

Addictions : améliorer les parcours de prise en charge

JUIN 2026
2025-079R

RAPPORT

Nathalie
Rabier-Thoreau

Stéphanie
Seydoux

Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

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



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SYNTHESE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

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

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

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

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