COPÉGE

Coordination Périnatale Grand Est

ETAT DES LIEUX DES PARCOURS SUR LES TERRITOIRES ALSACIEN ET CHAMPARDENNAIS

Enquête auprès des professionnels de santé : médecins, sages-femmes, personnel du secteur psychosocial quel que soit le mode d'exercice impliqués dans le suivi prénatal

Rédaction : G CREUTZMEYER, Réseau Périnatal Naître en Alsace - N LELOUX, Réseau Périnatal de Champagne Ardenne

Septembre 2021

SOMMAIRE

GLOSSAIRE 4
SYNTHESE 5
PROPOSITIONS 8
CONTEXTE 9
METHODE 10
LES REPONDANTS A L'ENQUETE 11
LE REPERAGE 14
L'ORIENTATION ET L'ACCOMPAGNEMENT 18
LES ORGANISATIONS ET LES SUPPORTS 21
LES BESOINS EXPRIMES 28
LA FILE ACTIVE 30
FOCUS ALCOOL 31
LES LIMITES DE L'ETUDE 31
LES ANNEXES 32

GLOSSAIRE

ANPPA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, appelée maintenant Association addictions France

ARS : Agence Régionale De Santé

CEA : Communauté Européenne d'Alsace qui regroupe les conseils départementaux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régionale Universitaire

CSAPA : Centre De Soins, D'accompagnement Et De Prévention En Addictologie

DGOS : Direction Générale De L'offre De Soins

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EPP : Entretien Prénatal Précoce

GHRMSA : Groupement Hospitalier Régional du Sud Alsace qui regroupe les hôpitaux de Mulhouse, Altkirch, Saint Louis et Thann

HDJ : Hôpital De Jour

HUS : Hôpitaux universitaires de Strasbourg

NEA : Naître en Alsace

PMI : Protection maternelle et infantile

RPCA : Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne

RPIB : Repérage Précoce Et Intervention Brève

RPL : Réseau Périnatal Lorrain

RSP : Réseau de Santé Périnatal

SF : Sage-Femme

SPA : Substance psychoactive

SYNTHESE

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu, par exemple). *Cf. Peele 1985, Goodman 1990.*

Toute consommation pendant la grossesse est par définition un usage à risque au minimum.

Un état des lieux des pratiques professionnelles réalisé auprès des praticiens des territoires d'Alsace et de Champagne Ardenne en mars 2021, a mis en évidence certains points :

Le repérage

Dans le cadre du suivi gynécologique et de contraception, les médecins sont les professionnels de santé les plus impliqués dans le repérage. Lors du suivi de grossesse, les médecins participent au repérage aussi largement que les sages-femmes.

Pendant la période prénatale, les sages-femmes interviennent à différents moments de la grossesse, aussi bien dans le suivi standard que pour la surveillance de pathologie de grossesse. Ce sont également les sages-femmes qui réalisent les entretiens prénatals précoces et la préparation à la naissance et à la parentalité.

Les services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ont la particularité d'aller vers les familles et à domicile. Les sages-femmes de PMI sont les interlocutrices privilégiées des familles. De plus, c'est vers elles que les professionnels adressent les femmes enceintes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale.

Le repérage des consommations des substances psychoactives (SPA), et en particulier les opiacés est effectif aussi bien en dehors de la grossesse que tout au long du suivi prénatal. Il est en augmentation par rapport à une étude précédente menée en Champagne-Ardenne en 2014. Toutefois, en dehors de la grossesse, le repérage peut encore s'améliorer. Il reste marginal pour les autres formes d'addiction.

L'orientation et l'accompagnement

La très grande majorité des praticiens propose une orientation et un accompagnement à leurs patientes. Pour certains praticiens, l'accompagnement dépend de la volonté, de la motivation, de la coopération, et du désir des patientes, et peut se solder par un refus. L'adhésion des patientes est indispensable pour engager une conduite de changement (une diminution ou un arrêt de consommation ou).

Aussi, très peu de praticiens connaissent et utilisent la procédure Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) qui vise à entraîner un changement de comportement vers un arrêt des consommations.

La communication entre professionnels de santé se fait essentiellement par appels téléphoniques ou mails. Il n'existe pas de protocole commun de prise en charge définissant les modes de communication entre l'hôpital et la ville. Ceci rend complexe le suivi global et coordonné des patientes. L'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) des hôpitaux universitaires de Strasbourg a ce rôle de favoriser les interfaces entre la ville, l'hôpital et les autres partenaires, mais elle est la seule d'après cette enquête.

Le travail en réseau

Les ressources existantes sur les deux territoires, citées par les professionnels sont diverses. Dans les établissements, les professionnels du social et les psychologues salariés sont ceux vers qui les répondants orientent principalement. En ville, les ressources sont la PMI et les médecins spécialisés en addictologie. Toutefois, certains bassins de vie disposent de peu de ressources de proximité en addictologie rendant le travail en réseau difficile, voire impossible.

Les réunions de concertations pluridisciplinaires regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment. Elles rassemblent les acteurs ville-hôpital-PMI-associations. Elles sont organisées dans une grande majorité des maternités de la région. Toutefois, cette enquête montre qu'elles sont encore méconnues par certains professionnels, de tous les secteurs, et que le calendrier des réunions n'est pas diffusé ou visible par tous les acteurs. Le format en visioconférence est une solution proposée par les participants pour faciliter leur participation et celle d'un référent en addictologie.

« Quel que soit la porte d'entrée le parcours doit être adapté aux besoins de la personne, construit avec elle et l'ensemble des partenaires dont les compétences sont nécessaires » *Mildeca, 2019*.

Un référent en addictologie a pour mission d'accompagner la patiente et les praticiens dans le parcours de soins. Il est identifié dans plus de la moitié des maternités. Toutefois, le temps dédié à cette activité est très variable d'une structure à l'autre et peut varier de 0.1 à 1 équivalent temps plein. Il est dépendant de la typologie de la maternité et des partenaires externes. Lorsqu'il n'y a pas de référent, le parcours manque alors de fluidité et les discontinuités dans les prises en charge sont fréquentes.

L'idéal serait d'orchestrer l'organisation d'un parcours de soins en fonction de l'offre en addictologie sur chaque bassin de vie. Cela est possible dans le cadre d'un travail en réseau avec une équipe experte sur la thématique.

Formations

Plus de 80% des établissements proposent des formations à leurs agents. Elles se limitent le plus souvent au repérage. Les formations courtes en format e-learning qui peuvent se répéter dans le temps sont plébiscitées par les praticiens aussi bien salariés que libéraux ; elles sont considérées peu chronophages.

File active

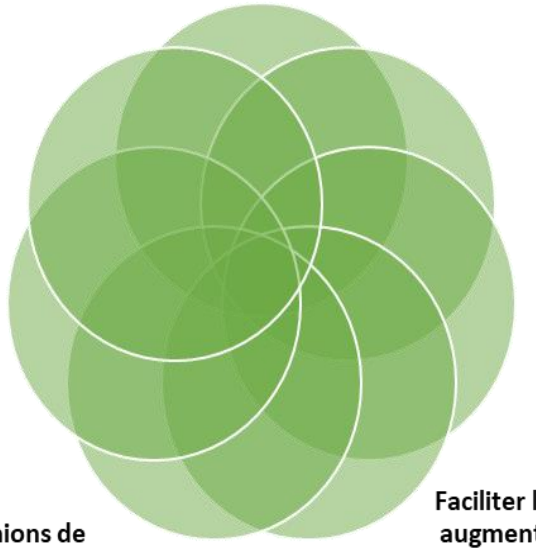
Aujourd'hui, il est difficile de connaitre le pourcentage de femmes enceintes présentant des addictions à des SPA ou autres car l'activité est peu ou pas suivie : pas de suivi de la file active, extractions à partir du PMSI sous réserve que les données renseignées soient exhaustives. Il serait intéressant de connaître avec plus de précision la part des femmes en désir de grossesse et enceintes présentant une addiction à une SPA et qui ont besoin d'un accompagnement.

PROPOSITIONS

Promouvoir l'approche en intervention brève motivationnelle

Améliorer le recueil épidémiologique

Disposer d'un outil de coordination sécurisé commun



Bénéficier d'un temps de coordination pour le lien ville (Libéral PMI) hôpital, permettant l'accompagnement du parcours de soins en vulnérabilité (concept des 1000 jours)

Soutenir les professionnels libéraux installés en zone rurale en leur facilitant le recours à des spécialistes de l'addiction ou à des structures d'appui

Promouvoir les réunions de concertation pluridisciplinaires en intégrant un volet addiction à chaque fois que cela s'avère nécessaire.

Faciliter l'accès aux soins en augmentant la présence de consultations avancées pluri professionnelles ou en prenant en charge les frais de déplacement des patientes pour accéder aux soins spécialisés

CONTEXTE

L'Agence Régionale de Santé Grand Est a élaboré, en concertation avec différentes instances régionales, une feuille de route (2019-2023) de mobilisation contre les addictions.

Cette feuille de route permet de coordonner sur les territoires, des actions autour d'objectifs partagés afin d'améliorer les politiques publiques et d'impulser des changements de comportement durables dans la population.

Les actions régionales prioritaires portent sur:

- **La période périnatale pour informer les futurs parents, les accompagner, et préserver la santé des enfants,**
- **Les jeunes pour diminuer la prévalence des conduites addictives à l'âge adulte,**
- **Les plus vulnérables en adaptant les actions aux besoins spécifiques**.

L'élaboration et la déclinaison locale du parcours de soins des femmes présentant une/des conduite.s addictive.s font partie des missions des Réseaux de Santé en Périnatalité définies dans la circulaire DGOS du 23/07/2015. Afin de répondre à la demande de l'ARS Grand Est, les Réseaux Périnatals ont réalisé un état des lieux sur les parcours mis en place.

Il s'agit également d'identifier les points de rupture éventuels en région, de connaître le point de vue des professionnels de la périnatalité concernant l'opportunité de déployer des consultations couplées grossesse – addictions, ainsi que les moyens nécessaires à un éventuel développement de ce dispositif.

Une première évaluation a été réalisée en Lorraine en 2019. Elle a servi de modèle pour réaliser l'état des lieux sur les 2 autres territoires.

Madame Marlène BOUCAULT, Responsable Prévention Régionale à l'ANPAA Grand Est, a été associée à l'élaboration des questionnaires, qui ont été finalisés début 2021. Les remarques emisent par l'ARS concernant l'évaluation menée sur le territoire lorrain, et l'actualisation du contexte ont modifié le contenu des questionnaires.

Les résultats du focus sur l'alcool enrichiront également le projet SAnté Alcool Femme Enceinte (SAFE) porté par les 3 RSP et subventionné par l'ARS.

Les pratiques addictives correspondent à l'ensemble des comportements de consommation de substances (usage, abus ou usage nocif et dépendance). Cette notion permet d'intégrer des déterminants sociaux des comportements, notamment de l'usage qui résultent de 3 facteurs principaux :

- Les facteurs liés aux substances psycho actives,
- Les facteurs liés à l'individu,
- Les facteurs liés à l'environnement.

On distingue :

L'USAGE : toute conduite de consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'absence de risque(s), l'absence de dommages (médico-sociaux) et de dépendance.

Le MESUSAGE : toute conduite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance.

METHODE

L'état des lieux a été réalisé à partir de 2 questionnaires :

- L'un à destination des professionnels assurant le suivi médical des femmes et des femmes enceintes et concerne les pratiques professionnelles,
- Le deuxième à destination des professionnels d'encadrement des maternités et des PMI concerne le volet organisationnel.

L'avis des professionnels responsables du management est important car ils sont au cœur du développement de nouvelles organisations de travail, telles les consultations couplées grossesse et addictions et le déploiement des Réunions de concertations pluridisciplinaires Périnatalité Parentalité ou RC3P.

Il s'agit d'une enquête permettant de suivre certains critères des répondants, tout en leur garantissant l'anonymat des réponses.

L'enquête a été envoyée à l'ensemble des adhérents des deux réseaux territoriaux avec comme public cible les praticiens qui réalisent des consultations périnatales quel que soit leur mode d'exercice : les sages-femmes, les gynécologues obstétriciens et les médecins spécialisés en médecine générale.

Les professionnels de l'encadrement des maternités et de PMI ont été sollicités personnellement.

Les questionnaires ont été élaborés sur Microsoft Forms, et mis à disposition des professionnels à partir de mi-février 2021 avec une relance mi-mars 2021 et la clôture effective le 19 avril 2021.

Les contenus des questionnaires comprenaient différents chapitres (annexe 1 et annexe 2). Les données ont été analysées à partir du tableur Microsoft Excel. Quelques questions complémentaires en lien avec le projet SAFE ont été rajoutées concernant les pratiques professionnelles, les réponses ne seront pas analysées dans ce document.

En éléments de comparaison nous avons deux enquêtes antérieures, celle du RPCA orientée sur les pratiques de repérage et celle du RPL en 2019 plus large sur les pratiques addictives.

LES REPONDANTS A L'ENQUETE

Nous avons reçu 119 réponses concernant le questionnaire sur les pratiques professionnelles et 22 réponses concernant l'encadrement, soit un total de 138 réponses.

Pour les pratiques professionnelles, 35% des réponses proviennent de Champagne Ardenne et **65%** d'Alsace.

Pour les encadrants et pour l'Alsace, 10/12 établissements ont répondu et la Collectivité Européenne d'Alsace (CEA) pour la PMI alsacienne. En Champagne-Ardenne, 8/11 établissements et 1/4 PMI , celle des Ardennes, ont complété le questionnaire.

Ci-dessous :

Le tableau 1 montre la répartition selon la profession des répondants

Le tableau 2 permet de voir la répartition des professionnels par secteurs d'activité et par département.

Le tableau 3 montre les formations et diplômes des répondants.

***Tableau 1** : Répartition selon la profession des répondants*

Profession	Nombre
Sage-femme	**84**
Médecin Généraliste	**17**
Gynécologue-obstétricien	**13**
Médecin Médecine préventive	**1**
Médecin échographiste	**1**
Pédiatre	**1**
Pédopsychiatre	**1**
Psychologue	**1**

Tableau 2 *: Répartition des répondants par professions, secteurs d'activité et département*

Profession / n total	Secteur	n=138	Champagne-Ardenne n=48 **Départements**				Alsace n=87 **Départements**		Non précisée/n=5
			8	**10**	**51**	**52**	**67**	**68**	
Echographiste / n=1	Salarié du secteur public	1						1	
Gynécologue-obstétricien / n=13	Salarié du secteur public	6	1		1		1	3	
	Salarié du secteur privé	2					1		1
	Libéral	4			1		2	1	
	Activité mixte	1			1				
Médecin centre de médecine préventive / n=1	Salarié du secteur privé	1		1					
Médecin spécialisé en médecine générale / n=17	Salarié du secteur public	1	1						
	Salarié du secteur privé	1					1		
	Libéral	12	3	2	3	1	1	1	1
	Activité mixte	2			1			1	
	Salarié de la PMI	1						1	
Pédiatre / n=1	Salarié du secteur privé	1					1		
Pédopsychiatre / n=1	Salarié du secteur public	1					1		
Psychologue / n=1	Salarié du secteur public	1						1	
Sage-femme / n=84	Salarié du secteur public	47	2	4	2	2	24	11	2
	Salarié du secteur privé	2		1	1				
	Libéral	17	1	2	2	1	7	3	
	Activité mixte	8	1	2			3	1	1
	Salarié de la PMI	10	1				3	6	
Professionnel de l'encadrement / n=22	Secteur public	14	7				7		
	Secteur privé	5	2				3		
	PMI	3	1				2		

Tableau 3 *: Formations suivies (21réponses)*

N=	Type de formation
2	DU Addictologie
3	DIU Addictologie et périnatalité
2	DIU Tabacologie
2	Formation de 3 jours avec le RPCA
2	Formation en interne par l'équipe d'addictologie de l'établissement
1	Capacité Addictologie
1	Formation dans le cadre des microstructures
2	Aide à l'arrêt du tabac en formation professionnelle courte
1	DPC Tabacologie
1	Formation de 3 jours au Centre hospitalier de Saverne
4	Sans réponse

Le taux de participation aux deux enquêtes est assez faible pour les deux territoires. Le contexte actuel, la multiplicité des enquêtes en lien avec la Covid 19 peuvent expliquer ces résultats.

Les répondants sont majoritairement les sage-femmes, les gynécologues et les médecins généralistes qui étaient les cibles de l'enquête.

En 2014 pour le RPCA

Le taux de réponse global à l'enquête était de 24% (121 réponses sur 500 professionnels enquêtés). Ce taux paraissait déjà un peu décevant et laissait apparaitre dans l'interprétation des réponses un certain biais dans le sens ou les professionnels de santé ayant répondu portaient sans aucun doute un grand intérêt à la question du repérage. Le taux de réponses à l'enquête variait de façon significative selon les professions. Ainsi, les gynécologues étaient moins fréquents dans l'échantillon des répondants (seulement **6%** de l'effectif cible ayant participé à l'enquête) que les sages-femmes par exemple (31% de l'effectif cible).

En 2019 pour le RPL

Le taux de réponse était le suivant :

- Maternités : 17 retours sur 20 établissements,
- PMI : les 4 départements ont répondu,
- Professionnels libéraux : 29 réponses sur 145, 28 % de gynécologues-obstétriciens et 72 % de sages-femmes.

Pour la Lorraine, dans les structures, les sages-femmes sont celles qui sont le plus impliquées dans le repérage et la prise en charge des femmes présentant une consommation de SPA, sauf dans une clinique privée où les médecins sont en première ligne.

Ceci est concordant avec la répartition des professionnels ayant répondu dans notre enquête. De même, la sage-femme intervient à différents moments de la grossesse multipliant ainsi les possibilités de repérage : Consultation prénatales, Entretien Prénatal Précoce, Surveillance de grossesses pathologiques.

De plus, seules six équipes d'obstétrique disposent de ressources humaines dédiées à cette activité dont une infirmière avec un temps partagé pour toutes les consultations externes de l'hôpital, et une sage-femme en cours de formation.

LE REPERAGE

Repérage avant grossesse

Interrogez-vous les consommations de substances psychoactives des femmes en âge de procréer ?

74% des répondants recherchent une consommation de substances psychoactives avant la grossesse. Les médecins interrogent systématiquement.

21% des professionnels font ponctuellement ou très rarement un repérage de consommation de SPA en dehors de la grossesse. Il s'agit en majorité des sages-femmes exercant en établissement de santé, qui ne suivent pas de patientes en dehors de la grossesse.

Pendant grossesse

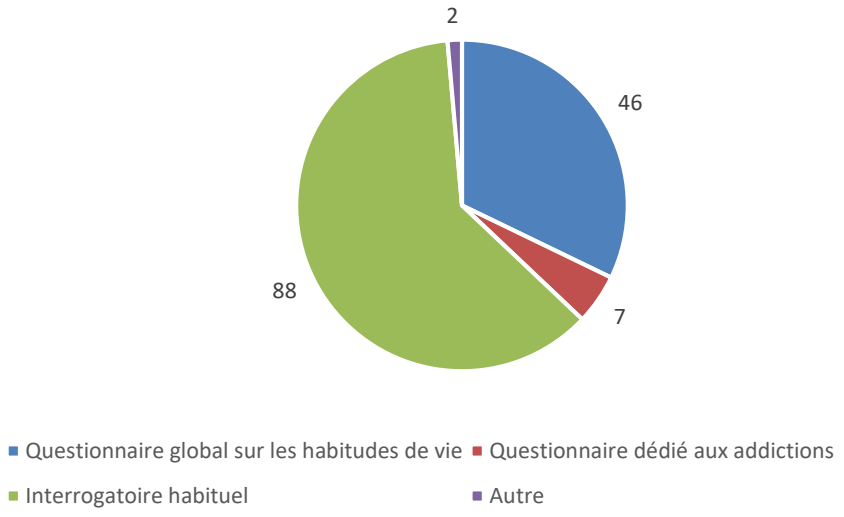
Interrogez-vous les consommations de substances psychoactives des femmes enceintes ?

71% des professsionnels interrogent systématiquement les patientes contre 3% très rarement.

9% le font ponctuellement selon la patiente et pour certaines substances.

Outils utilisés

Quels outils de repérage utilisez-vous ?

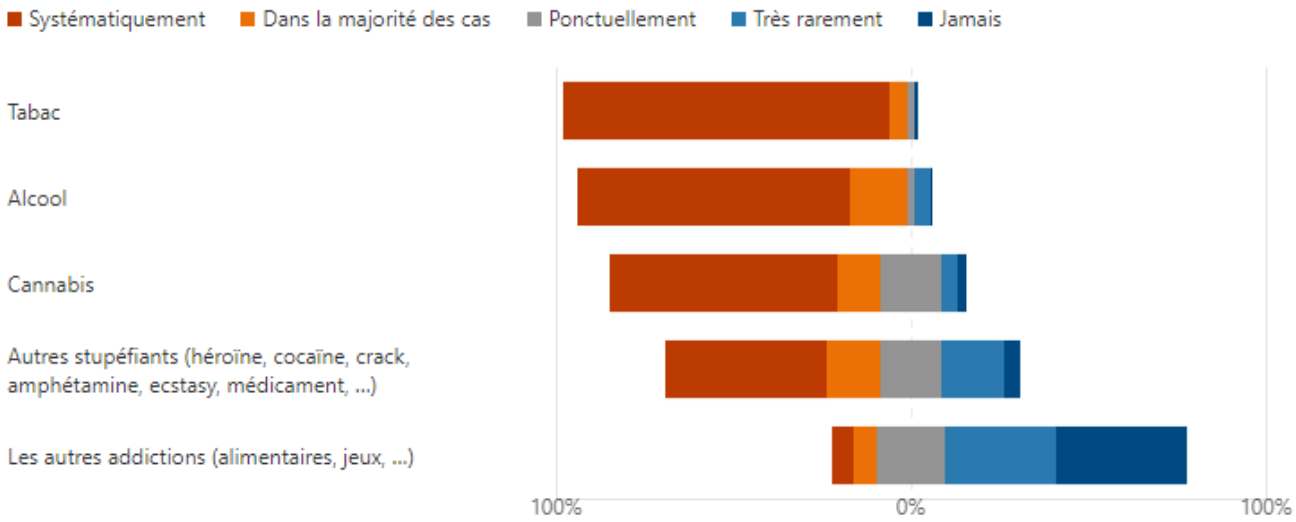


62 % des répondants utilisent un questionnaire dit « habituel », non spécifique à l'addiction et **38%** utilisent un questionnaire sur les habitudes de vie incluant les comportements d'addiction.

Seulement **2 structures** utilisent un questionnaire dédié aux repérage des addictions.

Consommations repérées

Quelles consommations font l'objet du repérage ?



Le repérage de la consommation du tabac est de **91.5%**, de l'alcool de **76%** et du cannabis de **64%**. Les autres stupéfiants dont les médicaments, le repérage est à **60%** environ.
Le repérage des addictions alimentaires et du jeux restent bas avec seulement **12%**.

Concernant **les freins** au repérage exprimés par les répondants (118 réponses), plusieurs motifs sont évoqués :

- la gêne, le refus des patientes arrivent largement dans les réponses,
- 1 fois sur 4, les professionnels considèrent que « le sujet est tabou », « cette question c'est rentrer dans la vie intime », voire « intrusif »,
- certains craignent « la réaction des patientes » (agressivité, mensonge),
- ou même « la perte d'une patiente».

Le contenu des consultations est déjà très dense, et ne permet pas d'inclure pour certains le repérage des consommations.

Une absence de formation sur cette thématique, une difficulté à formuler les questions et à gérer une addiction sont des freins exprimés par les professionnels.

D'autres encore expriment le manque de supports ou de questionnaires spécifiques.

Enfin, la difficulté en lien avec les problèmes de compréhension ou de barrière linguistique des patientes est également pointée comme un frein.

70% des encadrants estiment la qualité du repérage plutôt satisfaisante et 30% approximative à insatisfaisante.
Le manque de moyens dédiés, de formation, la difficulté d'aborder la question et l'entretien prénatal non systématique sont les principaux freins exprimés par l'encadrement.

Analyse du repérage

Si l'on peut constater que le repérage des consommations est en progression, il l'est aussi pour un peu plus de substances comme le cannabis et les produits comme les psychotropes, la cocaïne…. Le repérage des autres addictions (alimentaire, jeux) pendant la grossesse reste marginal.

Les questionnaires sont les outils de repérage les plus utilisés. Ceux sur les habitudes de vie sont utilisés autour de 40%, les questionnaires standardisés dans les dossiers médicaux restent majoritaires à 50%.

La difficulté du repérage est une préoccupation forte : les professionnels s'interrogent sur la manière de gérer ce repérage face aux réactions vives des patientes. La problématique de posture professionnelle est évoquée.

Les sages-femmes sont en première ligne concernant le repérage de consommation des SPA auprès des femmes enceintes. Et elles sont identifiées comme telle par les institutions.

En 2014, enquête RPCA

Dans le cas où la question des consommations de substances psychoactives est abordée de façon systématique, le professionnel de santé l'aborde pratiquement toujours pour l'alcool et le tabac. Le cannabis reste également un produit cité assez souvent par les professionnels

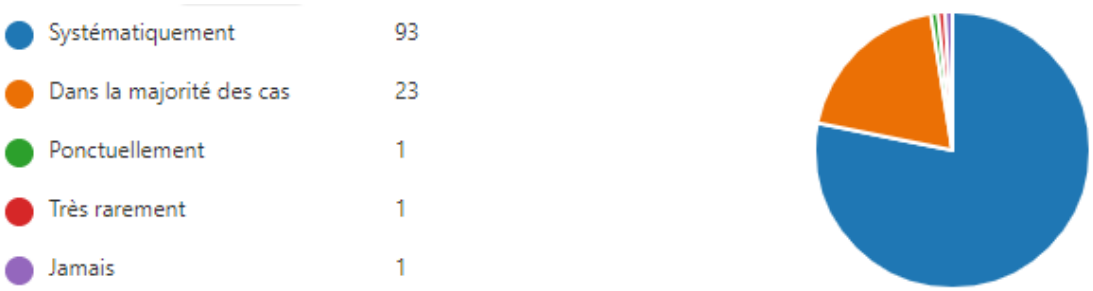
de santé dans leur repérage des conduites addictives (**produit abordé à 74%).** En revanche, la question est moins fréquemment posée pour certains produits comme les médicaments psychotropes, la cocaïne, les traitements de substitution ou les opiacés (**entre 30 et 40%** des professionnels concernés selon le produit).

En 2019, enquête RPL

Le questionnaire habituel est considéré comme insuffisant (questions trop vagues) car le repérage des addictions nécessite des questions spécifiques. La solution serait peut-être d'inclure les items concernant l'addiction dans le questionnaire usuel car « passeraient » mieux qu'avec un outil spécifique.

Traçabilité et informations données

Tracez-vous la réponse du repérage des consommations de substance(s) psychoactive(s) dans le dossier médical quelle que soit la réponse de la patiente ?



97% des répondants notent sur les dossiers la réponse pour permettrent une tracabilité.

Si une consommation de substance(s) psychoactive(s) est repérée, donnez-vous à la patiente une information sur les effets et les risques entrainés par l'usage ?

L'information sur les risques entrainés par l'usage est donnée dans **91%** des cas de repérage.

En l'absence de consommation, une information est faite systématiquement dans **6%** des cas, très rarement dans **31 %** des cas, et **38%** font néanmoins quelque chose.

44% des répondants ont détaillé le type d'informations données :

- En très grande majorité, ce sont des informations <u>orales sur les risques et les dangers</u> pour la grossesse et pour le fœtus.
- Quelques documents sont délivrés mais très peu, sans précision.

- D’autres ont cité : Zéro alcool, Santé publique France, documents INPES, documents Naitre en Alsace et flyers divers élaborés par différents services de maternité ou d’addictologie et mis à disposition dans les salles d’attente.

Analyse de la tracabilité du repérage et des informations données

La tracabilité est systématique pour les professionnels et s’est bien améliorée en comparaison de l’enquête RPCA de 2014.

Les informations données ne sont pas formalisées, elles sont orales essentiellement et prodiguées selon le temps et le niveau de connaissance du professionnel.

Les documents papiers type flyers sont en accès libre dans la grande majorité des établissements.

L’ORIENTATION ET L’ACCOMPAGNEMENT

Après le repérage, mettez-vous en place une démarche d'accompagnement des patientes consommatrices en évaluant leur engagement et leurs ressources pour mener une conduite de changement ?

Systématiquement	43
Dans la majorité des cas	52
Ponctuellement	17
Très rarement	5
Jamais	2

Dans **80%** des cas un accompagnement est proposé, dont dans **36%** des cas systématiquement.

Si l’accord de la patiente est consenti les orientations sont faites vers des professionnels spécialisés et formés mais aussi vers le médecin traitant.

Le délai de prise en charge n’est évoqué qu’une seule fois et ne semble pas être un frein.

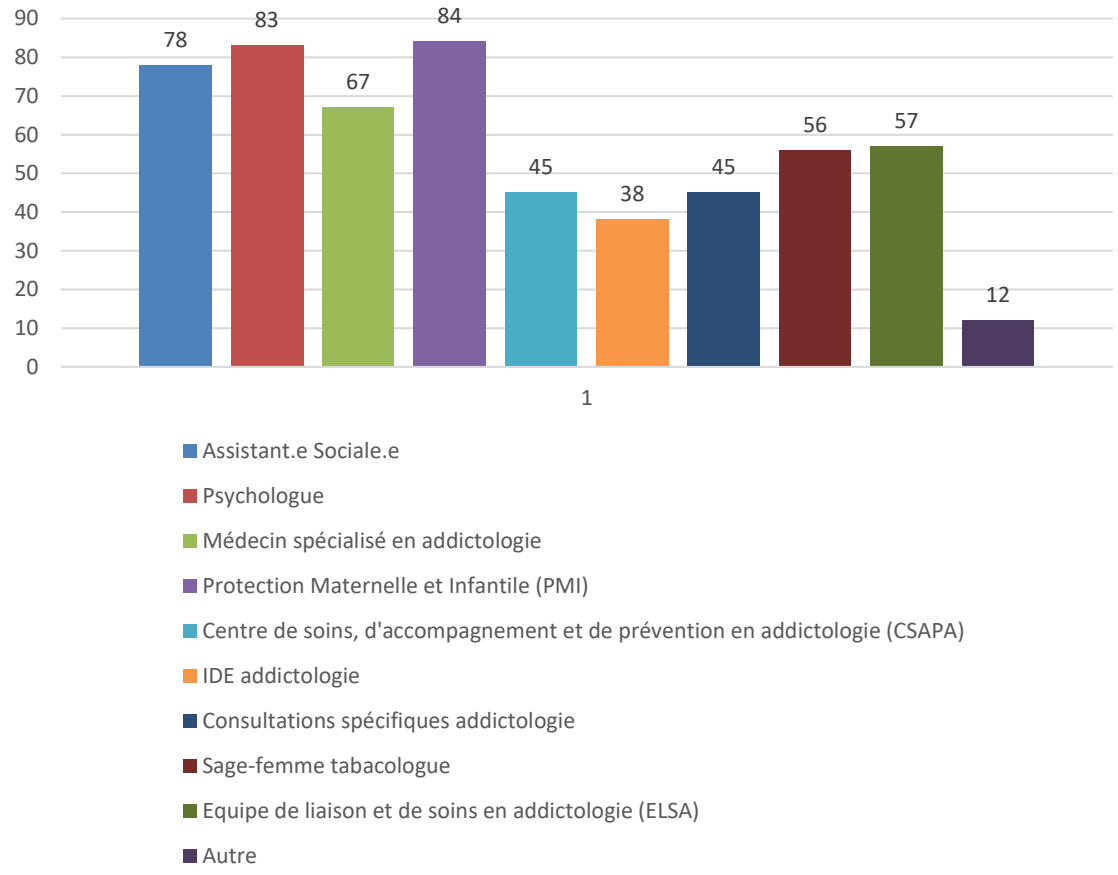
Dans les commentaires, la réaction voire la posture des patientes est à nouveau évoquée comme un point problématique rendant l’accompagnement dépendant de la volonté, de la motivation, de la coopération, du désir des patientes et pouvant se solder par un refus.

Disposez-vous d'un annuaire de professionnels de l'addiction ? Si oui, sous quelle forme se présente-t-il ?

43 % ont à leur disposition un annuaire de professionnels : pour les **2/3** en format papier et 15% en version informatique. A contrario, la moitié n'ont rien à leur disposition.

Les encadrants ont à 64% évoqué l'existence d'un document papier essentiellement ou dans le dossier directement.

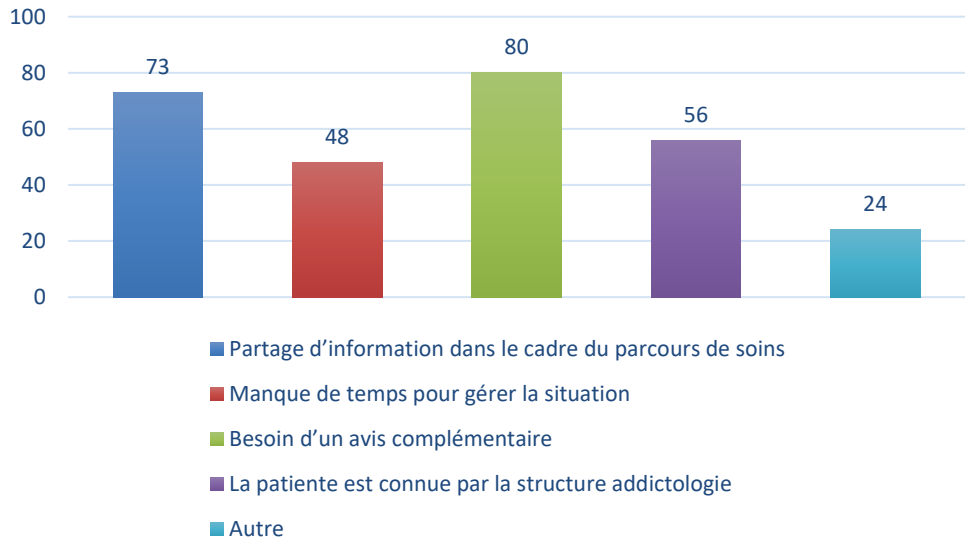
Que pouvez-vous activer comme ressources ? Pour quelles raisons sollicitez-vous d'autres professionnels ?



Les ressources activées sont en première intention la PMI et les psychologues, suivies des assistantes du servive social et les médecins addictologues. Les sages-femmes ou IDE addictogues sont aussi identifiés en tant que ressources avec les ELSA ou consultations d'addictologie. Il y a une typologie de ressources en fonctions des professions :

- Les médecins généralistes activent plus les services de la PMI, les assistantes sociales,les psychologues et les structures CSAPA ou ELSA.
- Les sages-femmes libérales activent également la PMI, les assistantes sociales, les CSAPA .

La nécessité de solliciter d'autres professionnels est pour **30%** des répondants le fait de vouloir partager les informations et requérir un avis complémentaire.



Si la patiente est connue et suivi par une structure d'addictologie, l'orientation est facilitée (**20%** des répondants)

En interne, les établissements mettent en avant l'assistante du service social, la psychologue, puis les équipes spécialisées en addicitologie. En externe, la PMI est sollicitée systématiquement.

Comment estimez-vous les réponses locales à votre disposition d'une manière générale ?

85% des répondants sont satisfaits.

L'insatisfaction est liée au manque de professionnels formés et **disponibles rapidement**.

Analyse de l'orientation et de l'accompagnement proposés

C'est l'adhésion des patientes qui est le moteur de l'engagement et qui n'est pas forcément simple à requérir. (Cf. modèle théorique de changement selon Prochaskae Di Clemente)

Même s'ils existent des ressources qui rendent satisfaction aux professionnels, l'idéal serait un travail en réseau formalisé ville-hôpital pour solliciter avec fluidité les bonnes ressources sur le parcours. L'absence de lisibilité des ressources rend nébuleuse l'organisation de l'accompagnement.

Les professionnels expriment bien cette problématique de délais trop longs, alors que les ressources existent, en concordance avec cette absence de réseau clairement formalisé.

Le parcours entre les différentes structures existe dans les grandes villes où les structures hospitalières et celles de l'addictologie ont conventionné (ex. : l'ELSA des HUS avec l'association ALT de Strasbourg et le CSSRA Marienbronn à Lobsan). Il existe également des

services de maternité et d'addictologie qui se sont organisés sans formalisation du partenariat : à Verdun, Colmar, Wissembourg et Sélestat. Cependant ces organisations n'ont pas toujours une très bonne visibilité pour l'ensemble des professionnels.

L'accès aux soins des populations rurales reste problématique. En l'absence de telles structures en milieu rural, la PMI est citée à 100% comme ressource. Mais les moyens de la PMI et l'investissement par rapport à d'autres vulnérabilités sont dépendants des politiques départementales. Des équipes mobiles pourraient remplir cette mission.

Il existe une organisation intéressante au GHRMSA où une puéricultrice du pôle d'addictologie de l'établissement a pour mission de faire le lien entre les équipes hospitalières, de la période prénatale jusqu'en période postnatale, entre l'hôpital et la ville.

En 2019, enquête RPL

Les réponses de proximité sont globalement satisfaisantes. Lorsqu'elles ne le sont pas, les difficultés identifiées sont :

- l'absence de ressources (pour LORADDICT : territoire correctement couvert),
- un délais de RV trop longs (besoin++ d'une réponse rapide pendant la grossesse),
- une méconnaissance du maillage territorial de proximité.

Pour le RPL, la réponse à la ressource idéale, dans ce type de situation, est celle qui englobe le sanitaire, le social et la proximité.

LES ORGANISATIONS ET LES SUPPORTS

Utilisez-vous un protocole commun avec une ou plusieurs structures pour l'accompagnement et la prise en charge des patientes ayant une consommation de substance(s) psychoactive(s)?

85 % des personnes ont répondu « Non » à cette question.
16% ont formalisé une procédure.

Le partage d'information se fait par e-mail et oralement dans la quasi-totalité des cas. Les encadrants n'ont pas identifié de documents de liaison (82%) ni de protocoles communs (86%).
En Alsace, 2 équipes ont un document permettant un suivi du parcours patient qui n'est pas identifié comme un document de liaison.
Sur les deux territoires, un courrier écrit à destination des médecins généralistes ou addictologues est systématiquement rédigé.

L'accompagnement pour certains s'organise autour des staffs ou de réunions de partage sans précision de la typologie de ces rencontres.

Une consultation avec un pédiatre peut-elle être réalisée en anténatal dans le cadre du parcours addiction d'une femme enceinte ?

A cette question **68 %** répondent « Oui ».

Cette sollicitation s'organise lorsque les professionnels ont repéré une consommation massive ou un retentissement fœtal avéré ou attendu. Si une consommation aux opiacés (« aux drogues dures»), au cannabis ou à la méthadone est repérée, la démarche est ausi engagée.

L'objectif est d'apporter des explications aux parents sur le retentissement des consommations et notamment, sur le syndrome de sevrage.

L'information au pédiatre se fait par tracabilité dans le dossier commun, en direct ou par le biais des réunions type RC3P.

Avez-vous à votre disposition un protocole spécifique pour la prise en charge des nouveau-nés de mères présentant une ou plusieurs addictions ?

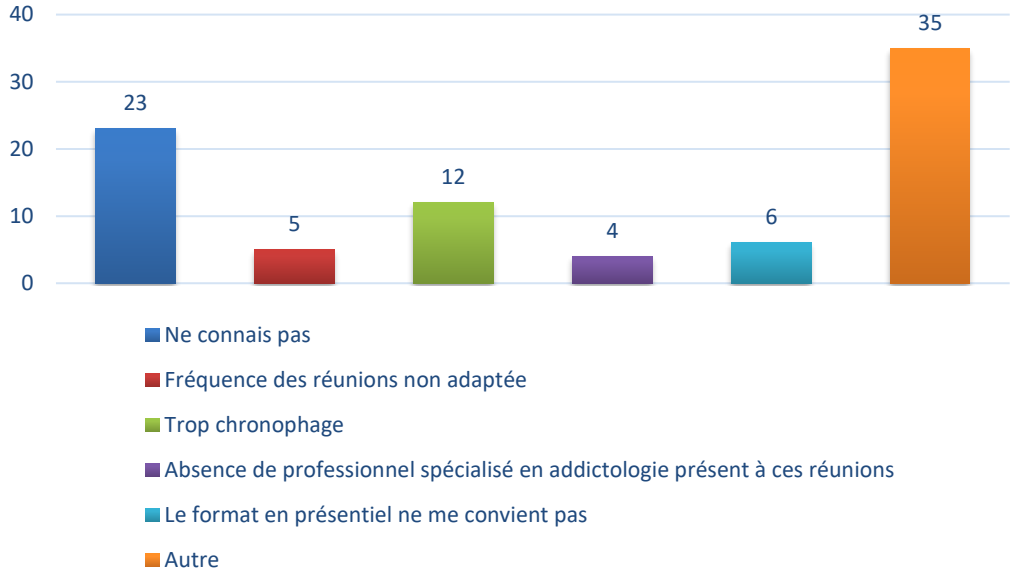
Pas de protocoles spécifiques à **72%** pour les praticiens et **55%** pour les encadrants.

Participez-vous à des réunions de concertation pluridisciplinaires ?

Systématiquement	13
Souvent	13
Ponctuellement	16
Très rarement	25
Jamais	52

22% des professionnels participent systématiquement ou souvent à des réunions de concertation, **13%** ponctuellement, **21%** très rarement et **44%** jamais.

Ces réunions ne sont pas dédiées exclusivement au champ de l'addiction. Elles concernent l'ensemble des vulnérabilités.



Pour environ **20%** des professionnels ces réunions ne sont pas connues, autant en Champagne-Ardenne qu'en Alsace, quel que soit le mode d'exercice, salarié ou libéral.

Les encadrants répondent à 86% de façon affirmative sur l'existence des RC3P dans leur structure.

Ces réunions existent dans presque toutes les maternités des 2 territoires. Mais un professionnel formé en addictologie n'est présent que très rarement même s'il est spécifiquement invité : les encadrants indiquent comme raison principale de l'absence que dans 75% des cas « pas de présence de médecins addictologues par manque de disponibilité ».

La présence de médecins addictologues sur ces temps de réunion et d'une sage-femme coordinatrice ville-hôpital pour l'organisation et faire le lien sont vivement souhaitées.

Aussi, ces réunions sont considérées comme trop chronophages par 10% des répondants. Globalement, leur fonctionnement n'est pas bien connu, la composition des professionnels qui participent aux réunions est restreinte, et les professionnnels non permanents ne sont pas invités et/ou n'ont pas de retour des conclusions de réunions.

L'outil de visioconférence est évoqué comme pouvant faciliter la participation.

Connaissez-vous l'existence de consultations conjointes « grossesse et addiction » sur votre territoire ? Si oui, orientez-vous vos patientes vers ces consultations ? Et si oui précisez : le lieu (établissement, secteur), les professionnels impliqués, le délai de rdv moyen, les points forts et les points faibles

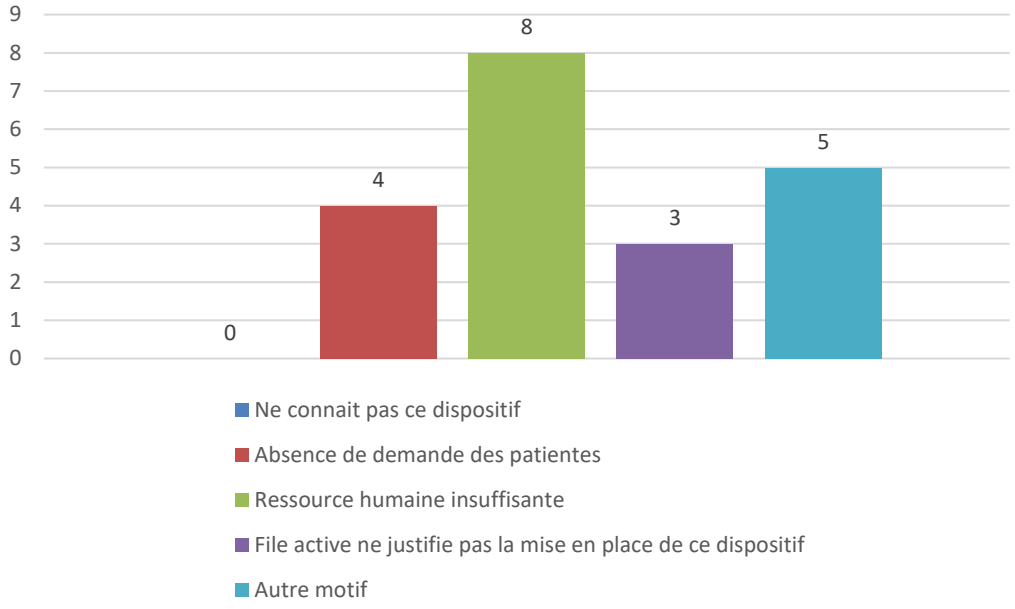
70 % des professionnels ne connaissant pas l'existence de ces consultations, 77 % des encadrants répondent « Non » à leur existence par absence de ressources humaines.
56 % de ceux qui les connaissent orientent volontiers vers ce dispositif.

Seule l'équipe ELSA des HUS propose une consultation spécifique addiction et grossesse avec du personnel dédié.
Dans les autres maternités des 2 territoires, ce sont vers les services d'addictologie que sont orientées les patientes.

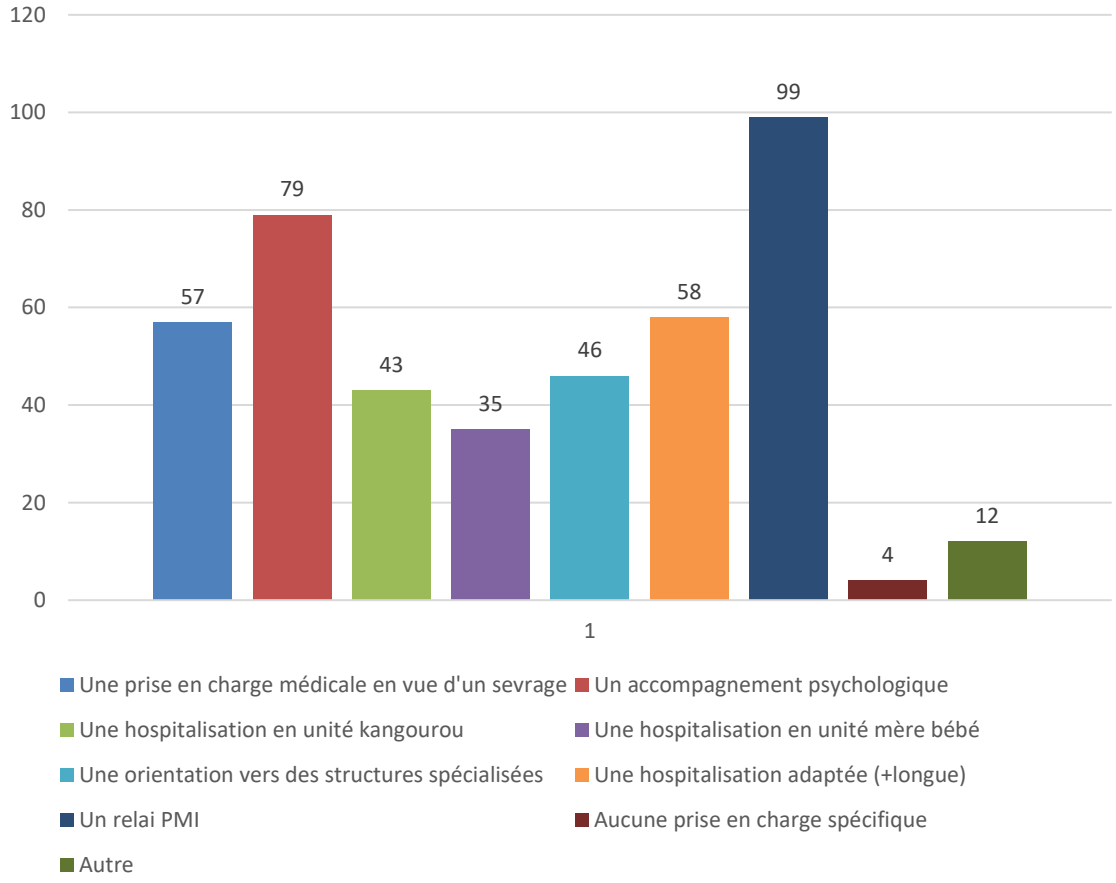
Deux établissements et la PMI du Haut-Rhin ont organisé des consultations dites conjointes « grossesse et addictions » avec pour chacune d'entres elles une organisation différente en rapport avec les moyens disponibles en proximité.

Les PMI organisent ponctuellement des visites à domicile avec une puéricultrice afin de maintenir ou créer un lien entre le pré et le postnatal.

Le non déploiement des consultations conjointes « grossesse et addiction » est dû à un manque de ressources dans 100% des cas. L'absence de demande des patientes pour un accompagnement et une faible taille de la file active sont identifiées comme les autres raisons. Dans 2 maternités, la mise en œuvre d'une consultation conjointe « addictions et grossesse » est en cours.
Les 14 commentaires expriment qu'idéalement ce dispositif, avec un spécialiste de la périnatalité et un addictologue, serait le bienvenu dans un même lieu. Mais cela ne leur semble pas facile à réaliser.



Que proposez-vous en post natal pour les mères présentant une consommation de substance (s) psychoactive(s) et leur nouveau-né ?



Dans **83 %** des cas, la PMI est le relai en postnatal cité pour le suivi de cette forme de vulnérabilité.

La prise en charge psychologique arrive en second plan, puis l'hopitalisation prolongée pour un suivi et l'aide au sevrage.

Une hospitalisation en unité kangourou ou vers une structure adaptée, voire vers une unité mère bébé, peut être envisagée.

La prise en charge postnatale ne pose pas de soucis pour **71%** des répondants.
29 % ont exprimé des soucis de l'ordre de :

- L'absence de compliance, la coopération et la non adhésion des patientes sont comme un frein à cet accompagnement : ces patientes fuient souvent et font du nomadisme médical sans accorder la confiance,
- l'organisation de l'accompagnement est chronophage en lien également avec l'absence de parcours coordonné formalisé.

Une hospitalisation prolongée et le recours à un accompagnement psychologique sont proposés dans toutes les maternités.

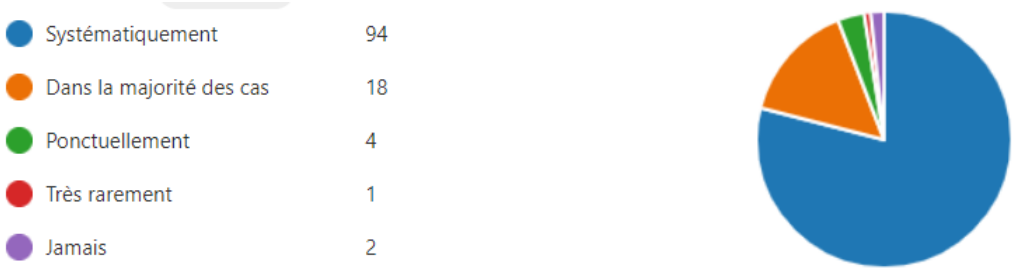
Les difficultés rencontrées lors de la prise en charge en post natal sont en rapport avec l'adhésion de la patiente ou lors de situations singulières telles que partenaire non informé de la consommation, manque de coordination lors d'une OPP, relais difficile par manque de place (UME) ou non disponible (PMI).

Quelques exemples ci-dessous de précisions concernant les difficultés :

- Des professionnels parfois dans le jugement,
- Difficultés sur les week-ends/jours fériés/vacances où les relais (notamment PMI) ne sont pas disponibles et où un accompagnement postnatal à domicile est nécessaire,
- Transfert en UME difficile par manque de place,
- Idem qu'en prénatal : adhésion de la maman et délais de prise en charge trop longs,
- Parfois, non adhésion de certains parents, peurs multiples
- Manque de coordination quand il y a une OPP
- Refus ou déni de la mère. Conjoint non au courant de la consommation de sa compagne donc refus des accompagnements spécifiques.

Lorsqu'une consommation de substance(s) psychoactive(s) est connue chez une patiente ayant accouché, vous assurez-vous qu'elle a accès à une méthode de contraception avant la sortie d'hospitalisation ?

Et veillez-vous à ce qu'un suivi spécifique par un professionnel spécialisé en addictologie soit mis en place ou poursuivi si déjà existant en amont ?



94% s'assurent de la mise en route d'une contraception.

89% s'assurent d'un suivi spécifique.

Analyse

Le dispositif RC3P ou similaire n'existait quasiment pas en 2014 en Champagne-Ardenne, seulement sur le CH de Troyes. La mise en route sur un autre établissement s'est faite en 2015. Il existait sur la Haute-Marne depuis plusieurs années avec une autre appellation.

En Lorraine, le recours à ces réunions est faible sur l'enquête de 2019 alors qu'elles sont un véritable espace dédié aux contextes médico-psycho-sociaux complexes et cela est assez surprenant.

En Alsace, ces réunions existent depuis le début des années 2000 aux hôpitaux universitaires de Strasbourg, mais avec une entrée exclusivement sociale. Les addictions n'étaient pas une thématique abordée dans ces réunions car il existait un réseau Maternité Addictions bien identifié. Dans certaines structures, par exemple à Colmar, à Wissembourg, les problématiques liées à la consommation de SPA des patientes enceintes sont échangées en réunion pluridisciplinaire spécifique. Mais progressivement, un travail de regroupement a été fait entre les différents services, comme à Sélestat ou à Saverne, avec la formation d'une sage-femme référente pour l'animation des échanges interservices.

La mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire en Alsace s'est faite sans modèle précis comme en Champagne Ardenne et en Lorraine. Elles se différencient les unes des autres aussi bien du côté des compétences présentes à ces réunions, que du côté organisationnel.

La rédaction d'une recommandation régionale a été l'occasion de réaliser un cadre posant les bases indispensables à une cohérence régionale. Une étude de recherche en cours nous démontrera la plus-value de ces réunions auprès des professionnels en Alsace. En Champagne-Ardenne, l'évaluation devrait être menée à l'automne 2021. Elle a été réalisée en Lorraine en 2018.

La communication sur l'existence de réunions pluridisciplinaires en périnatalité et les sujets qui y sont abordés, mériterait d'être relancée pour inviter le secteur libéral à partager les dossiers avec une problématique liée à l'addiction.

Les consultations couplées sont très peu déployées sur les deux territoires, aucun en Champagne-Ardenne assurément.

La compliance et l'adhésion des patientes restent des freins forts à un accompagnement de qualité et sécure qu'il va falloir rechercher.

La PMI reste la structure ressource dans toutes les RC3P.

LES BESOINS EXPRIMES

Disponibilité en ressources humaines

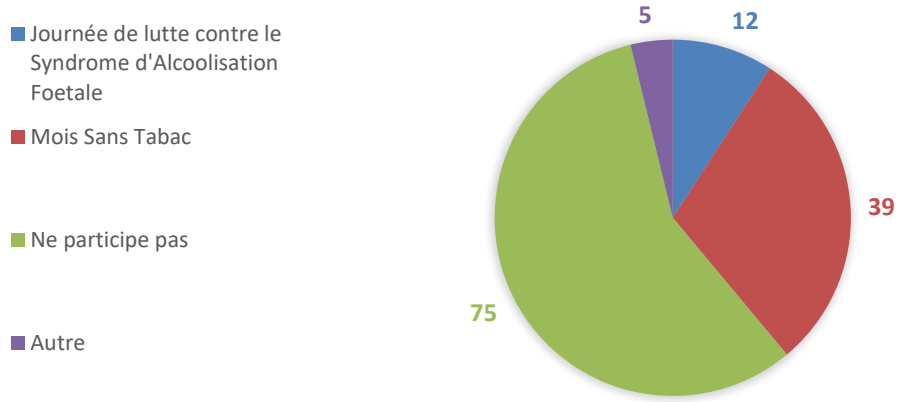
La question concernant la disponibilité en ressources humaines pour les activités en lien avec l'addiction a été posée aux professionnels encadrants des maternités et de la PMI.

Seules 6 maternités ont un temps dédié à l'addiction qui se répartit de la manière suivante :

0.1 ETP de sage-femme pour des consultations au CH de Saverne (67)
0,2 ETP sage-femme au CH de Haguenau (67)
0.8 ETP pour une IDE formée en addictologie qui exerce au sein des consultations externes de l'hôpital au GHAM (10)
0.5 ETP au CH de St Dizier (52)
1 ETP aux hôpitaux universitaires de Strasbourg (67)
0.2 ETP sage-femme (recrutement en cours) travail en lien avec le CSAPA au CH de Sélestat (68) en temps partagé.
Et seules 9 structures ont un référent addiction.

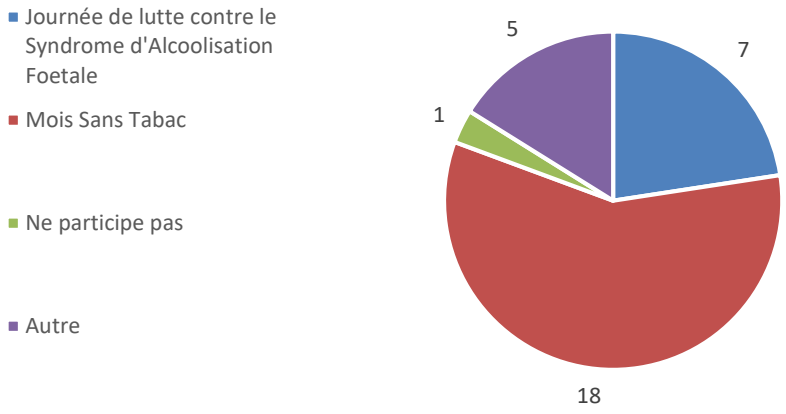
Actions de santé publique

Participez-vous à des actions de santé publique sur la thématique des addictions ?



57% des répondants ne participent à aucune action de santé publique relevant du champ des addictions, **30%** participent au Mois Sans Tabac, **10%** aux journées SAF.

Aucune maternité qui a répondu au questionnaire, n'est labélisée Maternité sans tabac. Seulement 9 maternités sur 18 sont incluses dans une démarche « Lieu de santé sans tabac ».

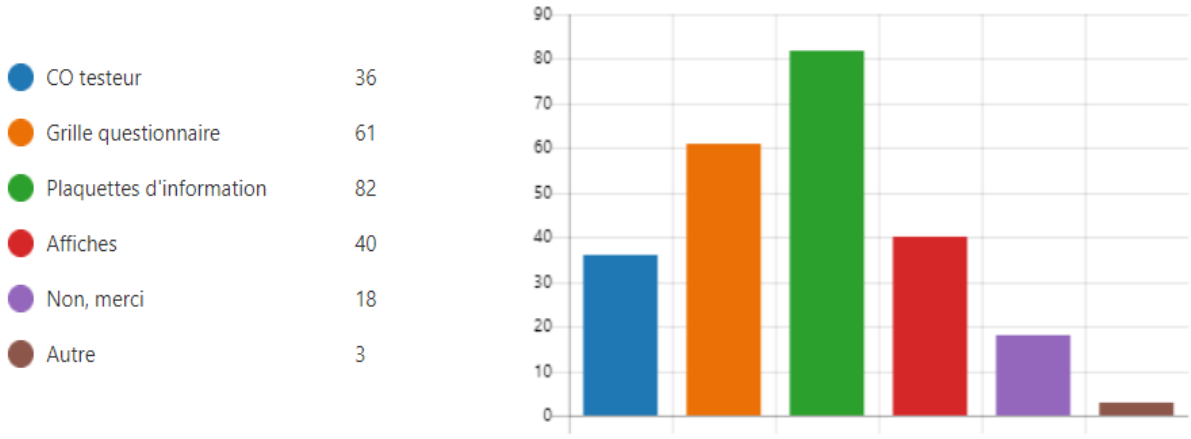


Toutes les maternités participent à l'action **Mois sans tabac,** et 7 d'entre elles à la journée dédiée au **syndrome d'alcoolisation fœtale**.

Pour rappel, un lieu de santé sans tabac, est un établissement de santé au sein duquel on s'abstient de fumer (respect de la législation sur le tabagisme) et où on accompagne les patients et les professionnels fumeurs dans l'arrêt du tabac.

Outils spécifiques et formation

Avez-vous des besoins en outils spécifiques ?



Les besoins en outils spécifiques concernent essentiellement des outils à destination des patientes :

- Plaquettes d'information pour 69%
- Questionnaire pour 51%
- Affiches pour 33,5%
- Seuls 30% ont besoin de matériel tel que des CO2 testeur.

Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation spécifique sur la thématique des addictions ? Sous quelle forme ?

79% souhaitent une formation, dont **57%** en distanciel et **41 %** en présentiel.

Les établissements organisent des formations en interne ponctuellement. Seules 4 structures proposent des formations en addictologie annuellement. Au CHRU de Strasbourg et au CH de Verdun, le DIU Grossesse et addiction est proposé tous les 3 ans.

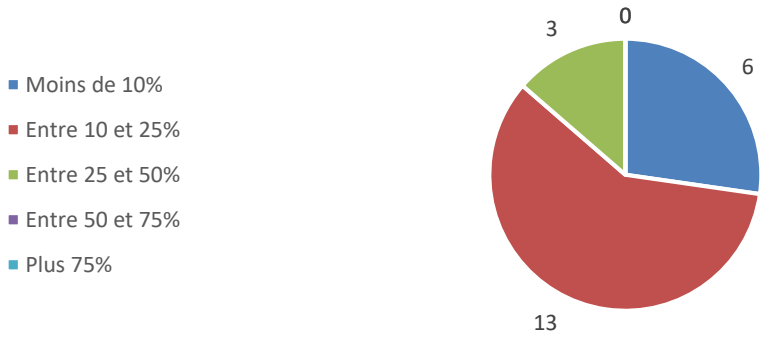
Seules 7 équipes ont besoin d'une formation rapidement soit en e-learning soit in situ. Le format en distanciel est privilégié par l'encadrement.

Analyse des besoins exprimés par les professionnels

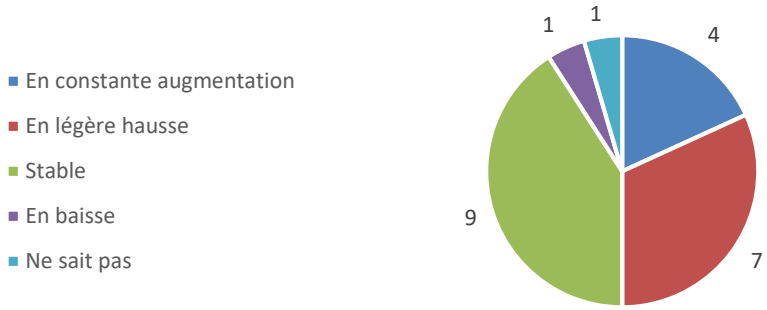
Les réponses aux questionnaires ne nous permettent pas d'identifier des besoins spécifiques. Toutefois, l'apport de connaissances ne semble pas être une priorité. L'une des préocupations fortes semble être la coordination, la construction d'un réseau partenarial permettant une prise en charge coordonnée autour des addictions.

LA FILE ACTIVE

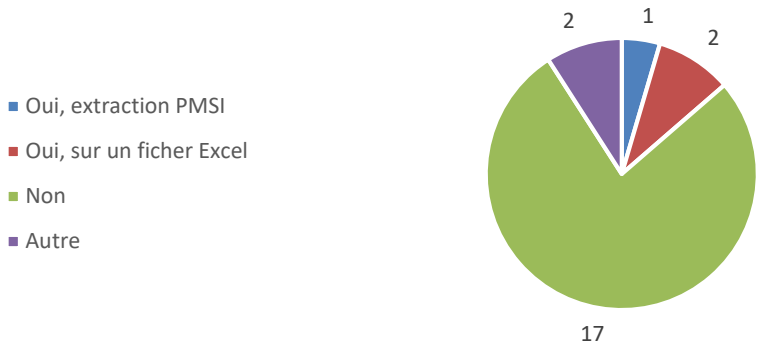
Selon vous, quelle est la part des femmes présentant une ou des addictions parmi vos patientes ?



Estimez-vous que cette part est :



Suivez-vous la file active des femmes enceintes présentant des addictions au sein de votre structure ?



La part des patientes présentant une consommation de SPA oscille entre 10 et 25%. Elle est considérée comme stable.

Seul 3 établissements et la PMI d'Alsace suivent la file active dont 1 structure à partir du PMSI, donc à postériori. Cela ne permet pas d'avoir une exhaustivité et d'apprécier avec précision l'ampleur du problème sur les 2 territoires.

FOCUS ALCOOL

Ce point sera analysé plus en détail dans un autre rapport. Voici quelques éléments intéressants :

- Les malformations cardiaques et du tube neural sont peu citées spontanément comme pouvant être la conséquence d'une consommation d'alcool pendant la grossesse.
- **Aucun participant ne connait le RPIB**.
- Plus de la moitié souhaite une formation ou au moins une actualisation des connaissances.

LES LIMITES DE L'ETUDE

Pour faire un état de lieux des pratiques professionnelles en Champagne-Ardenne et en Alsace, nous avons reproduit la méthodologie du Réseau Périnatal Lorrain. Nous avons ciblé les praticiens qui réalisent les consultations médicales et l'entretien prénatal, et nous les avons interrogés sur leur pratique concernant le repérage et l'orientation, et sur leurs besoins.

Nous avons obtenu peu des réponses proportionnellement au nombre de professionnels intervenant auprès des femmes en période périnatale. Toutefois, parmi les répondants, nous retrouvons des praticiens de professions différentes des deux territoires avec seulement 17% d'entre eux qui ont une formation spécifique complémentaire validée par un certificat ou un diplôme. Nous pouvons considérer l'échantillon des répondants représentatif des praticiens de la périnatalité.

L'utilisation du questionnaire pour faire cet état des lieux nous a permis d'investiguer les opinions, les attitudes et les perceptions des praticiens par rapport aux addictions chez les femmes. Les répondants ont partagé de nombreuses informations dans les questions ouvertes.

Le point de vue des responsables d'équipe des maternités a apporté des éléments complémentaires organisationnels et un aperçu de la file active et de sa progression. Cela reste toutefois une estimation et n'est pas assez précise. L'étude ESCAPAD date de 2014, et la dernière étude périnatale date de 2016.

Concernant les équipes de PMI, nous n'avons pas fait de questionnaire spécifique. Et seulement trois ont participé.

Une enquête complémentaire auprès des structures qui prennent en charge des femmes consommatrices en âge de procréer ou enceintes permettrait d'avoir une vision des articulations existantes entre les professionnels de la périnatalité et ces dernières.

CONCLUSION

Travaux RPCA 2020 :

L'évaluation de l'impact des formations repérage des conduites addictives menées de 2014 à 2017 auprès de professionnels de la périnatalité du territoire champardenais a montré que ces derniers ont acquis une meilleure compréhension des mécanismes en jeu dans les conduites addictives et a amélioré le repérage précoce. Par contre, l'objectif en lien avec la connaissance des partenaires locaux n'avait pas été atteint.

Le réseau a travaillé sur la conception d'une application Périnat+ pour aider les acteurs en périnatalité à informer et accompagner les femmes, dont les femmes enceintes, confrontées à diverses problématiques psycho-médicosociales. Cette application est effective depuis octobre 2020. L'état des lieux réalisée début 2021 est trop précoce pour évaluer l'utilisation de cette application et son impact sur le parcours de soins et d'accompagnement des patientes avec une problématique addictive.

Le Réseau a également été en appui des établissements et des PMI pour lancer la mise en œuvre des dispositifs RC3P qui sont en cours d'évaluation.

Rapport du RPL en 2019 :

Le repérage des conduites addictives chez les femmes enceintes est plutôt satisfaisant en Lorraine, avec une utilisation marginale de l'outil RPIB. Les réunions de concertation pluridisciplinaires médico psycho sociales n'apportent que peu voire pas de soutien aux professionnels pour les situations de conduites addictives.

Le réseau périnatal lorrain a retenu comme axes de travail :

- établir un parcours de soins cohérent,

- établir un annuaire des ressources, support du parcours,

- organiser des formations d'aide au repérage et à la prise en charge des addictions à destination des professionnels de la périnatalité,

- animer quelques temps forts thématiques.

Les résultats de l'état des lieux effectué en Alsace et Champagne-Ardenne retrouvent les mêmes constats que le réseau lorrain avec un repérage en dehors et pendant la grossesse presque systématique. Par contre, l'outil RPIB n'est pas utilisé, voire méconnu. Cela conforte le projet initié par Grand Est Addiction dans la cadre du déploiement du RPIB sur le Grand Est.

Aussi, les RC3P ne semblent pas un lieu de recours pour l'orientation et l'accompagnement des patientes, ni comme structure d'appui permettant une prise en charge coordonnée, à cause de la présence incertaine d'un professionnel de santé spécialisé en addictologie et un manque de coordination ville-hôpital.

Les consultations conjointes « grossesse et addiction » sont encore peu développées, les ressources humaines spécialisées en addictions étant insuffisantes. La prise en charge des frais de déplacement pour faciliter l'accès aux soins est une idée plébiscitée par les professionnels.

Egalement, un outil de coordination permettant de fluidifier le parcours est attendu par la majorités des praticiens.

Concernant la formation, les professionnels souhaitent pour la plupart des formations, non pour un apport de connaissances, mais pour permettre une meilleure coordination, la construction d'un réseau partenarial, trouver des moments d'échange et de soutien entre professionnels. En 2020, l'évaluation faite en Champagne Ardenne proposait pour une meilleure connaissance des partenaires locaux et pour favoriser les liens, d'organiser des réunions de « Supervision Re-sensibilisation ».

Le rapport lorrain a également rapporté la difficulté d'évaluer avec précision la population des femmes en âge de procréer et enceintes ayant une conduite addictive, le PMSI n'étant pas une source de données fiables. C'est également le cas dans les deux autres territoires.

LES ANNEXES

ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES ENCADRANTS

ANNEXE 3. FEUILLE DE ROUTE ADDICTION

Parcours Périnatalité et Addiction

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'élaboration et la déclinaison locale du parcours de soins des femmes présentant une/des conduite.s addictive.s font partie des missions des Réseaux de Santé en Périnatalité définies dans la circulaire DGOS du 23/07/2015. Afin de répondre à la demande de l'ARS Grand Est, les Réseaux Périnatals souhaitent réaliser un état des lieux sur les parcours mis en place, les points de rupture éventuels en région, l'opportunité de déployer des consultations couplées grossesse - addictions pour connaitre les moyens nécessaires à un éventuel développement. Il nous permettra aussi de connaitre vos pratiques et d'identifier les axes d'amélioration.

Votre implication est importante, et nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire et nous le retourner avant le 31/01/2021.

Durée estimée : 20 minutes

* Obligatoire

Dossier suivi par :

Geneviève CREUTZMEYER, sage-femme coordinatrice du Réseau Naître en Alsace Nathalie LELOUX, sage-femme coordinatrice du Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne

Préambule & définitions

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu, par exemple) (Cf. Peele 1985. Goodman 1990).

Les pratiques addictives correspondent à l'ensemble des comportements de consommation de substances (usage, abus ou usage nocif et dépendance).

Cette notion permet d'intégrer des déterminants sociaux des comportements, notamment de l'usage qui résultent de 3 facteurs principaux :
- Les facteurs liés aux substances psycho actives
- Les facteurs liés à l'individu
- Les facteurs liés à l'environnement

On distingue :
- L'USAGE : toute conduite de consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'absence de risque(s), l'absence de dommages (médico-sociaux) et de dépendance
- Le MESUSAGE : toute conduite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance.

Toute consommation pendant la grossesse est par définition un usage à risque au minimum.

Repérage

La partie concerne le repérage des conduites addictives d'une femme en âge de procréer ou enceinte dès la conception.

1. Interrogez-vous les consommations de substances psychoactives des femmes en âge de procréer ? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

2. Interrogez-vous les consommations de substances psychoactives des femmes enceintes? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

3. Quels outils de repérage utilisez-vous? *

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Questionnaire global sur les habitudes de vie
- ☐ Questionnaire dédié aux addictions
- ☐ Interrogatoire habituel
- ☐ _____

  Autre

4. Quelles consommations font l'objet du repérage ? *

	Systématiquement	Dans la majorité des cas	Ponctuellement	Très rarement	Jamais
Tabac	○	○	○	○	○
Alcool	○	○	○	○	○
Cannabis	○	○	○	○	○
Autres stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, amphétamine, ecstasy, médicament, …)	○	○	○	○	○
Les autres addictions (alimentaires, jeux, …)	○	○	○	○	○

5. Dans votre pratique, à quel moment faites-vous le repérage? *

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Lors d'une consultation préconceptionnelle
- ☐ A la première consultation de grossesse
- ☐ Lors de l'entretien prénatal précoce
- ☐ A la première rencontre
- ☐ Lors d'une séance de préparation à l'accouchement et à la parentalité
- ☐ Lors d'un séjour en maternité
- ☐ Après l'accouchement
- ☐ _____ Autre

6. Comment estimez-vous la qualité globale du repérage sur votre territoire ? *

- ○ Très satisfaisante
- ○ Satisfaisante
- ○ Approximative
- ○ Insatisfaisante
- ○ Très insatisfaisante

7. Selon vous, quels pourraient être les freins au repérage systématique ? *

8. Tracez-vous la réponse du repérage des consommations de substances psychoactives dans le dossier médical quelle que soit la réponse de la patiente ? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

9. Si une consommation de substance(s) psychoactive(s) est repérée, donnez-vous à la patiente une information sur les effets et les risques entrainés par l'usage ? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

10. Si aucune consommation de substance(s) psychoactive(s) n'est repérée, informez-vous la patiente sur les risques liés à une consommation de substance(s) psychoactive(s) pendant la grossesse? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

11. Mettez-vous à disposition des patientes des documents sur la consommation de substance(s) psychoactive(s)pendant la grossesse ? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

12. Si oui, précisez lesquels

13. Dans le cadre d’une proposition d’accompagnement, évaluez-vous l’engagement de la patiente à mener une conduite de changement ? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

14. Dans le cadre d’une proposition d’accompagnement, en termes d’objectifs : *

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Vous laissez la femme fixer elle-même les objectifs
- ☐ Vous proposez une réduction partielle de consommation
- ☐ Vous proposez un arrêt durable du mésusage
- ☐ _____

  Autre

15. Recherchez-vous avec la patiente les personnes ressources ou tout autre soutien pour l’aider à atteindre l'objectif fixé ? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

16. Si vous le souhaitez, vous pouvez nous laisser un commentaire ici

Orientation

Cette partie concerne l'orientation dans les situations où elle est acceptée par la patiente, et la coopération entre les professionnels

17. Disposez-vous d’un annuaire de professionnels de l’addiction ? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

18. Si oui, sous quelle forme se présente-t-il?

Plusieurs réponses possibles

- [ ] Liste déroulante dans le dossier informatique
- [ ] Annuaire papier
- [ ] Application mobile
- [ ] _____

  Autre

19. Que pouvez-vous activer comme ressources ? *

Plusieurs réponses possibles

- [ ] Assistant.e Sociale.e
- [ ] Psychologue
- [ ] Médecin spécialisé en addictologie
- [ ] IDE addictologie
- [ ] Sage-femme tabacologue
- [ ] Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- [ ] Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- [ ] Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- [ ] Consultations spécifiques addictologie
- [ ] _____

  Autre

20. Comment évaluez-vous votre connaissance des ressources locales ? *

- ( ) Très satisfaisante
- ( ) Satisfaisante
- ( ) Approximative
- ( ) Insatisfaisante
- ( ) Très insatisfaisante

21. Pour quelles raisons sollicitez-vous d’autres professionnels ? *

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Partage d’information dans le cadre du parcours de soins
- ☐ Manque de temps pour gérer la situation
- ☐ Besoin d’un avis complémentaire
- ☐ La patiente est connue par la structure addictologie
- ☐ _____ Autre

22. Utilisez-vous un document de liaison ? *

Si oui, merci de nous le transmettre

- ○ Oui
- ○ Non

23. Comment estimez-vous les réponses locales à votre disposition d'une manière générale ? *

- ○ Très satisfaisante
- ○ Satisfaisante
- ○ Approximative
- ○ Insatisfaisante
- ○ Très insatisfaisante

24. Rencontrez-vous des difficultés lorsque vous souhaitez orienter une patiente ? *

- ○ Oui
- ○ Non

25. Si oui, pouvez-vous nous indiquez les 2 raisons les plus fréquentes?

26. Utilisez-vous un protocole commun avec une ou plusieurs structures pour l’accompagnement et la prise en charge des patientes ayant une consommation de substance(s) psychoactive(s)? *

- ○ Oui
- ○ Non

27. Avez-vous un retour lorsque vous orientez une patiente ? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

Prise en charge pédiatrique

Cette partie concerne la prise en charge des nouveau-nés des mères présentant une consommation de substance(s) psychoactive(s)

28. Une consultation avec un pédiatre peut-elle être réalisée en anténatal dans le cadre du parcours addiction d'une femme enceinte ? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

29. Si oui, dans quels cas ?

30. Avez-vous à votre disposition un protocole spécifique pour la prise en charge des nouveau-nés de mères présentant une ou plusieurs addictions ? *
Si oui et si possible, merci de nous le transmettre

- ◯ Oui
- ◯ Non

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Il s'agit de réunions regroupant plusieurs professionnels de santé de disciplines différents autour de situations complexes: réunion de concertation pluridisciplinaire périnatalité parentalité (RC3P), staff périnatal, staff vulnérabilité, staff addictologie, UGPS...

31. Participez-vous à des réunions de concertation pluridisciplinaires ? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

32. Si oui, pouvez-vous nous préciser le nom du ou des dispositifs

33. Si oui, pendant ces réunions pluridisciplinaires:

- [ ] Les addictions sont l'objet principal
- [ ] Les addictions sont abordées au même titre que d'autres vulnérabilités
- [ ] Les addictions ne sont abordées que très occasionnellement

34. Si vous ne participez à aucune réunion pluridisciplinaire, pourquoi ?

Plusieurs réponses possibles

- [ ] Ne connais pas
- [ ] Fréquence des réunions non adaptée
- [ ] Absence de professionnel spécialisé en addictologie présent à ces réunions
- [ ] Le format en présentiel ne me convient pas
- [ ] Trop chronophage
- [ ] Autre

35. Vous pouvez nous transmettre vos attentes et vos commentaires concernant ces dispositifs

Consultation spécialisée conjointe "grossesse et addiction"

Il s'agit d'identifier des organisations spécifiques permettant aux femmes de bénéficier d'une consultation en addictologie et d'un suivi obstétrical

36. Connaissez-vous l'existence de consultations conjointes « grossesse et addiction » sur votre territoire ? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

37. Si oui, orientez-vous vos patientes vers ces consultations ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

38. Si oui, précisez :
    - le lieu (établissement, secteur)
    - les professionnels impliqués
    - le délai de rdv moyen
    - les points forts et les points faibles

39. Vous pouvez partager ci-dessous vos éventuelles attentes concernant ce type de consultation

Prise en charge post natale

Prise en charge des mères et des nouveau-nés après l'accouchement

40. Que proposez-vous en post natal pour les mères présentant une consommation de substance(s) psychoactive(s) et leur nouveau-né ? *
    Plusieurs réponses possibles

- ☐ Une prise en charge médicale en vue d'un sevrage
- ☐ Un accompagnement psychologique
- ☐ Une hospitalisation adaptée (+longue)
- ☐ Une hospitalisation en unité kangourou
- ☐ Une hospitalisation en unité mère bébé
- ☐ Une orientation vers des structures spécialisées
- ☐ Un relai PMI
- ☐ Aucune prise en charge spécifique
- ☐ [ ] Autre

41. Rencontrez-vous des difficultés pour organiser une prise en charge post natale ? *

- ○ Oui
- ○ Non

42. Si oui, pouvez-vous nous partager les plus prégnantes ?

Suivi ultérieur

Pour une prise en charge cohérente dans la durée

43. Lorsqu'une consommation de substance(s) psychoactive(s) est connue chez une patiente ayant accouché, mettez- vous tout en œuvre pour planifier une éventuelle prochaine grossesse? (possibilité de sevrage en amont, contraception…) *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

Besoins des professionnels

Il s'agit ici de connaître vos besoins en formations et en outils

44. Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation spécifique sur la thématique des addictions? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

45. Si oui, sous quelle forme?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ E-learning
- ☐ Présentiel
- ☐ _____ Autre

46. Participez-vous à des actions de santé publique "Addictions" ? *

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Journée de lutte contre le Syndrome d'Alcoolisation Foetale
- ☐ Mois Sans Tabac
- ☐ Ne participe pas
- ☐ _____ Autre

47. Avez-vous des besoins en outils spécifiques ? *

Plusieurs réponses possibles

- [ ] CO testeur
- [ ] Grille questionnaire
- [ ] Plaquettes d'information
- [ ] Affiches
- [ ] Non, merci
- [ ] Autre

Focus spécifique ALCOOL

Les réseaux de santé périnatale du Grand Est portent le projet SAFE (Stop Alcool femmes Enceintes) et nous avons besoin de quelques informations complémentaires sur cette thématique

48. Estimez-vous avoir suffisamment de connaissance des risques liés à la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse? *

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne sait pas

49. D'après vous, le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) se caractérise par (réponse spontanée): *

- [ ] Un retard de croissance
- [ ] Des anomalies du développement neurologique: troubles de l'apprentissage, du comportement
- [ ] Des anomalies de la fermeture du tube neural
- [ ] Une dysmorphie crânio-faciale
- [ ] Une cardiopathie
- [ ] Une surdité congénitale

50. Pouvez-vous citer quelques troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF)? *

51. D'après vous, il existe des risques pour le fœtus: *

	Oui	Non	Ne sait pas
Quelle que soit la quantité d'alcool consommée	◯	◯	◯
Quel que soit le terme de la grossesse	◯	◯	◯
Quel que soit le type de boisson alcoolisée	◯	◯	◯

52. Quels seraient vos besoins spécifiques concernant la thématique du syndrome d'alcoolisation fœtal? *

53. Depuis votre diplôme, avez-vous été sensibilisé (journée d'information, colloque...) au dépistage systématique de la consommation d'alcool et au syndrome d'alcoolisation fœtal? *

◯ Oui
◯ Non

54. Connaissez-vous l'outil de repérage précoce intervention brève (RPIB)? *

◯ Oui
◯ Non

55. Si oui, l'utilisez-vous?

◯ Oui
◯ Non

Votre profil

Nous avons encore besoin de quelques renseignements vous concernant

56. Votre profession *

- ◯ Gynécologue médical
- ◯ Gynécologue-obstétricien
- ◯ Sage-femme
- ◯ Médecin spécialisé en médecine générale
- ◯ Autre [ ]

57. Votre mode d'exercice *

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Salarié du secteur public
- ☐ Salarié du secteur privé
- ☐ Salarié de la PMI
- ☐ Libéral
- ☐ Activité mixte

58. Votre lieu d'exercice *

59. Avez-vous une formation complémentaire en addictologie? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

60. Si oui, pouvez-vous préciser laquelle

61. Précisions ou remarques que vous souhaitez apporter

Parcours Périnatalité et Addiction

Questionnaire à destination des cadres

L'élaboration et la déclinaison locale du parcours de soins des femmes présentant une/des conduite.s addictive.s font partie des missions des Réseaux de Santé en Périnatalité définies dans la circulaire DGOS du 23/07/2015. Afin de répondre à la demande de l'ARS Grand Est, les Réseaux Périnatals souhaitent réaliser un état des lieux sur les parcours mis en place, les points de rupture éventuels en région, l'opportunité de déployer des consultations couplées grossesse - addictions pour connaitre les moyens nécessaires à un éventuel développement. Il nous permettra aussi de connaitre vos pratiques et d'identifier les axes d'amélioration.

Votre implication est importante, et nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire et nous le retourner avant le 31/01/2021. Une réponse par structure.

Durée estimée : 15 minutes
* Obligatoire
* Dossier suivi par :

Geneviève CREUTZMEYER, sage-femme coordinatrice du Réseau Naître en Alsace Nathalie LELOUX, sage-femme coordinatrice du Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne

Préambule & définitions

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu, par exemple) (Cf. Peele 1985. Goodman 1990).

Les pratiques addictives correspondent à l'ensemble des comportements de consommation de substances (usage, abus ou usage nocif et dépendance).

Cette notion permet d'intégrer des déterminants sociaux des comportements, notamment de l'usage qui résultent de 3 facteurs principaux :
- Les facteurs liés aux substances psycho actives
- Les facteurs liés à l'individu
- Les facteurs liés à l'environnement

On distingue :
- L'USAGE : toute conduite de consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'absence de risque(s), l'absence de dommages (médico-sociaux) et de dépendance
- Le MESUSAGE : toute conduite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance.

Toute consommation pendant la grossesse est par définition un usage à risque au minimum.

Repérage

Il s'agit d'identifier vos ressources et votre organisation pour le repérage des patientes présentant une consommation à risque

1. Quels sont les professionnels les plus impliqués dans le repérage et la prise en charge des femmes présentant une consommation de substances psychoactives au sein de votre structure ? *

   Plusieurs réponses possibles

   - [ ] Les sages-femmes (consultation ou entretien prénatal précoce ou préparation à la naissance ou en hospitalisation)
   - [ ] Les médecins
   - [ ] _____ Autre

2. Existe-il un référent addiction dans votre structure ? *

   - ( ) Oui
   - ( ) Non

3. Avez-vous un temps dédié en RH pour cette activité ? *

   - ( ) Oui
   - ( ) Non

4. Si oui, combien d'ETP?

   Précisez la répartition par profession

5. Quels outils de repérage existent-ils dans votre structure? *

   Plusieurs réponses possibles

   - [ ] Questionnaire global sur les habitudes de vie
   - [ ] Questionnaire dédié aux addictions
   - [ ] Interrogatoire habituel
   - [ ] _____ Autre

6. Globalement, comment estimez-vous la qualité du repérage sur votre territoire? *

- ◯ Très satisfaisante
- ◯ Plutôt satisfaisante
- ◯ Approximative
- ◯ Plutôt insatisfaisante

7. Selon vous, quels pourraient être les freins au repérage systématique ? *

Orientation

Dans les situations où un accompagnement est accepté par la patiente

8. Mettez-vous à disposition des patientes des documents sur les consommations de substances psychoactives pendant la grossesse ? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

9. Si oui, précisez lesquels

10. Disposez-vous d'un annuaire de professionnels de l'addiction ? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

11. Si oui, sous quelle forme se présente-t-il? *

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Liste déroulante dans le dossier informatique
- ☐ Annuaire papier
- ☐ Application mobile
- ☐ _____

Autre

12. De quelles ressources en interne disposez-vous? *

Plusieurs réponses possibles

- [ ] Assistant.e Sociale.e
- [ ] Psychologue
- [ ] Médecin spécialisé en addictologie
- [ ] IDE addictologie
- [ ] Sage-femme tabacologue
- [ ] ELSA
- [ ] Consultation conjointe "grossesse et addictions"
- [ ] Autre

13. Que pouvez-vous activer comme ressources externes? *

Plusieurs réponses possibles

- [ ] Assistant.e Sociale.e
- [ ] Psychologue
- [ ] Médecin spécialisé en addictologie
- [ ] IDE addictologie
- [ ] Sage-femme tabacologue
- [ ] CSAPA
- [ ] PMI
- [ ] Consultations spécifiques addictologie
- [ ] Autre

14. Avez-vous un document de liaison ? *

Si oui, merci de nous le transmettre

- ○ Oui
- ○ Non

15. Avez-vous un protocole commun avec une ou plusieurs structures pour l'accompagnement et la prise en charge des patientes ayant une conduite addictive ? *
Si possible, merci de nous le transmettre

- ◯ Oui
- ◯ Non

16. Comment s'organise la sollicitation des acteurs ou des dispositifs au sein de votre territoire (modalités organisationnelles) *

17. Avez-vous un retour lorsque vous orientez une patiente ? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

18. Rencontrez-vous des difficultés concernant l'orientation des patientes ? *
Vous pouvez nous indiquez les 2 plus fréquentes

Prise en charge pédiatrique

La prise en charge des nouveau-nés des mères présentant 1 ou plusieurs addicitons

19. Les pédiatres sont-ils informés de la consommation maternelle avant la naissance ? *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Dans la majorité des cas
- ◯ Ponctuellement
- ◯ Très rarement
- ◯ Jamais

20. Si oui, par quel biais ?

- ☐ Dossier médical de la mère
- ☐ Réunion de concertation pluridisciplinaire (RC3P, Staff périnatal, Staff addiction, UGPS...)
- ☐ Transmission directe
- ☐ _____
  Autre

21. Avez-vous à votre disposition un protocole spécifique pour la prise en charge des nouveau nés de mères présentant une ou des addictions ? *
Si oui, et si possible merci de nous le transmettre

- ◯ Oui
- ◯ Non

Réunion de concertation pluridisciplinaire

Description des organisations pluridisciplinaires mises en place au sein de votre structure

22. Existe-t-il un dispositif de réunion pluridisciplinaire au sein de votre structure (RC3P, staff vulnérabilité, staff addictologie, UGPS…) *

- ◯ Oui
- ◯ Non

23. Si oui, pouvez-vous nous préciser le nom du ou des dispositifs

24. Si un tel dispositif existe dans votre structure, un professionnel formé en addictologie est-il systématiquement présent ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

25. Si non, pourquoi ?

- ☐ Invité, mais pas toujours disponible
- ☐ Refus de ce ou ces professionnels de participer
- ☐ _____
  Autre

26. Vous pouvez nous transmettre vos attentes et vos commentaires concernant ces dispositifs

Consultation spécialisée "grossesse et addiction"

Nous souhaiterions connaitre les organisations spécifiques permettant aux femmes de bénéficier d'une consultation conjointe en addictologie et en obstétrique

27. Organisez-vous des consultations conjointes « grossesse et addiction » dans votre structure? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

28. Si oui, précisez :
    - le lieu (secteur)
    - les professionnels impliqués
    - le délai de rdv moyen
    - les points forts et points faibles

29. Si non, pourquoi ?

- ☐ Ne connais pas ce dispositif
- ☐ Ressource humaine insuffisante
- ☐ File active ne justifie pas la mise en place de ce dispositif
- ☐ Absence de demande des patientes
- ☐ [ ] Autre

30. Vous pouvez partager ci-dessous vos éventuelles attentes concernant ce type de consultation

Prise en charge post natale

Description des organisations de prise en charge de la mère présentant une consommation de substance(s) psychoactive(s) et de son enfant après l'accouchement

31. Que proposez-vous en post natal pour les mères présentant une consommation de substance(s) psychoactive(s) et leur nouveau-né ? *

Plusieurs réponses possibles

- [ ] Un accompagnement psychologique
- [ ] Une hospitalisation adaptée (+longue)
- [ ] Une hospitalisation en unité kangourou
- [ ] Une hospitalisation en unité mère bébé
- [ ] Une orientation vers des structures spécialisées
- [ ] Un relai PMI
- [ ] _____ Autre

32. Rencontrez-vous des difficultés pour organiser la prise en charge post natale ? *

- ○ Oui
- ○ Non

33. Si oui, pouvez-vous nous partager les plus prégnantes ?

Besoins des professionnels

Il s'agit d'identifier vos besoins en formations et en outils

34. Les professionnels de votre structure sont formés au repérage des femmes enceintes en situation d'addiction: *

Plusieurs réponses possibles

- [ ] Oui, en interne
- [ ] Oui, en externe
- [ ] Non

35. Si votre équipe est formée, les formations étaient-elles?

- ◯ Pluriprofessionnelles
- ◯ Monoprofessionelles

36. Si oui, à quelle fréquence sont organisées les formations en addictologie?

- ◯ Annuellement
- ◯ Tous les 3 ans
- ◯ Tous les 5 ans
- ◯ >6 ans
- ◯ Ponctuellement

37. Si oui, pouvez-vous nous citez les organismes de formations auxquelles vous avez eu recourt ?

38. Actuellement, avez-vous besoin de former votre personnel à la thématique des addictions chez la femme enceinte ? *

- ◯ Oui, rapidement
- ◯ Oui, mais pas dans l'immédiat
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

39. Si oui, précisez le format de formation souhaité?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ E-learning
- ☐ En présentiel
- ☐ In situ
- ☐ [ ] Autre

40. Votre maternité est-elle ? *

Plusieurs réponses possibles

- [ ] Labellisée Maternité sans tabac
- [ ] Incluse dans une démarche institutionnelle "Lieu de santé sans tabac"
- [ ] Ne sait pas
- [ ] Autre

41. Votre maternité participe-t-elle à des actions de santé publique spécifiques Addictions ? *

Plusieurs réponses possibles

- [ ] Journée de lutte contre le syndrome d'alcoolisation foetale
- [ ] Mois Sans Tabac
- [ ] Ne participe pas
- [ ] Autre

42. Avez-vous des besoins en outils spécifiques ? *

Plusieurs réponses possibles

- [ ] CO testeur
- [ ] Grille questionnaire
- [ ] Plaquettes d'information
- [ ] Affiches
- [ ] Non, merci
- [ ] Autre

File active au sein de votre structure

Il s'agit d'évaluer la part des femmes présentant une consommation à risque ou une addiction au sein de votre structure

43. Selon vous, quelle est la part des femmes présentant une ou des addictions parmi vos patientes ? *

- ◯ Moins de 10%
- ◯ Entre 10 et 25%
- ◯ Entre 25 et 50%
- ◯ Entre 50 et 75%
- ◯ Plus de 75%

44. Estimez-vous que cette part est plutôt : *

- ◯ En constante augmentation
- ◯ En légère hausse
- ◯ Stable
- ◯ En baisse
- ◯ Ne sais pas

45. Suivez-vous la file active des femmes enceintes présentant des addictions au sein de votre structure ? *

- ◯ Oui, extraction du PMSI
- ◯ Oui, sur un fichier Excel
- ◯ Non
- ◯ [ ] Autre

46. Précisions ou remarques que vous souhaitez apporter

Votre profil

Nous avons encore besoin de quelques informations vous concernant

47. Votre établissement *

48. Vos nom et fonction *

49. Votre email *

50. Votre téléphone *

ANNEXE 3

Version projet du : 13/06/19

PREFET DE LA REGION GRAND EST

AGENCE REGIONALE DE SANTE GRAND EST

Préfecture du Bas-Rhin
Direction des sécurités
Bureau des politiques institutionnelles

pref-mildeca@bas-rhin.gouv.fr

Direction de la promotion de la santé, de la prévention
et de la santé environnementale
Département Promotion de la santé, prévention, vulnérabilités

ars-grandest-direction-prevention-environnement@ars.sante.fr

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2019-2023

MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS EN GRAND EST

EDITO

La région Grand Est doit répondre à des enjeux forts en matière d'addictions au regard des consommations et de sa situation géographique. Une coordination des politiques publiques sur ce sujet est indispensable avec un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales.

S'il apparaît que les acteurs doivent nécessairement se coordonner afin d'optimiser les actions menées sur le terrain, les institutions que nous représentons doivent montrer l'exemple.

C'est pourquoi, nous avons décidé, après publication du Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 et du PRS Grand Est 2018-2023, de faire converger nos orientations respectives au travers d'une feuille de route conjointe de mobilisation contre les addictions.

Cette feuille de route se veut l'expression claire des objectifs que nous nous fixons à horizon 2023 en matière de lutte contre les addictions.

Préalablement à sa signature, cette feuille de route a fait l'objet d'une phase de consultation auprès de nos partenaires et des professionnels, afin de les fédérer autour de ce projet et de favoriser sa mise en œuvre. Les parties prenantes pourront donc désormais inscrire leur action en s'appuyant sur cette feuille de route. Au regard des données disponibles et des orientations nationales, nous avons décidé de prioriser les actions sur :

- les jeunes car éviter leur entrée dans les consommations est un enjeu fort pour diminuer la prévalence des conduites addictives à l'âge adulte
- la période périnatale qui est un moment privilégié dans la vie des futurs et jeunes parents, pour les informer, les accompagner et préserver la santé des enfants à naître ou nés
- les publics vulnérables auprès desquels les actions doivent être adaptées aux besoins spécifiques.

Enfin, il nous a semblé essentiel d'ajouter un axe relatif aux professionnels de santé, du médico-social et du social qui constituent un levier incontournable. Il est donc nécessaire de les sensibiliser et de leur proposer des sessions de formation adaptées à leur besoins afin d'améliorer leurs connaissances et les aider dans leur pratique.

Sur chaque territoire, l'action coordonnée de chacun autour d'objectifs partagés permettra, nous l'espérons, d'améliorer ou conforter l'impact des politiques publiques.

Pour ce faire, une évaluation sera menée conjointement par l'ARS et la MILDECA, et en lien avec nos partenaires, à horizon 2023.

Christophe LANNELONGUE,
Directeur Général de l'ARS Grand Est

Jean-Luc MARX,
Préfet de la Région Grand Est

SOMMAIRE

A. CONTEXTE ET ENJEUX 4
TABAC 4
ALCOOL 5
SUBSTANCES ILLICITES 6
B. AXES PRIORITAIRES 7
OBJECTIF 1 - RENFORCER LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE DANS LE CHAMP DES CONDUITES ADDICTIVES 8
OBJECTIF 2 : MIEUX COMMUNIQUER SUR LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES 9
OBJECTIF 3 : AMELIORER LE PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION 10
OBJECTIF 4 : OPTIMISER LES DISPOSITIFS DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES 11
OBJECTIF 5 : CONFORTER LES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS 12
OBJECTIF 6 : ASSURER LE RESPECT DE LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR 13
ANNEXES 14
ANNEXE 1 : LES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES EN MILIEU SCOLAIRE ET EN APPRENTISSAGE 15
ANNEXE 2 : GLOSSAIRE 16
ANNEXE 3 : CONSULTATION PREALABLE 17
ANNEXE 4 : SOURCES D'INFORMATION 18
ANNEXE 5 : LES EXEMPLES CITES DANS LA FEUILLE DE ROUTE 19

A. CONTEXTE ET ENJEUX

Différentes sources peuvent être mobilisées pour décrire la situation en région Grand Est, notamment :
- les baromètres santé réalisés par Santé Publique France sur www.santepubliquefrance.fr
- les enquêtes, rapports et publications réalisées par l'OFDT sur www.ofdt.fr et l'ODICER sur odicer.ofdt.fr
(ex : Portrait de territoire, enquête ESCAPAD – rapport TREND, enquête EnCLASS…)
- les études et publications réalisées par l'ORS Grand Est sur https://ors-ge.org/
- les rapports d'activité des structures…

TABAC

Le bulletin de santé publique[1] relatif au tabac en région Grand Est souligne **les points clés suivants** :

- En 2017, la région Grand Est comptait 1,2 millions de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans. A structure d'âge identique, la région Grand Est figurait au 4ième rang des régions où le tabagisme était le plus fréquent (30,1% de fumeurs quotidiens dans la région) après Provence-Alpes-Côte-D'azur (32,2%), les Hauts-de-France (30,5%) et l'Occitanie (30,3%).
- 74,7% des fumeurs quotidiens du Grand Est fumaient de façon intensive (>10 cigarettes/jour), soit davantage que la moyenne nationale (66,8%) et près d'un quart (23,1%) présentait une forte dépendance au tabac, contre18,4% pour la moyenne nationale.
- Un peu plus d'un fumeur quotidien sur deux (55,3%) avait envie d'arrêter de fumer et un sur quatre (25,1%) avait fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de l'année écoulée.
- Reflet d'habitudes tabagiques fréquentes, le Grand Est présentait une incidence et une mortalité élevées pour les pathologies les plus associées au tabac (cancer du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive et cardiopathies ischémiques) avec de fortes disparités entre les départements ; la Moselle, la Meurthe-et-Moselle et les Ardennes présentant les situations les plus préoccupantes.

Tabagisme chez les femmes enceintes
En 2016, selon l'enquête nationale périnatale[2], la prévalence de la consommation de tabac était estimée à 30% avant la grossesse en France métropolitaine. Si la région Grand Est (34 %), est proche de la moyenne nationale, ce taux reste élevé.
Au 3ème trimestre de grossesse, la prévalence de la consommation de tabac au niveau national ou en métropole ?était estimée à 16,2% en 2016. La région Grand Est (19,8%), était proche de la moyenne nationale.

Tabagisme chez les jeunes *[enquête ESCAPAD 2017]*
En 2017, en France métropolitaine, six adolescents de 17 ans sur dix (59,0 %) disaient avoir déjà essayé un produit du tabac, qu'il s'agisse de cigarettes en paquet ou de tabac à rouler, de cigarillos ou de cigares. Le tabagisme quotidien concernait un quart des jeunes Français (25,1 %). L'usage quotidien de tabac était légèrement plus fréquent parmi les garçons que parmi les filles (26,3% vs 23,8 %), il était dans le même temps deux fois plus élevé chez les apprentis (47,3 %) que parmi les lycéens (22,0 %). Dans les agglomérations de plus de 200 000 habitants, 21,8 % des adolescents se déclaraient fumeurs quotidiens, contre 26,7 % parmi ceux qui vivaient dans une commune rurale.
Dans le Grand Est :

- l'expérimentation de tabac était moins fréquente (56,6 % / 59 %)
- le niveau d'usage quotidien de tabac était le 2ème plus bas des régions (23,5 % / 25,1 % moyen)
- le niveau d'usage « intensif » de tabac était supérieur à la moyenne malgré des niveaux de tabagisme quotidien parmi les plus faibles (6,3 % / 5,2%) : plus du quart des jeunes fumeurs quotidiens fumaient au moins dix cigarettes par jour, contre moins de un sur cinq dans les régions de la façade atlantique.

[1] Santé publique France - BSP Tabac Grand Est – janvier 2019
[2] DREES – Inserm - Enquête nationale périnatale - octobre 2017

ALCOOL

En région, la tendance globale est à la diminution de la consommation quotidienne d'alcool. Ainsi, en 2014, 10 % des 15-75 ans étaient concernés par un usage quotidien contre 15 % en 2005. Par ailleurs, l'alcoolisation ponctuelle importante au cours du mois parmi les habitants de la région a diminué entre 2010 et 2014, passant de 18 % à 15 % contrairement à l'ensemble du territoire, où l'indicateur est stable.

Cependant, la prévalence des dommages socio-sanitaires liés à l'alcool est supérieure à la moyenne nationale dans le Grand-Est. En effet, il est constaté :

- des accidents corporels avec alcoolémie illégale presque 30 % supérieurs par rapport au niveau national, à population égale : cette tendance persiste depuis au moins une dizaine d'années, alors que les accidents mortels avec présence d'alcool sont plutôt moins fréquents ;
- des interpellations pour ivresse publique et manifeste (IPM) toujours au-dessus de la moyenne française, de près de 40 % en 2015.

Des disparités infra régionales sont constatées, notamment :

- un usage régulier d'alcool plus répandu en Champagne-Ardenne,
- un indicateur d'ivresse dans l'année en Lorraine inférieur à celui du reste du territoire.

Consommation d'alcool chez les jeunes *[enquête ESCAPAD 2017]*
En France métropolitaine, en 2017, avoir consommé une boisson alcoolisée avant 17 ans demeure courant et l'usage régulier (par exemple avoir bu au moins dix fois au cours du mois précédant l'enquête) est déclaré par 8,4 % des adolescents. La moitié des jeunes de 17 ans ont indiqué avoir connu un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante (API : consommation d'au moins 5 verres d'alcool en une seule occasion) durant le mois précédant l'enquête.

- Les apprentis sont 18,4 % à déclarer un usage régulier d'alcool, contre 7,5 % des élèves.
- De même, les jeunes de 17 ans habitant dans une commune rurale déclarent généralement des niveaux d'usage de boissons alcoolisées plus importants (10,3 % contre 6,7 % dans les agglomérations de plus de 200 000 habitants)

En région Grand Est :

- le niveau d'expérimentation d'alcool avant 17 ans est dans la moyenne nationale (85,8 % / 85,7%)
- le niveau d'usage régulier d'alcool est inférieur au niveau national (7,8 % / 8,4%)
- l'alcoolisation ponctuelle importante (API) répétée est proche de la moyenne (15,6 % / 16,4%). Toutefois les différences garçons/filles sont accrues : les sex ratio (% parmi les garçons / % parmi les filles) des ivresses répétées et des API répétées sont respectivement de 2,1 et 2,4 contre 1,8 et 1,9 sur le plan national ;

Consommation d'alcool pendant la grossesse.
Actuellement aucune donnée régionale n'est disponible. Toutefois les données nationales laissent apparaître qu'entre 2006 et 2013, 3 207 nouveau-nés (soit une naissance par jour) ont présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale dont 452 d'entre eux (soit une naissance par semaine) un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).
Ces chiffres sont sous-estimés compte tenu de la difficulté à diagnostiquer ces troubles en période néonatale et n'incluent pas les diagnostics posés ultérieurement. Cependant, ils permettent de mieux caractériser les conséquences de l'alcoolisation fœtale.
Malgré les campagnes de communication sur le sujet, les données du Baromètre santé 2017 publiées par Santé publique France, montrent que, parmi les femmes interrogées, enceintes au moment de l'enquête ou mères d'un enfant de moins de 5 ans, 1 sur 10 a déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière grossesse C'est mieux qu'en 2010 où l'enquête nationale périnatale avait montré que parmi les femmes interrogées, près d'une femme sur 4 déclarait avoir consommé de d'alcool durant la grossesse.
En outre, parmi les mères d'enfant de cinq ans ou moins, près de 4 femmes sur 10 ont déclaré ne pas avoir été informées des risques de la consommation d'alcool par le médecin ou la sage-femme les suivant ou les ayant suivies.

SUBSTANCES ILLICITES

La situation géographique de la région Grand Est place le territoire à un carrefour majeur du trafic d'héroïne, de cocaïne et de cannabis.

En Grand Est, on constate :

- que les usagers des CAARUD se démarquent par des consommations moyennes d'opiacés plus importantes que celles des usagers des CAARUD du reste de la France
- des surdoses mortelles atteignant depuis une dizaine d'années des niveaux 1,5 à 2 fois plus élevés qu'au niveau national ;
- des accidents mortels pour lesquels au moins un des conducteurs a été dépisté positif aux stupéfiants, à un niveau extrêmement bas (11 % des accidents sont concernés contre le double au niveau national) ;
- des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) à un niveau sensiblement inférieur à la métropole, quels que soient le produit en cause et le type d'infraction (usage ou trafic), mais un volume d'interpellations en augmentation quasi-constante, à l'image de la tendance nationale ;
- des interpellations d'usagers de cocaïne, d'héroïne et d'ecstasy plus fréquentes, à population égale, dans la région Grand Est que sur le reste du territoire

Usage chez les jeunes : *[enquête ESCAPAD 2017]*

Cannabis

En 2017, près de quatre adolescents de 17 ans sur dix (39,1 %) en métropole disaient avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie, les niveaux d'usage régulier varient du simple au double entre filles et garçons (4,5 % vs 9,7 %). Les adolescents sortis du système scolaire déclaraient des consommations régulières 3 fois supérieures à celles des élèves (21,1 % vs 6,0 %), les apprentis se situant entre les deux (14,3 %). L'usage de cannabis régulier s'avérait également un peu plus prononcé parmi les adolescents des agglomérations de taille moyenne (> 20 000 habitants) avec un niveau de 8,0 % alors qu'il est plus faible (5,8 %) pour ceux qui résidaient en zone rurale.

Dans le Grand Est :

- les niveaux d'expérimentation du cannabis sont moindres (35,6 % / 39,1%)
- l'usage régulier de cannabis est inférieur à la moyenne nationale (6,5 % / 7,2%)
- les usages sont restés stables entre 2014 et 2017.

Autres drogues illicites

En 2017, 6,8 % des adolescents métropolitains déclaraient avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie une substance illicite autre que le cannabis. Les niveaux d'expérimentation de ces substances se maintenaient entre 3 et 4 % pour les plus élevés et moins de 1 % pour les plus faibles.
Dans le Grand Est, les niveaux d'expérimentation étaient inférieurs ou proches des moyennes nationales.

B. AXES PRIORITAIRES

En synthèse, les enjeux régionaux auxquels la présente feuille de route vise à répondre, sont :

- **Focus tabac** : un taux élevé d'usagers excessifs chez les jeunes et une proportion importante de fumeurs quotidiens, notamment chez les femmes.
- **Focus alcool** : une consommation d'alcool, cause de dommages supérieurs à la moyenne nationale et des accidents corporels de circulation et taux d'ivresses publiques manifestes (IMP) distinguant négativement la région.
- **Focus substances illicites** : une situation géographique de la région rendant l'héroïne et la cocaïne particulièrement accessibles, avec un nombre important de surdoses.

En regard de ces problématiques, des publics cibles ont été identifiés comme devant prioritairement faire l'objet d'actions. Quatre groupes ont ainsi été identifiés :

Périnatalité = sont concernées toutes les femmes en âge de procréer et jusqu'à la période périnatale, mais aussi l'ensemble de l'entourage direct de l'enfant *(conjoint, grands-parents, assistantes maternelles…)*
Jeunes = sont concernés tous les enfants et jeunes dès l'âge des premières expérimentations, mais aussi les parents et plus largement l'entourage direct des jeunes *(professeurs, éducateurs, …)*
Professionnels = sont concernés tous les professionnels de santé et tous les professionnels accompagnant ou intervenant auprès des publics cibles *(professeurs, travailleurs sociaux, policiers, gendarmes, milieu carcéral...)*
Populations vulnérables = sont concernées les publics en situation de précarité, personnes sous-main de justice, personnes en situation de handicap, …

Pour répondre à ces enjeux, la feuille de route régionale se décline en 6 objectifs stratégiques, chacun concernant les publics prioritaires. Ces objectifs déclinent le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 MILDECA, les axes correspondants de la Stratégie Nationale de Santé, le programme national de lutte contre le tabac décliné en région et l'objectif « Renforcer la prévention des conduites addictives et améliorer le parcours des personnes en situation d'addiction » du Projet Régional de Santé Grand Est :

Objectif 1 : Renforcer la politique de prévention et de promotion de la santé dans le champ des conduites addictives
Objectif 2 : Mieux communiquer sur la prévention des addictions
Objectif 3 : Améliorer le parcours des personnes en situation d'addiction en Grand Est
Objectif 4 : Optimiser les dispositifs de réduction des risques
Objectif 5 : Renforcer les connaissances des professionnels
Objectif 6 : Assurer le respect de la réglementation en vigueur

NOTA BENE SUR L'E-SANTE EN ADDICTOLOGIE
Suite à la parution en mai 2019 du rapport e-Santé et Addictions commandé par le président de la MILDECA, une réflexion sera engagée avec les professionnels de l'addictologie et de la e-santé sur les modalités d'appropriation des outils numériques et leur déploiement au bénéfice de l'accompagnement des usagers/patients en région Grand Est.

OBJECTIF 1 - RENFORCER LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE DANS LE CHAMP DES CONDUITES ADDICTIVES

Comme le définit la stratégie nationale de santé, les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. En effet, les actions en direction des personnes ne peuvent suffire, si elles ne s'accompagnent pas d'une action sur les politiques et l'environnement.
Ces stratégies doivent se décliner pour tous, dans les différents milieux de vie, en adaptant les outils au public visé.

RENFORCER LA PREVENTION AUPRES DES PUBLICS CIBLES

- Promouvoir auprès des administrations et institutions compétentes des actions s'appuyant prioritairement sur des programmes probants, visant l'acquisition de compétences psychosociales *[cf. annexe 1]*
- Développer des stratégies adaptées aux publics vulnérables et notamment :
  - aux jeunes en situation de handicap,
  - aux jeunes sous-main de justice,
  - aux jeunes en dehors du système éducatif et/ou en insertion professionnelle,
  - aux enfants de personnes en situation d'addiction,
  - aux personnes en situation de précarité,
  - en milieu carcéral
- Développer des actions de soutien à la parentalité, (*exemple : Triple P – PSFP - PANJO)*
- Accompagner des projets émanant d'acteurs territoriaux afin de répondre à des besoins spécifiques et comprenant une phase d'évaluation
- Développer les stratégies d'action et de prévention par les pairs, permettant de mobiliser la communauté de vie. A ce titre, le service sanitaire des étudiants en santé est un levier à développer.

AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT ET LES POLITIQUES LOCALES

- Dé-normaliser l'usage du tabac dans le Grand Est en s'appuyant sur plusieurs leviers et projets:
  - Promouvoir le dispositif «lieu de santé sans tabac », en ciblant notamment l'ensemble des maternités,
  - Insister sur le respect ou la mise en place de l'interdiction de fumer dans les établissements accueillants des publics jeunes, y compris les établissements d'enseignement,
  - Créer et diffuser une charte "Administration sans tabac" commune aux trois fonctions publiques
  - Créer et expérimenter une charte « Ville sans tabac » dans une ou plusieurs « Villes pilotes » du Grand-Est,
  - Développer la participation des établissements accueillant des publics prioritaires au dispositif Moi(s) sans tabac : établissement d'enseignement, notamment les centres de formation des apprentis et les lycées professionnels, maternités, centres de PMI, structures d'accueil de la petite enfance….,
  - Promouvoir l'arrêt du tabac pour les professionnels œuvrant auprès des jeunes (milieu de la petite enfance, scolaire, médico-social, sportif…)
- Impulser et accompagner les partenariats entre les professionnels de la prévention et les structures accueillant/accompagnant les publics cibles
  - Soutenir le déploiement des conventions de partenariat entre les consultations jeunes consommateurs et les lycées et collèges,
  - Impulser des partenariats entre les professionnels de la prévention en addictologie et les structures/associations, accueillant des jeunes (MDA, PAEJ, missions locales, milieu sportif, culturel,…),
  - Intégrer dans le cahier des charges des centres sociaux agréés**,** l'objectif de prévention des comportements à risque, en lien avec les CAF.

OBJECTIF 2 : MIEUX COMMUNIQUER SUR LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

La communication est un levier majeur permettant d'accompagner les actions de prévention menées, la lisibilité des dispositifs existants et d'informer les publics. Elle peut être grand public ou cibler une population et/ou un produit. Outil d'information, de renseignement et de diffusion des données, elle participe à l'éducation à la santé. Elle s'appuie sur les campagnes de communication menée par Santé Publique France mais couvre également la communication régionale autour des dispositifs existants. Afin d'améliorer l'impact auprès des publics, une optimisation des relais et modalités de communication doit être recherchée.

PROMOUVOIR LES OUTILS EXISTANTS

- Promouvoir les dispositifs et campagnes nationales relatives notamment :
  - aux consommations lors de la période périnatale, notamment concernant le tabac et l'alcool, auprès des professionnels et du public
  - aux consommations chez les jeunes, notamment concernant le tabac, l'alcool, le cannabis, les jeux et l'usage des écrans, auprès des professionnels et du public
  - à la campagne « Moi(s) sans tabac » https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr
  - aux campagnes autres conduites par SPF
  - au numéro d'appel de tabac info-service "39 89" et le site www.tabac-info-service.fr
  - les nouveaux repères de consommation d'alcool
  - sur la sécurité routière et le site www.securite-routiere.gouv.fr
- S'appuyer sur les outils digitaux existants, comme :
  - Maad Digital - www.maad-digital.fr
  - Promeneurs du net http://promeneursdunet.fr, en lien avec les Caisses d'allocations familiales -
  - Boussole des jeunes - https://boussole.jeunes.gouv.fr/
  - Info Jeunes Grand Est - https://info-jeunes-grandest.fr/
  - des sites spécialisés : www.tabac-info-service.fr, www.drogues-info-service.fr, www.joueurs-info-service.fr, village des addictions www.addictaide.fr
- Investir les outils numériques pour soutenir des actions de communications (partenariat influenceurs, réseaux sociaux, médias locaux, …)

COMMUNIQUER AUTOUR DES DISPOSITIFS EXISTANTS

- Améliorer la connaissance et la lisibilité des dispositifs existants auprès des publics cibles et des professionnels
- Rendre plus lisibles les missions des consultations jeunes consommateurs auprès des relais (parents, professeurs…)
- Informer les réseaux (formels ou informels) d'organisateurs d'événements festifs :
  - des mesures et modalités de prévention à mettre en œuvre lors de l'organisation de leurs événements
  - des dispositifs existants en réduction des risques et des dommages
- Rendre visible les programmes probants ou actions prometteuses engagées par les acteurs et favoriser leur éventuelle modélisation et/ou transférabilité sur d'autres territoires.

MOBILISER LES RELAIS

- S'appuyer sur les personnes relais (enseignants, professionnels de santé scolaire, de l'enfance, petite enfance, pairs formés…) pour développer la communication
- Mobiliser les institutions pour relayer largement les campagnes de communication : CJC, addictions et grossesse, consommation excessive d'alcool à destination des jeunes….
- S'appuyer sur les outils de communication (réseaux sociaux, …)

RENFORCER LES VECTEURS DE COMMUNICATION

- Améliorer la communication des messages de prévention par les professionnels envers le public, notamment en direction des femmes enceintes (TCAF et tabac)
- Mettre en place une information sur les dangers des consommations (substances illicites, nouvelles pratiques, alcool…) en direction des jeunes et coordonner les discours des intervenants à ce sujet.

OBJECTIF 3 : AMELIORER LE PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION

L'amélioration du maillage territorial doit permettre de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière d'accès aux soins en addictologie. L'objectif est d'assurer la qualité des interventions et de prise en charge en évitant la survenue de rupture dans le parcours de santé de la personne en situation d'addiction, intégrant l'accompagnement de l'entourage.

MENER DES ACTIONS DIRECTES VERS LE PUBLIC

- Améliorer le repérage précoce et l'orientation vers les dispositifs adaptés,
- Renforcer le repérage des consommations pendant la grossesse, et notamment :
  - en inscrivant la question du tabac comme prioritaire dans le milieu de la périnatalité intégrant l'accompagnant de l'entourage fumeur des enfants nés ou à naître,
  - en intégrant systématiquement la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse à l'occasion des visites obligatoires et notamment de l'entretien périnatal précoce
- Améliorer l'accompagnement des femmes en situation d'addiction quel que soit le produit,
- Soutenir les mouvements d'entraide et associations agréées œuvrant auprès des personnes en situation d'addiction, notamment avec l'alcool,
- Améliorer l'accompagnement des personnes en situation d'addiction par un appui vers la réinsertion :
  - en renforçant les dispositifs d'accompagnement des personnes souffrant d'addiction (exemple dispositifs type « ACT »),
  - en déployant le dispositif TAPAJ visant à insérer professionnellement et à réduire l'exclusion par l'accès à une activité rémunérée,
  - en soutenant les partenariats entre dispositifs (exemple : convention HéTAGE*).*

AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT et LES POLITIQUES LOCALES

- Améliorer l'accessibilité de l'offre :
  - Améliorer la couverture du territoire, notamment sur l'offre de consultations jeunes consommateurs, par le déploiement de consultations avancées de CSAPA, par le renforcement des dispositifs de réduction des risques et des dommages pour usagers de drogues et via l'organisation du premier recours,
  - Accompagner l'évolution des filières sanitaires dans le cadre des GHT en intégrant l'identification d'éventuels besoins en lits de sevrage,
  - Appuyer le déploiement des microstructures sur le territoire, au regard des conclusions de l'évaluation en cours pilotée par la Direction Générale de la Santé,
  - Améliorer l'accès à une offre de prise en charge des fumeurs,
  - Développer la télémédecine afin de répondre aux enjeux territoriaux d'accès à un spécialiste,
- Mobiliser les acteurs et institutions
  - Décliner la charte lieux de santé sans tabac dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et autres structures de santé tels les SUMMPS – PMI – unités sanitaires…
  - Promouvoir l'inscription d'actions de lutte contre les addictions dans les projets de santé (MSP, ESP, CPTS,…)
- Améliorer l'articulation entre les secteurs sanitaire - médico-social – social et ville
  - Organiser des temps d'échanges entre les secteurs dans le cadre de commissions départementales de coordination en addictologie,
  - Organiser la prise en charge des jeunes reçus dans un service d'urgence suite à une alcoolisation ponctuelle importante
  - Organiser le parcours de soins des personnes souffrant de troubles neurocognitifs liés aux conduites addictives
  - Renforcer les liens entre les dispositifs spécialisés, et notamment les CSAPA, et les structures d'hébergement / d'accompagnement de personnes en situation de précarité

OBJECTIF 4 : OPTIMISER LES DISPOSITIFS DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

La réduction des risques et des dommages vise à prévenir les risques et les dommages liés à l'utilisation de substances psychoactives. Elle concerne tous les usages et pratiques et concerne aussi bien la prévention que l'accompagnement en soin.

ACTIONS DIRECTES SUR LE PUBLIC

- Optimiser l'accompagnement par les dispositifs spécialisés :
  - Améliorer l'accompagnement des femmes vers les dispositifs de réduction des risques et des dommages,
  - Soutenir les CSAPA et CAARUD pour le déploiement du dépistage de l'hépatite C via la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) à destination des usagers de drogues,
  - Soutenir la mise en œuvre d'actions de prévention coordonnées à destination des personnes fréquentant les dispositifs spécialisés CSAPA – CAARUD,
  - Etendre la mise à disposition de la Naloxone (action financée par la MILDECA nationale auprès de la Fédération Addiction pour un déploiement avancé dans les CAARUD),
  - Favoriser le déploiement de dispositifs de programme d'échange de seringues en pharmacie,
- Soutenir le déploiement et la coordination des actions en milieu festif :
  - Protéger les jeunes des risques en contexte festif,
  - Soutenir les dispositifs à destination des étudiants (exemple : Université de Lorraine « faites la fête »).

AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT et LES POLITIQUES LOCALES

- Organiser l'intervention en contexte festif :
  - Mettre en œuvre un plan d'intervention des acteurs de la réduction des risques et des dommages en milieu festif en Grand Est (cahier des charges pour les évènements soumis à autorisation préfectorale, mise en réseau des acteurs, actions de prévention par les pairs…)
  - Favoriser une approche concertée de prévention des risques sanitaires et des troubles de l'ordre public associés aux événements festifs :
    - en milieu urbain en lien avec les organisateurs publics ou privés et les collectivités (charte de la vie nocturne)
    - en milieu rural lors de free party en lien avec les organisateurs, les correspondants « milieux festif » des DDCS(PP) et les collectivités
    - lors de manifestations sportives pour responsabiliser les organisateurs au regard des consommations ;
- Evaluer l'expérimentation de la salle de consommation à moindre risque à Strasbourg.

OBJECTIF 5 : CONFORTER LES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS

Le développement de l'enseignement et de la formation en addictologie des professionnels médicaux, paramédicaux et des travailleurs sociaux doit permettre aux différents acteurs de construire un savoir et une culture commune en addictologie, de décloisonner les organisations et d'accompagner l'évolution des pratiques. L'objectif est de promouvoir les attitudes positives vis à vis des personnes en situation d'addiction, d'interroger les pratiques et d'intégrer les concepts de réduction des risques et des dommages.

Améliorer les connaissances des professionnels de santé :

- Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur la question des addictions quel que soit leur secteur d'activité, en mettant en avant :
  - l'entretien motivationnel,
  - le repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB),
  - la prise en charge du tabagisme pour tous les prescripteurs de traitement de substitution nicotinique,
  - les infections liées aux méthodes de consommation comme par exemple le VHC, VHB, VIH…
  - le repérage précoce des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, le diagnostic, l'accompagnement et l'orientation des enfants.

Une attention particulière sera portée sur le déploiement des formations à destination :
- des professionnels de la périnatalité
- des acteurs de la santé au travail, en lien avec la DIRECCTE Grand Est

Améliorer les connaissances des autres professionnels accompagnant ou prenant en charge les publics cibles:

- Sensibiliser et renforcer la capacité au repérage précoce et à l'orientation des professionnels du social et du médico-social notamment au contact des jeunes (missions locales, PAEJ, MDA…)
- Former les intervenants de la police et de la gendarmerie aux pratiques pédagogiques ayant fait leurs preuves : policiers formateurs anti-drogue (PFAD), formateurs relais anti-drogue (FRAD), intervenants des centres de loisirs jeunes (CLJ) de la police nationale, gendarmes des brigades de prévention de la délinquance juvénile *(BPDJ).*

Améliorer les connaissances des professionnels pour renforcer le lien et la coopération

- Créer un espace régional de ressource et d'expertise en addictologie au service des professionnels
- Informer les professionnels sur les dispositifs existant en proximité
- Améliorer l'articulation ville-hôpital et médico-social pour l'accompagnement des femmes en situation d'addiction pendant la période de grossesse et après la naissance
- Favoriser les temps d'échanges entre l'ensemble des professionnels intervenant en milieu festif et avec les organisateurs.

OBJECTIF 6 : ASSURER LE RESPECT DE LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR

La lutte contre les trafics (drogues, tabac) et le contrôle de l'application de la réglementation en matière de vente de produits (alcool, tabac jeux d'argent et de hasard) doivent être renforcés, notamment dans les départements frontaliers et en lien avec les autorités des pays voisins (Belgique, Luxembourg, Allemagne, Suisse).
Afin d'enrayer la banalisation et l'hyperaccessibilité des substances, le respect des interdits protecteurs pour les mineurs par un meilleur encadrement de la vente des boissons alcooliques, du tabac et des jeux de hasard doit s'articuler avec la préservation de l'esprit de fête dans un espace public tranquillisé, tant en milieu rural que dans les centres urbains ou leurs périphéries, en lien avec les collectivités locales.
La lutte contre l'insécurité routière en lien avec les usages à risque reste primordiale.
Le développement de la justice résolutive de problèmes ou d'alternatives à la peine pourra appuyer cet objectif.

Lutter contre tous les trafics

- Définir une stratégie différenciée pour les **zones frontalières** pour développer la coopération régionale pour renforcer le contrôle des frontières (terrestres, aériennes, fluviales et virtuelles)
- Renforcer la lutte contre les trafics de stupéfiants par les services de la police nationale et de la gendarmerie nationale dans le cadre de la Police de sécurité du quotidien, notamment dans les départements désignés pour bénéficier d'un accompagnement adapté et les quartiers de reconquête républicaine (QRR) où un dispositif de pilotage renforcé est mis en œuvre entre DIPJ et DDSP
- Renforcer le contrôle des achats et la lutte contre les trafics transfrontaliers de produits, en coordination avec les objectifs :
  - de lutte contre la fraude au sein des CODAF
  - de lutte contre l'économie souterraine au sein des groupements interministériels de recherche (GIR)
- Consolider des actions concourant à la **prévention de la délinquance** (et de la radicalisation) :
  - intégrer cette problématique dans les plans locaux et stratégies territoriales de prévention de la délinquance conçues au sein des CL(I)SPD; ;
  - développer des actions de prévention de la récidive en milieu ouvert comme fermé pour les 13-25 ans (santé, réinsertion socioprofessionnelle) ;
  - développer des actions pour les jeunes exposés au trafic (16-25 ans) : chantiers éducatifs, chantiers d'insertion, chantiers passerelle, jobs à la journée (modèle TAPAJ)
- Renforcer le partage d'information pour s'attaquer à la vente de stupéfiants sur internet

Renforcer les contrôles en matière de réglementation sur l'alcool, le tabac et les jeux

- Améliorer la lisibilité du droit des débits de boissons en lien avec les collectivités locales en vue de réviser les conditions de vente des produits alcoolisés :
  - mettre en cohérence les conditions d'ouverture et de fonctionnement avec les maires
  - renforcer la formation de tous les exploitants de débits de boissons, y compris temporaires, en lien avec les représentants d'organisations professionnelles (UIMH, grande distribution, épiceries, cavistes, vente à distance…) et les organisateurs d'événements
- Mettre en place des plans de contrôle coordonnés au niveau local, sous l'égide des préfets pour faire mieux respecter les interdits protecteurs en faveur des mineurs :
  - interdiction de vente de tabac et d'alcool, de jeux d'argent et de hasard
  - respect du cadre légal des « happy hour » en proposant des boissons non alcoolisées
  - respect de la réglementation relative à la publicité, notamment dans les enceintes sportives
- Associer à l'amende pour ivresse publique manifeste (IPM) :
  - une proposition de soins (cf. action conduite dans la ville de Pau)
  - un raccompagnement au frais du contrevenant

Lutter contre l'insécurité routière

- Poursuivre une politique de contrôles et de dépistages routiers (alcootest et tests salivaires) adaptée aux territoires et accroître la probabilité des contrôles et sanctions immédiates après usage de stupéfiants et sous l'emprise d'un état alcoolique ;
- Favoriser et amplifier l'usage de l'éthylotest anti-démarrage (EAD)
- Développer des actions de « justice résolutive de problèmes » pour les auteurs de délits ou d'infractions routières

ANNEXES

ANNEXE 1 : LES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES EN MILIEU SCOLAIRE ET EN APPRENTISSAGE

L'OMS définit les compétences psychosociales (CPS) comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »
Ces compétences sont étroitement liées à l'estime de soi et aux compétences relationnelles : relation à soi et relation aux autres. En milieu scolaire, elles contribuent par le renforcement de l'estime de soi, à la pacification du climat scolaire et la progression de la réussite des élèves.

Selon la tranche d'âge du public cible et la catégorie d'établissement, les approches sont différentes :

- Du CP à l'entrée au collège (6 à 11 ans) = avant l'âge moyen des 1ères consommations, les programmes sont axés sur le développement des compétences psycho-sociales (CPS) dans une approche globale (exemple : Primavera - Good Behavior Game (GBG)
- Dès l'entrée au collège (dès 11 ans) = pendant ou après l'âge moyen des premières consommations (12 ans et +), les programmes sont spécialisés conjuguant l'acquisition de connaissances et de compétences psychosociales (exemple : Unplugged, ASSIST)
- Pour les apprentis et lycées professionnels / agricoles, des programmes spécialisés sur l'approche public sont élaborés (exemple : TABADO - P2P Agir par les pairs)

L'ensemble des programmes reconnus comme données probantes est disponible sur le site internet de Santé Publique France : http://inpes.santepubliquefrance.fr/registre_interventions/fiches/p2p.asp

A noter, ne pourront être soutenues que les actions :

- s'inscrivant dans un projet global d'établissement ou de territoire prenant appui sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC),
- portées par un organisme habilité par l'éducation nationale,
- répondant aux critères de la charte locale d'intervention en établissement scolaire
- reconnues données probantes par Santé Publique France ou à défaut prometteuses et comportant une évaluation complète de l'action et de ses effets,
- validé par l'institution compétente (Rectorat / DRAAF/ PJJ…) tant sur l'opportunité du programme que sur le territoire d'intervention.

A titre d'exemple, pourraient être retenus comme prioritaires : les territoires ruraux - les territoires éligibles au label « cités éducatives » - les quartiers prioritaires de la politique de la ville ou de reconquête républicaine (QRR) - les territoires à besoin spécifiques retenus par les comités de coordination et/ou inscrits dans des CESC départementaux / académiques

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
API : Alcoolisation Ponctuelle Importante
ARS : Agence Régionale de Santé
BPDJ ; brigades de prévention de la délinquance juvénile
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CES : centre d'examen de santé
CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CJC : Consultation Jeunes Consommateurs
CLJ : centre de loisirs des jeunes
COPEGE : Collège Périnatalité en Grand Est
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CPS : compétences psycho-sociales
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DDSCPP : direction départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDSP : Direction départementale de la sécurité publique
DGS : Direction Générale de la Santé
DIPJ : Direction interrégionale de la police judiciaire
DIRECCTE : Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
EAD : éthylotest anti-démarrage
ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESP ¨Equipe de soins primaires
FRAD : formateurs relais anti-drogue
GHT : Groupement hospitalier de territoire
ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants
IME : Institut médico-éducatif
IPM : Ivresse Publique et Manifeste
ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MDA : Maison des adolescents
MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MSP : maisons de santé pluriprofessionnelle
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
ORS : OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeune
PASS : Permanences d'accès aux soins de santé
PES : programme d'échange de seringues
PFAD : policiers formateurs anti-drogue
PJJ : *Protection judiciaire de la Jeunesse*
PMI : protection maternelle et infantile
PRLT : projet régional de lutte contre le tabagisme
PRS : Projet régional de santé
RDRD : réduction des risques et des dommages
RPIB : repérage précoce et intervention brève
SAF : syndrome d'alcoolisation fœtale
SCMR : salle de consommation à moindre risque
SNS : stratégie nationale de santé
SPF : santé publique france
SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la santé
TCAF : Trouble causé par l'alcoolisation fœtale
TROD : test rapide d'orientation diagnostic
URPS : Union régionale des professionnels de santé

ANNEXE 3 : CONSULTATION PREALABLE

Jusqu'au 15 septembre 2019, le directeur général de l'ARS Grand Est et le préfet de la région Grand Est (chef de projet régional MILDECA) ont engagé une consultation relative à la présente feuille de route auprès de :

Administrations
Préfectures de départements (10)
Education Nationale : Rectorats (3) et DSDEN (10)
DRAAF Grand Est
DIRECCTE Grand Est
DRDJSCS Grand Est
Police nationale
Gendarmerie nationale
Douanes : DRDDI

Justice
Procureurs de la République près les TGI (16) et présidents de TGI (16)
DISP Strasbourg / SPIP
DIPJJ Grand Est

Collectivités territoriales :
Conseil régional Grand Est
Conseils départementaux (10)
Associations départementales des maires (10)

Organismes sociaux
Assurance maladie
MSA
Régime local
CAF

Les acteurs
Les gestionnaires d'établissements médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques
FHF – FEHAP – FHP – URIOPSS
Lieu d'accueil et d'orientation des jeunes : maison des adolescents et missions locales
Les maternités
Fédération régionale des MSP
Les URPS et Ordres des professionnels de santé
Le COPEGE
Les associations oeuvrant en prévention des addictions pour lesquels un conventionnement est en cours avec l'ARS et/ou la MILDECA : CIRDD – ANPAA – AVSEA – CDPA – CMSEA – Ithaque – OPPELIA
La délégation régionale Fédération Addiction

Les universités et instituts de formation
Universités : SUMPPS, Vie étudiante, CROUS
IFSI
Institut de formation des travailleurs sociaux

Les représentants des usagers
France Assos Santé Grand Est
La CAMERUP

ANNEXE 4 : SOURCES D'INFORMATION

Hashtags	#MILDECA #addictions #drogues #tabac #alcool #arsgrandest	
Comptes Instagram	**Comptes Twitter**	**Comptes Facebook**
	@MILDECAgouv @OFDT @DroguesInfo @Alcoolinfo @Mois_sans_tabac @JoueursInfo @santeprevention	
Sites internet	www.santepubliquefrance.fr www.ofdt.fr/ www.odicer.ofdt.fr http://www.epopé-inserm.fr/ https://ors-ge.org/ www.inrs.fr www.inserme.fr www.drogues.gouv.fr https://www.grand-est.ars.sante.fr/ www.addictaide.fr www.additra.org https://www.alcool-info-service.fr/ https://www.tabac-info-service.fr/ http://www.joueurs-info-service.fr/	

ANNEXE 5 : LES EXEMPLES CITES DANS LA FEUILLE DE ROUTE

Triple P
Améliorer les compétences parentales vis-à-vis des enfants et préadolescents à comportements à risque
Aide aux parents, campagnes d'information, consultations, assistance

PSFP
PSFP est un programme d'accompagnement à la parentalité d'origine américaine, aujourd'hui adapté à la France. Ce programme structuré et progressif accueille 10 familles pour 14 ateliers de 2 heures. Chaque atelier hebdomadaire comprend 3 temps d'intervention : parents/enfants/familles, pour renforcer les compétences parentales, les compétences psychosociales des enfants et le lien familial. Participatif et très concret, PSFP apporte aux parents des outils pragmatiques à tester dans un environnement soutenant. Les principales compétences parentales travaillées sont le développement d'une attention positive à l'enfant, une communication apaisée et plus efficace, la gestion du stress et des émotions, la gestion des écrans et la mise en place d'une discipline éducative non-violente. Les enfants bénéficient d'un programme de valorisation des compétences psychosociales « classique » : écoute, dialogue, empathie, identification et gestion des émotions, résolution de problèmes et résistance à la pression des pairs. Le temps famille vise à expérimenter ensemble les outils proposés et à renforcer le lien parents-enfants. Les attitudes pédagogiques des animateurs du programme sont essentielles à son succès.

PANJO
Adapter dans des services de PMI un dispositif de promotion de la santé et de soutien à l'attachement auprès de familles en difficulté ; augmenter l'attachement entre l'enfant et sa mère, prévenir la maltraitance
Fondé sur les programmes NFP et CAPEDP ; intervention de formation-action

GBG
Améliorer la capacité à travailler collectivement des enfants les plus en difficulté avec l'école
Organisation du travail en classe par sous-groupes avec application de règles collectives

UNPLUGGED
Réduction de la consommation de substances addictives chez des adolescents
Type d'intervention : Intervention en milieu scolaire sur 12 séances

ASSIST
Programme britannique de prévention du tabagisme par les pairs au **collège en classe de 5ème**, dont l'efficacité pour prévenir l'initiation au tabagisme a été démontrée par un essai contrôlé randomisé en cluster. Les pairs sont élus par leurs camarades (pairs leaders ou ambassadeurs), objectif de 15% d'élèves formés.
Ils sont formés pendant 2 jours (informations sur le tabac et le tabagisme, développement de compétences psychosociales et de communication), en dehors de l'établissement scolaire et par des intervenants extérieurs (avec l'accord de leurs parents). Quatre séances de suivi d'environ une heure sont ensuite programmées. Le programme est « informel » : une fois formés, ces pairs leaders doivent influencer leurs camarades lors de leurs interactions de tous les jours. Les formateurs formant les enfants désignés doivent avoir été formés au programme Assist et au contrôle du tabac.

TABADO
Le programme comprend trois étapes : une séance d'information par classe d'environ 60 minutes, une consultation individuelle de 50 minutes avec un tabacologue, et une séquence de quatre séances en petit groupe plus une consultation individuelle de suivi, toutes les unes à trois semaines. Il s'insère dans une stratégie d'établissement.

P2P Agir par les pairs

Si l'influence des pairs peut encourager l'usage du tabac, on constate que l'éducation par les pairs a aussi un potentiel bénéfique pour changer le comportement tabagique des adolescents. P2P est une démarche de prévention du tabagisme chez les lycéens reposant sur l'éducation par les pairs dans 15 établissements professionnels de la région Languedoc-Roussillon et s'appuie sur la Théorie des Comportements Planifiés afin d'induire efficacement un changement d'attitude, d'intention et de comportement vis-à-vis du tabagisme.

TAPAJ

Le Travail Alternatif Payé à la Journée (TAPAJ) est un programme d'insertion globale à seuils adaptés pour des jeunes en très grande précarité, désocialisés et souffrant de problèmes d'addiction. Il leur permet d'être rémunérés en fin de journée, pour une activité professionnelle qui ne nécessite pas de qualifications ou d'expériences préalables et ne les engage pas immédiatement sur la durée. TAPAJ est un outil complémentaire de RDR sociale permettant aux CSAPA / CAARUD porteurs du programme de créer de nouvelles passerelles vers le soin plus précoces et consolidées. En permettant ainsi de réduire les risques psychologiques et sociaux pour des jeunes en grand danger, TAPAJ favorise la continuité des interventions sanitaires et sociales, en faisant de l'insertion socioprofessionnelle une porte d'entrée vers le soin. Modélisé à Bordeaux en 2012, le programme est désormais déployé dans 24 territoires français. L'innovation TAPAJ est aujourd'hui reconnue au niveau national, en étant explicitement mis en avant dans le cadre du Plan Pauvreté présenté par le Président de la République en septembre 2018.

Faites la Fête

Le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) de l'Université de Lorraine organise chaque année un programme d'actions appelé « Faites la fête » et destiné aux étudiants de tous les campus lorrains.

Primavera

Programme de prévention des conduites à risques et addictives par l'approche expérientielle en école et collège (CM1, CM2, 6ème et 5ème)se déroulant sur quatre années et nécessitant une continuité de l'intervention entre établissements du primaire et du secondaire sur une même zone géographique.

Ce programme s'appuie sur un socle commun pédagogique et théorique devant être appliqué sur tous les sites, avec des modalités et des outils pouvant être adaptés avec un minimum de 23 heures par an d'activités (réunions, formations, mise en place des séances en classe, évaluation).

HéTAGE

Convention partenariale signées entre les associations gestionnaires de CTR/ATR et les ACT de Marne relative à l'hébergement thérapeutique en Grand Est pour les personnes en situation d'addiction dans le but d'améliorer le parcours des personnes accueillies.