Contribution au plan stratégique médical 2020-2024
Assistance publique – Hôpitaux de Paris

Nom de la spécialité :
ADDICTOLOGIE

Principaux rédacteurs :
Collégiale d'addictologie, Amine Benyamina, Président, Florence Vorspan, Secrétaire générale

Q1. Contexte général de la spécialité

L'addictologie est une jeune discipline médicale et universitaire, créée en France officiellement par:

- La création du DESC d'Addictologie par un Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine ;

- L'individualisation en 2006 d'une inter-section d'Addictologie au CNU où peuvent siéger les 7 disciplines pour lesquelles l'Addictologie est une option : sous-section 48.02 Pharmacologie, sous-section 48.03 Thérapeutique ; Médecine de la Douleur, sous-section 49.03 Psychiatrie d'Adultes, sous-section 49.04 Pédopsychiatrie, sous-section 51.01 Pneumologie, sous-section 52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie, sous-section 53.01 Médecine interne ; Gériatrie et biologie du Vieillissement.

Elle correspond à la convergence dans une ***discipline commune*** des organisations de Soins, d'Enseignement et de Recherche historiquement construites pour répondre ***aux défis de santé et aux défis sociétaux posés par les dépendances*** au Tabac, à l'Alcool, à l'Héroïne et aux Drogues illicites, et plus récemment au Cannabis, au Jeu pathologique et aux addictions sans substance.

Les éléments qui fondent l'addictologie comme discipline médicale sont : ***l'importance majeure du problème de santé publique, les processus neurobiologiques communs à toutes les addictions, les caractères sévère et chronique de ces affections, l'impact sur les services d'urgences des décompensations aigues***. Les addictions peuvent être médicalement traitées, ce qui nécessite des techniques thérapeutiques spécifiques, techniques de soins intégrées pour les addictions multiples et concertées pour optimiser les prises en charges des doubles diagnostics « addictions et complications médicales » ou « addictions et comorbidités psychiatriques ». Ces deux thèmes peuvent être regroupés sous le vocable des comorbidités addictive.

L'APHP dispose actuellement de divers types de structures d'hospitalisation en addictologie :

- ***des lits MCO*** dans des services spécialisés en addictologie ou fléchés dans des services d'hépato-gastro-entérologie, de médecine ou de psychiatrie, financés en T2A
- des services dédiés ou des ***lits fléchés en psychiatrie***, financés par la DAF, dont le financement va être réformé. Les unités d'hospitalisation temps plein dédiées à l'addictologie permettent de réaliser des sevrages complexes (NIVEAU II voire NIVEAU III quand elles sont adossées à des unités d'enseignement et de recherche) qui sont des lieux de soins d'excellence, et bénéficient d'une tarification incitative
- On peut ***noter l'absence d'unité d'hospitalisation à temps complets pour adolescents souffrant d'addiction à l'APHP***, bien qu'un certain nombre d'entre eux soient pris en charge dans les services de pédo-psychiatrie de l'APHP (APHP.NORD, APHP.EST, APHP.CENTRE) pour des troubles addictifs ou des doubles diagnostics
- des ***lits de SSR addictologiques*** sur 2 sites : René Muret (HUSSD) et Emile Roux (HUHM). Les patients d'addictologie intègrent difficilement des SSR non spécialisés, du fait de leur complexité (addictologique, médicale et psychiatrique) et leur besoin de séjours plus long

en moyenne. Ils sont souvent récusés par les structures privées, et beaucoup n'ont pas les moyens financiers ou l'insertion sociale (accès à une mutuelle par exemple) leur permettant d'intégrer une structure de soins de suite privée. L'accès au dispositif médico-social est extrêmement difficile car ce dispositif est saturé

- des ***hôpitaux de jour***, certaines financées en MCO aigus, en SSR, d'autres en DAF. Ces Hôpitaux de jour jouent un rôle majeur dans les soins nécessairement longs à ces patients qui ne relèvent pas tous d'une hospitalisation à temps complet mais sont trop complexes pour un simple suivi de consultation. Leur tarification est le source d'une importante valorisation pour les différents GH. S'y exercent des activités de soins d'excellence et des activités innovantes de diagnostic, de thérapeutique et de réhabilitation
- ***plusieurs types de soins ambulatoires*** : 5 ***CSAPA*** (APHP.CENTRE : HEGP et Cochin ; APHP.NORD: Fernand Widal ; APHP.Sud : Bicêtre ; HUPSSD: Jean Verdier), consultations anonymes et gratuites, à financement médico-social sur des budgets fléchés. Ils sont les héritiers des centres de soins anonymes et gratuits créés pour répondre à l'épidémie d'héroïnomanie des années 1970 et constituent une porte d'entrée précieuse dans des soins hospitaliers d'excellence (sevrages hospitaliers anonymes et gratuits, traitement pharmacologique de substitution, accès aux traitements antirétroviraux pour traiter les infections à VIH, hépatites, …) et pour une prise en charge sociale.
- ***des consultations d'addictologie hospitalières***, généralistes ou spécialisées, dans chacun des services d'addictologie ou de spécialité médicale (Hépato-gastro-entérologie, pneumologie, maternités, ….) qui prennent en charge des patients avec addictions. Ces consultations sont présentes dans chacun des supra-GH, mais pas dans chaque hôpital. Certaines de ces consultations sont spécialisées par thématique (par produit, ou consultation de post-urgence, ou consultation jeunes consommateurs par exemple). Dans ce cas, elles proposent des soins spécialisés : sevrage ambulatoires, prise en charges individuelles ou de groupe, remédiation cognitive, accueil et soutien des familles/entourages.
- une part importante de l'activité est une ***addictologie transversale*** au bénéfice d'autres structures : services d'urgences, hospitalisations temps plein MCO, psychiatrie sous la forme de consultation d'addictologie de liaison. On peut noter que l'APHP était novatrice en créant les ECIMUD (Equipes de Coordination et d'Intervention pour les Malades Usagers de Drogues) en 1995. Ce modèle s'est ensuite généralisé au plan national et élargi à tous les usages de substances, y compris tabac, alcool, médicaments et addictions sans substance, pour offrir des avis spécialisés aux collègues et aux patients qu'ils prennent en charge. Le nouvel acronyme ***d'ELSA (Equipes de Liaison Addictologique***) désigne donc des équipes mobiles, pluridisciplinaires, qui fonctionnent en appui des autres services hospitaliers. Les missions des ELSA sont définies dans la circulaire DHOS/O2/2008/299 relative à la filière hospitalière de soins en Addictologie. Elles couvrent le soin auprès des patients, la formation et le soutien auprès des personnels hospitaliers, et la coordination active des parcours de soin en articulant acteurs intra- et extra-hospitaliers. A ce jour, Sur les 39 sites hospitaliers composant l'APHP, l'activité d'ELSA est recensée sur 22 d'entre eux. Tous les hôpitaux exerçant une activité d'urgence (25) ont structuré une activité d'ELSA en dehors de l'Hôtel Dieu. Treize hôpitaux sur les 15 ayant une maternité ont une ELSA (absence d'ELSA sur Armand Trousseau et Necker Enfants Malades).

Ces structures souffrent d'un morcellement historique et la pandémie de COVID a montré qu'elles sont vulnérables, car très impactées dès qu'un ou plusieurs professionnels sont mobilisés sur d'autres activités, conduisant parfois à des fermetures pures et simples.

Q2. Évolution épidémiologique des pathologies de la spécialité

L'importance du problème de santé publique liés aux addictions dans nos sociétés est majeure et croissante. En effet, les addictions sont la ***première cause de mortalité évitable*** en France comme dans la plupart des sociétés industrialisées, principalement du fait de la mortalité liée au tabac (70 000 morts par an, avec un décuplement prévu dans les prochaines années, notamment du fait de la survenue des cancers liés au tabagisme des femmes (1), et aux consommations excessives d'alcool (41 000 morts par an) (2). Si en France les décès liés aux overdoses d'opiacés sont stables (autour de 200 morts par an (3), notre société n'est pas à l'abri d'une évolution à l'Américaine où sévit une épidémie de décès par overdose d'héroïne et d'opiacés qui fait 50 000 tués chaque années (4,5). Dans le monde, ***les décès liés au tabac, à l'alcool et aux drogues illicites ont respectivement augmenté de 11.3% ; 11% et 27.6% entre 2007 et 2017*** (6). Pour l'Europe occidentale, cela correspond chaque année à 632 000 décès liés au tabac, 112 000 liés à l'alcool, et 42 800 décès liés aux drogues illicites (7). La mortalité des sujets dépendants de la cocaïne est 4 à 8 fois plus élevée que celle de la population du même âge (8), et ce facteur multiplicatif est de 14 pour les dépendants à l'héroïne (9). De nouveaux produits de synthèse apparaissent chaque jour, et se diffusent de plus en en plus rapidement via internet, ce qui rend le phénomène des addictions exponentiel.

Globalement, on le sait peut, mais au-delà de la mortalité, les troubles psychiatriques et les addictions sont au niveau mondial ***la 5e cause de handicap et d'incapacité***, derrière les pathologies cardio-vasculaires, les maladies infectieuses communes (diarrhées, infections respiratoires, ….), les affections périnatales, et les cancers. Elles sont responsables de 7.4% de tous les années de vie perdues corrigées pour l'incapacité (DALYs) et de 22.9% des années de vie vécues avec une incapacité (YLDs) (10). En Europe occidentale, l'alcool à lui seul, indépendamment des pathologies qu'il induit, est à l'origine de 6.3% de toutes les années de vie perdues corrigées pour l'incapacité (DALYs), et les drogues illicites à elles seule de 1.8% (11). Parmi toutes les causes de handicap, ***les troubles liés à l'usage d'alcool sont le facteur de risque évitable de démence le plus significatif (ils multiplient par 3 le risque relatif de se voir porter un diagnostic de démence)*** (12). Des soins médicaux efficaces et pertinents pour ces patients pour qui le délai au diagnostic et à la prise en charge spécialisée en addictologie est actuellement de plusieurs années permettrait de réduire à la fois la mortalité, la morbidité, le poids pour les familles et les entourages et le coût social des addictions.

1. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 2015 Oct;25(5):824-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv078.
2. Bonaldi C, Hill C. MORTALITÉ ATTRIBUABLE À L'ALCOOL EN FRANCE EN 2015. BEH n°5-6 (19 février 2019). http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire , accédé le 04/04/19
3. Chenaf C, Kaboré JL, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, Delage N, Ardid D, Eschalier A, Authier N. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. Eur J Pain. 2019 Jan;23(1):124-134. doi: 10.1002/ejp.1291.
4. Kreek MJ, Reed B, Butelman ER. Current status of opioid addiction treatment and related preclinical research. Sci Adv. 2019 Oct 2;5(10):eaax9140. doi:10.1126/sciadv.aax9140.
5. Strang J, Volkow ND, Degenhardt L, Hickman M, Johnson K, Koob GF, Marshall BDL, Tyndall M, Walsh SL. Opioid use disorder. Nat Rev Dis Primers. 2020 Jan 9;6(1):3. doi: 10.1038/s41572-019-0137-5.
6. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018 Nov 10;392(10159):1923-1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.
7. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, Giovino GA, West R, Hall W, Griffiths P, Ali R, Gowing L, Marsden J, Ferrari AJ, Grebely J, Farrell M, Degenhardt L. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. Addiction. 2018 Oct;113(10):1905-1926. doi: 10.1111/add.14234.
8. Degenhardt L, Singleton J, Calabria B, McLaren J, Kerr T, Mehta S, Kirk G, Hall WD. Mortality among cocaine users: a systematic review of cohort studies. Drug Alcohol Depend. 2011 Jan 15;113(2-3):88-95. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.07.026.
9. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, McLaren J. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Addiction. 2011 Jan;106(1):32-51. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x.
10. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Nov 9;382(9904):1575-86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
11. GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Psychiatry. 2018 Dec;5(12):987-1012. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
12. Schwarzinger M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J; QalyDays Study Group. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-13: a nationwide retrospective cohort study. Lancet Public Health. 2018 Mar;3(3):e124-e132. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30022-7.

Q3. Contexte en matière de démographie médicale

Le contexte de manque d'attractivité de l'APHP est partagé par les PM d'addictologie. De plus, du fait de la construction historique de petites structures d'addictologie dans les différents GH, la perte et le non-remplacement d'un seul poste peut mettre en difficulté le maintien de toute l'activité spécialisée sur un site.

Q4. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence

L'APHP est sans contestation possible le premier hôpital d'Ile-de-France pour le nombre de séjours de sevrage complexe. Elle reçoit les arrivées convergentes des patients avec les problématiques addictives les plus sévères par plusieurs canaux : ses services d'urgences et de spécialités, avec une spécificité des maternités de l'APHP, en particulier celles de NIVEAU II et III, de ses CSAPA hospitaliers et de ses consultations hospitalières, mais également des multiples partenaires des réseaux de soins et des réseaux médico-sociaux avec qui elle a signé des conventions.
Ce dispositif s'appuie sur une histoire faite d'innovations et d'excellence en termes de soins délivrés. Certaines de ces innovations se sont ensuite imposées comme une norme au plan national (prescription de méthadone dans la dépendance aux opiacés, ELSA, …).
L'excellence des soins développés par les équipes de l'APHP, en lien avec les unités de recherche des universités et des organismes de recherche (INSERM/CNRS) avec des expertises diverses et de très haut niveau, et une activité de recherche de haute qualité aux standards internationaux est unique parmi les CHU de France.

Le problème en addictologie comme en psychiatrie ou en gériatrie n'est pas la concurrence de l'offre de soins privée, qui commence tout juste à se développer, et qui de toute façon ne s'adresse pas aux patients complexes, mais bien ***la saturation des lits d'hospitalisation complète et la saturation du dispositif d'aval.***

Cette saturation concerne en particulier les patients nécessitant des soins longs et qui cumulent des problématiques médicales, psychiatriques et sociales. Les SSR addictologiques de l'APHP (Emile Roux HUHM et René Muret HUSSD) qui sont des partenaires privilégiés. La pandémie de COVID a montré l'utilité des cellules d'aide à la sortie mises en place par les directions de crises, qui devraient être pérennisées et dont certaines devraient se spécialiser en addictologie.

Cette saturation concerne également l'ambulatoire de l'APHP, qui connait de grandes difficultés pour adresser des patients stabilisés en relais vers d'autres structures. La médecine de ville, en particulier dans les territoires de santé de APHP.NORD, HUSSD, HUHM, est sinistrée. Les prises en charges extrahospitalières de type CSAPA ou CMP pour les patients avec doubles pathologie addictive et psychiatrique sont également sinistrées. De ce fait, et parce que les addictions sont des pathologies chroniques, un certain nombre de patients sont suivis de façon longue sur les consultations et les CSAPA et consultations de l'APHP, rendant plus difficile l'accueil de nouveaux patients. ***Le développement massif des partenariats ville-hôpital, des infirmiers de pratiques avancées et de la télé-expertise pourraient aider à répondre à ces difficultés.***

Q5. Modalités d'amélioration de l'attractivité

Pour les PM, comme pour les PNM, l'amélioration de l'attractivité des services d'addictologie à l'APHP passe par des moyens :

- Rattrapage dans tous les sites APHP des ***ratios d'effectifs PM et PNM*** qui ont été construits historiquement sur des ratios de SSR alors que l'addictologie est devenue une discipline médicale aigue. Plus les services sont sous-dotés et moins ils sont attractifs
- Affectation de moyens ***psychologues, neuropsychologues, assistants sociaux et éducateurs*** nécessaire à l'activité (il y a des sites APHP où ces moyens sont tout simplement absents !)

- Maintien des cellules d'aide à la sortie des patients pour décharger les PM de ces tâches très chronophages et leur permettre de se recentrer sur leur métier
- Par rapport aux services APHP des autres disciplines appartenant au champ des neurosciences, la recherche en addictologie est sous-doté en ***personnel d'appui à la recherche de type ARC, TEC, psychologues et neuropsychologues de recherche. Le fait de disposer d'URC/CIC dédiés à l'addictologie et à la psychiatrie serait un facteur d'attractivité majeur pour les PM.***

Q6. Marge de progression du virage ambulatoire

Comme en psychiatrie et en gériatrie, le problème de l'addictologie n'est pas la pléthore de lits d'hospitalisation complète mais bien la saturation de cette offre de soins en HC et le manque de SSR pour les patients complexes.

Les ***HDJ se sont déjà beaucoup développé***, notamment grâce à une tarification incitative en T2A, et proposent des actions en direction de patients moins sévères ou complexes. Il s'agit de sevrages ambulatoires et des programmes spécifiques de diagnostic, de thérapeutiques innovantes basées sur les psychothérapies, et de réhabilitation. ***L'équipement de ces structures en PNM et personnels de type psychologues, neuropsychologues, infirmiers de pratique avancée*** sera un des enjeux des prochaines années.

Q7. Innovations diagnostiques à venir dans les 5 à 10 ans

L'enjeu pour la discipline dans les 5 ans qui viennent est de commencer à réduire le retard d'accès aux soins spécialisés, par la ***massification du repérage précoce et du diagnostic des complications des addictions*** à partir des services d'urgence, des services MCO via les ELSA, et des services de psychiatrie pour les patients présentant des doubles diagnostics.

Les universitaires d'addictologie sont résolument inscrits dans le courant des Neurosciences et conduisent des études pour valider des ***biomarqueurs en imagerie cérébrale*** (IRM et PET), par le traitement massif de données cliniques (***big data***, entrepôt de données de santé) et biologiques (génétique, génomique, méthylomique, et ***approches multi-omics***, etc…
Ceci va nécessiter de faciliter l'accès pour les patients d'addictologie aux ***examens d'imagerie, de biologie innovante et aux plateformes de traitement bio-informatiques.*** Nous appelons de nos vœux un rapprochement des équipes d'addictologie entre elles, mais aussi avec les équipes de psychiatrie et des autres domaines des Neurosciences pour mutualiser l'accès à ces plateformes.

Q8. Innovations thérapeutiques à venir dans les 5 à 10 ans

Les universitaires d'addictologie sont résolument inscrits dans le domaine des Neurosciences, avec une attention au maintien d'une médecine de la personne dans sa globalité, ce qui comprend la prise en compte de l'environnement, de l'entourage et une attention aux attentes sociétales dans nos territoires de santé respectifs.

Tout en représentant environ 0.01% de la masse des universitaires titulaires travaillant dans notre institution, les universitaires d'addictologie, avec le soutien de l'Etat qui a fait des addictions un des thèmes prioritaires dans les appels d'offre financés (PHRC et ANR), ont régulièrement porté 3 à 7% des PHRC Nationaux remportés par l'APHP.

Les projets de recherche en cours qu'ils portent évaluent des traitements pharmacologiques innovants dans la dépendance à l'alcool, des psychothérapies innovantes, des techniques de stimulation cérébrales non-invasives (TMS,t-dcs, …).

Des approches de réduction des risques et des dommages pour limiter les complications médicales des addictions sont également en cours d'évaluation et optimiseront la prise en charge des patients.

Des approches de traitement personnalisé (traitement pharmacologique et psychothérapique spécifique) pour les patients avec double diagnostic psychiatrique et addictologique sont également développés.

Q9. Innovations globales dans les prises en charge dans les 5 à 10 ans

L'enjeu majeur pour les 5 années qui viennent est, dans un contexte où ***la demande de soins addictologique va continuer à croitre***, de ***commencer à réduire le retard d'accès aux soins spécialisés*** qui explique une part importante de la morbi-mortalité liée aux addictions.

Cela passera par de nouvelles organisations de soins :

- ***Systématisation des filières de soins addictologiques en aval direct des SAU***, avec des lits dédiés et des consultations de post-urgence
- ***Dépistage et prise en charge à partir des services MCO*** pour les patients présentant des ***complications médicales des addictions***, via les ELSA et des soins fléchés, avec des prises en charge spécifiques des comorbidités
- Dépistage et prise en charge à partir des services de psychiatrie, en particulier les services de secteur, pour les patients avec ***double diagnostic addiction et psychiatrie***
- ***Spécialisation de service de « double diagnostic » psychiatrie et addictologie*** pour les patients comorbides complexes

Ces nouvelles organisations de soins sont très attendues et spécifiquement nommées dans les ***PTSM (Plan Territoriaux de Santé Mentale)*** des départements d'Ile-de-France, qui serviront de base à l'attribution des ***fonds de transformation de l'offre de soins en psychiatrie***.
Le PTSM de Paris explicite notamment les objectifs suivants :

- Identifier les filières d'aval d'urgence
- Créer une offre de prise en charge pour les troubles cognitifs liés à l'alcool
- Rapprocher les services de psychiatrie de secteur et d'addictologie.

Q10. Recherche clinique et translationnelle

Les universitaires d'addictologie émargent dans des unités de recherche labellisées de Neurosciences, de Psychiatrie, de Pharmacologie, d'Hépatologie, de Santé publique.
La recherche issue de l'industrie pharmaceutique est moindre en addictologie que dans d'autres spécialités, mais la recherche académique est soutenue du fait de l'importance du problème de santé publique. L'addictologie est priorisée dans les appels d'offre PHCR ou ANR.
L'addictologie est au cœur de 2 FHU de l'APHP :
NOR-SUD « Network of Research in Substance Use Disorders » / « Réseau de recherche dans les Dépendances aux Substances », porté par le Pr Florence Vorspan, Lariboisière-Fernand Widal, APHP.NORD et ADAPT, « Addiction And Psychiatry Transformation with Precision Medicine “», « Transformation de l'addiction et de la psychiatrie avec la médecine de précision », projet porté par le Pr Marion Leboyer, Créteil.

Q11. Aspects universitaires de la spécialité

La communauté des universitaires travaillant directement ou au moins partiellement en addictologie (29 PUPH et 6 MCUPH ou PHU, dont 16 ont une activité addictologique quasi-

exclusive) est petite au regard de l'ensemble de la communauté des universitaires titulaires à l'APHP (1500 PUPH et MCUPH environ).
Sa production scientifique rapportée au nombre de titulaire est plus qu'honorable.
L'universitarisation des GHU qui n'ont pas d'universitaire d'addictologie, en lien avec les universités, doit être une priorité pour l'APHP pour piloter l'offre de soins et les activités de recherche.
Les universitaires d'addictologie de l'APHP coordonnent la FST d'addictologie, de nombreux DU et enseignements universitaires, le Master 2 Infirmiers de Pratiques Avancées de l'Université de Paris.
Ils sont avec la collégiale et les PH impliqués dans la formation continue sur le site Picpus à destination des professionnels APHP et hors-APHP.

Q12. Modalités d'évaluation de la pertinence de soins dans la spécialité
Il n'existe pas d'indicateur de la pertinence des soins en addictologie, mais nous sommes tout à fait disposés à les développer avec Hopsinomics, sachant que le comblement de l'accès aux soins spécialisés est visiblement un objectif qui a des conséquences en termes de santé individuelle et, nous n'en doutons pas, collective. L'entrepôt des données de santé et la généralisation d'ORBIS et des outils numériques devraient aider à développer ce champ.

Synthèse

La collégiale d'addictologie formule les recommandations suivantes pour la plan stratégique :

1. Décréter l'addictologie ***« chantier prioritaire »*** de l'APHP au même titre que les urgences, la psychiatrie ou la gériatrie

2. Missionner chacun des nouveaux directeurs de supra-GH pour ***organiser*** avec le ou les universitaires ***l'offre de soins*** par supra-GH et par site, en différenciant l'offre de soins de première ligne devant être présente sur chaque site et des filières d'addictologie sur-spécialisées

3. Garantir à chaque SAU la possibilité ***d'hospitaliser pour des motifs addictologiques en aval direct des urgences sur des lits fléchés***. Là où ces lits existent, en MCO ou en psychiatrie, ils devront être sanctuarisés, et bénéficier d'une remise à niveau en PNM, psychologues et travailleurs sociaux. Là où ces lits n'existent pas, ils devront être fléchés sur des lits d'aval d'urgence polyvalents en s'appuyant sur les compétences des ELSA.

4. ***Sanctuariser les moyens des ELSA***. Développer en priorité une liaison addictologique dans les deux maternités de l'APHP n'en disposant pas, à l'image de celle existant à Cochin

5. Mieux ***organiser et rendre lisible*** les filières de consultation pour que chaque service MCO sur chaque site puisse savoir où adresser les patients repérés

6. Développer massivement les dispositifs de protocoles de délégation infirmiers ou d'Infirmières de Pratique Avancées, la télé-expertise et les partenariat ville-hôpital pour faire entrer de nouveaux patients dans le dispositif

7. Sanctuariser les moyens des ***CSAPA***

8. ***Sanctuariser les moyens des SSR addictologiques*** de l'APHP et réfléchir à étendre leur offre, notamment à la faveur des fermetures des USLD de l'APHP

9. Favoriser les regroupements et créer les conditions de l'universitarisation de tous les GHU en addictologie, ***favoriser l'accès aux plateformes de recherche partagées avec les Neurosciences***, et favoriser la spécialisation des moyens d'appui à la recherche (URC/CIC)

10. Continuer à diffuser les ***formations en addictologie du CFC-MPPPH*** qui a une compétence reconnue et appréciée à l'APHP et au-delà

11. Favoriser l'émergence de ***projet transversaux concernant toute l'APHP*** sur des thématiques telles que : confidentialité et dossier électronique, filière de prise en charge des addictions des personnels soignants, hôpitaux sans tabac, raccourcissement des délais d'accès aux soins addictologiques spécialisés, évaluation médico-économique des soins addictologiques en particulier sur les coûts sociétaux évités par les prises en charge appropriée.

12. Vis-à-vis des tutelles (Ministères de la Santé, DGOS, mais aussi Enseignement et Recherche, la MILDECA, les ARS et autres structures de santé ou médico-sociales du territoire de santé) : a) Veiller à ce que ***la T2A*** d'Addictologie reste valorisante pour les séjours d'HC ou d'HDJ,

b) Ne pas rater le virage de la réforme de la ***DAF psychiatrique***

c) Discuter, en lien avec les hospitalo-universitaires de Pédopsychiatrie, et avec les ARS au plan régional de l'opportunité de créer une ***structure d'hospitalisation pour adolescents*** souffrant d'addictions sévères

d) Labelliser les services spécialisés dans la prise en charge des patients complexes présentant des « doubles diagnostics », psychiatriques et addictologiques