / CAARUD) :
  - Quelles sont les principales difficultés pouvant impacter les parcours ? champ libre
  - Pouvez-vous donner un ou plusieurs exemples de bonnes pratiques mises en place ? champ libre

4. **Défis/propositions concernant l'accompagnement des usagers (CSAPA et CJC)**

- Quel est aujourd'hui votre principal défi (situations complexes, urgences…) pour accompagner les parcours des usagers ? champ libre
- Quels sont vos principaux atouts ? champ libre
- Avez-vous des souhaits, recommandations ou autres remarques ? champ libre

ANNEXE 7 : ENQUETE REALISEE AUPRES DES CAARUD

ANNEXE 7 : ENQUETE REALISEE AUPRES DES CAARUD 217

1 RESUME 219

1.1 INTRODUCTION ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE 219

1.2 UN ECHANTILLON LARGE ET REPRESENTATIF DES CAARUD 219

1.3 LES PARTENARIATS : UN LEVIER IMPORTANT MAIS SOUS TENSION 219

*1.3.1 **Le premier recours : un levier clé mais confronté à des obstacles structurels*** *219*

*1.3.2 **Des relations inégales avec les communautés professionnelles territoriales de santé*** *220*

*1.3.3 **Une articulation difficile mais recherchée avec l'hôpital*** *220*

*1.3.4 **Une collaboration active avec les Equipes de Liaison et de Soin en Addictologie (ELSA)*** *220*

*1.3.5 **Le médico-social : coordination nécessaire mais freinée par la saturation*** *220*

1.4 LES CAARUD ONT ADAPTE LEURS PRATIQUES FACE A L'EVOLUTION DES BESOINS 220

1.5 DEFIS, ATOUTS ET BESOINS EXPRIMES 221

2 OBJECTIFS ET MODALITES DE L'ENQUETE 222

3 UN ECHANTILLON LARGE ET REPRESENTATIF 222

3.1 PLUS DE LA MOITIE DES CAARUD (54 %) A REPONDU 222

3.2 DES CAARUD TRES MAJORITAIREMENT ASSOCIATIFS 223

3.3 UN TAUX DE REPONSE PLUTOT REPRESENTATIF DE LA REPARTITION TERRITORIALE 223

3.4 LES ZONES URBAINES ET LES METROPOLES LARGEMENT REPRESENTEES 226

3.5 UN PROFIL D'ETABLISSEMENTS HOMOGENE EN MATIERE DE RESSOURCES 226

3.5.1 Des structures aux budgets limités, autour de 0,5 M€ *227*

3.5.2 Une moyenne un peu inférieure à 7 ETP par structure *227*

3.5.3 Un quart des structures dispose de patients-experts ou pairs-aidants *227*

3.6 LA FILE ACTIVE DE L'ANNEE 2024 EST DE 833 USAGERS PAR ETABLISSEMENT EN MOYENNE 228

4 LES PARTENARIATS : UNE RESSOURCE INDISPENSABLE POUR FAIRE FACE AUX DIFFICULTES 230

4.1 L'ARTICULATION AVEC LE 1ER RECOURS : UN LEVIER CLE 230

4.1.1 Des difficultés qui impactent les parcours *230*

4.1.2 De nombreux exemples de bonnes pratiques combinant recherche de proximité, outillage et structuration de partenariats *231*

4.1.3 Des partenariats inégaux avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) *232*

4.2 UNE ARTICULATION AVEC LES STRUCTURES HOSPITALIERES RECHERCHEE MAIS PERFECTIBLE 233

4.2.1 Des difficultés d'accès, notamment en psychiatrie *233*

4.2.2 La recherche active de solutions via la coopération, l'adaptation des pratiques et d'autres exemples *234*

4.3 UNE ARTICULATION APPRECIEE AVEC LES ELSA 236

4.4 L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES MOBILISEE MAIS RENDUE DIFFICILE PAR LA SATURATION DE L'OFFRE 237

4.4.1 Les principales difficultés sont les délais d'attente et les besoins spécifiques des publics *237*

4.4.2 Exemples de bonnes pratiques mises en place *238*

5 LES CAARUD ADAPTENT LEURS MODALITES D'ACCUEIL FACE A L'EVOLUTION DES BESOINS 240

6 LES CAARUD MOBILISENT LEURS ATOUTS POUR FAIRE FACE AUX BESOINS CROISSANTS, MAIS DEMANDENT LE RENFORCEMENT DES MOYENS 244

6.1 LES PRINCIPAUX DEFIS POUR LES CAARUD SONT LE MANQUE DE RESSOURCES, LA SATURATION DES DISPOSITIFS ET LA PRECARISATION CROISSANTE DES PUBLICS 244

6.2 LES CAARUD SE RECONNAISSENT DES ATOUTS SOLIDES : MAILLAGE PARTENARIAL, ENGAGEMENT, PLURIDISCIPLINARITE ET MOBILITE 245

6.3 LES SOUHAITS, RECOMMANDATIONS ET AUTRES REMARQUES SE CONCENTRENT SUR LE BESOIN EN RESSOURCES 247

7 ANNEXE : QUESTIONNAIRE ADRESSE AU 152 CAARUD 249

1 Résumé

1.1 Introduction et objectifs de l'enquête

[1] L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a conduit en décembre 2025 une enquête nationale auprès des 152 Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) répertoriés par la Direction générale de la santé. Cette enquête visait à recueillir l'éclairage des structures sur les enjeux de la prise en charge des addictions, en particulier sur les articulations avec les autres acteurs du soin et du médico-social, et à identifier les points de fragilité ou de rupture dans les parcours des usagers (voir le questionnaire joint ci-dessous, point 7).

[2] Les réponses ont été analysées exclusivement par l'IGAS, et les nombreuses réponses en champ libre ont été synthétisées avec l'aide de l'application *M365 Copilot*[320], sous le contrôle final des inspectrices. L'ensemble des contributions constitue un matériau riche et détaillé, témoignant de l'implication des structures et de leur volonté de documenter les réalités rencontrées sur le terrain.

[3] Les résultats de cette enquête, présentés ci-après, ont été comparés à ceux de l'enquête menée en parallèle auprès des Centres de soins, d'accompagnement, et de prévention en addictologie (CSAPA) figurant en Annexe 3.

1.2 Un échantillon large et représentatif des CAARUD

[4] Parmi les 152 CAARUD sollicités, 83 ont répondu, soit un taux de participation de 54 %, incluant une dizaine de réponses anonymes. Cette participation permet une représentativité satisfaisante, les réponses couvrant l'ensemble du territoire, y compris l'Outre-mer.

[5] Les répondants sont très majoritairement des structures de gestion associative, représentant 92 % de l'échantillon. Les implantations se concentrent surtout en zones urbaines avec toutefois une présence notable en zones rurales ou de montagne (18 %).

[6] Les CAARUD font apparaître un profil de ressources relativement homogène. Trois quarts des répondants disposent de moins de 1 M€ de budget et de moins de 10 ETP, confirmant le dimensionnement plutôt maîtrisé des structures du secteur. Un quart des CAARUD déclare accueillir des pairs-aidants ou patients-experts.

[7] La file active 2024 atteint en moyenne 833 usagers par structure, soit un volume supérieur à celui observé en 2022 selon les données disponibles, avec des disparités. La moyenne de 83 usagers par ETP, proche de celle observée dans les CSAPA, illustre une certaine pression sur les équipes.

1.3 Les partenariats : un levier important mais sous tension

1.3.1 Le premier recours : un levier clé mais confronté à des obstacles structurels

[8] Les CAARUD décrivent de manière convergente de grandes difficultés d'accès au premier recours, dues à la démographie médicale insuffisante, aux délais longs pour obtenir un rendez-vous de médecin et à des refus de soins pour certains publics. La psychiatrie constitue également un point critique : les situations complexes nécessitant une prise en charge conjointe sont souvent renvoyées vers les services d'addictologie ou les CAARUD eux-mêmes.

[9] Les difficultés d'accès au logement, à l'hébergement et aux droits sociaux aggravent les situations. Dans leurs réponses, les CAARUD indiquent que la précarité extrême, les ruptures de droits, l'absence de couverture maladie, les obstacles numériques et les barrières linguistiques accentuent les

[320] Intelligence artificielle fournie par les ministères sociaux, assurant la confidentialité des données (qui ne sont pas utilisées pour entraîner le modèle)

fragilités. La stigmatisation et les pratiques répressives sont également identifiées comme perturbant les parcours.

[10] Face à ces contraintes, les CAARUD mobilisent de nombreux leviers. Les permanences et consultations avancées au sein des structures partenaires constituent l'outil le plus répandu, s'appuyant sur des partenariats formalisés (conventions, réunions, outils de liaison). Les dispositifs d'aller-vers et l'accompagnement physique sont également essentiels, tout comme l'accueil non jugeant, la levée d'obstacles pratiques et l'accès facilité aux droits. L'ensemble témoigne d'une forte inventivité opérationnelle et d'un engagement quotidien pour limiter les ruptures.

1.3.2 Des relations inégales avec les communautés professionnelles territoriales de santé

[11] Environ 46 % des structures déclarent travailler avec une **communauté professionnelle territoriale de santé** (CPTS). Les collaborations portent essentiellement sur l'interconnaissance, la participation à des réunions, l'amélioration de l'accès à un médecin traitant, des actions conjointes de prévention et des initiatives territoriales plus larges. Quelques CAARUD évoquent des dynamiques positives structurées autour de parcours co-construits, mais ces situations restent minoritaires.

1.3.3 Une articulation difficile mais recherchée avec l'hôpital

[12] Les CAARUD décrivent un ensemble d'obstacles persistants dans l'accès au secteur hospitalier, en particulier à la psychiatrie : refus d'admission, saturation des centres médico-psychologiques (CMP), manque d'équipes de liaison, conditions restrictives et délais incompatibles avec les temporalités des usagers. À ces facteurs s'ajoutent la stigmatisation, les difficultés administratives et une faible culture de l'addictologie dans certains services.

[13] Pour autant, l'enquête met en lumière des pratiques constructives : coopérations régulières avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les urgences, les ELSA ou les services spécialisés, visites de patients par l'équipe du CAARUD pendant leur hospitalisation, contacts téléphoniques préparatoires, permanences hospitalières en CAARUD (dont hépatologie), réseaux territoriaux. Les équipes mobiles hospitalières jouent un rôle clé pour assurer la liaison. Le CAARUD apparaît comme un tiers de confiance facilitant l'accès à l'hôpital.

1.3.4 Une collaboration active avec les Equipes de Liaison et de Soin en Addictologie (ELSA)

[14] Les ELSA sont perçues comme des partenaires réactifs et essentiels, en particulier pour les hospitalisations, les passages aux urgences, les évaluations addictologiques et la continuité des soins. Certaines structures bénéficient même de permanences ou d'interventions avancées.

1.3.5 Le médico-social : coordination nécessaire mais freinée par la saturation

[15] Les CAARUD signalent des difficultés importantes dans l'articulation avec les CSAPA du fait de délais importants, manque de médecins, saturation, hétérogénéité des pratiques.

[16] Ces constats font écho à ceux exprimés par les CSAPA en réponse à l'enquête parallèle les concernant.

1.4 Les CAARUD ont adapté leurs pratiques face à l'évolution des besoins

[17] Les CAARUD ont adapté leur fonctionnement au cours des derniers mois, suivant des modalités à la fois variées et largement convergentes.

[18] D'après les CAARUD, les profils des usagers ont changé, avec une augmentation de la précarité, une dégradation de la santé mentale, et une présence accrue de publics spécifiques : femmes,

personnes migrantes, personnes en situation d'exploitation sexuelle. Les usages évoluent également, avec une forte progression des stimulants, du crack, du chemsex et de l'alcool, nécessitant des outils de réduction des risques adaptés.

[19] Dans le même temps, le contexte est marqué par les contraintes matérielles (locaux, flux, sécurité) et humaines (épuisement, sous-effectif), qui imposent des réorganisations : filtres d'entrée, horaires adaptés, plages dédiées.

[20] Deux évolutions apparaissent comme particulièrement marquantes : d'une part, un renforcement du positionnement des CAARUD dans la prise en charge des soins médicaux, avec des consultations infirmières et médicales, des tests, vaccinations ; et d'autre part, un rôle toujours plus marqué de référent pour les usagers, notamment pour lever les obstacles d'accès aux droits.

1.5 Défis, atouts et besoins exprimés

[21] Les défis identifiés portent principalement sur la pénurie de ressources humaines, la saturation des dispositifs médicaux et sociaux, l'aggravation des troubles psychiatriques, les ruptures de droits, la grande précarité et l'impact des usages de crack. Les CAARUD soulignent qu'ils deviennent souvent des points d'ancrage sanitaire de long terme.

[22] Parmi leurs atouts, les CAARUD mettent en avant leur présence territoriale au sein d'un maillage partenarial dense, la pluridisciplinarité et l'engagement des équipes, la capacité d'aller-vers, la démarche communautaire, l'adaptabilité, la qualité de l'accueil bas-seuil, ainsi que l'expertise en réduction des risques.

[23] Les souhaits et recommandations convergent vers un renforcement des moyens humains, matériels et financiers, la création ou l'élargissement de dispositifs adaptés (Haltes Soins Addiction, unités de méthadone bas seuil, hébergements dédiés), l'amélioration de l'articulation avec les soins et la psychiatrie, et un appel à une évolution des politiques publiques jugées trop répressives.

[24] L'ensemble décrit un secteur réactif, innovant et capable d'ajuster rapidement ses pratiques, mais en tension.

2 Objectifs et modalités de l'enquête

[25] Dans le cadre de sa mission, l'IGAS a conduit une enquête en décembre 2025 auprès de 152 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) répertoriés par la Direction Générale de la santé, pour recueillir leurs éclairages sur les enjeux de la prise en charge des addictions, en particulier sur les articulations et les points de fragilité ou de rupture dans les parcours.

[26] Composée d'une quarantaine de questions, elle comportait 4 sections : une partie descriptive (données 2024), une partie portant sur les partenariats et le suivi des parcours, une sur l'accueil et l'accompagnement au sein du CAARUD, et une dernière partie sur les principaux défis et propositions concernant la prise en charge des usagers (voir annexe in fine).

[27] Les réponses ont été portées à la seule connaissance des inspecteurs et du pôle informatique de l'IGAS. Les résultats de l'enquête ont été analysés par l'IGAS. L'application *M365 Copilot*[321] a été utilisée pour la synthèse des nombreuses réponses « en champ libre », sous le contrôle final des inspectrices, et conformément à la charte d'utilisation de l'intelligence artificielle des ministères sociaux.

[28] Les inspectrices de l'IGAS remercient les CAARUD pour leurs réponses détaillées, qui ont permis de recueillir un matériau particulièrement riche dont les résultats sont restitués ici, et le pôle informatique pour son appui indispensable.

[29] Les résultats de cette enquête, présentés ci-après, ont été comparés à ceux de l'enquête menée en parallèle auprès des Centres de soins, d'accompagnement, et de prévention en addictologie (CSAPA) figurant en Annexe 3.

3 Un échantillon large et représentatif

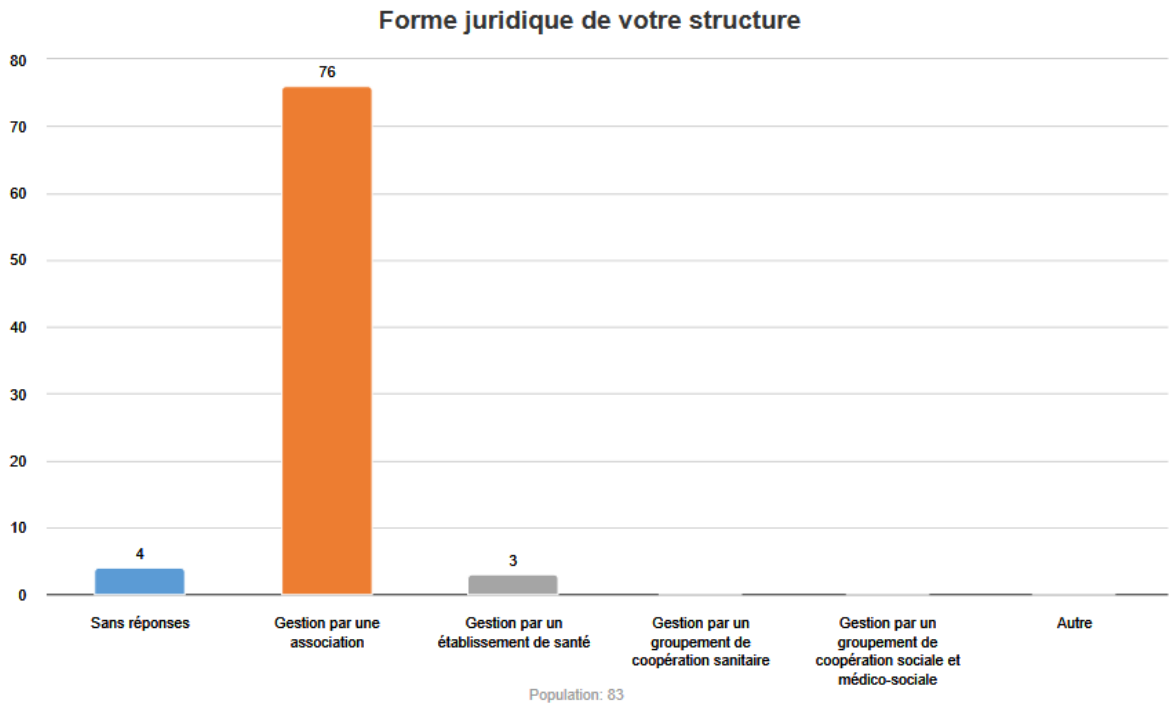
[30] La première partie de l'enquête, portant sur des questions descriptives, a permis de définir les caractéristiques de l'échantillon de réponses, large et globalement représentatif.

3.1 Plus de la moitié des CAARUD (54 %) a répondu

[31] Sur 152 CAARUD sollicités par questionnaire, 83 ont répondu, soit taux de réponses de 54 %. Une dizaine de répondants ne se sont pas identifiés tout en proposant des réponses cohérentes, qui ont pu être validées.

[321] Intelligence artificielle fournie par les ministères sociaux, assurant la confidentialité des données (qui ne sont pas utilisées pour entraîner le modèle)

3.2 Des CAARUD très majoritairement associatifs

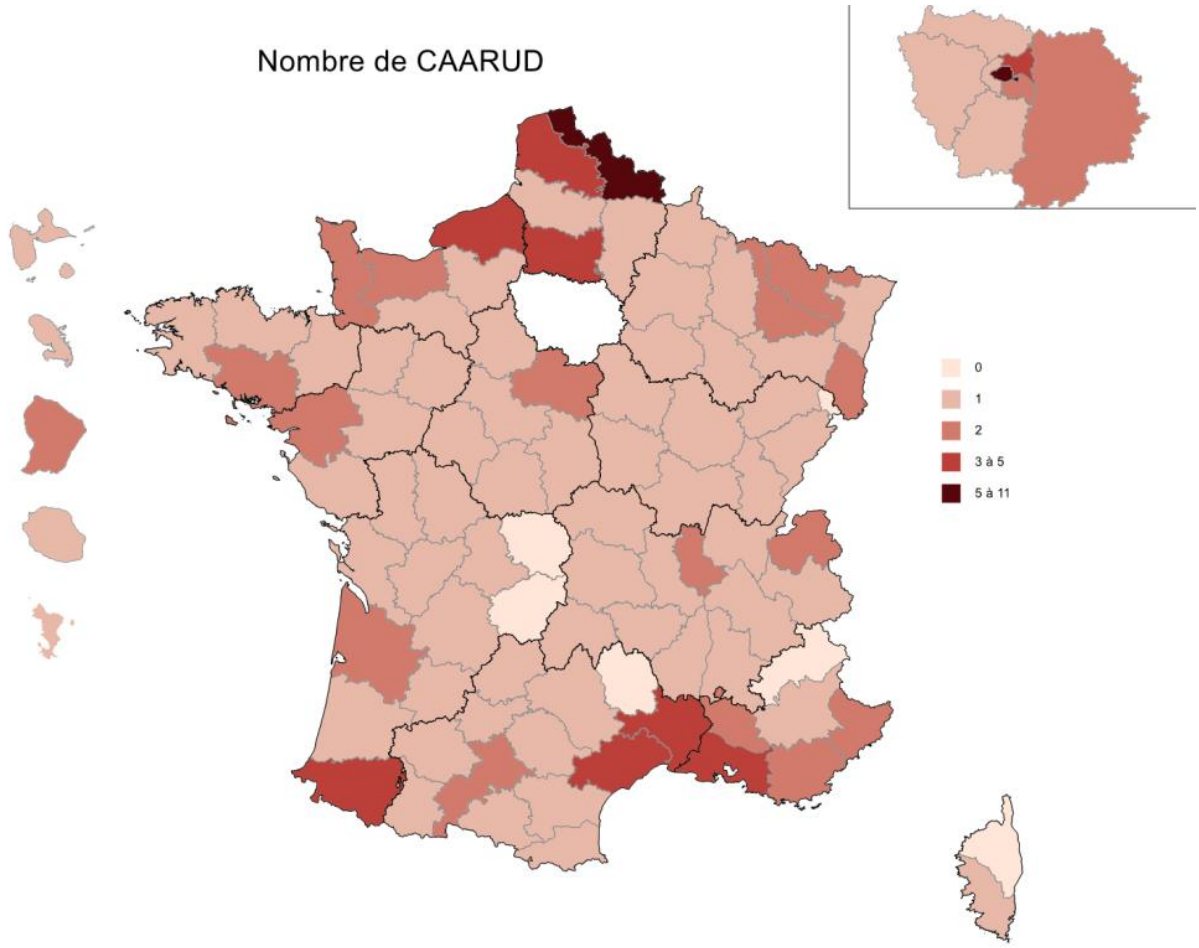


[32] Les répondants sont à 92 % des CAARUD gérés par une association (76 cas) ; seuls 3 répondants indiquent être gérés par un établissement de santé.

3.3 Un taux de réponse plutôt représentatif de la répartition territoriale

[33] Les réponses proviennent de l'ensemble du territoire, y compris l'Outre-mer. Le taux de réponse par département est assez homogène. La majorité des départements ne comptent qu'un seul CAARUD qui ont dans l'ensemble répondu à l'enquête, alors que dans plusieurs départements disposant de plus de 3 CAARUD, le taux de réponse a été plus bas que la moyenne.

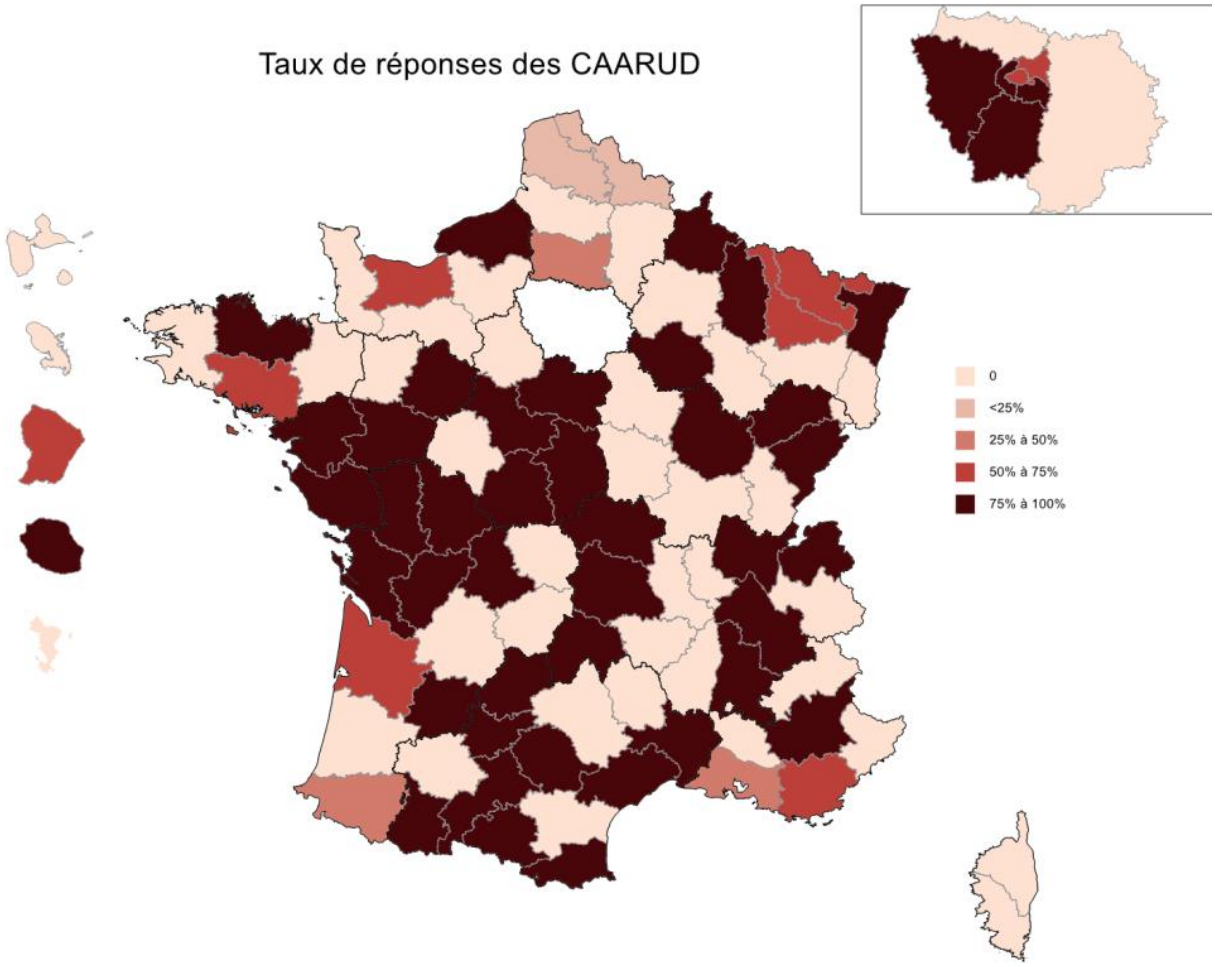
Carte 1 : Implantation des CAARUD sur le territoire



Source : OFDT (données 2024)[322]

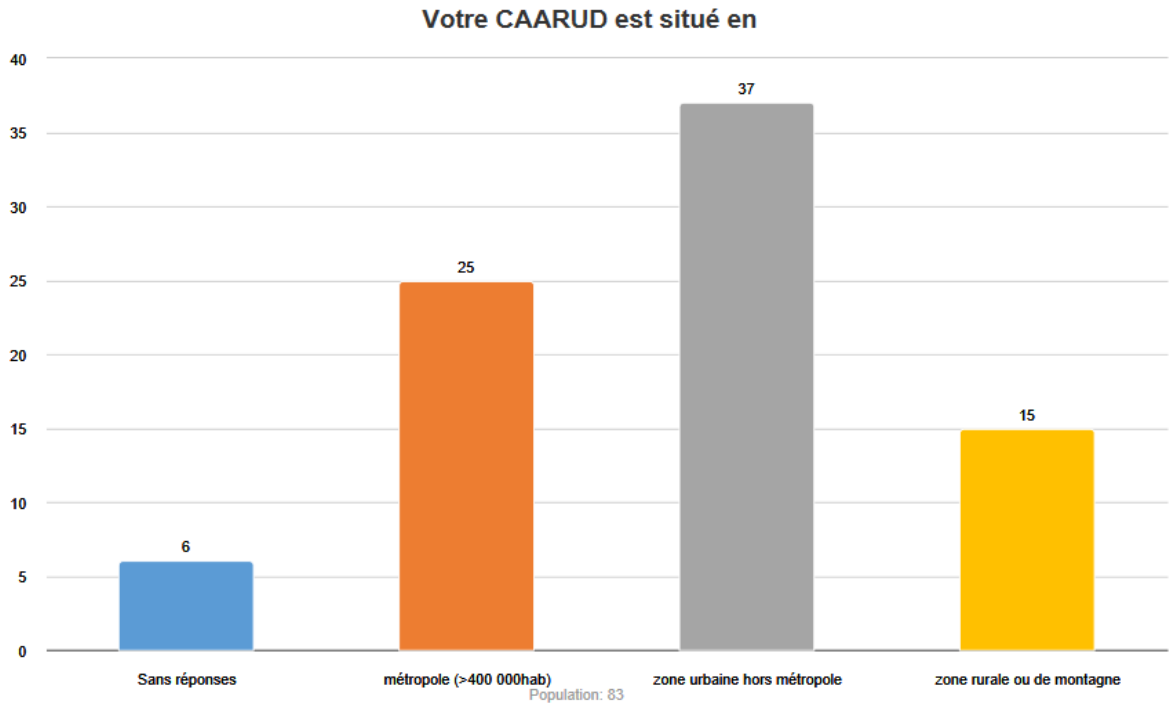
[322] S'agissant des départements apparaissant comme sans CAARUD, le territoire de Belfort et celui des Hautes-Alpes sont désormais pourvus

Carte 2 : Taux de réponse des CAARUD par département



Source : Enquête IGAS

3.4 Les zones urbaines et les métropoles largement représentées



[34] Un peu moins de la moitié des répondants (47 %) sont implantés en zone urbaine (hors métropoles), qui additionnés aux 30 % situés dans les métropoles de plus de 400 000 habitants, donnent un total de réponses très majoritairement orientées sur le milieu urbain, avec toutefois une part de réponses des zones rurales ou de montagne de 18 % (part supérieure à celle obtenue dans l'enquête sur les CSAPA de 12,7 %).

3.5 Un profil d'établissements homogène en matière de ressources

[35] Les répondants ont fourni, comme demandé, les valeurs figurant à leur rapport d'activité 2024 (le plus récent), pour les budgets comme pour les ETP.

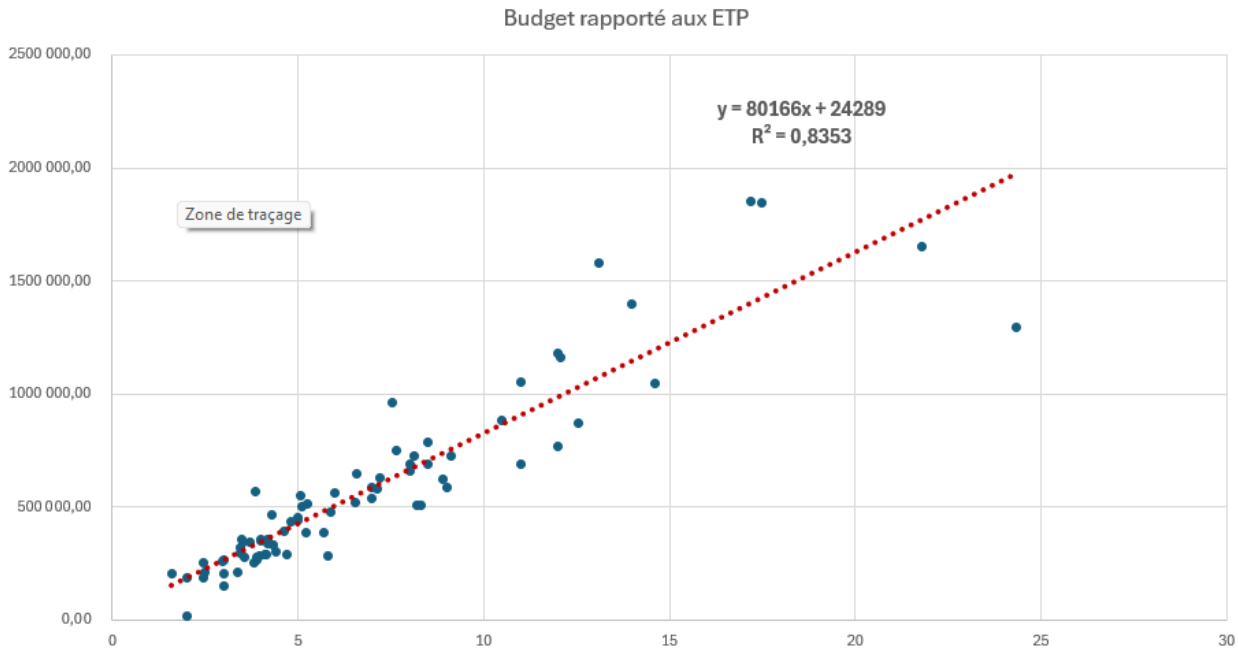
[36] Comme indiqué dans le schéma ci-dessous, la combinaison des ETP et des budgets tels que renseignés par les structures fait apparaître :

- une cohérence entre les deux variables (les ressources humaines sont fortement alignées avec les budgets) ;
- l'existence d'un groupe cohérent de 34 « petites » structures (représentant près de la moitié de l'échantillon) caractérisées par un budget inférieur à 500 K€ et moins de 5 % d'ETP – voir rectangle le plus bas et à gauche du schéma ci-dessous.

[37] Ces observations sont structurellement proches de celles faites sur le profil des CSAPA répondants, avec une différence notable : les CAARUD sont en majorité 2 fois plus petits que les CSAPA en termes de ressources humaines et financières.

[38] Notre échantillon fait d'ailleurs apparaître que 75 % des répondants (62 structures) ont moins d'1 M€ de budget et moins de 10 ETP[323], soit dans l'ensemble un dimensionnement mesuré.

[323] Si l'on ajoute aux « petites structures », mentionnées ci-dessus, celles de la taille supérieure (figurant au rectangle suivant en diagonale) disposant d'un budget compris entre 500K€ et 1M€ et de 5 à 10 ETP, au nombre de 28.



Source : Enquête IGAS – En abscisse : nombre d'ETP/ en ordonnée : budget en €

3.5.1 Des structures aux budgets limités, autour de 0,5 M€

[39] Les structures répondantes présentent un profil homogène avec un budget moyen de 0,57 M€ et une médiane à 0,47 M€[324].

[40] Cette valeur paraît en légère augmentation par rapport aux données collectées par l'OFDT issues des rapports d'activité 2022, que la mission a pu consulter.

3.5.2 Une moyenne un peu inférieure à 7 ETP par structure

[41] Les CAARUD déclarent un nombre de 6,8 ETP en moyenne et 5 ETP en médiane[325].

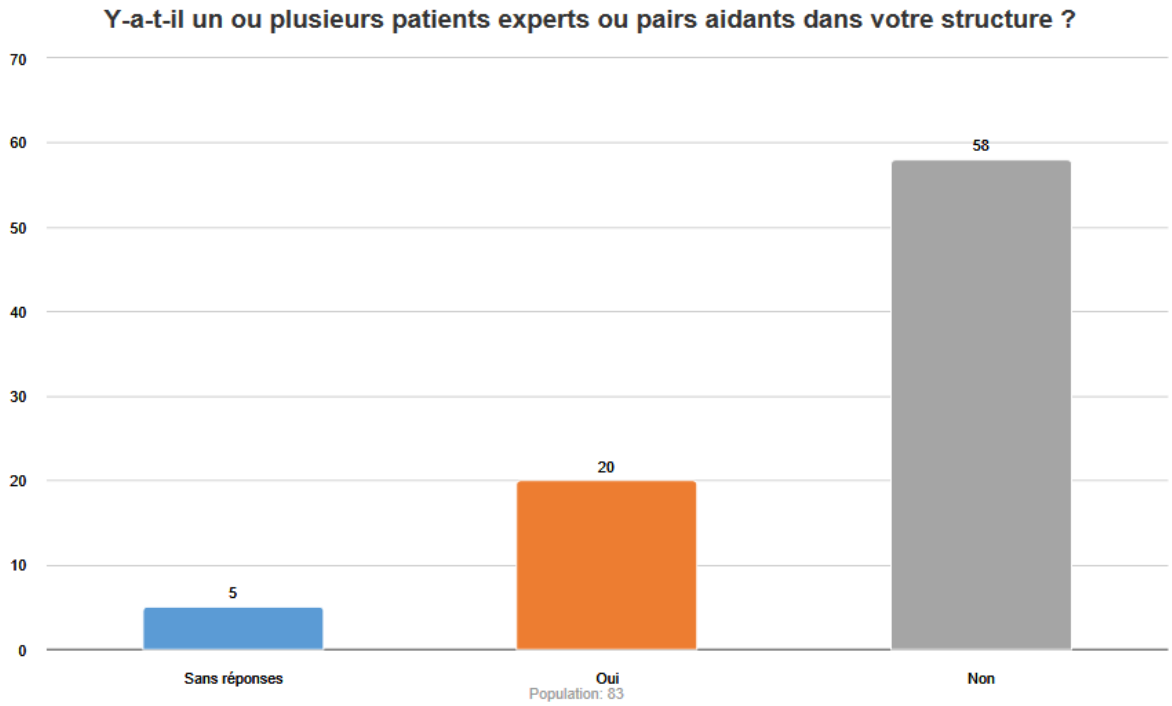
[42] Ce nombre est très légèrement inférieur à celui tiré par l'OFDT de l'exploitation des données issues des rapports d'activité de 2022 [établi à 7,1 en moyenne et 5,8 en médiane] (non publié à la date du rapport).

3.5.3 Un quart des structures dispose de patients-experts ou pairs-aidants

[43] 24 % des CAARUD (20 réponses) déclarent la présence de patients-experts ou de pairs-aidants, contre 70 % qui n'en accueillent pas (et 6 % de non réponses). Cette proportion est légèrement plus élevée qu'en CSAPA (21 %).

[324] Si l'on ajoute une structure au budget supérieur à 4M€, ces valeurs sont faussées vers le haut avec une moyenne de 0,62 M€ et une médiane de 0,47 M€ par structure. Ce budget est deux fois supérieur à celui de la structure arrivant 2ème au classement.

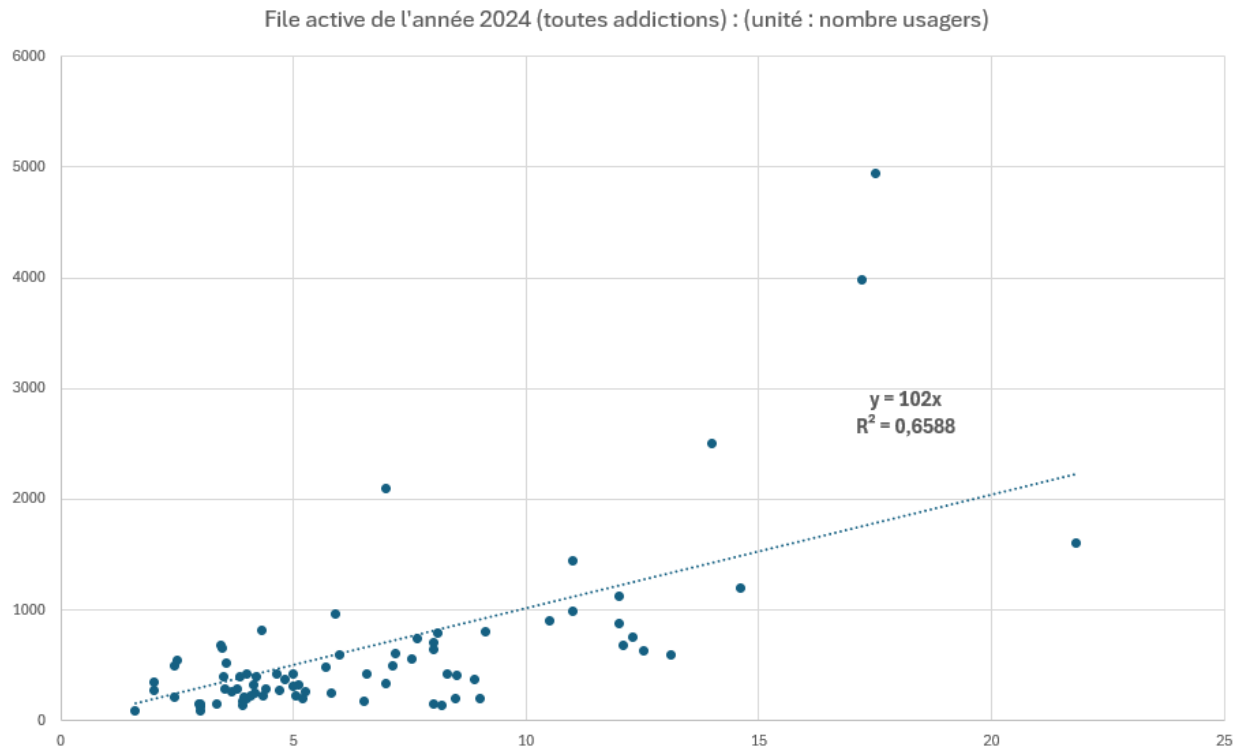
[325] Comme plus haut, il n'a pas été tenu compte de la structure la plus dotée, qui déclare 45 ETP



3.6 La file active de l'année 2024 est de 833 usagers par établissement en moyenne

[44] D'après les 78 réponses apportées, la file active est de 833 par moyenne et par an (médiane de 406). Si l'on exclut les 2 établissements les plus actifs qui pèsent fortement dans les calculs (comme reflété par un écart supérieur au double entre médiane et moyenne), ce nombre est en baisse.

[45] Comme demandé, les CAARUD ont indiqué le chiffre déjà renseigné par leurs soins dans leur rapport d'activité 2024. Ce chiffre est supérieur à celui de 2022 calculé par l'OFDT, dont l'IGAS a pu prendre connaissance (non publié à date) [file active moyenne de 738 et médiane de 398].



[46] La file active, rapportée au nombre d'ETP déclarés par les répondants, fait apparaître une moyenne de 83 usagers par ETP par an, et une médiane de 73. La courbe obtenue fait aussi apparaître un groupe de 20 établissements (1/4 de l'échantillon) qui reçoit 97 à 300 usagers par ETP, avec 2 établissements en tête de groupe, loin devant les autres, recevant respectivement 300 et 282 usagers par ETP (soit 3 fois plus que la moyenne). Ces fortes disparités ne paraissent pas à première vue s'expliquer uniquement par le volume de ressources ou de la file active. Dans le temps imparti, la mission n'a pas pu en approfondir les causes.

[47] Ces valeurs sont très proches de celles relevées pour les CSAPA, dont la moyenne s'élevait à 85 usagers accueillis par ETP par an, avec la même médiane de 73.

4 Les partenariats : une ressource indispensable pour faire face aux difficultés

[48] Cette section interroge la capacité des CAARUD et de leurs partenaires à assurer les parcours de soins. Les éléments ci-dessous sont issus des réponses étayées et détaillées apportées par les répondants aux questions ouvertes posées par la mission.

4.1 L'articulation avec le 1er recours : un levier clé

4.1.1 Des difficultés qui impactent les parcours

[49] L'articulation avec les professionnels de santé du premier recours (médicaux, paramédicaux, pharmacies) est un enjeu majeur, comme souligné dans les 77 réponses reçues. Interrogés sur le soin, les répondants ont élargi leurs commentaires à un ensemble de facteurs y compris sociaux.

[50] Le premier sujet évoqué est celui de **l'offre médicale insuffisante** pour l'accès aux soins : addictologie, psychiatrie, mais également accès aux généralistes (notamment pour la prescription de TSO), et aux autres spécialités : dentaire, dermatologie, cardiologie, hépatologie, kinésithérapie. Cette situation résulte de la démographie médicale, des départs en retraite non remplacés, des refus de nouveaux patients, voire dans certains cas de refus de soins pour les personnes usagères.

[51] En découle un effet de saturation avec des **délais longs pour la prise en charge en premier rendez-vous** en médecine de ville, en centre médico-psychologique (CMP). Les tensions sont particulièrement fortes pour l'accès à la **psychiatrie s'agissant des pathologies duelles**, avec des ruptures de soins fréquentes, et des renvois vers l'addictologie.

[52] Le problème de **l'accès à l'hébergement et au logement** est mentionné de manière récurrente, et apparaît comme la deuxième difficulté. Sont relevés le manque de places notamment pour l'hébergement d'urgence, les accueils de nuit, et en structures à bas seuil, ou l'inadaptation (refus des animaux de compagnie, saisonnalité hivernale, absence de dispositifs dédiés aux grands précaires à troubles multiples), ainsi que les délais très longs pour l'accès au logement social (se comptant en années pour les personnes non prioritaires).

[53] Les CAARUD mentionnent les problèmes de **précarité et d'accès aux droits sociaux**, avec des publics souvent en rupture de droits, et sans couverture sociale. Ces difficultés sont aggravées en cas de situation irrégulière. S'y ajoutent les barrières numériques qui font obstacle à la prise de RV et au suivi téléphonique ou par messagerie électronique, d'autant que, pour ces publics précaires, l'accès continu à un téléphone ou numéro inchangé est difficile.

[54] Sont également fréquemment cités les problèmes que posent la **stigmatisation** et les attitudes dites « jugeantes », notamment de la part de professionnels de santé ou du social, la méconnaissance des publics et de la réduction des risques par les partenaires (allant pour certains jusqu'à la contestation de cette approche), et enfin, l'effet des pratiques répressives (contrôles de police, dispersion dans l'espace public).

[55] Un certain nombre de défis sont liés aux **spécificités du public concerné** : difficulté à honorer les rendez-vous et mobilité restreinte, ruptures de vie (errance, incarcérations, hospitalisations) ; et de ses besoins : nouvelles consommations (crack) langue et barrière culturelle, vieillissement (comorbidités sévères), animaux de compagnie qui font obstacle aux hospitalisations ou hébergements.

[56] A ces facteurs s'ajoutent des **difficultés d'ordre organisationnel** relevant des acteurs : cloisonnement, difficultés de coordination, territoires mal couverts et desservis par le réseau de transports.

L'ensemble et l'ampleur des difficultés impactent le parcours de soins : renoncements, ruptures de traitements (notamment TSO), aggravation somatique et psychiatrique. La problématique du logement est un facteur d'instabilité majeur, qui affecte la temporalité des soins. Les pratiques répressives peuvent favoriser les ruptures de parcours.

4.1.2 De nombreux exemples de bonnes pratiques combinant recherche de proximité, outillage et structuration de partenariats

[57] Dans les 73 réponses apportées, les CAARUD proposent des exemples étayés, présentés ci-dessous (par ordre de fréquence), témoignant de leur forte implication dans la recherche de solutions.

[58] Les leviers les plus efficaces combinent : aller-vers et accompagnements physiques, consultations avancées in situ, et partenariats formalisés avec outillage commun (fiches de liaison). Au-delà, les CAARUD soulignent la dimension décisive de l'accès aux droits, et de la posture de bas seuil et non-jugeante, qu'ils cherchent à renforcer par des moyens dédiés et des formations.

[59] Citées dans près de la moitié des réponses, les **permanences et consultations avancées au CAARUD** (IDE, médecin généraliste, CEGIDD/PASS, CSAPA), permettent de réduire les délais d'accès et rendent possible une orientation immédiate.

[60] Viennent ensuite les **partenariats opérationnels et formalisés** (conventions, réunions de concertation pluridisciplinaire – (RCP, outils de liaison/reporting), cités par un tiers des répondants, nécessaires pour fluidifier les parcours et éviter les ruptures.

[61] Répondant à une question spécifique posée sur ce thème, **les deux tiers (67 %) des structures indiquent travailler sur des outils d'échange ou d'outillage des professionnels du premier recours** : formations, y compris formations croisées (acteurs de 1ère ligne en addictologie, IFSI, pharmaciens, forces de l'ordre, collectivités) qui améliorent les représentations (en particulier sur la RDR) et fluidifient les orientations.

[62] Un tiers des répondants mentionne l' "**aller-vers** «, avec des modalités d'organisation dédiées (maraudes, dispositifs mobiles) et une localisation pertinente (cœur de ville, lieux festifs), et un tiers également **l'accompagnement physique coordonné**, pour sécuriser la première mise en lien, prévient les ruptures de parcours et rétablit la confiance avec le système de santé et de droits.

[63] Sont également citées, dans un cinquième des cas, comme facteurs favorisant les parcours : la **posture** de bas seuil, progressive et non-jugeante, qui favorise l'adhésion et la continuité, et la **levée d'obstacles** comme l'instauration d'horaires larges, ou l'accueil multilingue.

[64] **L'accès aux droits**, à la CPAM/CAF **et aux dispositifs sociaux** est également citées dans un certain nombre de réponses comme un préalable, si possible assuré sur place et sans délais, pour éviter l'abandon faute de couverture ou de stabilité. D'autres modalités peuvent y aider, comme le stockage sécurisé des documents d'identité, ou les mesures d'hébergement ponctuel pour éviter les ruptures de traitement.

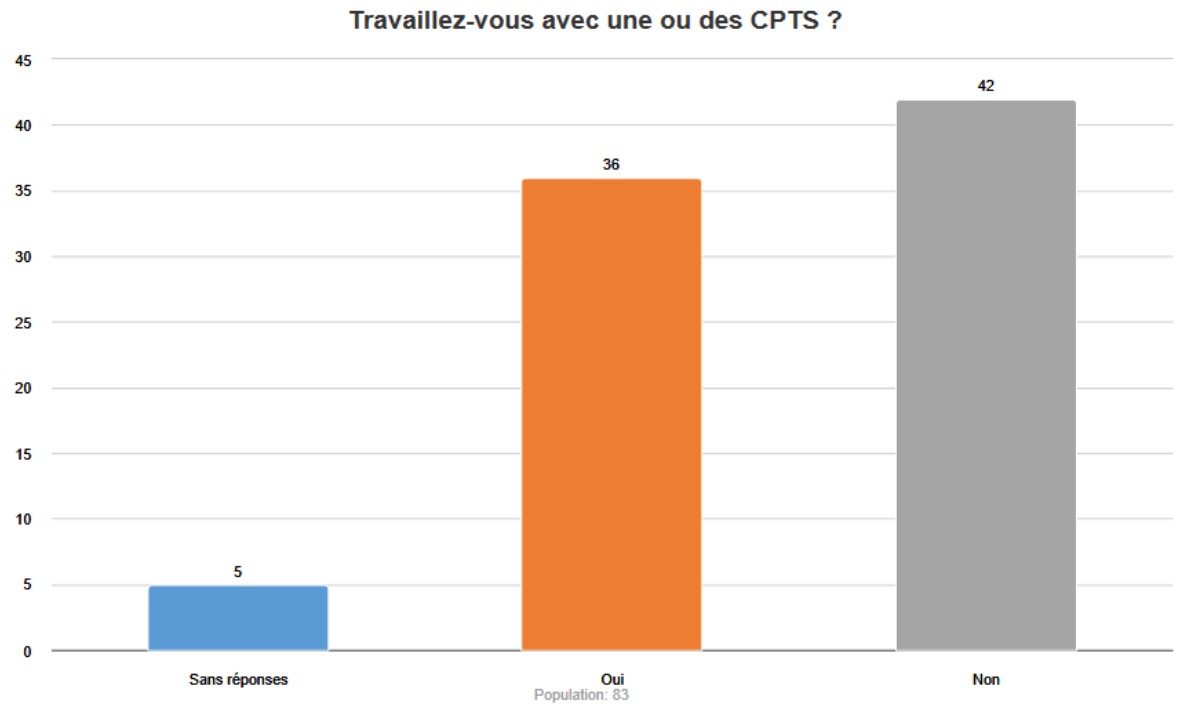
[65] Certaines actions innovantes spécifiques sont également citées comme l'implication des usagers dans le fonctionnement des structures ou le travail en détention.

[66] Les **besoins des professionnels intervenant en CAARUD** sont aussi évoqués, par exemple via des protocoles de gestion de la violence.

[67] Au total, les leviers communs aux bonnes pratiques évoquées sont : la proximité fonctionnelle (co-implantation notamment) , l'outillage commun (fiches de liaison, reporting et protocoles partagés) ; les partenariats formalisés avec la ville (et l'hôpital) via des conventions, réunions récurrentes voire filières dédiées ; les ressources dédiées (IDE point de contact ; médecin généraliste dédié ; travailleurs sociaux, équipes mobiles) ; l'émergence d'une culture commune via la formation, les comités de pilotage dédiés, les instances de coordination territoriales ; enfin, l'implication des usagers.

4.1.3 Des partenariats inégaux avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

[68] Les répondants sont moins nombreux (46 %) à déclarer travailler avec une CPTS que l'inverse (50 % répondent par la négative).



[69] Tous ceux ayant apporté une réponse positive (soit 36 CAARUD) en ont fourni des exemples.

[70] Les collaborations entre les CAARUD et les CPTS prennent d'abord la forme de participations aux **réunions et d'actions d'interconnaissance**, qui constituent les modalités les plus fréquemment rapportées. Les équipes de CAARUD réservent des temps dédiés à ces échanges (réunions de partenaires en addictologie et en santé publique, groupes de travail territoriaux), et assurent des présentations de leurs missions auprès des CPTS, afin de renforcer leur visibilité et de clarifier leur rôle dans les parcours des usagers.

[71] Une autre dimension importante concerne la recherche et la facilitation de **l'accès à un médecin traitant**. Plusieurs CAARUD mobilisent les CPTS pour aider des personnes dépourvues de médecin référent, identifier des professionnels susceptibles d'accepter le suivi de situations complexes ou encore faciliter l'accès aux soins dans des territoires marqués par une faible densité médicale. Cette collaboration reste toutefois variable selon les contextes, certains CAARUD signalant un manque de réponses ou des CPTS encore en phase de structuration.

[72] Les CAARUD et les CPTS développent également des **actions conjointes de prévention, de formation et de sensibilisation**. Les équipes de réduction des risques interviennent régulièrement au sein des CPTS, ou accueillent des professionnels de celles-ci lors d'actions spécifiques. Ces initiatives portent notamment sur la sensibilisation à la réduction des risques, la présentation des traitements de substitution aux opioïdes, des formations destinées aux infirmiers libéraux, aux pharmaciens ou aux organisateurs d'événements festifs, ainsi que la participation à des événements de santé publique.

[73] Certaines collaborations s'inscrivent dans des dynamiques territoriales plus larges, avec l'organisation **d'actions de santé pluri-professionnelles**. Ces initiatives prennent la forme de journées santé réunissant divers professionnels – médecins, infirmières, psychologues –, des forums santé ou

encore des ateliers menés en milieu rural en lien avec les CPTS locales, permettant une approche coordonnée des problématiques rencontrées par les usagers.

[74] La **co-construction de parcours de soins et la coordination renforcée** constituent un volet **plus rare mais particulièrement positif**. Des CAARUD décrivent un travail conjoint visant à améliorer les parcours des personnes usagères de drogues, notamment par l'élaboration de parcours spécifiques (par exemple pour les femmes enceintes), l'orientation via les CPTS ou encore la mise en place d'une coordination pluridisciplinaire renforcée.

[75] Enfin, plusieurs structures mentionnent leur participation à des partenariats territoriaux spécifiques. Elles interviennent dans des projets territoriaux de santé mentale, des réseaux en addictologie, des contrats locaux de santé ou encore des actions menées avec les référents de territoire. Ces collaborations peuvent s'incarner dans des accueils croisés, en stage ou dans des travaux menés avec les CLS, illustrant la diversité des ancrages territoriaux des CAARUD.

4.2 Une articulation avec les structures hospitalières recherchée mais perfectible

[76] Une section spécifique du questionnaire portait sur l'articulation avec les structures hospitalières, qui jouent un rôle important, souligné par les répondants.

4.2.1 Des difficultés d'accès, notamment en psychiatrie

[77] L'analyse des 78 réponses recueillies met en évidence des difficultés récurrentes et convergentes : l'accès à la psychiatrie se distingue comme principal point de tension, suivi des délais d'accès aux soins en général, sur fond de saturation hospitalière. Viennent ensuite des obstacles plus ciblés, mais significatifs : stigmatisation, accès aux droits, coordination en addictologie. Nombre de ces constats font écho à ceux évoqués pour l'accès aux premiers recours, propres aux publics spécifiques des CAARUD.

[78] La problématique la plus fréquemment citée concerne **l'accès à la psychiatrie à l'hôpital**, évoquée dans près d'un tiers des réponses : situations de refus de prise en charge, conditions d'admission restrictives (notamment l'exigence d'une abstinence ou d'une stabilisation préalable des consommations), la saturation des Centres Médico-Psychologiques (CMP) et la faible disponibilité des équipes de liaison. De nombreux répondants soulignent également un manque d'adaptation des dispositifs psychiatriques aux réalités des publics concernés, en particulier ceux cumulant précarité et polyconsommations.

[79] Les **délais d'accès aux soins d'une manière générale**, qu'il s'agisse de consultations spécialisées, de rendez-vous en CMP ou de passages aux urgences, sont le deuxième problème cité (un peu plus d'un quart des réponses en ajoutant la thématique de la saturation – voir ci-dessous). Ces délais, parfois de plusieurs mois, sont perçus comme incompatibles avec la temporalité propre aux publics rencontrés et constituent un frein majeur à l'engagement dans un parcours de soins. Les répondants estiment que ces temps d'attente prolongés contribuent à des renoncements, voire à des ruptures de prise en charge.

[80] Ces réponses s'ajoutent à celles mentionnant le **manque de places ou la saturation des services** hospitaliers. Cette tension se traduit par des hospitalisations écourtées, des refus d'admission ou l'impossibilité de répondre à des situations pourtant critiques. La rareté des lits en psychiatrie est particulièrement soulignée, tout comme l'absence de solutions intermédiaires permettant d'assurer une continuité de soins, notamment pour les personnes à la rue.

[81] Les difficultés liées à **l'accès aux droits** apparaissent comme un facteur aggravant pour plusieurs répondants. L'absence de couverture sociale, la complexité des démarches administratives et la nécessité de posséder des outils numériques — souvent inaccessibles aux personnes concernées — limitent l'accès effectif aux soins hospitaliers et compliquent les orientations.

[82] La **stigmatisation** constitue également un frein important, citée dans une dizaine de réponses. Plusieurs témoignages rapportent des attitudes de jugement, des refus implicites de soin ou des pratiques inadaptées, en particulier lors des passages aux urgences. Ils estiment que ces dynamiques renforcent la méfiance de certains usagers et contribuent au non-recours.

[83] Moins citée, mais significatifs : la **faible culture de l'addictologie**, manifeste par exemple dans la difficulté à articuler les approches sanitaires et médico-sociales. Les établissements hospitaliers sont jugés insuffisamment formés, notamment aux pratiques de réduction des risques, ce qui peut conduire à des interprétations erronées des situations ou à des prises en charge inadéquates.

[84] Des ruptures de soins sont constatées, tant en cours d'hospitalisation qu'à la sortie, notamment en l'absence de relais ou de dispositifs de suivi adaptés aux situations sociales instables, qui fragilisent les parcours.

Dans l'ensemble, l'analyse met en évidence un continuum de difficultés qui, cumulées, entravent l'accès aux soins et la stabilité des parcours, et relèvent de tensions systémiques au sein du secteur hospitalier (pénurie de professionnels, saturation, organisation des services).

4.2.2 La recherche active de solutions via la coopération, l'adaptation des pratiques et d'autres exemples

[85] Dans ce contexte, les bonnes pratiques d'articulation représentent des leviers que les CAARUD mobilisent activement.

[86] Les 71 réponses reçues, riches et détaillées, mettent en lumière une dynamique positive de collaboration entre les CAARUD et le secteur hospitalier pour renforcer la continuité et la qualité des parcours, reposant sur : des relations de travail régulières et structurées ; la présence d'équipes mobiles hospitalières ; l'accompagnement physique ; des dispositifs innovants d'articulation psy/addictologie.

[87] La **coopération active avec les services hospitaliers** – citée dans 2/3 des réponses- apparaît comme le levier le plus important pour améliorer la fluidité des parcours, limitant les renoncements et consolidant la continuité des soins. Une grande variété de services sont mentionnés : permanence d'accès aux soins en santé (PASS), urgences, ELSA, hépato-gastro, services des maladies infectieuses et tropicales (SMIT), médecine interne, réanimation, etc.

[88] Parmi les pratiques de coordination les plus fréquemment citées : les **contacts téléphoniques** en amont des hospitalisations pour préparer l'arrivée de l'usager et éviter les ruptures ; les **visites** durant l'hospitalisation pour maintenir le lien et faciliter la sortie ; des **créneaux dédiés ou circuits** facilitants avec la PASS ou d'autres services ; l'**interconnaissance** avec les équipes hospitalières, parfois via des journées ou interventions communes.

[89] Certains territoires vont plus loin encore, en accueillant directement des **services hospitaliers spécialisés au sein des CAARUD** : par exemple, le dispositif SCANVIR (hépatologie) permettant dépistage et mise sous traitement dans les locaux du CAARUD, ou des permanences régulières de la PASS, du Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ou d'équipes mobiles hospitalières spécialisées.

[90] En cohérence avec cette thématique, plus d'un tiers des réponses mentionnent l'importance de **partenariats structurés et du travail en réseau**. De nombreuses structures évoquent la mise en place de conventions, l'adhésion à des réseaux territoriaux (réseau en santé mentale, Réseau Addiction, comités régionaux du VIH - COREVIH/ comités régionaux de la santé sexuelle -CORESS, conseils locaux de santé mentale-CLSM, projets territoriaux de santé mentale-PTSM), ou la participation aux comités de pilotage hospitaliers. Plus précisément, sont mises en place : des conventions CAARUD–CSAPA pour faciliter les relais internes ; des réunions partenariales pour faciliter l'accès aux soins dans les situations complexes ; la coopération formalisée avec les urgences pour les personnes en situation de grande

précarité. Ces pratiques de coordination fine permettent d'intervenir conjointement dans des situations de crise.

[91] Quelques dispositifs inter-structures particulièrement aboutis sont mentionnés (antenne TSO reliant un CAARUD, deux CSAPA et le CHU avec quatre médecins hospitaliers, permettant l'initiation et le suivi coordonné des traitements de substitution).

[92] L'articulation **avec le secteur psychiatrique** est évoqué par un tiers des répondants comme un enjeu récurrent, donnant lieu, malgré les tensions sur l'offre, à plusieurs exemples de bonnes pratiques pour la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques, fréquentes chez les publics accueillis : consultations avancées de spécialistes, dont psychiatrie, en CAARUD (ex. via hôpital de proximité ou les équipes mobiles psy), y compris sous forme de permanences ; les hospitalisations dédiées à l'évaluation diagnostique ; le travail conjoint avec les équipes mobiles psy. Quelques exemples sont détaillés : une consultation avancée hebdomadaire assurée par une infirmière psychiatrique en CAARUD (386 entretiens et 92 personnes différentes en 2024) ; la réalisation de visites à domicile pour des usagers très éloignés du soin ; ou encore des entretiens en visioconférence réunissant simultanément le patient, le psychiatre et le CAARUD pour faciliter une admission en psychiatrie ou en addictologie.

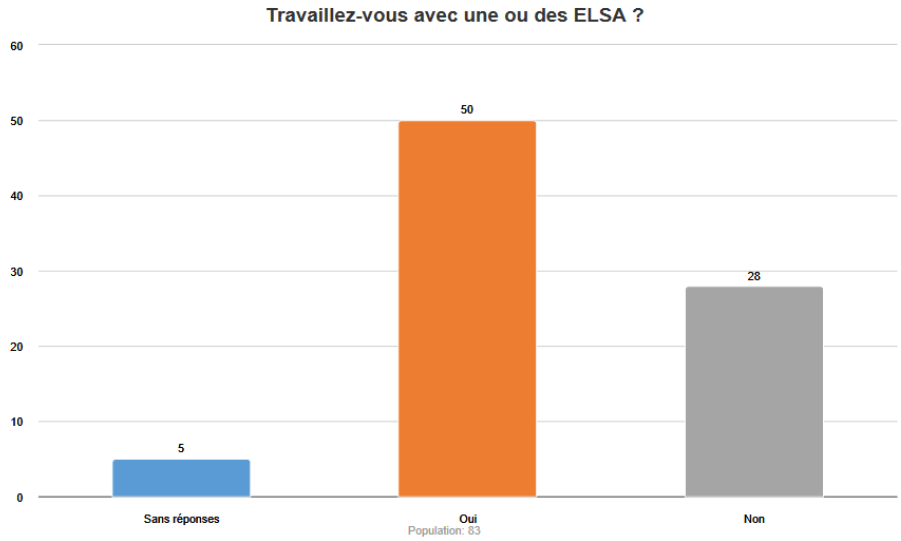
[93] **L'accompagnement physique des usagers** vers l'hôpital ou vers des services administratifs essentiels (droits, SIAO, PASS) est mis en avant comme une pratique importante par près d'un tiers des structures. Cet effort, assuré par les CAARUD, renforce la mise en confiance des usagers, et permet de sécuriser les admissions, de réduire l'anxiété ou les incompréhensions, et de limiter les refus de soins ou les ruptures de parcours. Certains CAARUD développent des **partenariats originaux** permettant de lever des obstacles concrets à l'hospitalisation : mise en place de solutions de garde pour les animaux ou organisation interne pour accueillir les chiens sur site afin de permettre des hospitalisations impossibles autrement. Certaines équipes participent à des repas thérapeutiques, et interviennent auprès des familles.

[94] Les interventions **d'équipes mobiles hospitalières** spécialisées jouent un rôle structurant pour près d'un quart des répondants qui en citent plusieurs exemples (équipes mobiles psychiatrie précarité - EMPP, équipes mobiles psychiatrie - EMP, EMIC- intervention de crise, EMSP-soins palliatifs). Ces dispositifs permettent des consultations avancées au sein des CAARUD ; un accès facilité à l'hôpital pour des publics souvent éloignés de la santé ; un travail de lien essentiel entre milieu hospitalier et structures de réduction des risques.

Au total, trois grandes tendances ressortent de ces contributions : la recherche de coopération et de structuration des relations CAARUD–hôpital, qu'il s'agisse d'initiatives formalisées ou de coopérations informelles mais régulières ; une articulation avec la psychiatrie encore difficile, mais faisant l'objet d'innovations prometteuses (équipes mobiles, permanences, conventions diagnostiques) ; un rôle central du CAARUD dans la médiation et l'accompagnement, et comme tiers de confiance, pour favoriser l'accès et lever les obstacles structurels ou comportementaux rencontrés par les usagers.

4.3 Une articulation appréciée avec les ELSA

[95] La plupart des répondants (60 %) indiquent travailler avec des Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).



[96] Les 58 réponses recueillies décrivent une **coopération globalement active** entre les CAARUD et les équipes ELSA, **variable toutefois entre les territoires**.

[97] Dans l'ensemble, elles mettent en évidence une coopération fonctionnelle et réactive entre les CAARUD et les ELSA, centrée sur l'hospitalisation, l'évaluation addictologique et la continuité des parcours. Elle est facilitée par certains facteurs comme : l'interconnaissance, des modalités d'orientation bien identifiées et, dans certains territoires, la présence régulière de professionnels hospitaliers au sein même des CAARUD.

[98] La coordination avec les ELSA **se focalise en priorité sur les hospitalisations et les passages aux urgences**, situations où l'ELSA joue un rôle central pour assurer la continuité des soins hospitaliers des usagers. Près du tiers des réponses évoquent en effet un travail conjoint lors des admissions, pendant l'hospitalisation ou au moment de la sortie, qu'il s'agisse d'informer l'ELSA lorsqu'un usager du CAARUD est hospitalisé, d'être alerté par l'ELSA lorsqu'un patient connu des travailleurs sociaux se présente aux urgences, ou encore d'organiser le relais de prise en charge. Les exemples sont nombreux : contacts systématiques en cas d'hospitalisation, information réciproque lors des passages aux urgences, coordination partagée pour les patients hospitalisés dans les services addictologiques ou psychiatriques.

[99] **L'orientation ou l'adressage vers l'ELSA** est cité en deuxième position, par moins d'un cinquième des répondants. Le recours à l'équipe hospitalière concerne principalement les sevrages, les adaptations de traitements, l'accès à un médecin lorsque l'offre ambulatoire est insuffisante, ou encore la prise en charge des femmes enceintes consommatrices. Certaines structures mentionnent des échanges d'informations réguliers sur les usages, les modes de consommation ou l'état de santé des personnes, s'appuyant sur l'expertise des ELSA dans l'évaluation et l'orientation vers des soins addictologiques.

[100] Des réponses (un peu moins nombreuses) mettent également en avant des formes de **structuration partenariale** – point déjà détaillé dans la section précédente : conventions formelles entre le CAARUD et l'hôpital par exemple pour le partage de matériel de réduction des risques, la participation à des commissions addictologie ou encore pour organiser le relais entre hospitalisation et prise en charge sociale. D'autres décrivent des réunions communes ou un travail partenarial sur les situations complexes.

[101] Certaines structures mentionnent des actions d'interconnaissance entre professionnels, qui contribuent à améliorer la qualité des orientations et à faciliter les échanges : formations croisées entre équipes hospitalières et CAARUD, d'immersions de stagiaires infirmiers ou d'étudiants en médecine dans les dispositifs de réduction des risques, ou encore de sessions de sensibilisation destinées à renforcer la compréhension mutuelle des pratiques.

[102] Enfin, quelques CAARUD bénéficient **d'interventions avancées** de l'ELSA, comme la mise à disposition d'un temps infirmier sur place, la tenue de permanences régulières ou la présence d'équipes de liaison addictologique dans les locaux du dispositif.

4.4 L'articulation avec les autres structures médico-sociales mobilisée mais rendue difficile par la saturation de l'offre

[103] Les réponses à cette section, portant sur l'articulation avec les autres structures médico-sociale concerne beaucoup les CSAPA, faisant écho aux résultats de l'enquête sur ces structures, mais tout en évoquant d'autres partenariat.

4.4.1 Les principales difficultés sont les délais d'attente et les besoins spécifiques des publics

Les 74 réponses recueillies font apparaître une difficulté principale liée à la saturation de l'offre (délais d'attente, manque de personnel). Sont également mentionnés, à un moindre degré le problème de l'hétérogénéité des pratiques (protocoles différents, opposition entre abstinence et réduction des risques), et enfin des problématiques d'accès propres aux profils des publics.

[104] Les **délais d'attente importants et la saturation du système** sont la première difficulté mentionnée (par près d'un tiers des répondants). Les structures signalent des temps d'attente pouvant aller de plusieurs semaines à plusieurs mois pour un premier rendez-vous en CSAPA (cohérente avec les retours de l'enquête conduite auprès des CSAPA[326]), une situation décrite comme **incompatible avec la temporalité des personnes** en situation de précarité, facteur de démobilisation, d'abandons de démarches ou de ruptures de parcours.

[105] Certaines réponses évoquent le manque de dispositifs, ou de places dans les structures, notamment **pour certains publics spécifiques comme les mineurs, les femmes enceintes ou les personnes présentant des troubles psychiatriques associés**. Plusieurs commentaires relèvent une offre inégalement répartie selon les territoires, ne permettant pas toujours de proposer une orientation adaptée. A ceci s'ajoutent des difficultés d'accès liées au contexte géographique ou aux problèmes de mobilité, en particulier dans les zones rurales ou mal desservies. Les distances importantes et la précarité des publics limitent la capacité à rejoindre les structures, ce qui retarde voire empêche l'accès aux soins.

[106] Les **problèmes de coordination et de communication** sont aussi évoqués. Dans certains cas, les retours de partenaires sont jugés insuffisants ou trop tardifs, les pratiques manquent d'harmonisation et les approches diffèrent selon les structures, ce qui complique les articulations et peut fragiliser les parcours.

[107] Le manque de médecins, en particulier d'addictologues, ainsi que les difficultés de recrutement plus générales dans les équipes médico-sociales, sont également rapportés. Cette situation limite l'accès à certains traitements, notamment aux TSO.

[326] Annexe 3

[108] Quelques répondants relèvent les différences d'approche, notamment entre l'abstinence et la réduction des risques. Certains établissements évoquent des seuils d'acceptation jugés trop élevés ou des protocoles perçus comme trop stricts, ce qui peut exclure une partie des personnes ou complexifier leur orientation.

[109] Certains types de prises en charge spécifiques apparaissent particulièrement difficiles, notamment pour les usages de crack, de Lyrica, de benzodiazépines ou de stimulants. Ces situations sont décrites comme suscitant des réticences de la part de certains professionnels ou comme insuffisamment prises en compte par les dispositifs actuels.

[110] A noter enfin que quelques répondants mentionnent la fluidité de la coordination avec les autres CAARUD.

4.4.2 Exemples de bonnes pratiques mises en place

Les 76 répondants ont apporté des contributions détaillées sur leurs bonnes pratiques d'articulation avec les autres structures du médico-social. Elles se répartissent de manière relativement homogène entre plusieurs thèmes –les plus cités présentant le même taux des réponses – ce qui indique qu'aucune proposition ne se détache nettement comme prioritaire, mais que les établissements mobilisent un ensemble de leviers complémentaires pour améliorer la continuité des parcours et l'accès aux soins.
L'ensemble de ces exemples révèlent des pratiques ancrées de travail quotidien avec les partenaires de l'écosystème local : CSAPA, autres CAARUD, autres associations, mais aussi autorités de tutelle.

[111] Les pratiques les plus partagées sont : la coordination structurée entre équipes, les actions conjointes sur les territoires, les accompagnements physiques destinés à sécuriser l'accès aux soins, la fluidification des parcours et des orientations, ainsi que, lorsque cela est possible, la mutualisation des ressources.

[112] Les pratiques de **coordination régulière entre équipes** facilitent l'articulation entre CSAPA, CAARUD et autres partenaires. Les établissements mentionnent des réunions régulières, des temps d'échanges cliniques, des bilans partagés ou des groupes de concertation. Ces modalités permettent d'actualiser les informations en continu, pour un suivi plus cohérent des situations individuelles et renforcent la cohésion interprofessionnelle.

[113] Les **actions communes** et interventions conjointes (maraudes partagées, interventions en milieu festif, permanences croisées, actions menées en détention, co-animations d'ateliers et de groupes) sont utiles pour renforcer le maillage territorial, améliorant l'accès des publics les plus exposés.

[114] **L'accompagnement physique** est assuré par les professionnels auprès des usagers les plus éloignés du soin pour les conduire à leurs rendez-vous médicaux ou sociaux (y compris pour les véhiculer). Cette présence active est cruciale pour assurer l'accès effectif au soin des personnes rencontrant des difficultés majeures d'autonomie ou de mobilité.

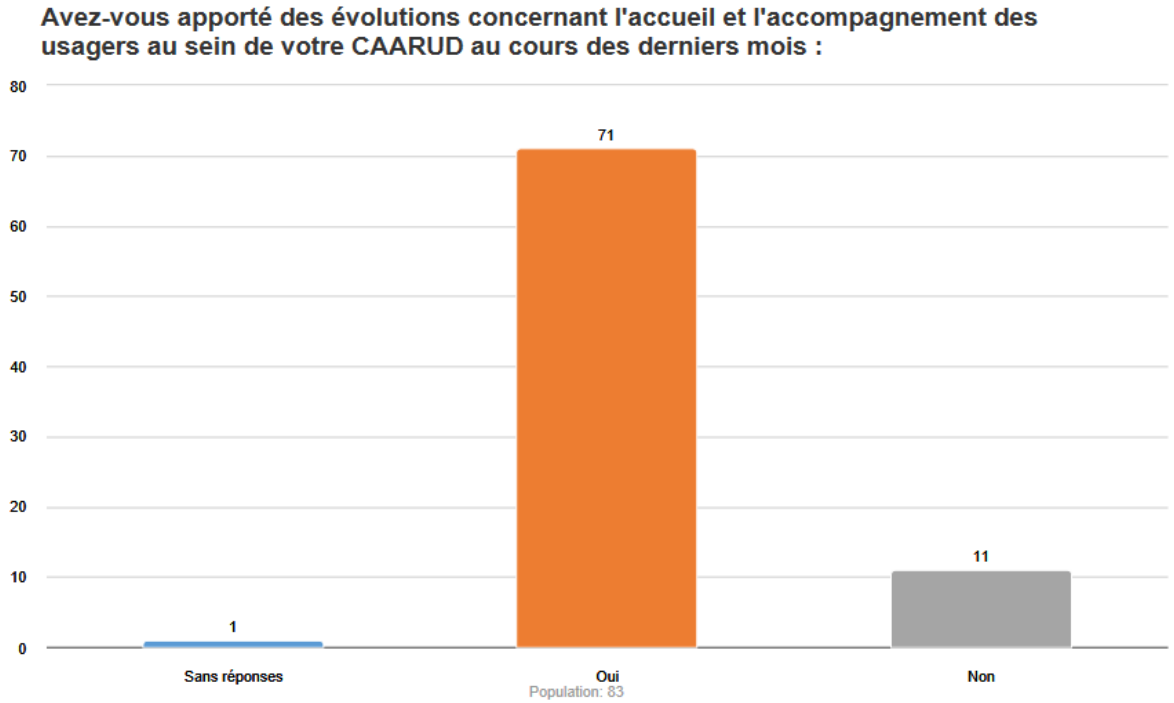
[115] **L'orientation facilitée** est un levier important : les structures évoquent la mise en place de protocoles d'admission partagés, des modalités d'accès simplifiées, des délais raccourcis, des possibilités de consultation rapide – notamment via des dispositifs de consultations avancées –, ainsi qu'une coordination étroite permettant d'éviter les ruptures ou exclusions. Cette logique de continuité vise à garantir un passage fluide entre les dispositifs et à réduire les temps d'attente ou de latence, ce qui est déterminant pour l'engagement des personnes dans le parcours de soin.

[116] La **mutualisation des ressources** est évoquée par quelques réponses, qu'il s'agisse de locaux, de matériel, de temps de professionnels ou de postes partagés entre structures, favorisant l'optimisation des moyens et une meilleure intégration fonctionnelle entre dispositifs.

[117] Enfin, la proximité géographique ou institutionnelle entre structures apparaît dans quelques réponses. Le fait que des CSAPA et CAARUD soient situés sur le même site ou appartiennent à la même association facilite significativement les échanges entre professionnels, les orientations internes et la continuité des accompagnements. Cette configuration permet souvent une meilleure lisibilité de l'offre et une coordination plus naturelle.

5 Les CAARUD adaptent leurs modalités d'accueil face à l'évolution des besoins

[118] Une grande majorité (85 %) des CAARUD indique avoir apporté des évolutions concernant l'accueil et l'accompagnement des usagers au sein de la structure au cours des derniers mois – pour 13 % sans évolution (et seule 1 non réponse).



[119] La quasi-totalité (66 répondants) a détaillé comme demandé les causes et les modalités de ces évolutions.

5.1.1.1 Une évolution marquée

[120] L'ensemble des réponses fait apparaître une évolution marquée des modalités d'accueil des CAARUD, qui se médicalisent, deviennent plus mobiles et insérés dans l'écosystème sanitaire et social, mais sous forte tension. Ces transformations sont à la fois profondes et rapides (la question posée portait sur les 12 derniers mois).

[121] Globalement, les CAARUD renforcent leur rôle clé dans la réduction des risques, l'accès aux soins, la médiation sociale et la coordination territoriale, tout en s'efforçant de personnaliser l'accueil.

5.1.1.2 Les publics et les besoins ont changé

[122] S'agissant des causes, les réponses convergent autour de plusieurs facteurs. Les structures décrivent d'abord une **transformation des profils** des personnes accueillies, marquée par une hausse de la précarité extrême et des publics vivant à la rue, en errance ou dans des conditions matérielles très fragiles. Ces situations impliquent des besoins accrus en hygiène, en consignes ou en espaces de repos, et conduisent les CAARUD à adapter leurs environnements pour répondre à ces demandes nouvelles. Dans le même temps, de nombreux commentaires évoquent une **aggravation de la santé mentale et de la détresse psychique**, se traduisant par des comportements agressifs, ou par des passages à l'acte, ce qui nécessite une présence renforcée des professionnels, une attention accrue à la sécurité et, parfois, une réorganisation des temps collectifs. Certains publics jusque-là invisibles ou sous-représentés commencent à apparaître et requièrent des modalités spécifiques : c'est le cas des **femmes**, pour lesquelles plusieurs structures évoquent le besoin d'espaces sécurisants et non mixtes,

ou encore des **personnes migrantes**, ou des personnes en situation de **prostitution** dont la prise en compte demande des réponses adaptées

[123] Les **évolutions des usages** constituent un autre moteur majeur des changements. Plusieurs CAARUD signalent une forte progression de la consommation de cocaïne, de crack ou d'autres stimulants, ce qui accentue la tension dans les espaces d'accueil et augmente les demandes de postes d'injection ou de matériel spécifique. Le développement du chemsex est également mentionné, imposant aux professionnels de se former et de renforcer des compétences spécifiques. Les consommations d'alcool sont très présentes, ce qui conduit à revisiter certaines règles d'accueil ou à proposer des dispositifs de réduction des risques centrés sur l'alcool – l'alcool représentant un facteur fréquent de polyconsommation. Ces mutations des pratiques de consommation obligent donc les structures à ajuster leurs protocoles, leurs outils et leurs modalités d'intervention pour rester en adéquation avec les risques observés

[124] La nécessité de **répondre aux besoins croissants en matière de santé** et aux obstacles à l'accès aux droits est largement citée. Au-delà des difficultés administratives propres à leurs usagers (ruptures de droits, accès carte vitale), qui les conduit à créer des accompagnements administratifs dédiés, ils relèvent également un besoin accru de soins de première ligne que les autres dispositifs ne couvrent pas, avec une dégradation générale de l'état de santé de certains publics, notamment liée aux hépatites, aux infections diverses ou aux complications des usages.

[125] Les **contraintes matérielles et organisationnelles** sont mentionnées par de nombreux répondants, qui font état de locaux trop petits ou inadaptés, de difficultés de confidentialité ou d'une file active en constante augmentation, parfois jusqu'à des niveaux rendant l'accueil ordinaire difficilement soutenable. Cette surfréquentation ou la configuration des lieux amènent à revoir les jauges, les flux entrants, la priorisation de certains usagers ou l'aménagement d'espaces distincts. Les limites humaines sont également évoquées, notamment le manque de personnel ou l'épuisement des équipes, ce qui induit la réduction de certains temps d'accueil collectif ou un recours accru à des dispositifs hors les murs pour éviter les pics d'affluence.

[126] Ces réalités **varient suivant les territoires** ou infra-territoires. Certains voient leurs publics se disperser géographiquement ou se déplacer hors des zones traditionnellement couvertes, ce qui nécessite un renforcement de l'aller-vers, le développement de points fixes supplémentaires ou de nouvelles pratiques mobiles. D'autres structures expliquent que les scènes de consommation évoluent, les amenant à repositionner physiquement leur action ou à se distinguer d'un CSAPA voisin pour mieux répondre aux besoins des personnes les plus éloignées des soins. La tension dans l'espace public, les conflits d'usage, voire les plaintes riveraines créent aussi un contexte contraint qui pousse les équipes à proposer des haltes de nuit, à renforcer la médiation ou à réaménager les horaires d'accueil.

5.1.1.3 Une adaptation agile des modalités d'accueil

[127] En réponse à ces évolutions des publics, des besoins, et du contexte, les structures ont fait évoluer leurs modalités d'accueil de manière agile, en renforçant leur prise en charge du soin et les dispositifs d'aller-vers, en consolidant les partenariats, et en apportant des réponses différenciées pour certains publics.

[128] **L'intégration accrue du soin de première ligne** dans l'offre des CAARUD est le thème le plus fréquent, mentionné par un quart des répondants. Les structures ont renforcé les consultations infirmières et médicales, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), *Fibroscan*, spectrométrie, *AccuVein*, et les vaccinations.

[129] Cette médicalisation répond à plusieurs facteurs évoqués ci-dessus : difficultés d'accès au droit commun, y compris pour des démarches administratives ; aggravation de l'état de santé somatique et psychiatrique de nombreux bénéficiaires ; complexification des consommations, notamment autour des stimulants ; besoin d'intervenir rapidement pour des publics en rupture.

[130] Les CAARUD deviennent ainsi des points d'entrée en santé, articulant réduction des risques, dépistage, éducation à la santé, initiation de parcours de soin et continuité via les partenaires.

[131] Les CAARUD évoquent ensuite un éventail d'autres évolutions, à égalité, mais présentées comme intervenant en parallèle. Elles concernent :

- **L'extension des unités mobiles** : maraudes renforcées, permanences avancées dans des CHRS, accueils de jour ou communes rurales, pour répondre à réponse à la mobilité et à l'invisibilisation de certains publics. En effet, une partie du public, notamment les femmes, se détourne des permanences classiques, privilégiant le contact discret et non-stigmatisant avec l'unité mobile. Les équipes décrivent une transformation de l'unité mobile, devenue un véritable bureau itinérant plutôt qu'un outil limité à la distribution de matériel.
- La **réorganisation de l'accueil, sous contrainte**. Plusieurs structures ont dû revoir leurs modalités d'accès (jauges, filtrage, accueil différencié, séquençage des temps collectifs/individuels), en raison de l'exiguïté ou inadaptation des locaux face à la hausse de la fréquentation, et des situations complexes et de crise, générant de tensions organisationnelles internes (effectifs, épuisement professionnel).

[132] Certaines introduisent des plages dédiées (femmes, usagers en difficulté avec le cadre collectif, accueils "soins"), d'autres renforcent la sécurité (bouton d'alerte, médiation, gestion des flux). L'objectif reste de préserver la qualité relationnelle et la sécurité, tout en maintenant un accueil inconditionnel.

- Les structures cherchent également à s'adapter aux évolutions des usages (stimulants, crack, chemsex, alcool, polyconsommations), notamment aux demandes de postes d'injection, à la réduction des risques pour le basage et l'alcool, et expriment leur besoin d'outils spécialisés.
- Le **rôle croissant des partenariats**. Les CAARUD renforcent leurs liens avec un large éventail d'acteurs : CSAPA, EMPP, CEGIDD, COHEP (coordination hépatites), CPAM, structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion - AHI, dispositifs santé mentale, réseaux de santé, associations de lutte contre les hépatites. Plusieurs pratiques nouvelles émergent : permanences CPAM dans les locaux du CAARUD ; journées santé rassemblant plusieurs professionnels ; travail conjoint avec des équipes mobiles hospitalières ; coordination renforcée pour l'hébergement et le logement.

[133] Ces dynamiques positionnent les CAARUD comme des acteurs de coordination de parcours, particulièrement pour des publics en rupture administrative ou sociale.

- Une attention accrue à **certains publics** : femmes, migrants, personnes très précarisées

[134] Les structures s'efforcent de faire face aux besoins spécifiques des usagers. De nombreux répondants soulèvent la question des femmes, et mentionnent la mise en place de dispositifs dédiés visent à créer un espace sécurisé, non-mixte, permettant la prise en compte de besoins d'intimité et de sécurité, de problématiques de santé gynécologique, d'un vécu de violence ou de marginalisation, qui n'est pas forcément assuré dans les accueils classiques.

[135] Les besoins des personnes migrantes sont plus rarement mentionnés, mais il est noté que leurs situations sont en général complexes (barrières linguistiques, prostitution, chemsex, non-accès aux droits).

[136] Les structures indiquent que les personnes en situation de grande précarité et/ou présentant de graves troubles psychiatriques (notamment si non diagnostiqués) mobilisent fortement les équipes.

[137] Enfin, plusieurs CAARUD indiquent que certaines évolutions découlent directement d'impulsions institutionnelles, réglementaires ou partenariales. L'attribution de nouveaux financements, notamment des postes infirmiers supplémentaires, ou au contraire la nécessité de se mettre en conformité avec des préconisations de l'ARS, a incité certaines structures à revoir leur organisation. Par ailleurs de nouveaux partenariats, qu'il s'agisse de la CPAM, de dispositifs médico-sociaux ou de

réseaux de santé, a facilité la mise en place de permanences, consultations ou ateliers construits en collaboration.

Au total, les réponses apportées mettent en évidence un secteur en tension mais innovant, dans lequel les CAARUD font face à des contraintes structurelles importantes (locaux, effectifs, financements) tout en s'efforçant d'élargir leur activité d'accueil (soins, administration, accompagnements complexes), adoptent des modalités flexibles et différenciées, accompagnent des usages plus diversifiés et plus spécifiques, se dotent d'outils technologiques nouveaux et poursuivent une logique d'insertion dans les écosystèmes locaux.
Ceci interroge la soutenabilité de ce modèle agile, qui repose largement sur l'engagement des équipes.

6 Les CAARUD mobilisent leurs atouts pour faire face aux besoins croissants, mais demandent le renforcement des moyens

6.1 Les principaux défis pour les CAARUD sont le manque de ressources, la saturation des dispositifs et la précarisation croissante des publics

[138] Cette question a fait l'objet de 82 réponses, soit l'ensemble des répondants (sauf un). Ces commentaires reprennent voire répètent largement ceux déjà développés en détail dans les sections précédentes ; la mission a cependant fait le choix de les restituer, pour rendre compte de leur cohérence.

[139] Les principaux défis mis en avant par les CAARUD sont le manque de ressources et la saturation des dispositifs de soins et d'hébergement, exacerbés par la précarisation croissante des publics, leurs besoins psychiatriques, et l'évolution des usages (crack notamment).

[140] Les enjeux d'accès aux soins, à égalité avec les problématiques de santé mentale sont les plus fréquemment évoqués (un quart des répondants), suivis à égalité par les questions d'accès aux droits, les moyens humains et les contraintes territoriales, puis l'impact de l'usage de crack (12 occurrences).

[141] Les structures décrivent à nouveau en détail, les difficultés déjà évoquées : en premier lieu pour **l'accès aux soins**, avec des délais d'attente importants, des ruptures de parcours fréquentes et une forte tension pour la psychiatrie comme pour l'addictologie, ce qui conduit les CAARUD à devenir, pour beaucoup, un point d'appui sanitaire de long terme plutôt qu'un lieu de passage.

[142] Les **troubles psychiatriques**, souvent associés à des consommations multiples, sont encore présentées comme un défi majeur, d'autant que les dispositifs capables d'intervenir rapidement ou de manière adaptée font défaut.

[143] Les **ruptures de droits** et la complexité des démarches administratives, aggravées par la dématérialisation, rendent indispensables un accompagnement renforcé des usagers.

[144] Les équipes soulignent également la **tension généralisée sur les moyens humains**, et des effectifs insuffisants pour faire face à une file active en augmentation, fragilisant la capacité à maintenir un accueil de qualité, à assurer la continuité des parcours et à développer l'aller-vers.

[145] Les **contraintes territoriales**, notamment en zones rurales, ou sur des territoires très étendus, ajoutent à ces difficultés, en limitant la proximité et la régularité des interventions.

[146] L'essor des consommations de crack, associé à une aggravation des troubles psychiques et à un besoin accru de matériel de réduction des risques, impose aux équipes d'adapter en permanence leurs pratiques alors que les **dotations disponibles** ne suivent pas toujours l'évolution des usages.

[147] À cela s'ajoutent la saturation des dispositifs d'hébergement et des services sociaux et de soin, la stigmatisation persistante des usagers et la montée des logiques répressives, qui renforcent l'isolement et la marginalisation des personnes accompagnées.

L'ensemble de ces éléments montrent que les CAARUD doivent composer avec des demandes croissantes et complexes, des ressources jugées insuffisantes et un environnement institutionnel pas toujours favorable, tout en s'efforçant de maintenir un accueil inconditionnel et une approche de réduction des risques adaptée aux réalités des usages.

6.2 Les CAARUD se reconnaissent des atouts solides : maillage partenarial, engagement, pluridisciplinarité et mobilité

[148] Les réponses à la question « Quels sont vos principaux atouts ? » proviennent de 80 structures sur les 83 répondants, soit la quasi-totalité de l'effectif.

[149] L'analyse des réponses met en évidence une forte cohérence dans les atouts que se prêtent les CAARUD, malgré la diversité des structures.

[150] Les principaux atouts des CAARUD reposent avant tout sur la solidité du maillage partenarial, l'engagement et la pluridisciplinarité des équipes, la capacité d'aller-vers et d'intervenir hors les murs, ainsi que la qualité de la démarche communautaire (respectivement environ 20 %, 17 %, 14 % et 13 % des commentaires). Ces atouts sont complétés par l'adaptabilité des dispositifs, l'expertise en réduction des risques, la qualité de l'accueil bas-seuil, l'ancrage territorial et le développement de projets innovants, chacun représentant entre 5 et 10 % des réponses.

[151] Les réponses recueillies mettent en avant un **réseau partenarial particulièrement dense**, parfois inscrit de longue date dans les territoires, et reconnu pour sa capacité à faciliter les orientations et le travail conjoint avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Plusieurs structures insistent sur leur collaboration régulière avec des CSAPA, des services hospitaliers, des CHRS, des associations de proximité ou encore des services municipaux, ce qui aide à la fluidité des parcours et permet de répondre rapidement à des demandes complexes. Certaines mentionnent même des dispositifs co-portés, comme des projets pour grands précaires bénéficiant d'extensions de places, ou des conventions permettant la réalisation de prélèvements sanguins directement au CAARUD par une infirmière hospitalière. Dans d'autres cas, ce sont les réseaux d'échange de pratiques, portés par des associations à dimension régionale ou nationale, qui servent d'appui à la montée en compétences et à l'harmonisation des pratiques professionnelles.

[152] Les structures soulignent également la force de leurs **équipes, décrites comme engagées, motivées et pluridisciplinaires**. Beaucoup insistent sur la diversité des compétences représentées : travailleurs sociaux, infirmiers, éducateurs, psychologues, militants communautaires, intervenants pairs, agents de réduction des risques. Les équipes sont présentées comme soudées, dynamiques et capables d'assurer la continuité de l'accompagnement malgré des difficultés de recrutement ou des situations parfois tendues. Elles disposent d'expertises dans des domaines spécifiques, comme la santé sexuelle, le chemsex, les nouveaux produits en circulation ou les pratiques émergentes. Certaines soulignent leur effort constant d'amélioration, leur capacité à mener des réflexions collégiales pour adapter les interventions, ou encore le soutien et la formations internes pour conforter leur vision centrée sur les usagers. Dans certains territoires, la stabilité des équipes, parfois présentes depuis de nombreuses années, est citée comme un facteur majeur de confiance et de sécurité pour les usagers du CAARUD. Ainsi, alors même que certaines n'hésitent pas à parler de « militantisme » des équipes, le constat d'ensemble est celui d'une reconnaissance forte de la part des partenaires.

[153] **La capacité d'aller-vers** est aussi mise en avant : unités mobiles y compris dans les territoires mal desservis, maraudes de rue quotidiennes, présences dans des lieux de regroupement informels. De nombreux CAARUD décrivent leur action en milieu festif, leurs permanences délocalisées ou leurs partenariats avec des dispositifs sociaux intervenant hors les murs, ce qui permet de toucher des personnes particulièrement éloignées des dispositifs de droit commun et souvent inconnues du système de santé. Cette mobilité est décrite comme un moyen essentiel pour adapter les interventions aux réalités locales, qu'il s'agisse de zones rurales, de quartiers urbains marqués par la précarité ou de lieux festifs où les consommations sont très présentes. Certaines équipes mentionnent leur participation régulière aux instances locales de santé mentale, aux dispositifs de coordination territoriale ou aux actions auprès de pharmacies partenaires, qui permettent de faire le lien avec ces formes diversifiées d'interventions sur le terrain.

[154] La **démarche communautaire** occupe également une place importante. Les CAARUD qui la mobilisent mettent en avant la participation active des personne concernées, leur rôle dans la co-construction des actions, l'importance d'une relation d'égal à égal et la capacité des intervenants pairs à créer un lien avec des publics très éloignés des structures traditionnelles. Plusieurs décrivent des espaces où la parole est libre, où les usagers peuvent discuter de leurs consommations, des risques, de leurs pratiques ou de leurs besoins de santé sans crainte de jugement. Cette approche favorise une meilleure compréhension des réalités vécues et permet de proposer des réponses plus adaptées, dans le respect des temporalités et des priorités des personnes. Certaines équipes soulignent également que cette démarche renforce l'autonomisation des usagers, leur capacité à prendre soin de leur santé et leur motivation à s'impliquer plus largement dans la vie du service.

[155] Au-delà de ces principales thématiques, **l'adaptabilité, la souplesse et la réactivité** des CAARUD sont très souvent évoquées. Les structures décrivent leur aptitude à ajuster les horaires, les modalités d'accueil ou les projets en fonction des évolutions constatées sur le terrain. Elles insistent sur leur capacité à réagir à l'apparition de nouvelles pratiques de consommation, à s'adapter à des crises locales, à absorber des augmentations de file active parfois très importantes ou encore à répondre aux besoins spécifiques de certains publics, qu'il s'agisse de femmes enceintes, de travailleurs du sexe, de personnes engagées dans le chemsex ou de personnes vivant en squat ou en bidonville. La diversité des dispositifs matériels de réduction des risques mis à disposition, sans restriction et dans le respect des besoins exprimés directement par les usagers, témoigne également de cette capacité d'adaptation permanente.

[156] La **qualité de l'accueil bas seuil** est également soulignée. Plusieurs CAARUD décrivent des locaux conviviaux, parfois récemment rénovés, comprenant des espaces distincts pour la délivrance de matériel, les temps d'échange, le repos ou les soins. Ils mettent en avant l'importance de l'inconditionnalité, de la confidentialité, de l'absence de jugement et de l'écoute attentive, autant de conditions nécessaires pour créer un climat de confiance. Des exemples sont donnés : jardin permettant un accueil plus serein, consommation de bière autorisée dans un cadre d'échanges. La dimension des structures « à taille humaine » est présentée par certains comme un avantage à cet égard.

[157] **L'expertise en réduction des risques** occupe également une place significative. Les structures mettent en avant leur rôle de veille sur les produits, les modes de consommation ou les effets indésirables, leur maîtrise des outils de RDR, les programmes d'échange de seringues très développés, l'adaptation continue du matériel disponible ou encore la mise en place de dépistages systématisés, notamment par TROD. Certaines décrivent des approches protocolisées, encadrées par des professionnels expérimentés et adaptées à leurs publics, d'autres insistent sur leur capacité à proposer du matériel innovant ou à tenir des dispositifs régionaux entiers, comme des plateformes de RDR à distance. Dans l'ensemble, cette expertise est perçue comme un pilier de leur action.

[158] Enfin, plusieurs structures rappellent l'importance de leur **implantation territoriale durable**, de leur reconnaissance par les acteurs locaux et de la confiance que leur accordent les usagers ou les riverains. Parfois ancrés depuis des décennies dans un quartier, les CAARUD décrivent leur rôle comme celui d'un point d'appui essentiel, visible, identifiable et accessible. Certaines mentionnent aussi des projets innovants ou expérimentaux, tels que la médiation animale, des ateliers jardin, des repas collectifs, des projets culturels ou encore des dynamiques de co-gestion d'établissements médico-sociaux permettant de renforcer la cohérence des parcours.

Dans leur ensemble, ces éléments décrivent des services capables de conjuguer expertise technique, dimension humaine, ancrage territorial et pratiques flexibles.
Les CAARUD ont adapté leurs missions pour répondre notamment aux besoins des personnes très éloignées des systèmes classiques de soins, pour lesquelles ils représentent des espaces de santé, de prévention, de lien social, souvent perçus comme des points d'ancrage sécurisants.

6.3 Les souhaits, recommandations et autres remarques se concentrent sur le besoin en ressources

[159] Une question finale permettait aux répondants de partager leurs ultimes souhaits, recommandations et autres remarques, recueillant 68 réponses (soit 81 % de l'effectif), qui recoupent largement les éléments déjà détaillés dans les sections précédentes.

[160] L'analyse des verbatim recueillis montre que près de 4 % des contributions expriment explicitement des souhaits, environ 30 % formulent de véritables recommandations et près de 66 % relèvent de remarques ou constats de terrain qui, bien que non formulés sous forme de demandes, renseignent sur l'état de tension dans lequel évoluent les équipes : **plus de 70 % des messages relèvent de constats ou d'alertes,** ce qui témoigne d'un niveau de tension certain, qui s'exprime à travers le besoin généralisé de renforcement de moyens humains et matériels, le développement de dispositifs de réduction des risques plus adaptés, l'amélioration de l'accès aux soins et de l'articulation avec la psychiatrie, la nécessité de solutions d'hébergement et, enfin, la demande d'une évolution des politiques publiques jugées trop répressives.

[161] Les **souhaits** exprimés portent à la fois sur **l'ouverture ou le renforcement de dispositifs**, ou la création de nouveaux CAARUD en centre-ville –, sur la **reconnaissance institutionnelle** du rôle joué par les équipes, ou encore sur l'amélioration de l'environnement de travail. Certaines structures souhaitent disposer de **locaux mieux adaptés** à l'augmentation de leur file active, ou expriment un désir de concertation plus large entre acteurs, par exemple via la création d'un copil dédiés à la coordination des interventions. D'autres souhaitent une meilleure prise en compte de problématiques spécifiques, par exemple celle du crack, évoquée comme nécessitant un renforcement du soutien par les ARS.

[162] Les **recommandations** forment une catégorie structurée, autour de besoins très convergents. Une large part d'entre elles concerne le manque de **moyens humains, financiers ou matériels**. Plusieurs structures demandent explicitement une augmentation des ETP, évoquant par exemple une file active ayant doublé en dix ans alors que les effectifs n'ont augmenté que de 33 %, ou soulignent la nécessité de recruter des professionnels spécialisés comme des psychologues, des médecins addictologues ou des psychiatres. D'autres insistent sur la nécessité de **renforcer les équipes mobiles ou les actions d'« aller-vers »** et de soutenir l'achat de **matériel de réduction des risques**, certaines faisant état de tensions budgétaires et de risques de rupture d'approvisionnement face à l'augmentation des besoins. L'importance de pérenniser les postes temporaires ou les financements expérimentaux revient également fréquemment.

[163] Une autre série de recommandations très présentes porte sur le développement de **dispositifs adaptés**, notamment l'ouverture ou la généralisation de Haltes Soins Addiction, d'espaces de consommation à moindre risque ou d'unités de méthadone bas seuil. Plusieurs structures soulignent qu'un tel développement répondrait à des besoins identifiés, par exemple pour limiter les consommations dans l'espace public, réduire les tensions avec le voisinage et sécuriser les pratiques. Le besoin de dispositifs **spécifiques pour les femmes**, de solutions pour les **personnes vieillissantes** usagères de drogues ou encore de programmes de nuit comme des sleep-in est également mentionné.

[164] Les recommandations sont également nombreuses concernant **l'amélioration des parcours de soins et l'articulation entre le médico-social, l'addictologie et la psychiatrie**. Les structures décrivent des ruptures de prise en charge liées au manque de ressources psychiatriques, évoquent l'absence d'équipe mobile de psychiatrie sur certains territoires ou la difficulté d'accéder à des lits d'hospitalisation en situation de crise, ce qui les contraint à s'appuyer sur des dispositifs tels que le CPOA faute d'alternatives. Certaines recommandent de **décloisonner les secteurs psychiatriques et hospitaliers**, d'améliorer l'articulation avec les CSAPA ou de renforcer les dispositifs permettant une entrée plus rapide dans les parcours de soins.

[165] Le **logement** constitue un autre thème récurrent : certaines structures recommandent de développer des hébergements d'urgence, d'étendre les dispositifs de type « Chez soi d'abord » ou de créer des places d'appartements communautaires thérapeutiques -ACT- dédiées à l'addictologie. Les

équipes soulignent par exemple que l'absence de solutions de logement pour les personnes sans domicile fixe complique fortement le travail d'accompagnement, en particulier lors de sorties d'hospitalisation ou de sevrage. D'autres insistent sur la nécessité pour les structures de sevrage et post-sevrage d'accepter les animaux, afin de lever un frein important à l'accès aux soins pour certains publics.

[166] Les recommandations portant sur les politiques publiques pointent une **inquiétude quant à la tendance répressive perçue par certains acteurs**. Plusieurs structures estiment que le « tout répressif nuit à l'accompagnement », mentionnent des contrôles de police fréquents qui décourageraient les usagers de se rendre dans les structures, ou appellent à une révision de la loi de 1970 afin d'améliorer l'accès aux soins et réduire la stigmatisation. Certaines rappellent que la reconduction expérimentale limitée des HSA interroge sur la volonté de soutenir durablement la réduction des risques, malgré les retours jugés positifs par le terrain.

[167] **Les autres remarques, qui représentent environ deux tiers des contributions, dressent un tableau précis des difficultés quotidiennes rencontrées**. Elles évoquent la précarisation croissante des publics, la montée des consommations à risque, la complexification des situations liées aux comorbidités psychiatriques ou encore la saturation des structures de soins. Certaines indiquent par exemple que leur file active atteint des niveaux qui ne peuvent plus être absorbés sans dégrader l'accueil. D'autres signalent l'absence d'acteurs spécialisés ou l'insuffisance des dispositifs de soutien dans certains territoires, avec sur certains territoires un déficit devenu structurel, notamment en psychiatrie. Plusieurs commentaires citent les difficultés budgétaires pour l'approvisionnement en **matériel de réduction des risques, avec une augmentation des coûts unitaires** et des risques de ruptures qui menacent la continuité des actions.

Dans l'ensemble, cette synthèse fait apparaître un secteur sous pression, confronté à une augmentation marquée des besoins, et estimant ses ressources insuffisantes pour y répondre. Les priorités exprimées convergent clairement vers la nécessité de renforcer les moyens humains, d'adapter les dispositifs aux réalités actuelles, d'améliorer l'articulation avec les soins, de soutenir des solutions d'hébergement et de faire évoluer les politiques publiques pour qu'elles soutiennent davantage la réduction des risques.
Comme les CSAPA dans l'enquête les concernant, les CAARUD expriment avant tout un besoin global, concernant l'ensemble des dispositifs (en priorité l'offre médicale, et sociale – hébergement notamment).

7 Annexe : Questionnaire adressé au 152 CAARUD

Message d'introduction

[168] L'Igas est saisie d'une mission d'évaluation des parcours de prise en charge des addictions. Vous trouverez en pièce jointe notre lettre de mission. Il s'agit d'une mission nationale d'évaluation et non d'une mission de contrôle de vos structures.

[169] Pour compléter les données disponibles au niveau national et enrichir ses investigations, la mission de l'IGAS sollicite les CAARUD pour apporter leurs éclairages sur les **enjeux de la prise en charge**, notamment **l'articulation avec d'autres acteurs s'agissant du parcours de la personne** ou encore les **points de fragilité / de rupture dans la coordination.**

[170] Cette enquête comporte un nombre limité de questions ayant vocation à compléter les données transmises chaque année à la DGS via les rapports d'activité. Nous vous sommes d'avance reconnaissants du temps que vous pourrez consacrer à ce travail, et espère qu'il vous sera utile. Les informations factuelles demandées dans la section 1 sont similaires à celles incluses dans le dernier rapport d'activité que vous avez renseigné, portant sur 2024. Les réponses que votre structure nous transmettra seront portées à la seule connaissance des membres de la mission afin d'alimenter le rapport remis aux Ministres.

Questionnaire

5. **Informations sur la structure :**
   - Nom de la structure
   - Forme juridique de votre structure (liste fermée : 1/ Gestion par une association 2/ Gestion par un établissement de santé 3/ Gestion par un groupement de coopération sanitaire 4/ Gestion par un groupement de coopération sociale et médico-sociale 5/ Autre)
   - Précisez votre code postal : 5 chiffres
   - Votre CAARUD est situé en (menu déroulant) : métropole (>400 000hab) / zone urbaine hors métropole / zone rurale ou de montagne
   - Ressources financières : Montant total 2024 : chiffre (unité : €)
   - Nombre total d'ETP en 2024 : chiffre (unité : nombre d'ETP)
   - Y-a-t-il un ou plusieurs patients experts ou pairs aidants dans votre structure ? oui /non
   - File active de l'année 2024 (toutes addictions) : chiffre (unité : nombre usagers)

6. **Partenariats du CAARUD / suivi des parcours**

   - S'agissant de votre articulation avec le premier recours :
     - Quelles sont les principales difficultés pouvant impacter les parcours ? (champ libre)
     - Pouvez-vous donner un ou plusieurs exemples de bonnes pratiques mises en place ? (champ libre)
     - Avez-vous travaillé sur des outils d'échange ou d'outillage de ces professionnels ? oui/non
     - Travaillez-vous avec une ou des CPTS ? oui/non – si oui, pouvez-vous donner un exemple ? (champ libre)

   - S'agissant de votre articulation avec les structures hospitalières (y compris avec la psychiatrie) :
     - Quelles sont les principales difficultés pouvant impacter les parcours ? champ libre

- Pouvez-vous donner un ou plusieurs exemples de bonnes pratiques mises en place ? champ libre
- Travaillez-vous avec une ou des ELSA ? oui/non. Si oui, pouvez-vous donner un exemple ? (champ libre)

- S'agissant de votre articulation avec d'autres structures médico-sociales (CSAPA / CAARUD) :
  - Quelles sont les principales difficultés pouvant impacter les parcours ? champ libre
  - Pouvez-vous donner un ou plusieurs exemples de bonnes pratiques mises en place ? champ libre

7. **Accueil et accompagnement au sein du CAARUD :**
   - Avez-vous apporté des évolutions concernant l'accueil et l'accompagnement des usagers au sein de votre CAARUD au cours des derniers mois : oui /non

   - Si oui, expliquez-nous pourquoi et comment : (champ libre)
8. **Défis/propositions concernant la prise en charge des usagers**

- Quel est aujourd'hui votre principal défi (situations complexes, urgences…) pour accompagner les parcours des usagers ? (champ libre)
- Quels sont vos principaux atouts ? (champ libre)
- Avez-vous des souhaits, recommandations ou autres remarques ? (champ libre)

ANNEXE 8 : ELEMENTS DE CADRAGE ET DE PARANGONNAGE INTERNATIONAL

ANNEXE 8 : ELEMENTS DE CADRAGE ET DE PARANGONNAGE INTERNATIONAL 251

1 DES OBLIGATIONS DECOULANT DE TRAITES INTERNATIONAUX POUR LE TABAC ET LES STUPEFIANTS 252

2 NORMES TECHNIQUES INTERNATIONALES : LE ROLE CLE DES NATIONS UNIES (OMS ET ONUDC)..... 252

3 AU NIVEAU DE L'UE : STRATEGIE D'ENSEMBLE ET ECHANGES D'INFORMATIONS, AVEC UN FOCUS SUR LES DROGUES 254

3.1 DES ACTIONS STRUCTUREES ET OUTILLEES EN MATIERE DE DROGUES 254

3.2 LA LUTTE CONTRE LE TABAC INSCRITE DANS LES DIRECTIVES EUROPEENNES AVEC UN OBJECTIF QUANTIFIE 255

3.3 UN CADRE QUI GAGNERAIT A ETRE MIEUX STRUCTURE S'AGISSANT DE L'ALCOOL 256

4 LE PARANGONNAGE : DEFAVORABLE SUR LES RESULTATS, ET PEU SOLLICITE SUR LES PRATIQUES 256

4.1 LA FRANCE MAL PLACEE PARMI LES PAYS DE L'OCDE POUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET SURTOUT DE TABAC . 256

4.2 S'AGISSANT DE PRISE EN CHARGE : PEU D'EXEMPLES INTERNATIONAUX, ET FAIBLE EXEMPLARITE FRANÇAISE 258

[1] La prise en charge des addictions s'inscrit dans un cadre international contraignant s'agissant de la lutte contre le tabac d'une part, et contre les stupéfiants d'autre part, et dans un ensemble de normes émanant des Nations unies (Organisation mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime), tandis que l'Union européenne propose un cadre d'action et de coopération. La lutte contre l'alcoolisme ne bénéficie ni d'un tel cadre juridique structurant, ni d'une stratégie européenne ambitieuse.

[2] Le parangonnage montre que, si les pratiques de prise en charge françaises se situent dans la moyenne européenne, la France est plus exposée sur les deux addictions majeures (tabac et alcool), et n'est plus citée parmi les exemples de bonnes pratiques (comme cela avait pu être le cas au XXème siècle). Les interlocuteurs de la mission ont peu évoqué les pratiques inspirantes au plan international.

1 Des obligations découlant de traités internationaux pour le tabac et les stupéfiants

[3] La France est partie à la Convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte anti-tabac depuis son entrée en vigueur en 2000. Il s'agit à ce jour du seul traité international conclu par la France en matière de santé, soit le plus haut niveau de norme applicable. La France applique les dispositions de la Convention et soumet régulièrement des rapports en rendant compte. Le dernier publié, en juillet 2025, fait l'objet d'une évaluation[327] globalement positive : 4 des 7 mesures sont pleinement appliquées (surveillance, prévention-communication et mise en garde, taxes) tandis que celles sur la publicité et la prise en charge sont estimées « incomplètes ». La mesure la moins avancée est la protection face à l'exposition au tabac dans les lieux publics.

[4] La France est également partie aux 3 conventions relatives au contrôle des drogues : Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (modifiée par le Protocole de 1972) ; Convention de 1971 sur les substances psychotropes ; et Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (1988). Ces trois traités contiennent des dispositions prévoyant explicitement les obligations des Etats parties en matière de prévention et de prise en charge des addictions aux stupéfiants, plus précises et détaillées dans le cas des deux premières. Ces trois conventions imposent également aux parties de transmettre régulièrement des rapports annuels sur la mise en œuvre de la convention. La Commission des stupéfiants (CND), principale instance intergouvernementale consacrée à cette thématique[328], assure également une supervision. La France y est représentée par le Président de la MILDECA.

[5] La prise en charge des addictions au tabac et aux stupéfiants s'inscrit donc dans le cadre contraignant d'instruments internationaux, les obligations souscrites faisant l'objet d'un suivi.

2 Normes techniques internationales : le rôle clé des Nations unies (OMS et ONUDC)

[6] En matière de prise en charge des addictions, la France bénéficie, comme l'ensemble des 194 pays membres, des recommandations et lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ces dernières peuvent être fondées sur des décisions prises à l'unanimité des états membres en Assemblée mondiale de la santé.

[7] C'est le cas de la **Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool** en tant que priorité de santé publique, déclinée par un plan d'action 2022-2030 qui prévoit à horizon 2030 une baisse relative de l'usage nocif de l'alcool d'au moins 20 % (par rapport à 2010). Dans son rapport de 2024[329] sur sa mise en œuvre par les Etats, l'OMS relève une couverture de prise en charge insuffisante dans

[327] https://www.mpowerportal.org/country

[328] Depuis l'assemblée générale extraordinaire des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue de 2016

[329] https://www.who.int/fr/news/item/25-06-2024-over-3-million-annual-deaths-due-to-alcohol-and-drug-use-majority-among-men

l'ensemble. La France se distingue par son niveau de prise en charge parmi les meilleurs, mais un niveau de consommation parmi les plus élevés au monde : 11,2 litres d'alcool par habitant, contre 9,2 litres en Europe, et 5 litres en moyenne mondiale (chiffres 2022).

[8] Cette stratégie est complétée par les travaux du **bureau Europe de l'OMS** (OMS Euro), qui note que l'Europe est la région la plus touchée au monde par la consommation d'alcool, et par les effets néfastes de l'alcool sur la santé, des jeunes et populations vulnérables notamment. Plusieurs initiatives ont été lancées : « SAFER » en 2018 priorisant des actions publiques ciblées à fort impact, *Evidence into Action Alcohol Project* (EVID-ACTION) en 2022 focalisé sur la prévention du cancer. L'OMS Euro met aussi en évidence les déterminants commerciaux de la santé, notamment l'influence de l'industrie de l'alcool sur les politiques de santé publique. Pour protéger l'élaboration des politiques publiques, l'OMS préconise la transparence en matière de développement des politiques, l'exclusion de l'industrie de l'alcool de ce processus et la mise en place de réglementations limitant son influence sur la santé publique. Dans son rapport de 202[330] sur les déterminants commerciaux des maladies non transmissibles dans la région Europe, l'OMS met en avant l'exemple français précurseur dans la régulation du secteur de l'alcool avec la loi Evin de 1991 et le rôle de l'association Addictions France[331], tout en notant que la loi a été assouplie depuis, et que « les arguments économiques trouvent un écho auprès des autorités françaises, du fait de l'importance économique de l'alcool, en particulier du vin ».

[9] En matière de **prise en charge des addictions aux stupéfiants**, l'OMS, avec l'appui de l'Office des Nations Unies contre les drogues et le crime (ONUDC), publie une norme internationale pour la conception des politiques publiques de traitement des addictions aux drogues[332], réactualisée en 2020, et des guides pratiques pour la mise en œuvre d'interventions sûres et efficaces. Ce document pose les principes fondamentaux de la prise en charge de l'addiction aux drogues, présentée comme une affection chronique récidivante, qui doit être intégrée dans l'offre des systèmes de santé, tout en mobilisant des partenariats plus larges pour la prise en compte de besoins psychologiques et sociaux. Le rapport promeut l'approche par la réduction des risques, souligne la complexité des pathologies duelles (addiction et psychiatrie). Il est indiqué que la prise en charge des addictions a pour objectif de permettre à la personne une vie en bonne santé, tout en réduisant les comportements nocifs pour elle-même et pour la société dans son ensemble. Pour autant, la fin de l'addiction ne peut être posée comme seul objectif : les parcours sont faits de rechutes, et l'accompagnement doit être pensé comme pouvant être nécessaire tout au long de la vie, comme pour d'autres maladies chroniques. Le rapport évoque, enfin, l'évolution constante des usages et des besoins, et la nécessité de prendre en compte la spécificité de certains publics : femmes, jeunes, migrants, personnes présentant des comorbidités, personnes incarcérées, etc.

[10] Le rapport estime que seule une personne présentant une addiction sur six dans le monde reçoit l'accompagnement dont elle a besoin. Dans le rapport cité plus haut, l'OMS note également d'importantes lacunes au plan mondial, par exemple l'insuffisante offre de traitements de substitution, malgré leur efficacité prouvée. L'ONUDC et l'OMS continuent de stimuler la recherche pour identifier des modalités de prise en charge probantes.

[11] La conception du système français de prise en charge, tel que mis en œuvre via les circulaires de 2008, apparaît pleinement cohérent avec les orientations préconisées. Le rôle précurseur de la France est d'ailleurs reconnu pour l'utilisation des traitements par agonistes opioïdes (TAO) dans cette étude de 2009[333].

[12] L'UNODC et l'OMS, avec l'aide d'autres partenaires, ont également proposé en 2021 une **norme pour l'évaluation-qualité des services en charge du traitement** des troubles liés à l'usage de substances psychoactives [334], organisé autour de 4 thèmes : organisation du service, soins individualisés, accès et

[330] Commercial Determinants of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region
[331] Ex l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)
[332] International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders
[333] Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence
[334] QA_OCTOBER_2021.pdf

interventions fondées sur les preuves, respect des droits et sécurité. Ces propositions non prescriptives ont vocation à être adaptées par chaque pays.

[13] En France, le contrôle qualité des établissements sociaux et médico-sociaux est assuré par la Haute autorité de santé, suivant un référentiel national. Celui-ci est largement convergent avec cette norme, bien que moins prescriptif sur les pratiques cliniques et davantage orienté vers la qualité organisationnelle. Alors que le référentiel ONUDC/OMS inclut des standards cliniques détaillés, des outils d'évaluation validés, l'intégration systématique des pairs, des exigences précises en matière d'équipement, de sécurité ou de gestion des incidents graves, ainsi qu'un alignement explicite sur les normes internationales, ces points ne figurent pas dans le référentiel HAS. Ce dernier ne fait d'ailleurs pas référence à la norme ONUDC/OMS ni à d'autre standards internationaux.

[14] Au-delà de ces normes, l'OMS propose aux Etats membres des ressources utiles. En matière de **lutte contre le tabagisme**, elle établit des guides pratiques pour la mise en œuvre d'interventions, notamment à l'attention des soignants[335].

[15] Tenant compte des tensions sur les ressources humaines en santé constatées au plan international, l'OMS a élaboré un guide pratique sur la **santé mentale et la consommation d'alcool et de stupéfiants** destiné aux professionnels de santé (non spécialistes), et sur le renforcement de la formation du premier et deuxième niveau à ces pratiques[336]. Le guide donne un cadre pour intégrer de manière transversale dans la formation initiale des médecins et infirmiers les compétences nécessaires à la prise en charge de la santé mentale et des addictions. Plusieurs initiatives exemplaires en la matière sont citées, certaines émanant de pays en développement (Inde, Philippines, Costa Rica) et de pays développés (Norvège, Etats-Unis). La France, qui a contribué au co-financement de ces travaux, n'est pas citée.

[16] Les **addictions comportementales** figurent bien dans le registre d'intervention de l'OMS, qui a reconnu en 2019 l'addiction aux jeux vidéo et en ligne, et documente également les risques des écrans pour la santé des jeunes[337].

3 Au niveau de l'UE : stratégie d'ensemble et échanges d'informations, avec un focus sur les drogues

3.1 Des actions structurées et outillées en matière de drogues

[17] Dans le domaine des addictions, l'Union européenne s'est focalisée sur la lutte contre la drogue, avec l'adoption par le Conseil en 2020 d'une **Stratégie 2021-2025 en matière de drogues**[338], qui établit le cadre politique, définit les priorités de la politique de l'UE en matière de drogue et complète les politiques nationales. Elle a pour principal objectif d'assurer un niveau élevé de protection de la santé, de stabilité sociale et de sécurité, et de contribuer à la sensibilisation à travers 3 axes principaux : réduction de l'offre, réduction de la demande, et diminution des risques.

[18] Elle est assortie d'un plan d'action[339] comportant 85 items, assortis d'indicateurs, qui prévoit en particulier 2 sections consacrées à la prise en charge : une priorité 6. Assurer l'accès aux services de traitement et les renforcer (avec 11 actions) et une priorité 7. Interventions visant à réduire les risques et les dommages et autres mesures visant à soutenir et protéger les consommateurs de drogues (12 actions). Ce plan s'aligne explicitement sur les normes OMS/ONUDC. La mise en œuvre de ces mesures

[335] WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults
[336] Educating medical and nursing students to provide mental health, neurological and substance use care: A practical guide for pre-service education
[337] A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey
[338] Politique de l'UE en matière de drogue - Consilium
[339] Publications Office

incombe aux Etats membres, de la Commission et de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) devenu l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA) en juillet 2024.

[19] La Stratégie européenne en matière de drogues (2021-2025) fait l'objet d'un suivi des indicateurs du Plan d'action, sur la base de données collectées et analysées par l'EUDA, et d'évaluations régulières menées par la Commission européenne, partagées avec la société civile.

[20] **La Stratégie européenne est jugée globalement pertinente par les parties prenantes, mais son évaluation conclut à un impact modéré, en raison d'actions trop générales, d'indicateurs faibles et d'un suivi insuffisant. Ses principales avancées concernent la relance de la recherche, et la mise en œuvre d'un cadre cohérent de coopération nationale, européenne et internationale. Sa mise en œuvre se heurte à l'évolution rapide des marchés (nouvelles substances, technologies, routes de trafic), à la prévention encore insuffisante et, s'agissant de la prise en charge,** à un accès inégal aux services de traitement et au manque de ressources (le sujet des ressources humaines en santé n'est pas spécifiquement mentionné). L'évaluation indique que les efforts nationaux en réduction des risques pourraient être renforcés par l'extension d'interventions telles que les salles de consommation et la naloxone en kit.

[21] L'EUDA et la Commission analysent la situation de chaque pays sur la base de rapports du réseau des points focaux nationaux (Reitox) soumis par ces derniers. Le dernier rapport concernant la France a été réalisé par l'ODFT en 2024[340]. L'évaluation souligne que la France dispose d'une gouvernance structurée et d'une stratégie nationale couvrant l'ensemble des addictions, avec un dispositif de réduction des risques relativement développé mais encore hétérogène territorialement. La France figure dans la moyenne européenne pour l'accès au traitement, la surveillance épidémiologique et l'implication dans les actions de sécurité. Elle est explicitement citée dans les rapports officiels de la Commission et dans les évaluations de la société civile, qui mettent en évidence les avancées, et des marges de progression, notamment pour la couverture des services bas-seuil et l'adaptation aux publics les plus vulnérables.

[22] La Commission européenne a actualisé cette stratégie en décembre 2025[341]. Si la protection de la santé publique figure parmi les priorités de cette stratégie actualisée, s'agissant notamment de prévention pour les jeunes, l'ensemble du document (et le plan d'action contre le trafic de drogue associé) est surtout axé sur la sécurité et la réduction de l'offre.

[23] L'EUDA joue un rôle important de plateforme de partage d'informations validées, apportant des ressources scientifiques, des informations actualisées (y compris sous forme d'alerte), de promotion des bonnes pratiques, en lien avec les autorités des Etats membres. Ainsi, l'EUDA documente de manière réactive les risques de pratiques émergentes, comme la consommation du protoxyde d'azote (ce que n'a pas encore fait l'OMS). Pour la France, l'OFDT est le point focal, et transmet régulièrement les données nationales actualisées utilisées par l'Agence pour produire ses synthèses et analyses.

[24] Au total, la stratégie européenne de lutte contre les drogues apparaît structurée et outillée. La France y contribue activement (via l'OFDT) et apparaît bien positionnée dans la mise en œuvre du plan d'action, notamment concernant la prise en charge.

3.2 La lutte contre le tabac inscrite dans les directives européennes avec un objectif quantifié

[25] Sans stratégie d'ensemble, l'UE dispose toutefois d'un cadre régulièrement mis à jour de politiques de lutte antitabac, fondée sur trois directives structurantes, alignées avec la Convention tabac de l'OMS : la Directive sur les produits du tabac (TPD), qui fixe les règles applicables à la fabrication, la présentation, et la vente ; et la Directive sur la publicité du tabac (TAD), et la Directive

[340] https://en.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-01/france2024_01_en_drugpolicy_vf.pdf

[341] La Commission présente une nouvelle stratégie de l'UE en matière de drogue et un nouveau plan d'action de l'UE contre le trafic de drogue

sur la taxation du tabac (TED). De plus, le Plan européen de lutte contre le cancer – Europe's Beating Cancer Plan (2021) inclut l'objectif de créer une "génération sans tabac" d'ici 2040, où moins de 5 % de la population consomment du tabac.

[26] La Commission européenne a évalué ce cadre en 2026[342], estimant qu'il a réduit le tabagisme et les décès liés au tabac et permis d'harmoniser le marché intérieur, tout en signalant plusieurs défis : l'essor des nouveaux produits nicotiniques, la publicité numérique et son contrôle difficile, enfin l'exposition des jeunes notamment à ces nouveaux produits.

3.3 Un cadre qui gagnerait à être mieux structuré s'agissant de l'alcool

[27] En matière d'alcool, l'Union européenne s'est montrée moins active. Une « Stratégie de l'UE pour soutenir les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool (2006-2012) », a permis le renforcement de politiques nationales, par exemple sur les limites d'âge de vente, ou les limites de concentration d'alcool dans le sang pour les conducteurs, tout en restant en deçà des objectifs fixés.

[28] Elle n'a pas été suivie d'une autre stratégie d'ensemble. A ce jour, il n'y a pas d'objectif quantifié de réduction de la consommation d'alcool (comme pour le tabac) au niveau européen. L'approche européenne s'est fragmentée en dispositifs thématiques : politique de sécurité routière, droit des consommateurs, lutte contre les maladies non transmissibles (cancer) et reste essentiellement portée par des stratégies nationales, sous la compétence des Etats membres.

[29] Une stratégie renouvelée permettrait de renforcer la mise en œuvre de ces dispositifs, dont l'efficience et l'efficacité a été démontrée par une étude de l'OCDE[343] sur l'analyse du coût pour la société des consommations nocives d'alcool dans plusieurs pays. Le rapport concernant la France présente une simulation des gains escomptés en fonction de 5 politiques publiques : délivrance de conseils dans le cadre des soins primaires, traitement pharmacologique de la dépendance, taxation de l'alcool, fixation d'un prix minimum et contrôles routiers d'alcoolémie. S'agissant précisément des mesures de prise en charge, l'étude montre que les conseils dispensés dans le cadre des soins primaires permettent de réduire les coûts, tandis que le traitement de la dépendance offre un bon rapport coût-efficacité.

La Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (SIMCA) 2023-2027 comporte un volet consacré à la coopération internationale dans son plan d'action, avec pour objectif de préserver le cadre international de coopération, d'adapter la réponse aux évolutions du contexte international. Elle note également, concernant le tabac et l'alcool, que « les organisations et instances de niveaux européen et international offrent des cadres d'échanges sur l'observation des phénomènes, l'appréciation des conséquences des consommations sur les individus et la société et les mesures de politique publique jugées efficaces par la littérature scientifique ».

4 Le parangonnage : défavorable sur les résultats, et peu sollicité sur les pratiques

[30] La France face à un enjeu plus lourd que les pays qui lui sont comparables, comme le montrent les derniers résultats disponibles.

4.1 La France mal placée parmi les pays de l'OCDE pour la consommation d'alcool et surtout de tabac

[31] Le dernier Panorama de Santé publié par l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) en novembre 2025[344] (qui ouvre son rapport en citant la prévalence des

[342] Évaluation du cadre législatif pour la lutte antitabac - Public Health

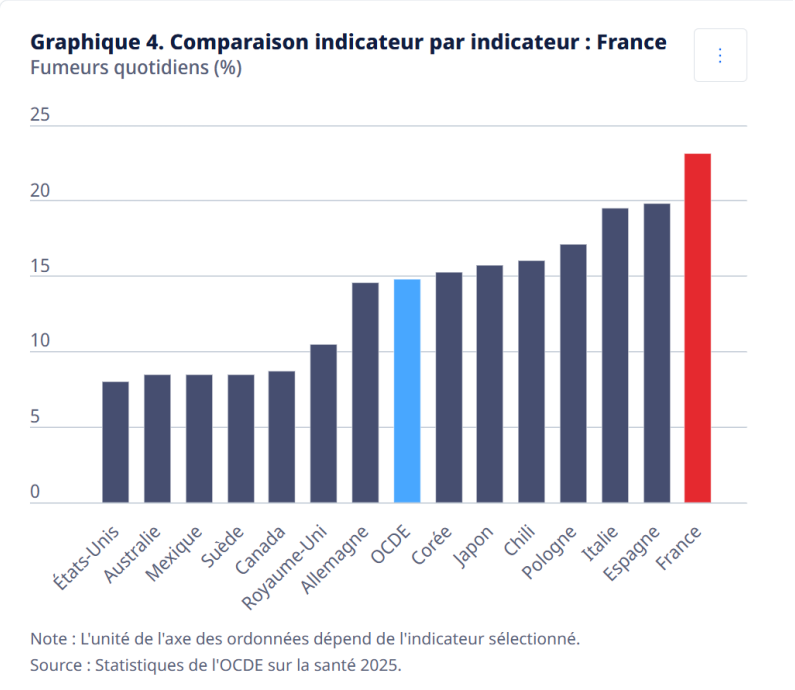
[343] MILDECA | Un rapport de l'OCDE sur les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool en France met en évidence les leviers les plus efficaces

[344] Health at a Glance 2025 | OECD

consommations de tabac et d'alcool comme principaux défis de santé) propose une comparaison entre ses pays membres.

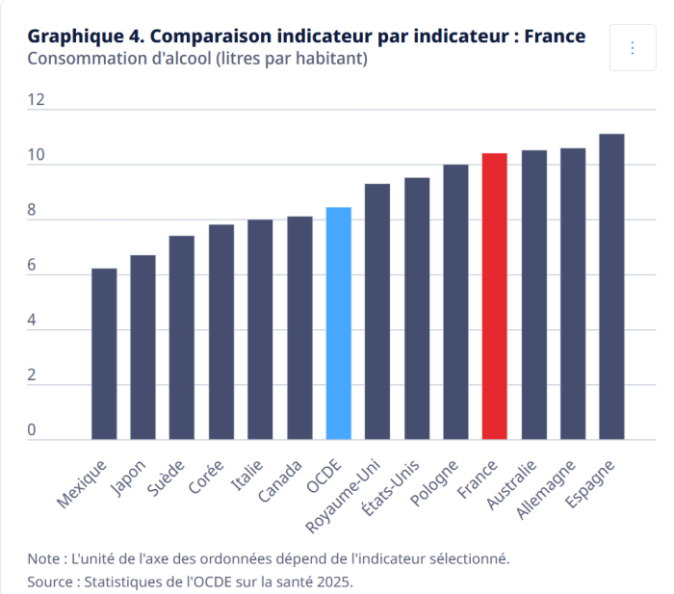
[32] En matière de consommation de tabac, la France est dernière, avec une prévalence du tabagisme quotidien en France (23.1 %) très supérieure à la moyenne de l'OCDE (14.8 %).

Graphique 1 : Pourcentage de fumeurs quotidiens



[33] En matière de consommation d'alcool, la France figure dans le peloton de queue, avec une moyenne supérieure à celle de l'OCDE, à 10.4 litres par habitant en France contre 8.5 en moyenne.

Graphique 2 : Consommation d'alcool par litre et par habitant



4.2 S'agissant de prise en charge : peu d'exemples internationaux, et faible exemplarité française

[34] D'une manière générale, comme vu plus haut, la France figure dans la moyenne des pratiques des pays comparables en matière prise en charge.

[35] Les quelques exemples français précurseurs cités sont importants, mais désormais anciens : loi Evin de 1991, ou expérimentations probantes sur les TAO dans les années 1990.

[36] Les experts français, notamment du domaine de la recherche, paraissent peu cités dans les travaux de l'OMS.

[37] Les chercheurs français (en CHU, institut de recherche en santé publique – IRESP) et la MILDECA sont au fait de l'actualité internationale et contribuent activement pour certains aux travaux de recherche et aux coopérations internationales. Mais la majorité des interlocuteurs de la mission, systématiquement interrogés sur ce point, ont peu cité d'exemples internationaux s'agissant de prise en charge, et n'en ont évoqué aucun faisant référence pour inspirer une innovation en cours ou envisagée. En matière de prévention, quelques exemples sont cités, comme le projet « Unplugged » à l'attention des collégiens, inspiré d'un modèle déployé dans plusieurs pays européens.

[38] Pourtant, l'OFDT publie régulièrement des études de benchmark international. La Direction des Affaires européennes et internationales des ministères sociaux publie également des analyses comparatives, et des informations actualisées, soulignant les bonnes pratiques : par exemple sur l'alcool (2024), les addictions des jeunes aux drogues et les salles de consommation à moindre risque (SCMR). Des exemples sont identifiés, comme le droit à la prise en charge des addictions, inscrit dans la loi au Danemark, avec des garanties juridiques fortes, distinctes selon qu'il s'agit d'alcool ou de drogues illicites, mais reposant dans les deux cas sur une obligation des communes et une garantie de délai ; ou le « Tobacco and Vapes Bill », qui fonde la « génération sans tabac » au Royaume-Uni, adoptée en avril 2026, avec l'interdiction de vente de tabac aux personnes nées à partir du 1er janvier 2009 à compter du 1er janvier 2027.

- En conclusion :
  - Le cadre international contraignant en vigueur en matière de lutte contre le tabac et contre les drogues fait défaut s'agissant de l'alcool, d'autant qu'il n'est pas relayé par une stratégie européenne ambitieuse.
  - En matière de prise en charge, la France est dans la moyenne des pays comparables, et les acteurs concernés ne mobilisent pas particulièrement les exemples internationaux pour s'en inspirer.
  - Il est vrai que le panorama international ne fait pas non plus apparaître (pour le moment) de modèle remarquable : les dispositifs probants en la matière sont connus et font l'objet de référentiels (OMS, ONUDC, UE). Les bonnes pratiques consistent surtout à les mettre en œuvre au niveau suffisant, supposant un soutien politique et des ressources adaptées.
  - L'écosystème français de la lutte contre les addictions pourrait gagner à mobiliser plus systématiquement ces référentiels (pour étayer par exemple les évaluations) voire à participer à leur élaboration (via les groupes d'experts de l'OMS). Il pourrait ainsi mieux faire connaître certaines de ses innovations éprouvées, comme les microstructures de l'article 51, la mise en œuvre des salles de consommation à moindres risques.
  - Enfin, la comparaison internationale joue un rôle majeur de « rappel à la sobriété » s'agissant des résultats français, parmi les plus mauvais au plan mondial s'agissant de la consommation d'alcool et de tabac, et de leurs conséquences associées. Ceci invite à consolider la prise en charge, tout en recherchant une meilleure mobilisation des leviers identifiés comme les plus efficaces, particulièrement la prévention, en suivant les recommandations européennes et internationales établies en la matière.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Entretiens conduits au niveau national

Cabinet de la ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

Stéphane MULLIEZ, directeur adjoint

Lyne GOUFFARAT, conseillère

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Dr Nicolas PRISSE, président

Valentine FOURNIER, déléguée

Corinne DROUGARD, chargée de mission

Secrétariat Général des Ministères sociaux

Yann Debos, Chef de service

Direction générale de la santé

Marion Marty, sous-directrice Santé des populations et prévention des maladies chroniques

Simone ALEXE, cheffe du bureau prévention des addictions

Dr Fadia DIB, adjointe à la cheffe du bureau prévention des addictions

Perrine BOLZICCO, référente alcool, bureau prévention des addictions

Dr Sylvie CHAZALON, référente tabac, bureau prévention des addictions

Ezra DANIEL, référent réduction des risques et des dommages, bureau prévention des addictions

Sarah RUEDA, référente PNLT et FLCA, bureau prévention des addictions

Malisa RATTANATRAY, suivi administratif et budgétaire du dispositif médico-social de prise en charge, bureau prévention des addictions

Référents addictions des ARS lors de leur réunion nationale

Direction générale de l'offre de soins

Anne HEGOBURU, sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital

Claire DEFIVES, adjointe à la cheffe du bureau prise en charge en santé mentale et des publics vulnérables

Léonie REYNAUD, personnes détenues et retenues, bureau prise en charge en santé mentale et des publics vulnérables

Elizabeth BOUTTIER, cheffe du bureau de la coordination des professionnels de santé

Karine ELIOT, bureau de la coordination des professionnels de santé

Direction de la sécurité sociale

Clélia DELPECH, sous-directrice du financement du système de soins

Sarah DONATI, sous-direction du financement du système de soins

Equipe nationale d'appui – Expérimentations d'innovation en santé (art. 51 LFSS 2018)

Dr Zinna BESSA

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Stéphanie DESCHAUME, directrice adjointe des assurés

Isabelle BOUILLE AMBROSINI

Fabien PETIT

Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)

Dr Guillaume AIRAGNES, directeur

Ivana OBRADOVIC directrice adjointe

Valérie ULRICH, unité focus

Cindy FENG, unité focus et unité data

Sophie VÉRON, unité data

Eric JANSSEN, unité data

Santé publique France

Alima Marie MALIKITE, directrice de cabinet

Karine GROUARD, directrice de l'aide et diffusion aux publics (DADP)

Dr Viet Nguyen THANH, responsable de l'unité addictions, direction de la prévention et promotion de la santé

Laure LAVIALE, responsable information addictions, DADP

Ecoutantes et écoutants des dispositifs d'aide à distance (numéros verts) : Toulouse, Marseille, Strasbourg

Haute autorité de santé (HAS)

Angélique KHALED, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

Alexandre FONTY, directeur de cabinet

Karine PETIPREZ, coordinatrice du pôle infrastructures

Christine REVEL-DELHOM, service des bonnes pratiques

Institut de recherche en santé publique (IRESP)

Valentine TREPIED, directrice adjointe scientifique

Victoria AFANASYEVA, cheffe du pôle addictions

Kevin THOMAS, chargé de mission, pôle addictions

Association Addictions France

Pr Amine BENYAMINA, président

Nelly DAVID, directrice générale

Solweig LE MOAL, directrice nationale des activités

Fédération Addiction

Marie ONGUN ROMBALDI, déléguée générale

Catherine DELORME, présidente

Ordre national des infirmiers

Alain DESBOUCHAGES, président

Fatiha ATOUF, directrice générale adjointe

Ordre national des médecins

Dr Sophie DESMEDT-VELASTEGUI, vice-présidente et addictologue

Dr Cécile BISSONNIER, conseillère juridique de la section santé publique

Ordre national des pharmaciens

Carine WOLF-THAL, présidente

Elise HARO-BRUNET, conseillère ordinale référente du Cespharm

Fabienne BLANCHET, directrice déléguée du Cespharm

Ordre national des sages-femmes

Catherine LLINARES, vice-présidente adjointe

David MEYER, chef de cabinet

Collège de Médecine Générale

Pr Philippe BINDER

Pr Julie DUPOUY

Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologue Hospitalier (COPAAH)

Pr Melina FATSEAS, présidente

Pr Georges BROUSSE, vice-président

Pr François PAILLE, CHRU Nancy

Fédération des CPTS

Mylène ROUZAUD-CORNABAS, directrice

Dr Jean-François MOREUL, président

Dr Jean-Marc FRANCO, secrétaire adjoint

ELSA France

Dr Romain SICOT, président

Société française d'alcoologie et d'addictologie (SF2A)

Pr Mickaël NAASSILA, président

Pr Maurice DEMATTEIS, vice-président

Pr Olivier COTTENCIN, secrétaire général adjoint

Société Française de tabacologie (SFT)

Dr Alice DESCHENAU, présidente

Pr Vincent DURLACH, vice-président

Sophie BALMERT, trésorière

Dr Nathalie LAJZEROWICZ, chargée de la formation

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Devra KESTEL, directrice de la santé mentale a.i

France Patients Experts Addictions

Julie RUEFLY, cheffe de projet

Davy GARAULT, patient expert

Alcooliques Anonymes

M. X

Narcotiques Anonymes

M. et Mmes X

Entretiens conduits au niveau territorial

Bretagne

Agence Régionale de Santé Bretagne

Véronique SOLÈRE, directrice générale

Nathalie LE FORMAL, directrice de la santé publique

Anthony LE BOT, directeur adjoint prévention et promotion de la santé

Dr Sophie PERRIER-RIDET, référente régionale santé – addictions

Cécile BICHE, responsable du département de l'offre de soins et référent régional SMRA

Anita MANGAL, référente allocation ressources prévention et promotion de la santé et personnes en difficultés spécifiques

Délégation départementale des Côtes d'Armor :

Marie GESTIN, directrice adjointe, responsable du département offre de Soins, autonomie et prévention (OSAP)

Délégation départementale du Finistère :

Muriel PIVERT, responsable prévention et promotion de la santé et personnes en difficultés spécifiques

Centre Hospitalier Universitaire de Brest (Finistère)

Jocelyn DUTIL, directeur général adjoint

Dr Catherine THÉRÉNÉ-MOUDEN, cheffe du service hospitalo-universitaire d'addictologie *****

Pr Morgane GUILLOU, cheffe adjointe

Julie AVRIL, cadre de santé en addictologie

Stéphane BECHU, cadre supérieur santé en psychiatrie

Veronique COADER, cadre de santé

Noa SOUDÉE, contrôleur de gestion

Delphine LEVER, médecin addictologue, responsable du pôle spécialisé régional sur les addictions comportementales (PoSRAC)

Pierre LIJOUR, médecin addictologue

Pierre, patient expert

Groupement Hospitalier Bretagne Sud (GHBS à Lorient, Morbihan)

Dr Marc DIOURIS, médecin coordinateur ASAGO

Association DOUAR NEVEZ (Morbihan)

Sandrine LE BIHAN, directrice générale des services

Laurent POMMEREUIL, directeur adjoint *****

Dr Arnaud BALZAC, médecin coordinateur départemental

Comité d'Addictologie Costarmoricain (CAC 22)

Jean-Philippe GUIHARD, copilote du CAC et directeur SMRA, L'avancée *****

Dr Matthieu REBILLARD, CH Saint-Brieuc

Dr Lucie QUERITE, AHB

Dr Sylvaine L'ECHERARD, ADALÉA

Philippe SAYERS, patient expert addictologie

Marie-Thérèse MARTIN, représentante des associations

Anaïs ALACIO, conseil départemental 22

Cécile LE GOURRIEREC, Fondation Bon Sauveur de Bégard

Isabelle SAMSON, association Addictions France

Dr Brigitte RIVIÈRE, CH Saint-Jean de Dieu

Violaine ROSET, directrice du pôle adulte Adapei Les Nouelles

David SÉNÉCAL, directeur Handi-Cap 22

Erwan AUBRY, président CPTS Baie d'Armor, représentant URPS pharmaciens

Laurence LE TERTRE, directrice DAC

Cécile CHAUMORCEL, Clinique du Val Josselin

Dr Céline HENRIO, CH de Dinan - Saint-Malo

Thomas PERROT, PTSM22

DAC'tiv 35 : dispositif d'appui à la coordination en territoires d'ille-et-vilaine

Emmanuelle FRIGOUT, présidente

Virginie METAY, directrice

Hélène DENIS, responsable cellule de coordination et d'appui en addictologie (CCAA) *

Dr Aude BEAUMANOIR, médecin généraliste et médecin relais de la CCAA

Daniel BOUËTEL, bénévole association Santé de la Famille

Michel CORNET, bénévole association Alcool accompagnement prévention

Réseau Périnatalité Bretagne

Dr Linda LASSEL, présidente

Yvette WALLERICH, directrice médicale

Cécile PICHON, directrice administrative

Léa TREHORET, sage-femme

Association « Je ne fume plus !» - Projet AS'TER Bretagne

Dr Catherine De BOURNONVILLE, déléguée régionale du RESPADD

Dr Véronique LE DENMAT, tabacologue CHU Brest

Françoise GAUDEL, tabacologue

CPAM Rennes

Dr BERNARD

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie Bretagne

Roland OLLIVIER, président

Thierry PRESTEL, vice-président de la commission spécialisée prévention

Luc DUROUCHOUX, représentant des usagers

*** Autres membres du comité de pilotage de l'état des lieux de l'offre en addictologie en Bretagne :**

Dr Stéphane BILLARD, EPSM du Finistère Sud

Dr Aurore CRUAUD, SMRA Expert, Bain de Bretagne

Matthieu DOUCHAIN, directeur, SMRA - Fondation Ildys

Anne-France JARNO DENIS, directrice des soins infirmiers, SMRA - KAB'S

Pr Romain MOIRAND, CHU de Rennes

Eric PASQUET, directeur régional, association Addictions France

Hauts-de-France

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

Sandrine WILLIAUME, directrice générale adjointe

Guillaume BLANCO, sous-directeur, direction de l'offre de soins

Dr Audrey JOLY, conseillère médicale, cheffe de projet régional addictions, direction de la prévention et de la promotion de la santé

Corinne DHAUSSY, responsable du service personnes en difficultés spécifiques, direction de la prévention et de la promotion de la santé

Ingrid BAEHR, chargée de mission, direction de l'offre de soins

Assurance Maladie – Direction de la coordination de la gestion du risque

Dr Françoise LEGRAND, directrice médicale régionale

Dr Sandrine PLOUVIER, médecin de santé publique

Marie-Agnès DRECQ, chargée de mission prévention

Centre Hospitalier de Valenciennes

Alain LECHERF, directeur général adjoint

Dr Xavier KYNDT, chef du pôle santé publique

Dr Azzedine BENNANI, responsable du CSAPA La Boussole

Valérie DUHEM, cadre supérieure de santé, pôle santé publique

Nathalie GOFFARD, cadre de santé, pôle santé publique

Elodie FRIESS, cadre administratif, pôle santé publique

Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Pr Olivier COTTENCIN, psychiatre addictologue, chef du service d'addictologie

Pierre TAQUET, docteur en psychologie, coordinateur du PRéSAJ, Pôle Régional de Spécialisation sur les Addictions aux Jeux

Professionnels de santé des différentes unités d'hospitalisation, de l'ELSA, du CSAPA intra-hospitalier

Pr Gilles LEBUFFE, chef du service anesthésie, réanimation, transplantation

Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont - Hôpitaux Publics de l'Artois

Claire LAURENT, directrice de la stratégie, des territoires et de la recherche clinique

Dr Emmanuel BRUNELLE, chef du pôle addictologie CH Hénin-Beaumont et médecin coordonnateur SMRA clinique de la Chênaie

Anaïs VERDIN, directrice référente du pôle addictologie

Sandra BLONDIAU, cadre supérieur du pôle addictologie par intérim

Agathe GOUY, cadre administrative du pôle

Usagers du CSAPA

Clinique de la Chênaie au Rouvroy - SMRA

Serge MORAIS, président du groupe Ykoé

Franz SCHIMMEL, directeur, SMRA La Chênaie

EPSM – CSAPA Boris Vian

Dr Véronique VOSGIEN, psychiatre addictologue chef de pôle et son équipe

Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Marly

Dr Axel DESCAMPS, médecin généraliste

Céline CHIREZ, infirmière en pratique avancée, coordinatrice

Communauté Professionnelle de Santé Grand Valenciennes

Aline CUFAY, coordinatrice

Association Addictions France

Mélanie BIDARD, directrice régionale

Association CèdrAgir

Laurent DELIGNE, directeur général

Géraldine ROUSSEL, cheffe de service

Association Généralistes et Addictions Hauts de France

Dr Jean LALEUW, président

Maude LECLERCQ, directrice

Dr Antoine CANAT, médecin ressources

Association La Sauvegarde du Nord

Frédéric ROUVIÈRE, directeur général

Frédéric BRZOZOWSKI, directeur du pôle addictologie, et président de la commission spécialisée de prévention, CRSA Hauts-de-France

Usagers du dispositif TAPAJ et éducateur spécialisé

CSAPA-CTR Lucine : professionnels, pair aidant et usagère

Association Le PARI – Point Addictions Rencontres Informations

Dorothée TANNAY, directrice du CSAPA Le Pari

Dispositif Appui à la Coordination Artois

Julie JONCQUEL, directrice Appui santé Artois

Marion TILLOY, coordinatrice territoriale

Fédération Addiction

Xavier FOURNIVAL, délégué régional

Karl CERNY, adjoint au délégué régional

Fédération des maisons de santé pluriprofessionnelles

Guillaume FONGUEUSE, président

Sylvain DERENSY, directeur

Adeline DUBROMEL, membre

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie Hauts-de-France

Dr Martine LEFEBVRE, présidente

URPS Pharmaciens

Grégory TEMPREMANT, représentant

Occitanie

Agence régionale de santé Occitanie

Didier JAFFRE, directeur général

Dr Caroline SUPERBIELLE, conseillère médicale

Catherine CHOMA, direction santé publique

Anne GÉNY, cheffe de projet régional addictologie, direction de la santé publique

Nadège SAINT-MARTIN, responsable prévention et promotion de la santé, direction de la santé publique

Olivier COURSAN, référent ONDAM spécifique

Damien FORSANS, chargé de programmes Addictions

Laurence GOMEZ, cheffe de projet, référente pour les projets expérimentaux

Sandrine COTE, référente SMR, DOSA

Dr Jean PASCAL, conseiller médical DOSA

Délégation départementale de la Haute-Garonne

Dr Jean-Louis WYART, directeur adjoint

Elisabeth SOUBEYRAN, responsable prévention et promotion de la santé

Véronique DEJEAN, référente addictions

Délégation départementale de l'Hérault

Simon BARBERIO, responsable des unités de soins de 1er recours et réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Julie VALADOU, responsable du pôle animation territoriale des politiques de santé publique

Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier – Site de la Colombière

Pr Hélène DONNADIEU RIGOL, cheffe du service addictologie

Julien DELONCA, directeur site de La Colombière

Lucie PICHON, cadre de santé

Sébastien, pair-aidant

Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Bassin de Thau et CSAPA Arc en Ciel

Florence PUCHERAL, coordinatrice de la CPTS

Caroline BONNET, cheffe de service, CSAPA Arc en ciel

Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire (MSPU) de Pins-Justaret et CSAPA ARPADE : microstructure médicale en addictologie (MSMA)

Pr Julie DUPOUY, MSPU et MSMA

Frédéric GABANOU, directeur CSAPA ARPADE

Anne BOULZAGUET, cheffe de service CSAPA ARPADE

Paola BERGER, psychologue CSAPA ARPADE et MSMA

Hervé LAFFONT, éducateur spécialisé CSAPA ARPADE et MSMA

David, travailleur pair

CAARUD Axess

Antoine BRICAULT, directeur régional Occitanie Est, groupe SOS

David GAUTRÉ, directeur CAARUD Axess

Louis LETERTRE, chef de service CAARUD Axess

Association Addictions France Occitanie (CTR – CSAPA – CJC)

Muriel NIVERT-BOUDOU, directrice régionale

Pauline MARTIN, responsable régionale prévention

Xavier DRAKE, directeur Addictions France Hérault

Didier BABOU, chef de service Addictions France Hérault

Dr Catherine MASSET, médecin coordonnatrice Addictions France Hérault

DAC 31

Goulven ROSE, directeur DAC 31

Audrey ALBRESPY, coordinatrice

Ludivine BERIGAUD LE MEUR, adjointe de direction

Médecin du DAC 31

2PA0

Karine DELTOUR, animatrice régionale MSMA

Ile-de-France

Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Direction de la santé publique

Dr Luc GINOT, directeur de la santé publique

Caroline FRIZON, responsable du département personnes en difficultés spécifiques et Addictions

Jean-Baptiste ECCEL, référent addictions

Délégation départementale de Seine Saint Denis

Emmanuelle LATOUR, directrice

Sabrina BELHADJ, responsable du département prévention et promotion de la santé

Adèle AUDION, chargée de mission

Centre hospitalier des Quatre Villes, Sèvres

Dr Nicolas THIERCELIN, chef du pôle Addictologie

Michèle THONIER, cadre du pôle Addictologie

Centre hospitalier Delafontaine, CSAPA le Corbillon, Saint-Denis

Dr LAUGIER et son équipe

CAARUD PROSES, Saint-Denis

Lionel SAYAG, directeur

CSAPA Aurore, Aubervilliers

Stéphane BRIBARD, directeur

Nicolas KENENS, chef de service

Résidents du CSAPA

La Réunion

Agence Régionale de Santé de La Réunion

Cyril HERIBERT-LAUBRIAT, référent addictions

Communauté territoriale d'addictologie La Réunion (CTA 974)

Dr Thierry JAMAIN, coordonnateur

Groupement d'entraide mutuelle addictologie La Possession

Marjorie MALARD, animatrice coordinatrice

Matthieu FRANCOMME, directeur association Allons Déor

SIGLES UTILISES

Sigle	Signification
AA	Alcooliques Anonymes
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ACT UCSD	Appartement de coordination thérapeutique « Un chez soi d'abord »
ADOSPA	Auto-questionnaire de dépistage des conduites addictives chez l'adolescent
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ALD	Affection de longue durée
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
API	Alcoolisation ponctuelle importante
ARHGOS	Application de recueil hospitalier des données SMR
ARS	Agence régionale de santé
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
C2S	Complémentaire santé solidaire
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CHA	Consultation hospitalière d'addictologie
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIM-10	Classification internationale des maladies (10e révision)
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CJCA	Consultation jeunes consommateurs avancée
CMG	Collège de médecine générale
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CND	Commission des stupéfiants (Commission on Narcotic Drugs)
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COREADD	Coordination régionale addictions – Nouvelle-Aquitaine
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRAG	Coordination ressources addictions et grossesse
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CUNEA	Collège universitaire national des enseignants en addictologie
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DAF	Dotation annuelle de financement
DGS	Direction générale de la santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
E-Games	Enquête sur les jeux d'argent en ligne
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
EMSP	Équipe mobile santé précarité
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée Défense et Citoyenneté
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Drugs
ESMS	Établissement social ou médico-social
ESSIP	Équipe spécialisée de soins infirmiers précarité
EUDA	European Union Drugs Agency
FACE	Formule pour Approche de la Consommation d'Éthanol
FIR	Fonds d'intervention régional
FLCA	Fonds de lutte contre les conduites addictives
FPEA	France Patients Experts Addictions
FST	Formation spécialisée transversale
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHBS	Groupement hospitalier Bretagne Sud
HAS	Haute Autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
HSA	Haltes soins addictions
IDE	Infirmier diplômé d'État
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IPA	Infirmier en pratique avancée
IRESP	Institut de recherche en santé publique

JAH	Jeux d'argent et de hasard
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LHSS	Lits haltes soins santé
LSST	Lieux de santé sans tabac
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MDA	Maison des adolescents
MIG	Mission d'intérêt général
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MSMA	Microstructures médicales en addictologie
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NA	Narcotiques Anonymes
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORS	Observatoire régional de santé
PEA	Patients experts en addictologie
PESP	Programme d'échange de seringues en pharmacie
PFME	Pôle femme-mère-enfant
PNMA	Plan national de mobilisation contre les addictions
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PMI	Protection maternelle et infantile
PRS	Projet régional de santé
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
RECAPP	Enquête RECAPP (CSAPA)
RESPADD	Réseau de prévention des addictions
RdRD	Réduction des risques et des dommages
REITOX	Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
SF2A	Société française d'alcoologie et d'addictologie
SFT	Société française de tabacologie

SIMCA	Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives
SINTES	Système d'identification national des toxiques et substances
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SNDS	Système national des données de santé
SOLEN	Outil de remontée des données CAARUD
SRAE	Structure régionale d'appui et d'expertise
SRS	Schéma régional de santé
TAO	Traitement par agonistes opioïdes
TAPAJ	Travail alternatif payé à la journée
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
TSO	Traitement de substitution aux opioïdes
TSAF	Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale
TUA	Trouble de l'usage de l'alcool
UTTD	Unité de traitement des toxicodépendances

LETTRE DE MISSION

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES

Liberté
Égalité
Fraternité

Paris, le 22 AOUT 2025

La ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles

Le ministre chargé de la Santé et de l'accès aux soins

à

Monsieur Thomas AUDIGE
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission relative à l'évaluation des parcours de prise en charge des addictions

La prise en charge des addictions aux substances licites, illicites ou sans produit, constitue un enjeu fondamental pour nos politiques publiques de santé, mais aussi pour l'ordre et la tranquillité publics. Ainsi, les consommations de tabac et d'alcool représentent les deux premiers déterminants de santé (respectivement 75 000 et 41 000 décès par an) et génèrent d'importants coûts sociaux (respectivement 156 Mds€ et 102 Mds€ annuels). Si la prévalence du tabagisme quotidien est en baisse, elle reste bien plus élevée que dans d'autres pays (23,1 % en 2022 en France contre 16,5 % au sein de l'OCDE). De même, la consommation d'alcool est supérieure à d'autres pays (+24 % par rapport à la moyenne OCDE en litres par an) avec 22 % des adultes dépassant les repères de consommation à moindres risques. La consommation de substances illicites connaît, quant à elle, une augmentation inquiétante, notamment la cocaïne et l'ecstasy/MDMA, à mettre en regard du contexte international de développement des narcotrafics. Enfin, les addictions sans substances (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo...) se développent, en particulier parmi les plus jeunes.

La prise en charge des personnes présentant une addiction repose sur différents secteurs du système de santé :

- Le premier recours, avec notamment les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les infirmiers. Les microstructures médicales en addictologie, expérimentées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui organisent la prise en charge autour d'équipes sanitaires pluriprofessionnelles installées au sein du cabinet d'un médecin généraliste, complètent cette offre de première ligne ;
- La filière de soins en addictologie et les services hospitaliers accueillant des personnes présentant une addiction[1], organisée autour d'un ou plusieurs établissements de santé, qui

[1] CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP
Tél. 01 40 56 60 00

permet d'apporter une prise en charge en soins de proximité (niveau 1), de recours départemental (niveau 2) et régional (niveau 3) ;

- Les équipes pluridisciplinaires du secteur médicosocial spécialisé en addictologie. Ce secteur comprend environ 150 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), 385 centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), 540 consultations jeunes consommateurs (CJC) et les communautés thérapeutiques résidentielles.

La capacité du système de santé à répondre aux besoins des personnes concernées par une addiction, avec ou sans substance, doit être interrogée. En effet, du premier recours à la prise en charge médico-sociale et hospitalière, de nombreuses études montrent un déficit de repérage induisant un accès tardif, une méconnaissance des dispositifs de prise en charge spécialisée par les usagers et les professionnels de santé, des difficultés d'accès d'ordre social, géographique ou capacitaire, ainsi que des ruptures de soins liées à une insuffisance de coordination entre les structures et les professionnels des différents champs social, médico-social et sanitaire.

Dans ce contexte, je souhaite confier à l'IGAS une mission d'évaluation du parcours de prise en charge des usagers présentant une addiction afin d'améliorer la lisibilité, l'accessibilité, l'adéquation et l'articulation des offres de soins et médico-sociales dédiées aux addictions dans tous les territoires.

En particulier, la mission examinera les points suivants :

- L'évolution des caractéristiques du public accueilli, de plus en plus marqué par du polyusage et de la polydépendance et présentant de plus en plus des troubles psychiatriques associés importants, et l'évolution des caractéristiques des personnes éloignées voire exclues de cette prise en charge ;
- Les modalités d'entrée dans un parcours de soins et les difficultés identifiées : repérage, délai de la prise en charge par rapport au début de la pathologie, porte d'entrée dans le parcours ;
- L'état des lieux des dispositifs de prise en charge des personnes présentant une addiction, incluant les modes d'organisation et les moyens mis à disposition. Cet état des lieux devra porter sur le premier recours, la filière de soins en addictologie (équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), les consultations hospitalières, les soins médicaux et de réadaptation (SMR), l'hôpital de jour (court séjour addictologique), les services accueillant des personnes présentant une addiction en milieu hospitalier et les structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD, Consultation Jeunes Consommateurs, Centres Thérapeutiques Résidentiels) ;
- L'articulation et la complémentarité de ces différents dispositifs (repérage précoce, orientation...), incluant l'articulation des dispositifs spécialisés de prise en charge des addictions avec les dispositifs plus généralistes de coordination territoriale de soins (par exemple, dispositifs d'appui à la coordination ou équipes de soins spécialisés) ;
- L'effectivité et la qualité de l'offre (délai d'attente, fluidité des parcours, durée de la prise en charge, résultat attendu...) et son adéquation au regard des pratiques et besoins identifiés (inégalités territoriales ? adéquation des moyens avec les besoins ?), en interrogeant la perception des usagers et des professionnels, et de manière plus approfondie, les parcours de populations spécifiques (notamment les jeunes, les femmes et le public en situation de précarité). Une attention particulière sera portée à la place des ELSA et à leurs missions ;

- S'agissant des établissements et services médico-sociaux et établissements de santé précités, la participation effective des usagers à leur prise en charge et de façon générale la prise en compte des besoins et attentes des usagers ;
- Les points de rupture dans la continuité des soins ;
- Les leviers permettant de mieux structurer l'offre de soins, afin d'améliorer la réponse aux besoins de santé, en particulier ceux des populations vulnérables.

Sur la base de cet état des lieux, les propositions de la mission devront permettre au ministère chargé de la santé de dégager des pistes d'amélioration relatives à la prise en charge, en modulant si besoin par type de population ou d'addiction (tabac, alcool, stupéfiants, addictions comportementales). De façon générale, une comparaison avec les dispositifs existant à l'étranger sera la bienvenue. La mission s'attachera à proposer des évolutions d'ordre organisationnel, incluant la place du numérique, et normatif, afin d'améliorer les prises en charge, en précisant à chaque fois le coût associé.

Pour la conduite des travaux, vous pourrez vous appuyer sur les services compétents du ministère de la santé et de l'accès aux soins (notamment la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'offre de soins), ainsi que sur ceux de la MILDECA.

Nous souhaitons que vos conclusions et préconisations fassent l'objet d'un rapport définitif en octobre 2025.

Catherine VAUTRIN **Yannick NEUDER**

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE **277**

1 LES ENTRETIENS MENES AU NIVEAU NATIONAL **278**

2 LES DEPLACEMENTS EN REGION **278**

2.1 LE CHOIX DES TERRITOIRES 278

2.2 LES ENTRETIENS REALISES 278

2.3 LA PRISE EN COMPTE DES PERCEPTIONS DES USAGERS SUR LEUR PARCOURS 279

3 L'EXPLOITATION DE DONNEES RELATIVES AU PARCOURS AU NIVEAU NATIONAL **279**

3.1 LES ENQUETES ET TRAITEMENTS DE DONNEES EXISTANTS 279

3.2 L'ENQUETE FLASH AUPRES DES CSAPA ET DES CAARUD 280

3.2.1 Les données disponibles *280*

3.2.2 Les modalités de l'enquête flash et de son analyse *281*

3.3 L'EXPLOITATION DES DONNEES DU SNDS POUR ECLAIRER LES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE D'UN TROUBLE LIE A L'USAGE DE L'ALCOOL 281

3.3.1 L'objectif visé *281*

3.3.2 La méthodologie mise en œuvre *282*

[1] Outre l'exploitation de la documentation à disposition et les entretiens réalisés au niveau national, la mission s'est appuyée pour ses analyses sur des déplacements en région, l'exploitation d'une enquête conduite auprès des CSAPA et CAARUD ainsi que des données du SNDS.

1 Les entretiens menés au niveau national

[2] S'agissant d'un sujet mobilisant un large spectre de parties prenantes, la mission a mené une quarantaine d'entretiens (hors déplacements) avec des interlocuteurs variés[345] : administrations centrales, CNAM, sociétés savantes, chercheurs, ordres nationaux, fédérations, associations d'entraide, personnalités qualifiées, etc.

2 Les déplacements en région

2.1 Le choix des territoires

[3] Au regard du périmètre ambitieux de la mission, il a été décidé de réaliser trois déplacements en région. Ces déplacements ont eu notamment pour objectif d'illustrer les points de fragilité ou de rupture dans les parcours de prise en charge des addictions, mais également d'identifier des bonnes pratiques mises en place pour fluidifier ces parcours. Dès lors, le choix des territoires a été envisagé sans viser à la représentativité, mais afin d'approfondir des pratiques ou organisations, en particulier entre les différents segments de l'offre.

[4] Outre la diversité régionale, les territoires retenus répondent à au moins deux des critères suivants :

- Une dynamique régionale ou des travaux structurants d'organisation de la filière de prise en charge ;
- L'expérimentation des microstructures Equip'Addict (article 51) ;
- L'existence dans les CPOM Etat-ARS des travaux structurants ou innovants dans l'organisation d'un diagnostic territorial, la prise en charge ou la coordination des parcours.

[5] Trois régions ont été ainsi retenues : **l'Occitanie, la Bretagne et les Hauts-de-France**.

[6] Avec l'appui des ARS concernées, la mission a identifié des territoires à un niveau départemental ou infra-départemental, afin de mener une analyse approfondie des modalités de pilotage, d'organisation et de coordination entre les acteurs de la prise en charge des usagers présentant une addiction et en particulier l'articulation ville/médico-social/hôpital. Au total, la mission s'est déplacée dans neuf départements de ces trois régions, entre novembre 2025 et janvier 2026.

[7] La mission a complété ces déplacements régionaux par :

- Des échanges approfondis en visio-conférence avec l'ARS de **La Réunion** et des acteurs de la prise en charge en addictologie de ce territoire ultra-marin ;
- Une journée de visite sur site en Seine-Saint-Denis, ainsi qu'un déplacement à Sèvres.

[8] Enfin, la vision de terrain a pu être complétée lors d'une réunion organisée par la DGS avec les référents addictions des ARS.

2.2 Les entretiens réalisés

[9] Les entretiens tenus sur site, complétés si besoin par des échanges en visioconférence, ont concerné pour chaque région :

- la direction de l'ARS et services concernés par le champ de l'addictologie ;

[345] Voir liste des personnes rencontrées

- dans la mesure du possible, ses partenaires institutionnels tels que l'Assurance Maladie, la préfecture et la conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA) ;
- des acteurs de la prise en charge spécialisée en addictologie :
  - CSAPA (ambulatoires et résidentiels), CJC et CAARUD pour le médico-social
  - Etablissements hospitaliers (Unité d'hospitalisation en addictologie, HDJ, ELSA) voire un établissement de soins médicaux et de réadaptation en addictologie ;
- des professionnels du premier recours qu'ils exercent au sein d'une microstructure Equip'Addict (pour les territoires ayant participé à l'expérimentation), en maison de santé pluriprofessionnelle, au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé impliquée sur les addictions ;
- des acteurs impliqués dans la coordination de parcours (DAC, etc.)

[10] Dans chaque structure hospitalière ou médico-sociale, la mission a rencontré la direction et/ou chefferie de service, des professionnels et dans la mesure du possible un pair-aidant ou un patient expert.

2.3 La prise en compte des perceptions des usagers sur leur parcours

[11] Le champ des addictions est un domaine dans lequel la participation des usagers et leur représentation se sont structurées de longue date, en particulier dans les années 1980 (contexte de l'épidémie de SIDA). Des associations sont actives au niveau local et au niveau national ; par ailleurs, les CSAPA et CAARUD prévoient diverses modalités de participation de leurs usagers346.

[12] Dès lors, plusieurs modalités ont été combinées par la mission :

- La mission a eu l'occasion de s'entretenir lors de ses déplacements avec des usagers, principalement de structures médico-sociales et en format collectif, à propos de leur parcours de prise en charge ;
- Elle a pu s'entretenir à de nombreuses reprises avec des pairs-aidants, présents dans des configurations variées (structure médico-sociale, hôpital, structure de coordination) ;
- Des contacts avec des représentants d'usagers au niveau national, avec l'association France Patients Experts Addictions, et avec des patients-experts engagés dans le parcours de certification qu'elle pilote ont complété le panel ;
- Un entretien avec des membres des associations d'entraide « Alcooliques Anonymes » et « Narcotiques Anonymes » ;
- Une rencontre avec un groupe d'écoutants d'un des dispositifs nationaux d'aide à distance pilotés par Santé publique France a permis d'apporter un éclairage complémentaire sur le parcours des usagers.

3 L'exploitation de données relatives au parcours au niveau national

[13] Afin de compléter les éléments majoritairement qualitatifs obtenus à l'occasion des déplacements, la mission s'est appuyée sur des données existantes ou recueillies spécifiquement.

3.1 Les enquêtes et traitements de données existants

[14] Le champ de la prise en charge des addictions se caractérise aujourd'hui à la fois par la multiplicité des données concernant l'offre et les publics accueillis, qui remontent des structures via de multiples systèmes d'information, et par la faible vision dont semble disposer le niveau national sur l'activité et les résultats des structures comme sur le parcours des usagers.

[346] Fédération Addictions. (2020). Participation des usagers : de l'implication à la coopération. *Guide Repères*.

[15] Les données disponibles à ce jour sont principalement issues des :

- Systèmes d'information hospitaliers (PMSI), et de la SAE pour les consultations hospitalières et ARHGOS pour les SMR[347] ;
- Les données de l'assurance maladie pour la prise en charge en ville (médecins et médicaments) ;
- Rapports d'activité annuels (ELSA via PIRAMIG, CSAPA par tableau Excel, CAARUD par SOLEN) ou des enquêtes ponctuelles ou régulières conduites auprès des CSAPA, CJC et CAARUD (par tableau Excel) ;
- Données des dispositifs d'information et aide à distance de Santé publique France (TIS-DIS-AIS) ;
- Tableau de suivi du Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA) piloté par la CNAM ;
- Baromètre de Santé publique France ;
- Données des dispositifs d'alerte socio-sanitaire TREND et SINTES (OFDT) ;
- Principales enquêtes épidémiologiques sur des publics ciblés, des thématiques spécifiques ou des structures de prise en charge :
    - Publics[348] :
        - Adultes : EROPP (représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) ;
        - Jeunes :
            - ✓ ESCAPAD (Jeunes de 17 ans lors de la Journée Défense et Citoyenneté) ;
            - ✓ ESPAD (Jeunes de 16 ans – Etude européenne) ;
            - ✓ En Class.
    - Thématiques
    - Structures :
        - Enquête RECAPP (CSAPA) ;
        - Enquête ACCES (CAARUD – échantillonnage).

3.2 L'enquête flash auprès des CSAPA et des CAARUD[349]

3.2.1 Les données disponibles

[16] Les modalités de recueil et d'analyse des données disponibles pour ces deux dispositifs sont à ce jour distinctes :

- CSAPA : les données anonymisées des patients consultant en CSAPA sont recueillies via une enquête annuelle mise en place en 2005 et pilotée par l'OFDT : le recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP). Cette enquête permet notamment de connaitre les caractéristiques sociodémographiques des patients selon le type de prise en charge (alcool-tabac, cannabis, autres produits illicites, addictions sans produit), avec une description de la file active et des caractéristiques des nouveaux patients. Par ailleurs et en complément, en tant qu'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), les CSAPA adressent à l'ARS chaque année un rapport d'activité type. Ces rapports d'activité sont ensuite centralisés à la DGS (Excel) et transmis à l'OFDT[350].

[347] PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information – SAE : Statistique annuelle des établissements de santé – ARHGOS : SI agence régionale hospitalière gestion des objectifs sanitaires – SMR : Soins médicaux et de réadaptation

[348] L'enquête sur la santé et les substances en prison - ESSPRI (1ère édition en 2023) – n'a pas fait l'objet d'un traitement spécifique par la mission.

[349] L'exploitation de cette enquête a donné lieu à un recours à l'intelligence artificielle.

[350] A noter une période d'interruption des transmissions pendant la pandémie de la Covid-19. Une publication de l'analyse par l'OFDT des rapports d'activité 2022 est prévue en 2026 pour les CSAPA et pour les CAARUD.

- CAARUD : les données relatives à leur activité et aux profils des usagers suivis font l'objet de rapports d'Activité Standardisés via l'outil Solen. Les données sont transmises à la DGS et font également l'objet d'une analyse par l'OFDT.

[17] Il est apparu nécessaire de compléter les données disponibles par une enquête flash pour obtenir des données supplémentaires.

3.2.2 Les modalités de l'enquête flash et de son analyse

[18] Cette enquête, menée par la mission via SOLEN, visait à éclairer les délais de prise en charge, l'articulation avec d'autres acteurs s'agissant du parcours de la personne ou encore les points de fragilité ou de rupture dans la coordination. Ces questions étaient complémentaires de celles recueillies via le rapport d'activité.

[19] La mission a contacté les établissements à partir d'un listing d'adresses mails des CSAPA et CAARUD communiqué par la DGS et qui a nécessité un retraitement. Cette étape a fait apparaître la nécessité d'établir une base de données actualisée de ces contacts.

[20] Après plusieurs relances, le taux de réponse est bon, autour de 50,9 % pour les CSAPA (196 sur 385), et de 55,3 % pour les CAARUD (83 sur 150).

[21] Une très grande majorité de structures a répondu aux questions clés relatives aux délais de prise en charge et a apporté des réponses fournies sur leurs principales difficultés, bonnes pratiques, et recommandations. Ces réponses, sur champ libre, ont fait l'objet d'un traitement avec appui de l'intelligence artificielle : elles ont été synthétisées avec l'aide de l'application M365-Copilot, la rédaction finale étant assurée par la mission. Les résultats sont présentés en annexe351.

3.3 L'exploitation des données du SNDS pour éclairer les parcours de prise en charge d'un trouble lié à l'usage de l'alcool

3.3.1 L'objectif visé

[22] La mission a été appuyée par le pôle DATA de l'IGAS afin de réaliser une exploitation des données du SNDS et en particulier un chainage des données ville-hôpital visant à objectiver l'identification possible de trajectoires récurrentes pour les patients ayant bénéficié une année N d'une hospitalisation (dans le secteur MCO ou psychiatrie) dont le diagnostic principal ou relié serait un trouble lié à l'usage de l'alcool (TUA).

[23] Le poids de l'alcool et de ses conséquences dans les motifs d'hospitalisation en France, ainsi que les entretiens avec les professionnels de santé et les usagers lors des déplacements ont en effet interrogé la mission sur l'existence de trajectoires récurrentes notamment ville – hôpital (les données des structures médico-sociales n'étant pas dans le SNDS) en pré et post-hospitalisation.

[24] Ce travail n'a donc pas l'ambition d'un travail de recherche et n'aborde ni la mesure du fardeau sanitaire lié à l'alcool, ni son coût. Il ne permet pas non plus de mesurer le *treatment gap*[352].

[351] Annexes 6 et 7

[352] Ecart entre le nombre de sujets atteints d'un trouble, et le nombre effectivement pris en charge pour ce trouble – *Site Addict Aide – le village des addictions.*

3.3.2 La méthodologie mise en œuvre

[25] La cohorte a été constituée à partir de l'identification des séjours en lien avec une addiction à l'alcool[353] en MCO (y compris HDJ) et psychiatrie en 2023 (N), grâce au codage diagnostic (principal ou relié). Pour cette cohorte ont été ensuite identifiés en N-1 et N+1 :

- les autres séjours en MCO, psychiatrie et SMR addictologie (SMR-A) ;
- les consultations en médecine générale et en psychiatrie ;
- les prescriptions de médicaments traceurs[354].

[26] Pour son analyse, les informations suivantes disponibles sur les parcours des usagers, à la maille départementale, ont été recensées :

- Les structures concernées (services d'hospitalisation et SMR-A publics et privés non lucratifs et lucratifs) et les durées d'hospitalisation ;
- Le profil des usagers : âge, genre, C2S, ALD.

[27] Il s'agit donc de mieux comprendre qui sont les personnes ayant été hospitalisées avec un diagnostic lié à l'alcool, et de mieux caractériser ces passages (fréquence et le motif). Observer pour ces patients la prise en charge en ville permet de mieux appréhender, même si c'est encore très partiel, l'articulation entre la ville et l'hôpital. Enfin, la mise en place d'un clustering met en lumière des trajectoires types révélatrices des comportements les plus souvent observés.

[28] Les résultats de ces travaux sont présentés dans l'annexe 5 de ce rapport.

[353] Avec les codes CIM-10 mentionnés dans l'article : https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/Pages-de-T45_N1-14-mars-recherche-originale-01.pdf.
[354] Ibid – actualisation par la mission en lien avec le Pr Paille.