

Le dispositif d'accueil et de soins en addictologie

Quelle organisation ?

Quelle réponse ?

Pour quels patients ?

Pr F. Paille

Nancy

Historique

Le dispositif (prévention/soin) s'est construit au fur et à mesure du temps en fonction :

- des problèmes posés (alcool, substances illicites, tabac, addictions sans produit)
- et des opportunités locales (conduite/produit, médico-social/hospitalier...)

⇒ Dispositif assez important, mais encore hétérogène tant qualitativement que quantitativement, parfois concurrent, (encore) insuffisamment coordonné, souvent assez peu lisible pour les patients voire les partenaires

L'évolution depuis la fin des années 90

- L'évolution des idées. Les rapports. Les référentiels
- Plan ministériel de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011.
- Plans gouvernementaux 2008-2011, 2013-2017, 2018-2022

Intérêts :

- Donner à l'addictologie une reconnaissance
- Améliorer l'organisation et la lisibilité du dispositif
- Apporter des moyens
- Mais aussi développer la prévention, la formation, la recherche...

L'enjeu essentiel de l'offre de soins

Développer un dispositif complet et cohérent adapté aux besoins de la population

Les patients présentant des conduites addictives ont des problèmes complexes et variés :

- Sévérité de la conduite addictive
- Gravité des complications / comorbidités

=> Offre de soin variée

capable de fournir une réponse coordonnée à l'ensemble des problèmes posés par chaque patient

Intérêt de connaître ce dispositif pour orienter un patient vers :

- Un niveau d'intensité des soins
- Le type de structure et de programme

les mieux adaptés à ses besoins à un moment donné

Fonction des possibilités sur le territoire

Offre de soins organisée autour de 3 pôles

- **Médecine de ville**, notamment les MG
- **Structures médico-sociales** : CSAPA, CAARUD, CJC, SCMR, appartements thérapeutiques, communautés...
- **Structures hospitalières**
 - 3 niveaux :
 - **Niveau 1** = proximité (consultation, liaison, sevrages simples)
 - **Niveau 2** = recours (N1 + soins complexes, soins de suite et de réadaptation en addictologie)
 - **Niveau 3** = expertise régionale (niveau 2 + enseignement + recherche : CHU)
- (Mouvements d'entraide)

Les missions

Soins

- Accompagnement ambulatoire (Cs)
- Liaison intra et extrahospitalière
- Sevrages simples (ambulatoires et hospitaliers)
- Soins résidentiels complexes (hospitalisation temps plein ou de jour)
- Soins de suite et de réadaptation /
Réhabilitation / Réinsertion
- Coordination des intervenants

Les autres enjeux

- Prévention
- Education thérapeutique des patients
- Formation et diffusion de la culture addictologique
- Recherche

Le 1^{er} recours : la médecine de ville

■ La médecine de ville - Médecine générale

assure repérage, évaluation, accompagnement des cas simples et si besoin orientation vers les structures spécialisées ainsi que la coordination

Mention particulière pour

- . les médecins libéraux addictologues
- . Les consultations avancées notamment dans certaines maisons de santé
- . les **microstructures** (MS) qui permettent de constituer autour de certains médecins généralistes, dans leur cabinet/maison de santé, une équipe pluriprofessionnelle (psychologue et travailleur social) dans le but de faciliter un accès aux soins et une prise en charge de proximité des personnes addictes. Ces MS se développent rapidement dans le cadre d'une expérimentation nationale

■ Autres professionnels très concernés par les additions

- * Pharmaciens
- * IDE, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes (TSN)
- * Structures sociales, CHRS, bailleurs sociaux...

Le dispositif spécialisé en addictologie

Les CSAPA

(Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)

Circulaire DGS 28/02/2008 : missions et organisation

Ils sont près de 400 en France

* Missions obligatoires

- Accueil
- Information
- Evaluation médicale, psychologique, sociale
- Orientation

* Missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation

- PEC médicale, psychologique, sociale
- Réduction des risques = limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage des SPA : information, échange de matériel...
 - + intégration dans les soins
 - + maintien et restauration du lien social

Les CSAPA

* Missions facultatives

- Consultations de proximité et repérage précoce

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) se sont beaucoup développées. A l'interface de la prévention et des soins, elles accueillent des jeunes consommateurs qui s'interrogent sur leur(s) consommation(s), ainsi que leur entourage : faire le point, si besoin proposer une aide avant que la consommation devienne problématique

L'accueil, gratuit et confidentiel, peut porter sur toutes les addictions

Elles sont souvent situées dans les lieux pour ados : maisons des ados...

Consultation avancées / antennes

- Prévention

- Enseignement

- Recherche

- PEC des addictions sans substance

- Interventions pour personnes sous main de justice...

* **Participation au dispositif de veille et d'alerte sanitaires**

Les CSAPA

Ils peuvent comprendre des structures d'hébergement

* Court séjour

Structures d'urgence ou de transition

* Moyen et long séjour

- Centres thérapeutiques résidentiels (jusqu'à 1 an)
- Appartements thérapeutiques (1 mois à 1 an)
- Familles d'accueil (quelques jours à plusieurs mois)

Les communautés thérapeutiques (1 à 2 ans)

Etablissements expérimentaux

Peuvent devenir CSAPA

Projet thérapeutique + insertion sociale

Les CSAPA

- Ils sont financés par une enveloppe médico-sociale
- **Activité**
L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) analyse et publie chaque année leur activité et le profil des patients accueillis à partir du dossier RECAP (cf site ofdt.fr)

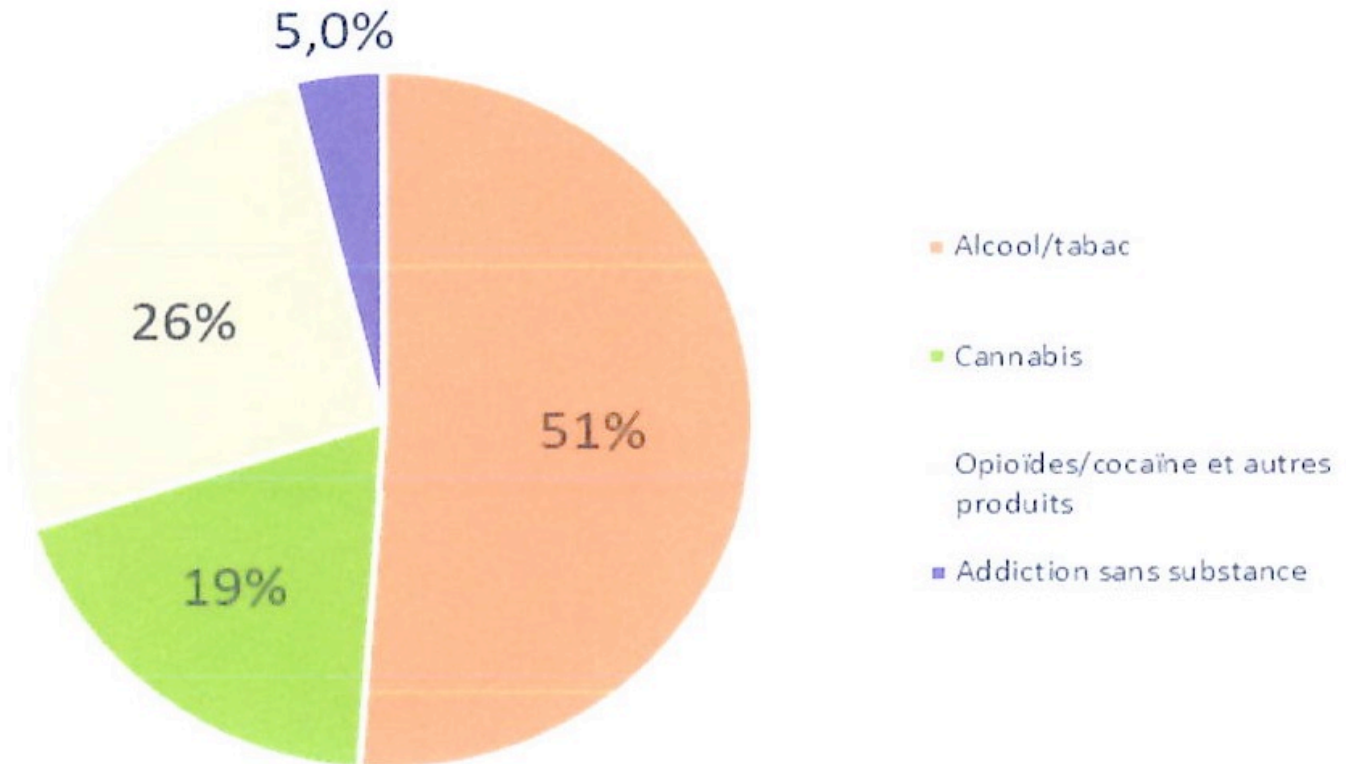
Rapport 2019 :

260 CSAPA

216 000 patients

4 profils : Alcool/tabac, cannabis, autres produits (héroïne, cocaïne...), addictions sans produits

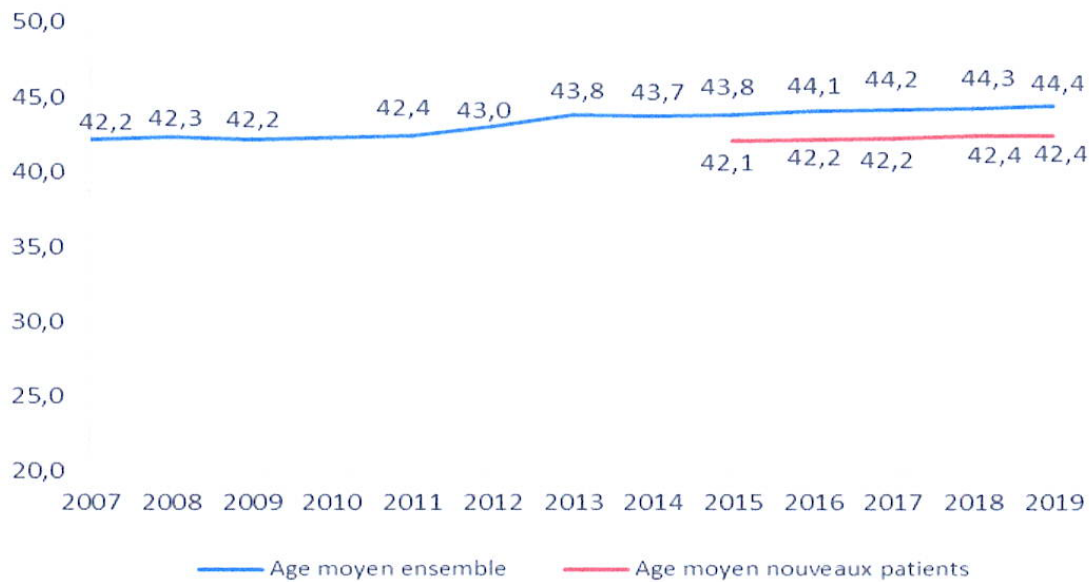
Répartition des personnes incluses dans RECAP 2019 suivant leur profil



Source : RECAP/OFDT

Les usagers d'alcool/tabac

- La moitié sont des nouveaux patients
 - $\frac{3}{4}$ hommes
 - Age moyen : 45 ans
 - 37 % vivent seuls / 35 % avec conjoint / 12 % chez parents
 - 44 % ont une activité rémunérée continue / 8 % ont une activité intermittente / 21 % sans emploi
 - 56 % n'ont jamais été pris en charge avant
 - 67 % fument du tabac / 21 % du cannabis / 4,1 % cocaïne
 - 61 % sont considérés comme dépendants
 - 19 % : ATCD d'hospitalisation en psychiatrie
 - 17 % : ATCD tentative de suicide
 - 21 % : ATCD incarcération
-
- 10 % viennent pour le tabac seul, surtout des femmes et des jeunes (< 30 ans)

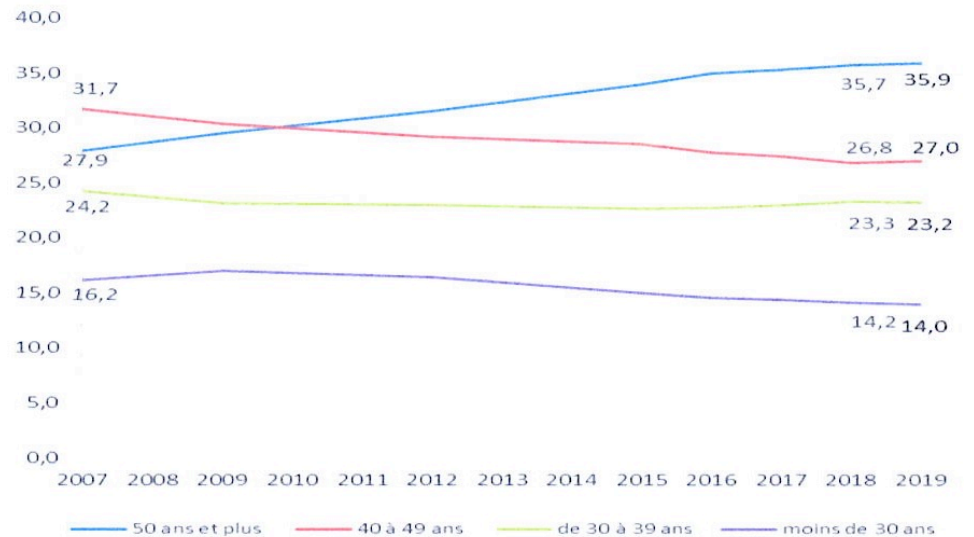


Evolution de l'âge moyen des usagers d'alcool

Source : RECAP/OFDT

Evolution de la répartition par âge des usagers d'alcool

Tendance à l'augmentation de la part des 50 ans et plus et à la diminution des 40-49 ans



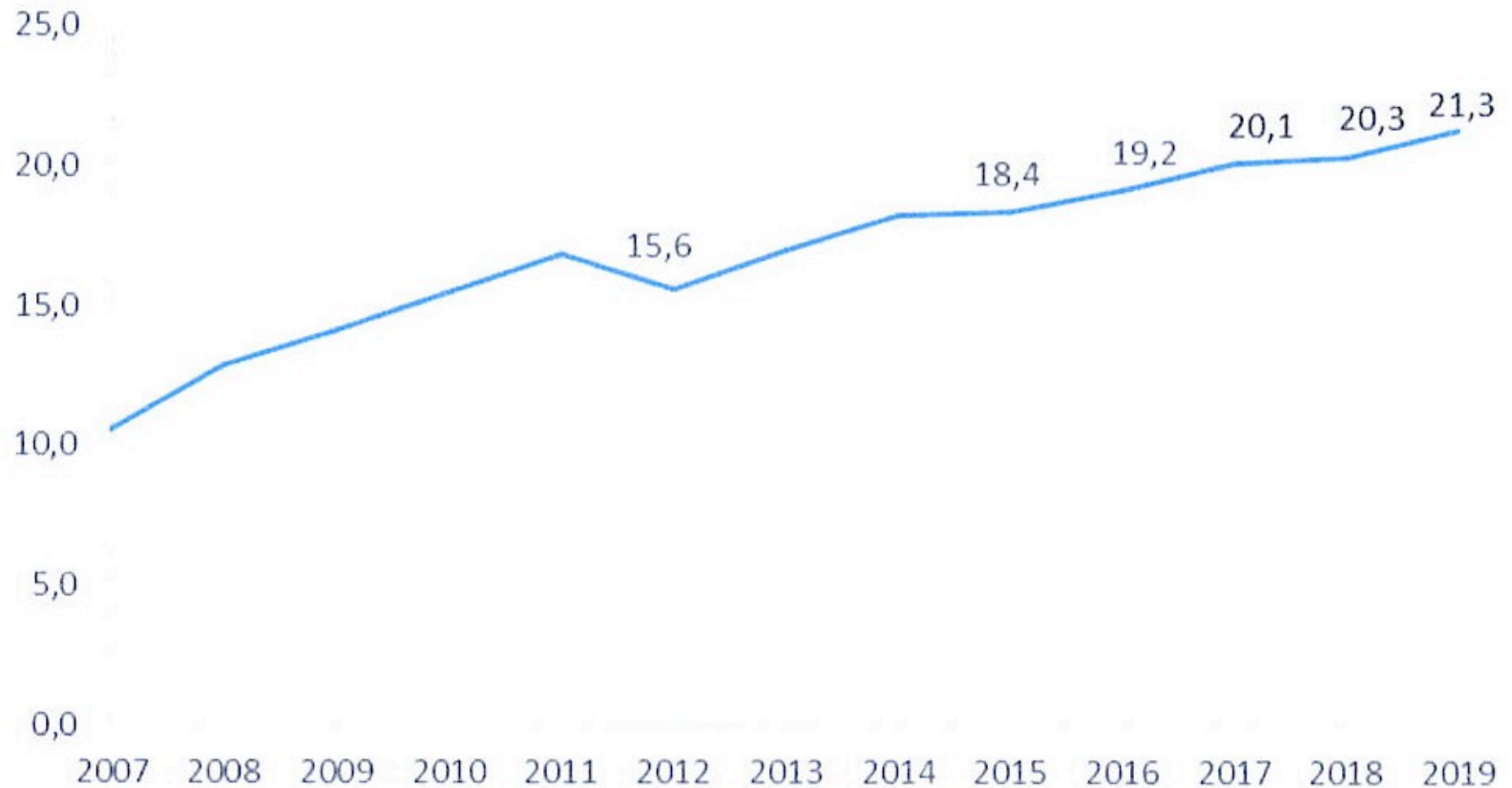
Source : RECAP/OFDT

Evolution de l'activité des usagers d'alcool



Source : RECAP/OFDT

Evolution de la proportion des usagers de cannabis dans le mois parmi les consommateurs d'alcool



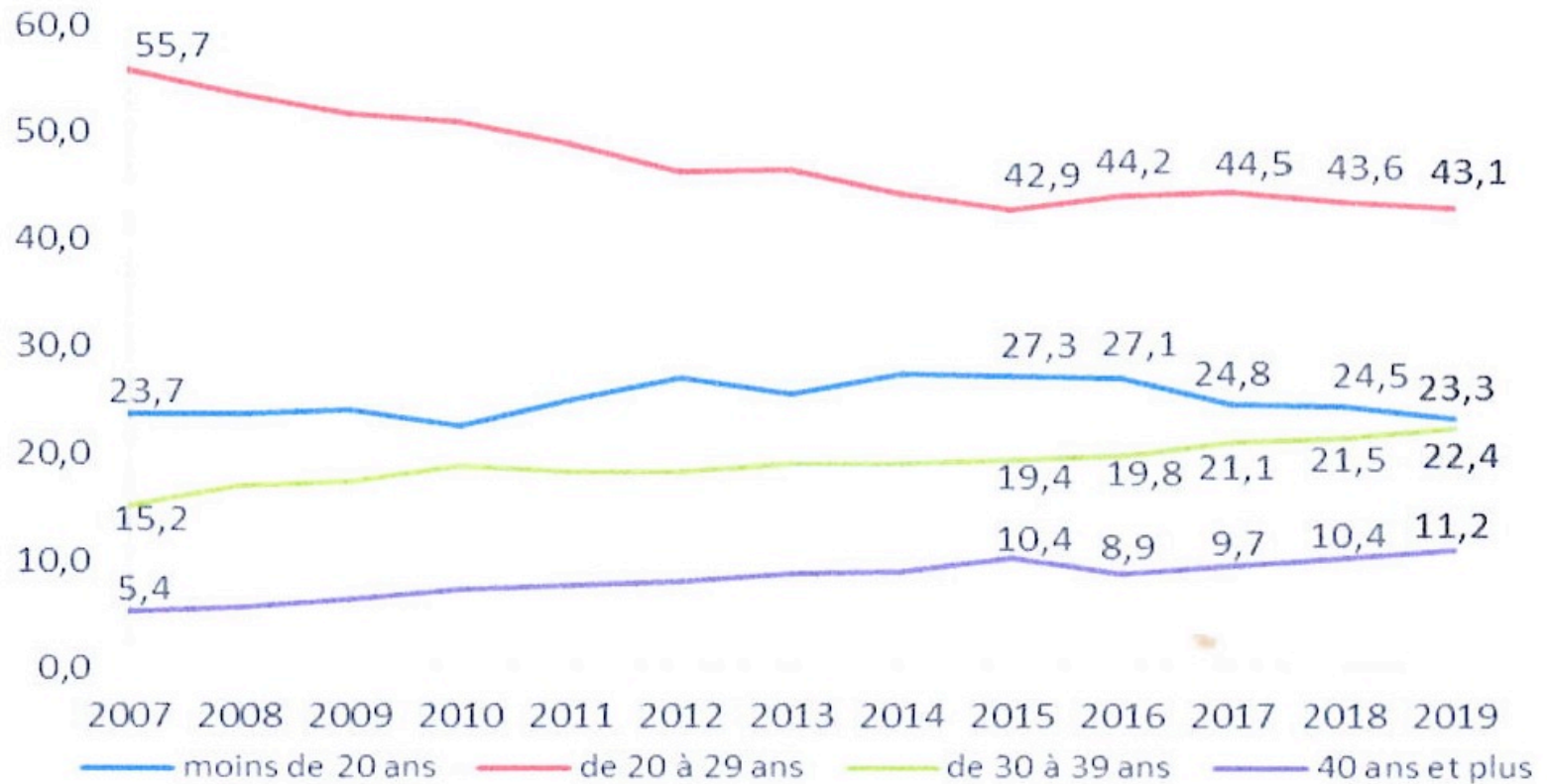
Source : RECAP/OFDI

La part des consommateurs de cannabis chez les usagers d'alcool/tabac augmente

Les usagers de cannabis

- 86 % d'hommes
- Age moyen : 25 ans
- 22 % vivent seuls / 20 % avec conjoint / 42 % chez parents
- 28 % ont une activité rémunérée continue (augmente) / 13 % ont une activité intermittente / 24 % étudiants, élèves, stagiaires/ 19 % sans emploi
- 77 % n'ont jamais été pris en charge avant
- 62 % fument du tabac / 26 % alcool / 5 % cocaïne
- 70 % consomment tous les jours (en augmentation)
- 65 % sont considérés comme dépendants
- 14 % : ATCD d'hospitalisation en psychiatrie
- 10 % : ATCD tentative de suicide
- 26 % : ATCD incarcération

Evolution de la répartition par âge des usagers de cannabis



Source : RECAP/OFDI

L'âge moyen des usagers de cannabis augmente

Les usagers d'autres produits illicites : surtout héroïne et cocaïne

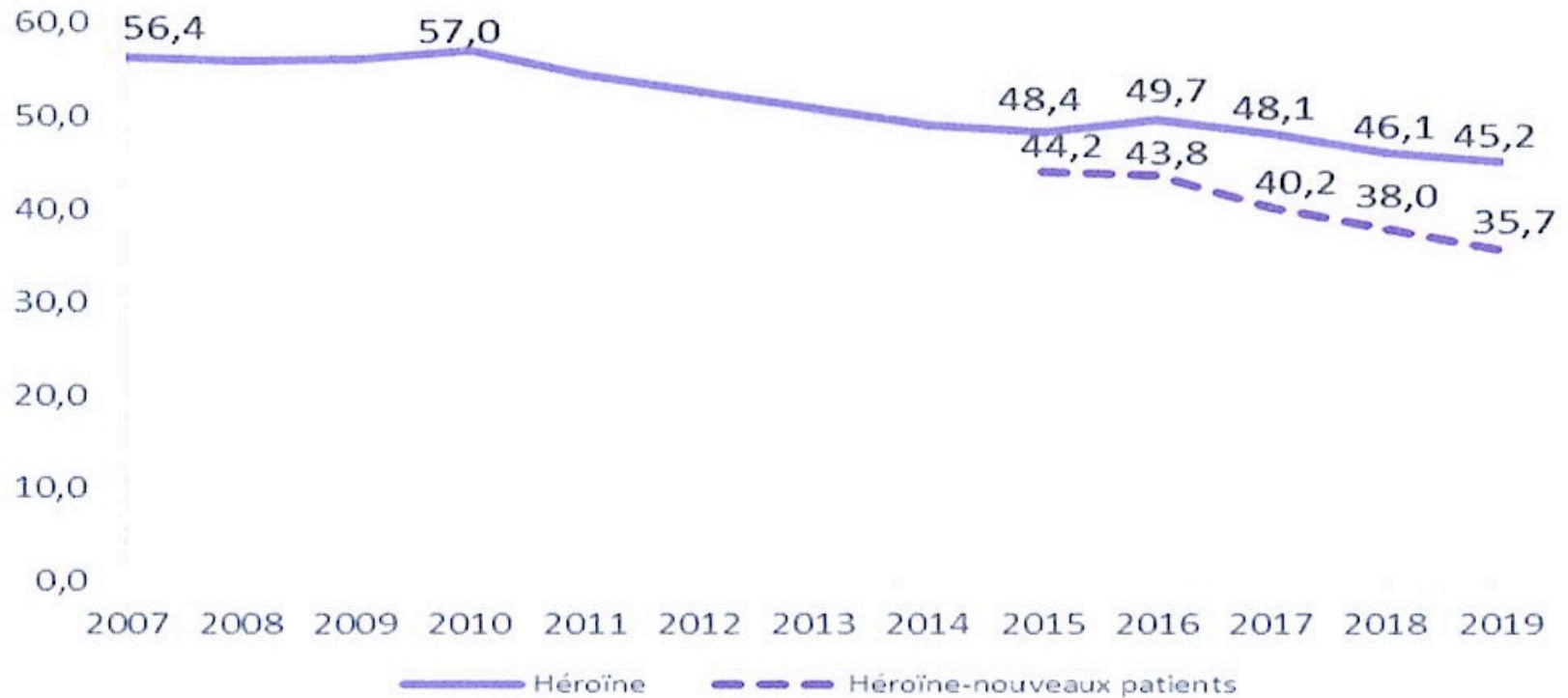
- 77 % d'hommes
- Age moyen : 39 ans
- 36 % vivent seuls / 28 % avec conjoint / 17 % chez parents
- Près de 20 % ont un logement provisoire, 5% sont SDF
- 30 % ont une activité rémunérée continue / 12 % ont une activité intermittente / 26 % sans emploi / 27 % autres inactifs
- 1/3 n'a jamais été pris en charge avant
- 66 % fument du tabac / 41 % cannabis / 34 % alcool / 7 % BZD
- 15 % injectent
- 46 % VHC +
- 26 % : ATCD d'hospitalisation en psychiatrie
- 19 % : ATCD tentative de suicide
- 37 % : ATCD incarcération

L'âge moyen des usagers d'autres produits (héroïne, cocaïne...) augmente depuis 2007



Source : RECAP/OFDT

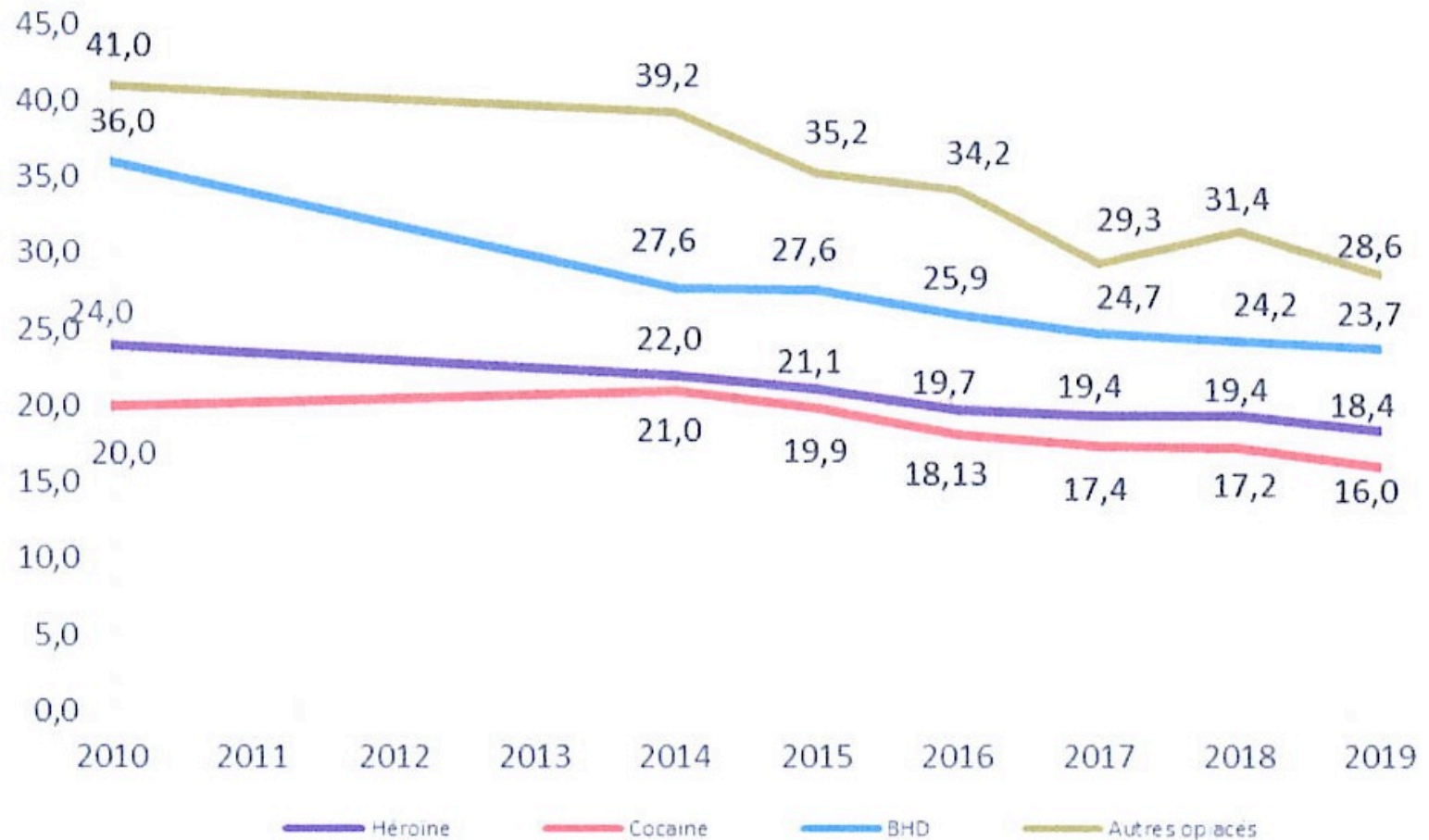
Evolution du % de personnes ayant consommé de l'héroïne au cours des 30 derniers jours parmi les usagers d'autres produits



Source : RECAP/OFDI

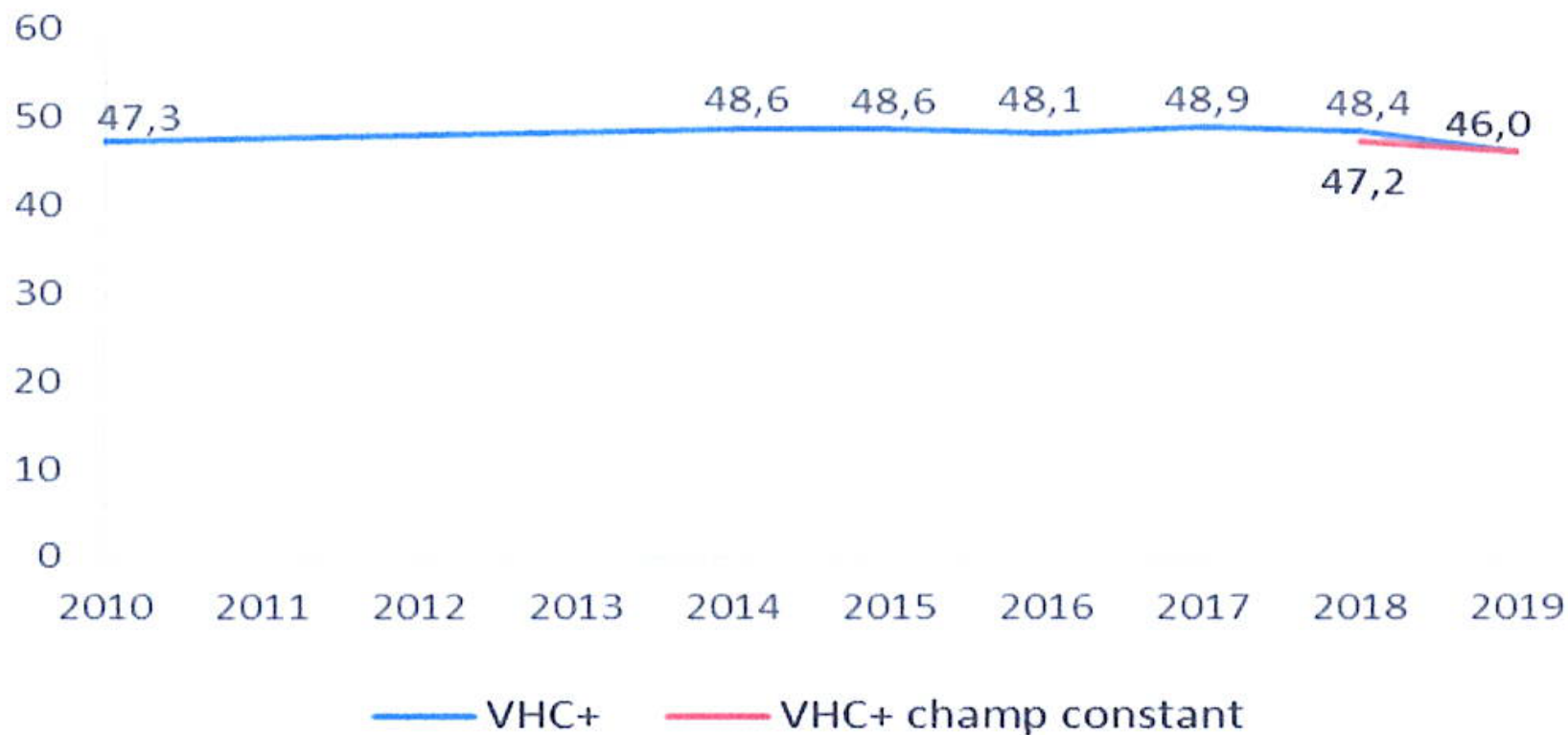
La part des consommateurs d'héroïne continue de baisser en 2019
La part des usagers de crack/cocaïne base augmente. Celle de poudre n'augmente plus

Evolution du % d'utilisateurs de la voie IV parmi les usagers d'opioïdes, TSO (mésusage) et cocaïne accueillis dans les CSAPA entre 2010 et 2019



Source : RECAP/OFDT

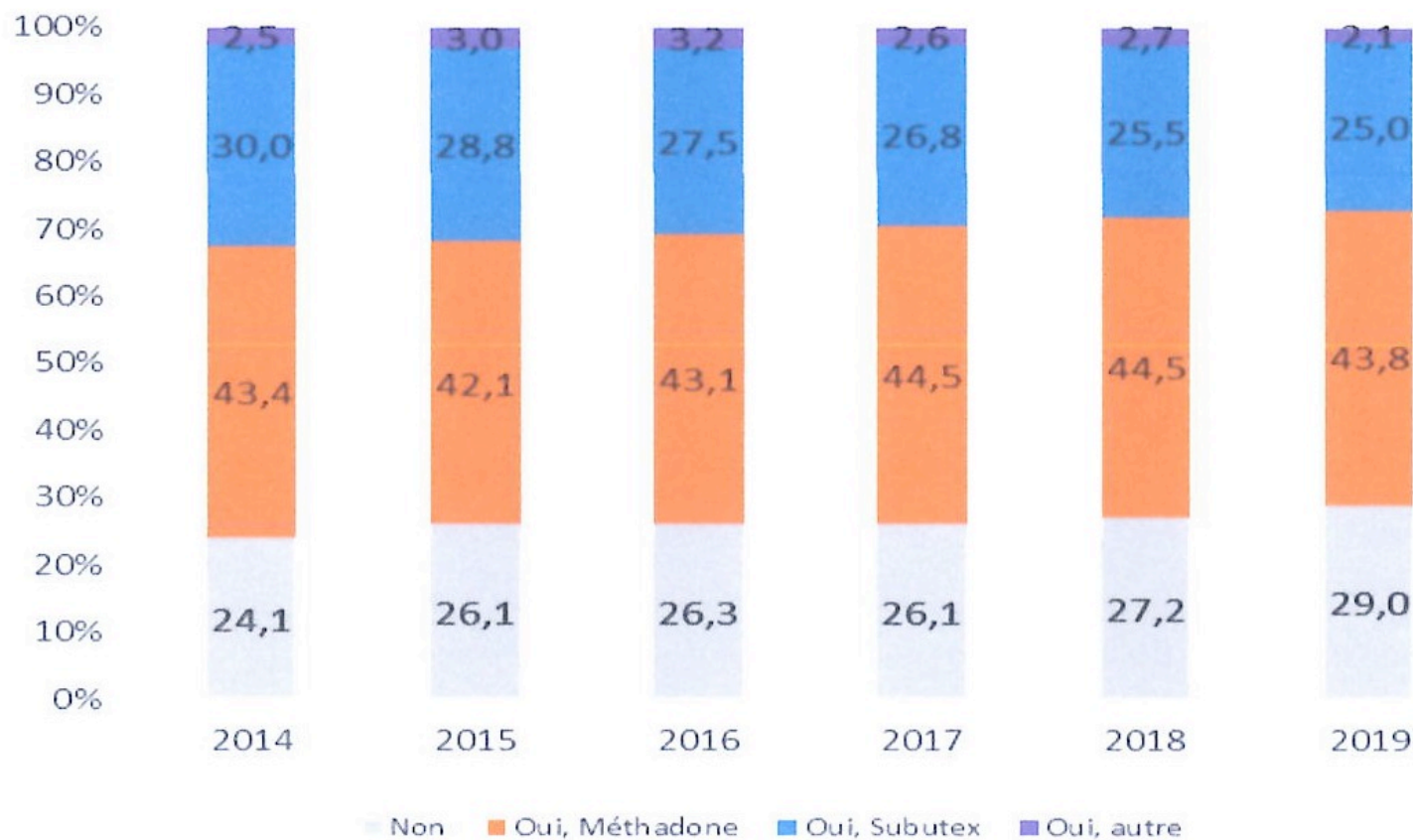
Evolution du pourcentage de sérologies positives pour le VHC parmi les utilisateurs de la voie IV dans les 30 derniers jours



Source : RECAP/OFDT

Très légère diminution pour le VHC
Très légère augmentation pour le VIH (8,0 %)

Evolution de la répartition de usagers suivant l'existence d'un traitement de substitution aux opioïdes



Source : RECAP/OFDI

Les addictions sans substance

- Moins de 5 % des patients accueillis
- Jeux d'argent (33 %) / Cyberaddiction (31 %) / Troubles alimentaires « légers » (20 %) / Autres (16 %)
- Profils très différents selon les conduites
- Cyberaddiction : très jeunes (22 ans) vs 42 ans pour jeux d'argent
- Troubles alimentaires : 85 % femmes, âge moyen 40 ans
- Jeux d'argent : surtout hommes, 40 ans d'âge moyen / Vivent plus en couple / Niveau socio-culturel plus élevé / meilleure insertion sociale

Les CAARUD

Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

S'adressent à des personnes non encore engagées dans des démarches de soins et/ou exposées à des risques particuliers (infectieux...) dans un objectif de réduction des risques et des dommages (RdRD)

Missions

- Accueil
- Information
- Conseil
- Aide à l'accès aux soins
- Aide à l'accès aux droits (logement...), à l'insertion professionnelle
- Mise à disposition de matériel de prévention (stéribox...)

Les salles de consommation à moindre risque

Elles ont un double objectif :

- améliorer la santé publique
- et la tranquillité publique

Elles élargissent les possibilités d'accueil, en amont des soins, des usagers de drogues en particulier injecteurs très marginalisés. Dans une optique de RdRD, ce dispositif leur permet :

- de s'administrer leur produit en garantissant l'hygiène et la sécurité évitant les overdoses mortelles
- d'éviter ces administrations dans des lieux publics

Elles permettent à l'utilisateur d'être en contact avec des professionnels soignants, des assistants sociaux, des éducateurs et d'évoluer vers l'amélioration de leur situation sociale, d'accéder à un hébergement, puis à une demande de soins

Le dispositif hospitalier spécialisé

Un maillon faible du dispositif de soins

L'accueil d'urgence ou de crise

- Quel accueil ?
- Quelles réponses ?
- Quelle orientation ?

L'accueil des patients en urgence pour diverses raisons (accident, complications somatiques ou psychiatriques d'une conduite addictive...) est un moment privilégié pour aborder cette question.

C'est encore trop rarement le cas malgré le développement et les interventions des équipes de liaison, il reste beaucoup à faire

L'addictologie hospitalière

Restructurée dans le cadre du plan ministériel 2007-2011 en 3 niveaux :

■ Niveau 1, de proximité

Consultations, liaison, lits pour sevrage simple

■ Niveau 2, de recours

= niveau 1 + unité d'hospitalisation (temps plein et/ou temps partiel)

permettant la réalisation de sevrages simples et surtout de soins complexes

SSRA

■ Niveau 3, d'expertise régionale

= niveau 2 + enseignement + recherche (CHU)

Structures	Missions	Moyens	Financement et valorisation
Consultations hospitalières (niveaux 1, 2, 3)	Accueil Evaluation Bilan MPS Sevrage, réduction de consommation, substitution... Accompagnement + possibilités du plateau technique	Equipe pluridiscipli- naire	T2A (Cs méd) + MIG (PNM)

Structures	Missions	Moyens	Financement et valorisation
Liaison (niveaux 1, 2, 3)	Interventions au SAU et dans les services de l'établissement Formation des équipes non spécialisées en addictologie Aide à la PEC Consultations Liaison avec les partenaires extérieurs	Equipe pluridisciplinaire	Dotation de fonctionnement

Structures	Missions	Moyens	Financement et valorisation
<p>Sevrages Résidentiels Simples (niveaux 1, 2, 3)</p>	<p>Sevrage simple 5-10 jours Bilan MPS</p>	<p>Service non spécialisé Equipe sensibilisée</p>	<p>T2A ou DAF (Psy)</p>
<p>Soins Résidentiels Complexes (niveaux 2, 3)</p>	<p>Sevrage Bilan MPS Programmes thérapeutiques spécifiques (2-4 semaines)</p>	<p>Unité individualisée Equipe pluridisciplinaire formée</p>	<p>T2A ou DAF (Psy)</p>

Structures	Missions	Moyens	Financement et valorisation
<p>HdJ (niveaux 1, 2, 3)</p>	<p>Sevrage Substitution... Bilan MPS Accompagnement intensif similaire à celui des SRC</p> <p>Alternative à l'hospitalisation temps plein Ou relais</p> <p>Alternative aux SSRA</p>	<p>Unité individualisée Equipe pluridisciplinaire formée</p>	<p>T2A ou DAF (Psy)</p>

Structures	Missions	Moyens	Financement et valorisation
<p>Soins de suite et de réadaptation en Addictologie (niveau 2)</p>	<p>Consolider l'abstinence en prolongeant la durée de séjour en institution</p> <p>Projet de vie / réhabilitation / réinsertion</p>	<p>Unité individualisée</p> <p>Equipe pluridisciplinaire formée, médicalisée</p>	<p>Tarif journalier en attendant réforme tarifaire</p>
<p>SSRA à orientation cognitive</p>	<p>Améliorer les TC ou optimiser les fonctions résiduelles</p>	<p>Equipe et programme centrés sur les TC, leur récupération et l'autonomie</p>	

MCO

580 884 séjours (+ 11,3 %) / 316 824 patients (+ 16,5 %)

Motifs des séjours	Nombre de séjours (2012 / 2006)	Durée moyenne de séjour (jours)	Nombre de patients (2012 / 2006)	Age moyen (ans)
A				
Alcoolisation aiguë	103 586 (+37.1 %)	1.4	76 175 (+49.3 %)	43.5
B				
Alcoolodépendance	93 438 (+57.8 %)	8.9	48 166 (+30.0 %)	47.9
C				
Comorbidités somatiques	383 860 (-0.01 %)	9.2	245 675 (+9.1 %)	56.7

3,3 % des séjours en MCO

Psychiatrie

2 717 031 journées (+ 2,3 %) / 139 882 patients (+ 9,3 %)

Motifs des séjours	Nombre de journées (2012 / 2009)	Nombre de patients (2012 / 2009)	Age moyen (ans)
A Alcoolodépendance	1 856 915 (-3.2 %)	122 067 (+9.0 %)	48.2
B Comorbidités psychiatriques	860 116 (+16.6 %)	22 038 (+12.2 %)	46.4

10,2 % des journées en Psychiatrie

SSR

2 002 071 journées (+ 6.7 %) / 49 925 patients (+ 7,4 %)

Motifs des séjours	Nombre de journées (2012 / 2009)	Nombre de patients (2012 / 2009)	Age moyen (ans)
A Alcoolodépendance	677 869 (+0.0 %)	19 205 (+3.7 %)	47.7
B Comorbidités somatiques	1 324 202 (+10.4 %)	33 324 (+10.1 %)	60.5

5,6 % des journées en SSR

En 2012, les hospitalisations liées à l'alcool c'est :

- Plus de 500 000 patients / près de 800 000 séjours
- **> 4,5 milliards d'euros**
- Près de **7 % des dépenses des établissements de santé**, publics et privés, hors financement des MIG
Chiffre probablement sous-estimé

Quels patients ?

Les patients les plus sévèrement atteints :

- sévérité de la conduite
- et/ou comorbidités graves

Etude ESPERHA – 2010

Palle C et al. Profil des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital. Tendances, sept 2012, n° 82

- Population essentiellement masculine (3/4)
- Age moyen = 46,9 ans (femmes un peu plus âgées)
- Proportion importante de personnes en difficulté sociale : 1/3 environ
 - 40 % seulement ont une activité rémunérée
 - 43 % vivent seuls
- 1 patient sur 2 souffre d'une affection psychiatrique : troubles anxieux et de l'humeur
- Près de 4 patients sur 10 souffrent d'une affection somatique chronique. La proportion augmente avec l'âge

Au total, 60 % des patients hospitalisés souffrent d'une maladie somatique chronique ou d'un trouble psychiatrique ou des 2

- Produit le plus souvent à l'origine de la prise en charge : alcool
- 79 % fument du tabac
- 12 à 13 % fument du cannabis (mais 32 % chez les - de 40 ans), plus les hommes que les femmes. Plus souvent associé à des troubles psy et au fait de vivre seul
- Les patients < 40 ans sont plus souvent polyconsommateurs de SPA
- Les $\frac{3}{4}$ des patients hospitalisés l'ont déjà été

Orienter au mieux les patients dans l'offre de soins addictologiques

La problématique

Des patients dans des situations très différentes en termes de :

- Sévérité de la (des) conduite(s)
- Gravité des comorbidités (somatiques, psychologiques, sociales)

Chez un même patient, en fonction du temps :

- Sa motivation évolue
- Ses objectifs peuvent fluctuer (consommation ou objectifs de vie)
- Sa trajectoire de vie varie. Elle est faite d'améliorations, d'aggravations, d'apparition ou de résolution de problèmes
- Son environnement change...

⇒ Ses besoins de soins changent. Il circule dans l'offre de soins

La problématique

Nécessité d'une offre de soins diversifiée et de parcours adaptés. Les parcours doivent être fluides au sein de l'offre de soins.

Proposer aux patients le niveau de soins le mieux adapté à leurs besoins à un moment donné

Ou, **le juste soin** : adapté, au bon moment, au meilleur coût

Pourquoi structurer ces parcours ?

- Pour rendre aux patients le meilleur service possible

Si niveau d'intensité de soins insuffisant = *perte de chance*

- Pour optimiser l'utilisation des moyens disponibles

Si niveau d'intensité de soins trop élevé = *coût excessif*

Une offre de soins graduée

Croiser le niveau d'intensité des soins nécessités par chaque patient...

...avec le dispositif de soins

... et le choix du patient

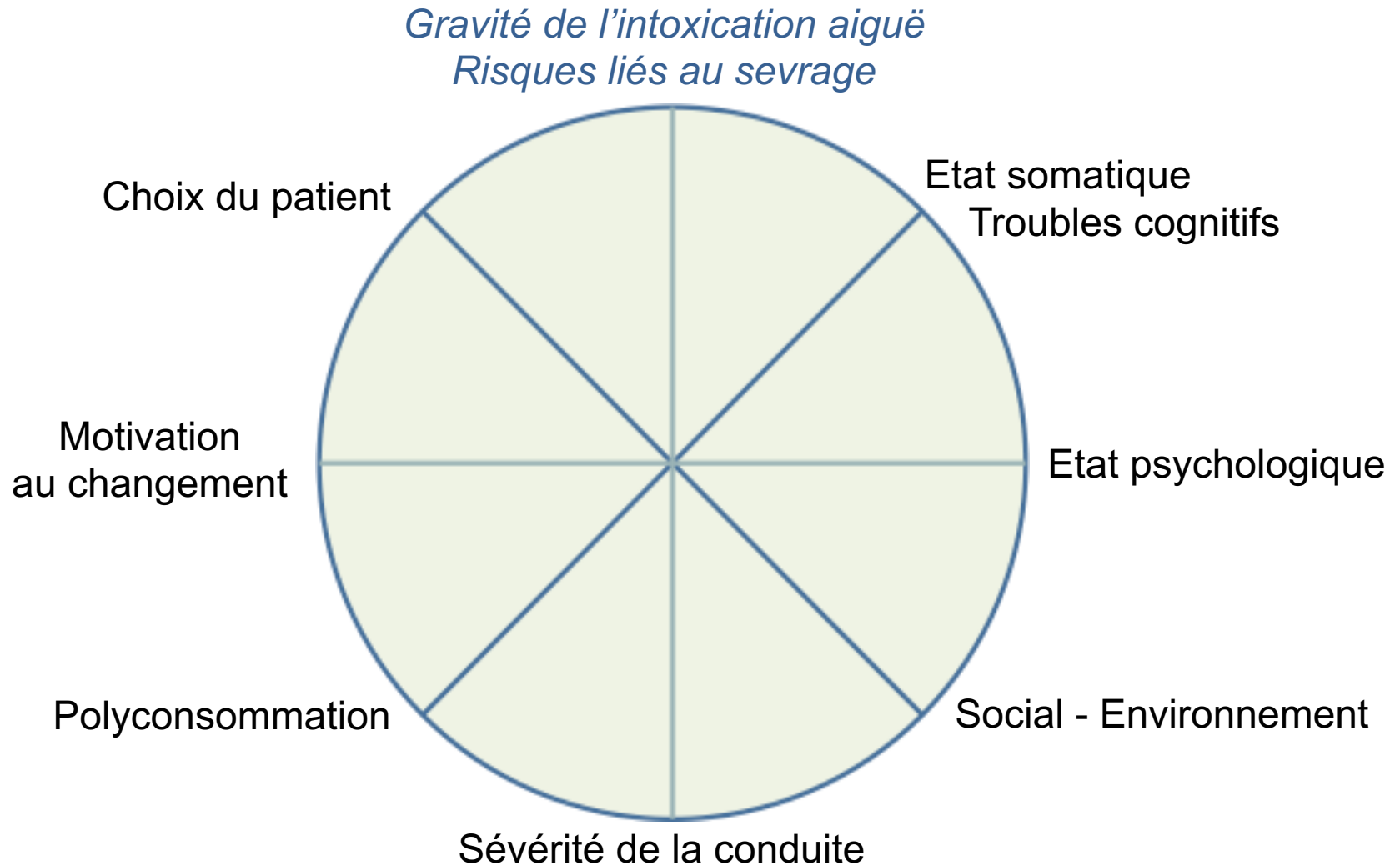
- ⇒ **Tendre vers le meilleur appariement possible** entre les besoins et le choix du patient à un instant donné, le niveau d'intensité, le type de prise en charge et la structure la plus adaptée pour y répondre
- ⇒ **Réévaluer régulièrement**
- ⇒ **Bonne indication** = traitement de la plus faible intensité répondant aux besoins du patient

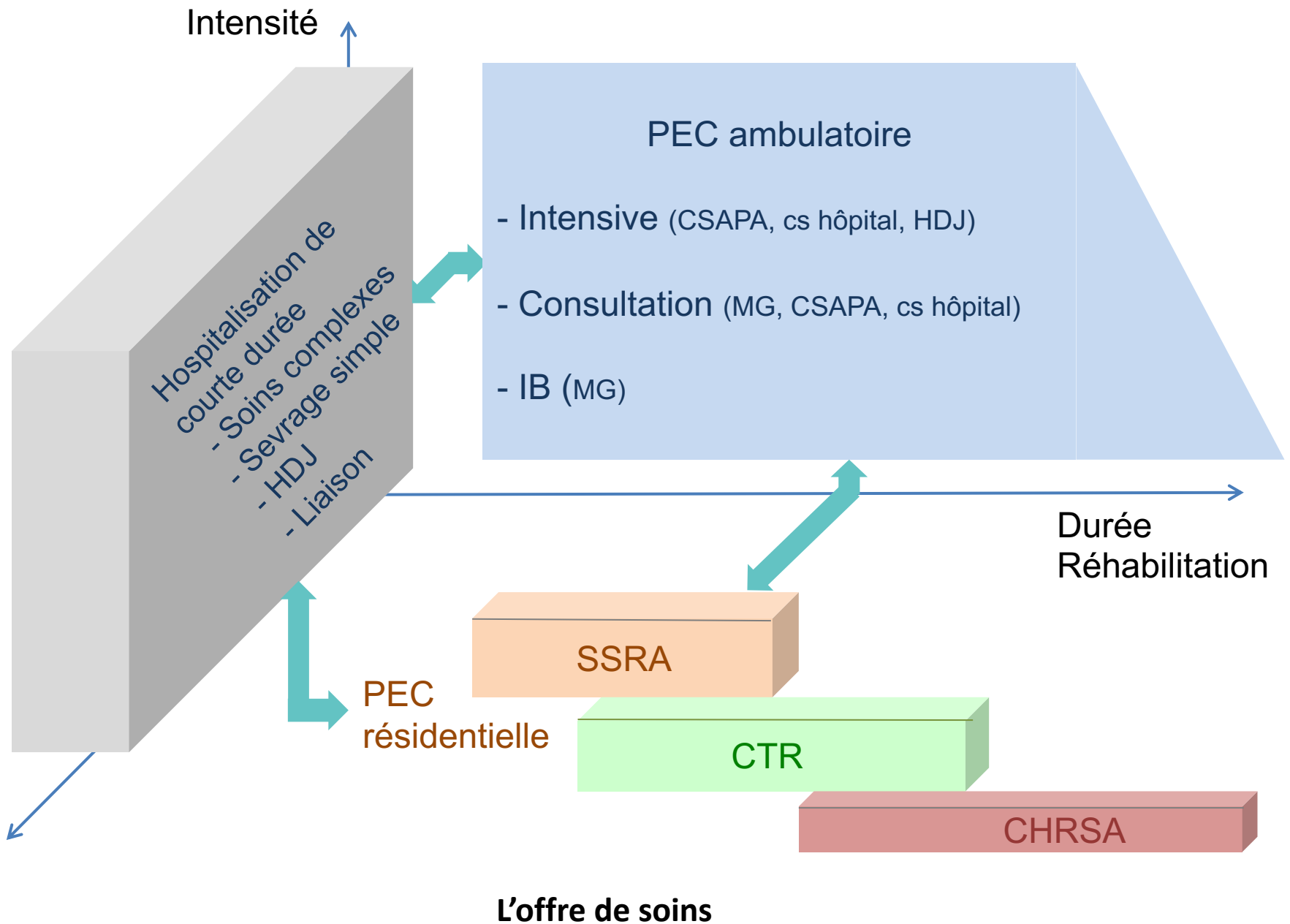
Comment adapter le niveau de prise en charge ?

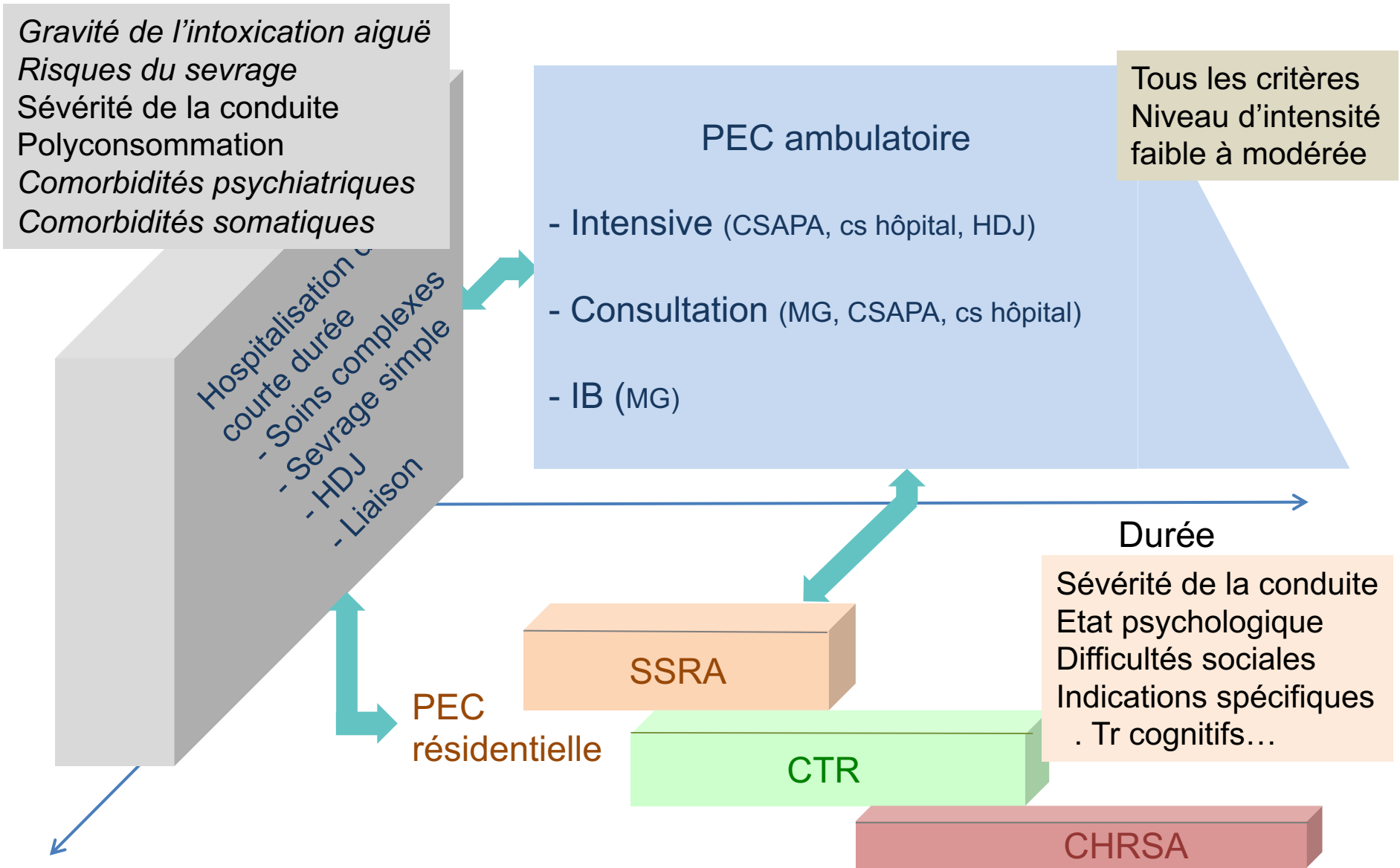
Prise en charge graduée (« stepped care »)

- Commencer par un niveau d'intensité faible, habituellement ambulatoire (mais il faut accepter l'idée que le patient puisse commencer son parcours à n'importe quel niveau d'intensité)
- Evaluation de l'efficacité
- Augmenter au niveau d'intensité immédiatement supérieur si le résultat n'est pas satisfaisant

Une évaluation multidimensionnelle







Quels critères d'orientation dans l'offre de soins ?

Gravité de l'intoxication aiguë
Risques du sevrage
Sévérité de la conduite
Comorbidités psychiatriques
Comorbidités somatiques
Polyconsommation

Hospitalisation courte durée
- Soins complexes
- Sevrage simple
- HDJ
- Liaison

Motivation
Choix du patient

PEC ambulatoire

- Intensive (CSAPA, cs hôpital, HDJ)
- Consultation (MG, CSAPA, cs hôpital)

Tous les critères
Niveau d'intensité faible à modérée

SSRA

PEC résidentielle

CTR

CHRSA

Durée
Sévérité de la conduite
Etat psychologique
Difficultés sociales
Indications spécifiques
. Tr cognitifs...

Quels critères d'orientation dans l'offre de soins ?

Une offre de soins variée

Des situations complexes

La nécessité de travailler ensemble

Pourquoi travailler ensemble ?

La complexité des patients qui présentent une grande variété de difficultés plus ou moins sévères.

En prendre en charge une et pas les autres aboutit à l'échec => **une prise en soins intégrée améliore la qualité des soins** (mais le patient n'est pas obligé de tout faire en même temps...)

Elle favorise :

- l'accès aux soins
- le recours à la personne/structure la plus compétente pour traiter chaque problème
- l'interdisciplinarité des prises en charge
- la coordination
- la continuité des soins

Comment travailler ensemble ?

Des pré-requis

- Se connaître
- Se comprendre
- Echanger
- Se coordonner

Se connaître

Le champ addictologique est vaste

Mauvaise connaissance des autres intervenants

« Peur » des autres

Pourquoi travailler avec d'autres ?

Que veulent-ils ?

Est-ce que je vais être dessaisi de ma fonction, de mon pouvoir ? Remis en question dans ma compétence ? Jugé ?...

=> **Rencontrer** les partenaires

Se comprendre

Les intervenants en addictologie sont nombreux, professionnels ou non, des champs sanitaire et social

=> Grande diversité de formation, de culture, de conception des conduites addictives, logiques différentes...

=> Partager

- . une culture commune
- . des concepts communs
- . un langage commun
- . des objectifs communs
- . des outils communs (adaptés)

=> **La formation** des membres du réseau est indispensable

Echanger

- Le travail en commun repose d'abord sur la volonté de travailler **ensemble et de partager**

Si volonté = facile

Si pas de volonté = difficile

quel que soit le cadre

- **Des outils communs**

Dossier commun, ou du moins un « minimum commun échangeable », informatisé :

Réunions de concertation/coordination (temps)

- **Echanger est une notion délicate**

Est-ce que je vais être dépossédé de l'info que je détiens ?

Qu'est-ce que je vais échanger ?

Le secret professionnel. Qu'est-ce que le patient me dit à moi et pas aux autres (et dont je suis dépositaire) ?

Qu'est-ce que j'ai besoin d'échanger (donner ou savoir) pour répondre aux besoins du patient ? A définir dans le dossier partagé

Se coordonner

Echanger autour d'un projet patient commun

Evaluer le patient et ses besoins

Définir un projet d'intervention / de soins

Le mettre en œuvre

Coordonner l'action des professionnels / en ville et/ou en institution

Faut-il formaliser ?

Qu'est-ce que cela apporte par rapport à un réseau informel ? A t-on vraiment besoin de formaliser pour travailler ensemble ?

- **Aide pour les intervenants** : amélioration des compétences, savoir comment procéder, optimiser les circuits
Oblige les différents partenaires à s'interroger sur leurs pratiques et parfois à les remettre en question (« j'ai toujours fait comme cela, pourquoi changer ? »)
- **Garantie pour les patients** d'un fonctionnement régulier et d'une qualité des soins constante et optimale
- **Evaluer**

Attention à l'excès de contraintes et au risque de lourdeur décourageante

Formaliser des stratégies d'intégration pour faciliter le travail en commun

- des **procédures** de fonctionnement pour les différentes étapes et situations (PPS, gestion de cas, intervenants référents et/ou de liaison...)
- des **référentiels de pratique** appuyés sur les référentiels scientifiques, des outils communs, des protocoles de traitement...
- des **formations...**

Un réseau est d'abord un ensemble de personnes désireuses de mettre leurs compétences en commun, au service des patients.

Objectif essentiel : améliorer les parcours de soins

Il existe maintenant beaucoup d'outils permettant de structurer parcours et coordination des soins :

- *Plateformes territoriales d'appui* : fonction d'appui aux professionnels pour les soutenir dans la coordination des parcours de santé complexes, en particulier pour les maladies chroniques
- *Communautés professionnelles territoriales de santé* : organisation souple de coordination définie par les professionnels eux-mêmes sur un territoire pour :
 - . faciliter l'accès aux soins
 - . améliorer l'organisation des parcours des patients
 - . développer la prévention
- *Réseaux de santé, locaux ou régionaux...* sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé et d'autres professionnels visant à favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge

Toutes ces structures peuvent avoir d'autres objectifs

- Formation
- Innovation (organisation des soins)
- Prévention
- Observatoire
- Recherche

Conclusion

- Continuer à développer le dispositif addictologique pour proposer la meilleure offre de soins possible
- En assurer une bonne visibilité et la pérennité financière
- Optimiser l'organisation de l'offre de soins en addictologie et développer des parcours de soins adaptés à tous les patients et coordonnés
- Améliorer les pratiques de soins
Evaluation complète des patients : besoins et souhaits
- Orientation vers des soins adaptés
- Approche pluriprofessionnelle intégrée et coordonnée pour patients addicts présentant de multiples problèmes