

SANTÉ

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Sous-direction de l'organisation des soins

Bureau de l'offre régionale de soins
et des populations spécifiques

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

NOR : [SJSH0830983C](#)

Date d'application : immédiate.

Résumé : cette circulaire vise à préciser les rôles et articulations de chaque volet du dispositif sanitaire par des référentiels de prise en charge et de soins aux personnes ayant une conduite addictive.

Mots clés : addictions, référentiels d'organisation des soins ; filière de soins addictologique ; équipes de liaison et de soins en addictologie ; court séjour addictologique ; hospitalisation de jour ; consultation hospitalière d'addictologie ; services de soins de suite et de réadaptation ; plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 ; plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites ; le tabac et l'alcool.

Textes de référence :

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;

Circulaire DH/EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie ;

Circulaire DHOS02DGS/SD/6B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant une conduite addictive ;

Circulaire DHOS/03/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM ;

Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie ;

Plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions ;

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 ;

Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie ;

Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ;

Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Annexes :

- Annexe I. – Référentiel d'organisation des soins pour la filière addictologique ;
- Annexe II. – Référentiel d'organisation des soins pour le court séjour addictologique ;
- Annexe III. – Référentiel d'organisation des soins pour les équipes de liaison et de soins en addictologie ;
- Annexe IV. – Référentiel d'organisation des soins pour les consultations hospitalières en addictologie ;
- Annexe V. – Référentiel d'organisation des soins pour l'hospitalisation de jour en addictologie ;
- Annexe VI. – Référentiel d'organisation des soins pour les services de soins de suite et de réadaptation pour les personnes ayant une conduite addictive.

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et la circulaire DGS/DHOS n° 203 du 16 mai 2007 ont pour objet de permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive aux demandes d'accueil, d'accompagnement et de soins. Ces personnes doivent bénéficier d'une continuité de prise en charge par l'articulation et la coordination des professionnels intervenant dans le dispositif médicosocial, le dispositif sanitaire, la médecine de ville et les réseaux de santé.

Les dispositions de la présente circulaire visent à la structuration territoriale du dispositif sanitaire, organisé en filières hospitalières addictologiques, dont les différentes composantes sont décrites sous forme de référentiels d'organisation des soins (cf. annexes I à VI).

1. La filière hospitalière de soins addictologiques a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.

Sur son territoire d'implantation, une filière propose des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques.

Elle assure à cette fin, des évaluations cliniques et psychosociales à visée diagnostique, thérapeutique et de réinsertion. Elle organise l'orientation rapide de la personne selon ses besoins, soit dans le cadre d'une prise en charge hospitalière, soit au sein du dispositif de prise en charge défini par la circulaire DGS/6B/DHOS/02 n° 203 du 16 mai 2007. Au sein de la filière, la personne ayant une conduite addictive bénéficie d'une palette complète de prises en charge spécifiques, assurées :

- en consultation ;
- en hospitalisation de jour ;
- en hospitalisation complète programmée ou non programmée, y compris en services de soins de suite et de réadaptation.

L'accompagnement et l'orientation à la sortie de l'hospitalisation permettent de réduire le risque de réadmission dans ces services.

Outre ces missions, la filière de soins en addictologie contribue à la diffusion de la culture addictologique et à la formation des personnels.

Du fait de sa dimension territoriale, la filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs maillons de l'activité addictologique que sont le court séjour, l'équipe de liaison et de soins en addictologie, les consultations et les hôpitaux de jour, les services de soins et de réadaptation.

Une filière de soins addictologique s'appuie nécessairement sur des partenariats solides de santé au sein de son territoire d'implantation avec l'ensemble des acteurs du dispositif de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive, relevant du champ du médico-social, de la ville. Ces partenariats peuvent être facilités par la coordination des acteurs de l'addictologie au sein des réseaux de santé, s'ils existent sur le territoire de la filière.

2. Les filières de soins addictologiques doivent s'inscrire dans une dynamique d'organisation territoriale, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur la base de référentiels d'organisation des soins.

Une filière hospitalière de soins addictologique revêt une dimension fonctionnelle majeure qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des personnes, une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes unités de soins et des résultats concrets et lisibles pour les patients.

La valeur ajoutée d'une filière est par ailleurs d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive. Elle a de ce fait, vocation à s'inscrire dans le réseau de santé qui a pour mission de favoriser l'accès aux soins, la coordination des soins dans un contexte d'interdisciplinarité des prises en charge.

L'ensemble de ces orientations fera l'objet de plans d'actions, déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé, et élaborés sur la base de référentiels d'organisation des soins en addictologie.

Le plan d'action contractualisé prendra en compte à la fois l'existant et la dynamique de création ou d'amélioration d'une filière, afin d'atteindre progressivement les objectifs mentionnés dans les référentiels. Il convient de souligner que ces objectifs qui concernent à la fois les locaux, les équipements et les personnels ne constituent en aucun cas des normes opposables.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens que vous serez amenés à négocier avec chaque établissement de santé concerné, pourront ainsi préciser ses missions au sein d'une filière de soins addictologique, les actions programmées, le calendrier de mise en œuvre et les modalités d'évaluation.

Il vous sera demandé un état des lieux des filières hospitalières de soins addictologiques au 31 décembre de chaque année à travers un questionnaire d'enquête transmis par la sous direction de l'organisation du système des soins, bureau O2.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de ses annexes aux établissements de santé et de me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre.

Pour la ministre et par délégation :
*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. PODEUR

ANNEXE I

FILIÈRE HOSPITALIÈRE DE SOINS Référentiel d'organisation des soins

1. Préambule

La filière hospitalière de soins addictologiques constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins sur un territoire donné et a pour objet de couvrir les parcours de soins hospitaliers des personnes présentant des conduites addictives. Elle prend en compte le caractère évolutif de leurs besoins de santé et le niveau de recours aux compétences et aux plateaux techniques. La filière s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes présentant une conduite addictive. Les dispositifs concernés sont multiples et impliquent les compétences sanitaires, médico-sociales et la ville. Cette diversité de l'offre de prise en charge constitue une richesse qui doit être conservée et renforcée, dans la mesure où elle se développe de manière harmonieuse, complémentaire et coordonnée.

La filière de soins addictologiques hospitaliers revêt une dimension fonctionnelle majeure qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des patients, une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes structures.

2. Zone de couverture

Les agences régionales de l'hospitalisation sont chargées de définir le territoire d'implantation des filières hospitalières de soins addictologiques en fonction des caractéristiques de chaque région, du découpage territorial retenu dans les SROS, de l'offre addictologique existante et de l'organisation territoriale du secteur médico-social arrêtée dans les schémas régionaux d'addictologie médico-sociale.

La région doit être couverte en totalité par plusieurs filières hospitalières de soins addictologiques.

Une filière s'organise habituellement autour d'un ou plusieurs établissements de santé. La mission de chacun d'entre eux, au sein de la filière, dépend du type de structures de soins dont il dispose.

3. Missions

Les filières de soins hospitaliers en addictologie doivent remplir les missions suivantes :

- l'hospitalisation des personnes présentant une ou plusieurs conduites addictives et dont l'importance et la gravité des problèmes justifient ce type de prise en charge ;
- les hospitalisations sont dans certaines situations non programmées : les services d'urgence associés aux équipes de liaison et de soins et les courts séjours addictologiques joueront un rôle de tout premier plan. Dans d'autres cas, les hospitalisations sont programmées et vont mobiliser les services de court séjour addictologique ou les lits de soins de suite et de réadaptation.

Dans les deux cas, l'hospitalisation a pour objectifs :

- une évaluation globale du patient ;
- la réalisation d'un sevrage ;
- la participation si nécessaire à un programme de soins complexes qui peut être effectué en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour ;
- une prise en charge courte dans le cadre de situations de crise ;
- des consultations d'évaluation, de repérage précoce, d'orientation et de prise en charge ;
- la liaison : la filière hospitalière addictologique doit être en mesure de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes de l'avis addictologique d'une équipe de liaison.

Quel que soit le service d'hospitalisation demandeur, dès lors qu'il relève de la zone de couverture de la filière et qu'il ne comporte pas en propre de compétence addictologique. Les rôles des équipes de liaison sont l'aide à la prise en charge de patients et la formation des équipes soignantes, en particulier celles des services d'accueil des urgences. Les équipes de liaison ont également pour rôle de faire le lien avec les partenaires extérieurs.

Enfin, elles doivent participer à la formation et à la recherche.

Le développement des filières d'addictologie hospitalière implique le développement d'une culture addictologique au sein de l'institution même, afin que l'addictologie soit identifiée et individualisée tant au niveau de l'organisation hospitalière qu'au niveau des pratiques. Le développement des structures d'addictologie hospitalières doit s'intégrer harmonieusement dans le cadre de la réforme hospitalière notamment la mise en place des pôles d'activité.

4. Organisation

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et la circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 ont défini l'organisation, les filières de soins addictologiques hospitalières en 3 niveaux :

Les structures de niveau 1, de proximité, dont les missions comportent :

- la réalisation de sevrages résidentiels simples ;
- l'activité de liaison ;
- des consultations.

Les moyens doivent être regroupés au sein d'une unité fonctionnelle pour les établissements publics de santé et d'une unité individualisée pour les autres établissements de santé (Fehap), afin de permettre leur mutualisation.

Les structures de niveau 2 qui sont les structures de recours d'un territoire.

Les structures de court séjour : outre les missions du niveau 1, elles offrent la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes (en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour). Ces moyens sont regroupés au sein d'une unité fonctionnelle ou d'un service, ou d'une structure interne, ou d'un pôle. Ces activités peuvent être assurées par des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie qui ont développé une structure addictologique spécifique.

Les soins de suite et de réadaptation sont également des structures de niveau 2. Ils permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus pour les patients qui le nécessitent.

Les structures de niveau 3 qui sont les structures de recours régional.

Elles assurent en plus des missions des structures de niveau 2, des missions d'enseignement et de formation, de recherche, de coordination régionale. Une structure de ce type doit être envisagée, comme objectif à terme, dans chaque CHU ou dans un établissement de santé lié au CHU par une convention hospitalo-universitaire dans le domaine de l'addictologie.

Une prise en charge en hospitalisation, qu'elle soit réalisée dans une structure de niveau 1, 2 ou 3, est particulièrement indiquée dans les cas suivants :

- intoxications aiguës sévères, overdoses ;
- sevrages justifiant une hospitalisation (*delirium tremens*, dépendances majeures aux substances psychoactives, polydépendances...) ;
- soins complexes ;
- pathologies somatiques associées (cardiaques, par exemple) qui rendent périlleuse une cure de sevrage en ambulatoire et/ou exigent un bilan et des soins ;
- échecs antérieurs de traitements entrepris dans des cadres moins intensifs résidentiels ou ambulatoires ;
- comorbidité psychiatrique grave (menace suicidaire, psychose aiguë, troubles majeurs du comportement...), troubles cognitifs induits. La prise en charge par la filière des problèmes psychiatriques associés aux conduites addictives, se fait en articulation avec les structures psychiatriques (équipes de liaison, secteurs...) afin de répondre au mieux aux problèmes posés par les patients.

Pour certains établissements de santé, l'organisation des structures en niveaux 1, 2 et 3 décrite ci-dessus se fait par étapes et représente donc un objectif à terme. Pour être reconnues comme telles, ces structures doivent être inscrites dans le projet d'établissement et doivent faire l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

5. Articulation avec les partenaires

Les partenaires de la filière hospitalière sont multiples. Ils doivent être complémentaires et s'articuler de façon à orienter les patients vers la structure la plus adaptée à leurs besoins, quelle qu'en soit la porte d'entrée. C'est bien la fluidité du parcours de soins au sein de l'ensemble du dispositif qu'il faut assurer. Le lieu optimal de traitement pour l'utilisateur sera le cadre le moins contraignant et qui assure en même temps les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité compte tenu de son état.

Le dispositif médico-social :

Un des enjeux est de préciser clairement les missions entre les structures de façon à en assurer la complémentarité et non la juxtaposition. La circulaire DGS/DHOS du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge en addictologie précisait la spécificité du secteur médico-social (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA – et centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues – CAARUD). Celui-ci assure une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psychosocial, et l'aide à l'insertion. La circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA précise la spécificité de ces structures mais il conviendra de profiter des trois ans prévus pour la mise en place de ces centres pour clarifier les missions du médico-social et du sanitaire.

Pour permettre un rapprochement des deux secteurs, les collaborations seront précisées au mieux dans des conventions entre les établissements de santé porteurs des filières addictologiques et leurs correspondants médico-sociaux de manière à préciser les modalités de travail et les partenariats envisageables.

Les médecins de ville :

- ils ont un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation et l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives ;
- les liens entre l'équipe hospitalière d'addictologie et les médecins de ville en particulier le médecin traitant doivent être renforcés. Compte tenu de la diversité des structures d'accueil et de prise en charge, le rôle de coordonnateur du médecin traitant est essentiel.

Les réseaux de santé :

Les réseaux de santé sont des partenaires légitimes de la filière addictologique sur le territoire.

Les relations entre la filière et les réseaux sont explicités dans une circulaire en cours de préparation sur l'addictologie au sein des réseaux de santé.

ANNEXE II

COURT SÉJOUR ADDICTOLOGIQUE

Référentiel d'organisation des soins

L'unité de court séjour addictologique prend en charge en hospitalisation complète des patients ayant une conduite addictive dont la sévérité ou la gravité des complications somatiques ou psychiatriques justifie une hospitalisation. La prise en charge est graduée selon la gravité des troubles, avec une organisation du court séjour en niveau 1 pour les cas les plus simples, et niveau 2-3 pour les cas plus complexes.

Le champ de compétence du court séjour addictologique s'étend à l'ensemble des conduites addictives (alcool, tabac, substances illicites, médicaments, addictions sans produit).

1. Définition

Le court séjour addictologique est une structure de prise en charge aiguë de l'ensemble des problèmes posés par les patients. Il peut s'agir de la conduite addictive elle-même, ou de ses complications somatiques et/ou psychiatriques et/ou des co-morbidités associées.

Le court séjour assure le sevrage qui représente une étape essentielle dans la prise en charge du patient dépendant. Le sevrage en hospitalisation est particulièrement indiqué en cas :

- de dépendance physique sévère, d'une complication d'un sevrage antérieur, de polyaddictions ;
- de pathologies somatiques associées qui rendent périlleuses un sevrage ambulatoire et/ou exigent un bilan ou des soins spécifiques ;
- de co-morbidités psychiatriques empêchant le traitement à un niveau moins intensif
- d'échec antérieur de traitement entrepris dans un cadre moins intensif ;
- de contexte socio-environnemental défavorable.

Le court séjour addictologique peut également accueillir des patients pour bilan ou en situation de crise.

2. Missions

Le court séjour addictologique accueille des patients ayant besoin d'une prise en charge variable allant d'un sevrage simple, à des soins plus complexes selon le degré de dépendance et des complications associées.

Le court séjour de recours accueille les patients qui nécessitent un programme thérapeutique intensif du fait d'une dépendance majeure, de la nécessité de bilans approfondis à cause de l'importance de leurs problèmes et/ou qui sont en situation d'échec après une ou plusieurs tentatives de sevrage.

Les missions du court séjour de recours sont les suivantes :

- accueillir le patient, évaluer la conduite addictive, les complications somatiques, les troubles psychiatriques, cognitifs, les problèmes sociaux ;
- assurer le sevrage dans des conditions de sécurité adéquate ;
- établir un projet de soin global et personnalisé intégrant la prise en charge addictive, somatique, psychiatrique et sociale ;
- mettre en place des traitements de substitution pour les opiacés ou des substituts nicotiniques ;
- organiser la sortie en lieu de vie, en articulation avec les autres partenaires du dispositif sanitaire et notamment un service de soins de suite et de réadaptation addictologique, du dispositif médico-social et social ou l'orientation vers une autre structure d'hébergement, ou un centre résidentiel. Cette articulation sera facilitée par la coordination du réseau de santé s'il existe sur le territoire.

Le court séjour participe à la recherche en addictologie et à la formation en addictologie des personnels des établissements de santé.

3. Place dans la filière de soins addictologiques hospitalière

Le court séjour addictologique est l'axe principal autour duquel s'articulent les autres structures de soins de la filière hospitalière en addictologie.

Mode d'entrée :

L'admission des patients directement en court séjour addictologique, sans passage par les urgences, est le mode d'entrée à privilégier. Le court séjour doit être organisé notamment avec la consultation d'addictologie pour répondre aux demandes des médecins traitants et du dispositif medico-social d'addictologie pour que les hospitalisations soient programmées dans les meilleurs délais.

L'admission par le biais de la structure des urgences est également possible, après évaluation par l'équipe de liaison et de soins en addictologie.

Mode de sortie :

La préparation de la sortie est réalisée dès que possible au cours du séjour. Elle finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé. Elle implique une collaboration entre les différentes structures de soins du dispositif sanitaire en addictologie et les partenaires médico-sociaux, sociaux, les professionnels de santé libéraux. L'action complémentaire de l'ensemble de ces acteurs est éventuellement coordonnée par le réseau de santé s'il existe sur le territoire.

4. Implantation

L'accès au court séjour addictologique doit être organisé dans tout établissement de santé disposant d'une structure des urgences définie par le décret 2006-576 du 22 mai 2006 sur place ou par convention avec un autre établissement de santé situé à proximité.

Il convient de disposer d'au moins une structure de court séjour addictologique de recours permettant des sevrages et soins résidentiels complexes pour 500 000 habitants organisée dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé.

Le court séjour addictologique de recours peut être assuré par un établissement de santé ayant une activité en psychiatrie et développant une structure addictologique spécifique.

5. Fonctionnement

Dimensionnement :

Le dimensionnement varie selon l'activité de la structure, le profil des patients pris en charge et le programme thérapeutique proposé.

Le sevrage simple est réalisé au sein d'une unité d'hospitalisation référente qui dispose de 5 à 6 lits spécifiquement dédiés aux patients ayant une conduite addictive. La durée d'hospitalisation est de 5 à 10 jours.

L'équipe soignante de l'unité d'hospitalisation référente doit être au minimum sensibilisée à l'addictologie et reçoit le soutien de l'équipe de liaison pour la prise en charge addictologique.

Le sevrage et les soins résidentiels complexes sont réalisés dans un court séjour addictologique de recours. Dimensionné en fonction des besoins, ce dernier dispose d'environ 10 à 15 lits regroupés en unité fonctionnelle pour les établissements publics de santé ou en unité individualisée pour les autres établissements de santé, en service ou structure interne. Cette structure devra être reconnue par l'agence régionale de l'hospitalisation dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, sur le projet médical et la spécialisation de l'équipe médicale et para-médicale. La durée d'hospitalisation est de 2 à 4 semaines.

La prise en charge médicale devra être assurée au minimum par un ou des praticiens disposant d'une compétence en addictologie afin d'assurer la continuité médicale des soins.

La présence d'un personnel infirmier et d'aides soignants est nécessaire 24 heures sur 24 pour assurer la continuité des soins, doublée d'un temps de cadre de santé.

La prise en charge médico – psycho – technique est assurée par la présence de psychologue, assistant social, diététicien, kinésithérapeute ergothérapeute, psychomotricien.

Cette équipe pluridisciplinaire doit avoir bénéficié d'une formation spécifique à l'addictologie et aux techniques de soins spécifiques qui peuvent comprendre des séances d'informations addictologiques, des thérapies de groupe, des thérapies à médiation corporelle, des thérapies cognitivo-comportementales, des thérapies familiales ou systémiques, des psychothérapies individuelles, un espace rencontre avec les associations de patients...

Recours aux avis spécialisés :

Le recours aux spécialités de l'établissement de santé doit être prévu, incluant nécessairement la psychiatrie, sur place ou à défaut, par convention.

Équipement – locaux :

Le court séjour addictologique de recours pour sevrage et soins résidentiels complexes dispose de locaux spécifiquement affectés, de bureaux pour le travail individuel avec les patients, de salles destinées à des activités spécifiques, d'une salle de soin, d'espaces détente pour les patients.

Le court séjour addictologique doit garantir l'accessibilité à un plateau médico-technique compatible avec la pathologie du patient.

6. Indicateurs de suivi annuels

Les indicateurs seront extraits d'un rapport d'activité actuellement en préparation.

ANNEXE III

ÉQUIPE HOSPITALIÈRE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

Référentiel d'organisation des soins

1. Définition

Les équipes de liaison et de soins en addictologie ont pour missions :

- de former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ayant une conduite addictive ;
- d'intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien de équipes soignantes ;
- de développer des liens avec les différents acteurs intra et extra-hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

Elles sont une composante des structures d'addictologie hospitalière de niveau 1, 2 et 3.

2. Missions

Missions de soins

L'équipe de liaison en addictologie intervient, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé qu'ils aient ou non une activité identifiée d'addictologie, notamment dans les structures de médecine d'urgence pour :

- aider au repérage précoce des problèmes addictifs (alcool, tabac, substances illicites, médicaments, addictions sans produits).

Il peut s'agir d'un repérage opportuniste (par la présence de signes fonctionnels ou biologiques de tout public ou de populations spécifiques tels que les femmes enceintes, les jeunes...). Il peut s'agir également d'un repérage systématique effectué à l'aide d'outils validés. Dans les deux cas, le repérage sera accompagné selon la gravité de la situation, de conseils simples, d'interventions brèves ou d'une orientation dans le dispositif addictologique.

- contribuer à l'évaluation de l'addiction, à l'élaboration du projet de soins et à la mise en place d'une prise en charge médico-psychosociale au cours de l'hospitalisation ;
- aider les équipes soignantes lors de la réalisation des sevrages, de la mise en place des traitements de substitution pour les opiacés ou des substituts nicotiniques ;
- préparer la sortie de l'hospitalisation et orienter la personne vers le dispositif spécialisé hospitalier, médico-social, la ville, avec l'aide du réseau de santé s'il existe sur le territoire.

Autres missions

La sensibilisation et la formation des équipes de soins à l'addictologie.

Les objectifs sont d'introduire ou de renforcer une culture addictologique dans les établissements de santé et visent à l'introduction ou au renforcement d'un savoir-faire des soignants dans la prise en charge des patients ayant un problème addictif. Diverses actions peuvent être menées : formation continue en addictologie ouverte à toute catégorie de personnel, formations ciblées pour les intervenants de services spécifiques (urgences, gynéco-obstétrique, néonatalogie, cancérologie, psychiatrie), élaboration de protocoles (protocoles de repérage des conduites addictives, protocoles de prise en charge addictologique, des sevrages et surdosages).

- l'éducation à la santé en addictologie à la fois en direction des patients, des personnels hospitaliers ;
- la participation aux travaux de recherche notamment de recherche clinique en addictologie ;
- le travail en lien avec les équipes d'addictologie du territoire de santé dans le cadre de la coordination des soins ;
- l'articulation et la coordination avec les autres acteurs sanitaires et sociaux concernés (autres structures addictologiques hospitalières, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, centres médico-psychologiques, médecin traitant, centre résidentiel...) par le partage des informations avec l'accord du patient, avec l'aide du système d'information du réseau de santé s'il existe.

3. Place dans la filière hospitalière de soins addictologiques

L'équipe de liaison est adossée à une structure addictologique de niveau 1, 2 ou 3.

Elle intervient auprès des patients ayant une problématique addictive pendant leur hospitalisation dans l'ensemble des unités de soins de l'établissement de santé. La coordination avec la consultation d'addictologie et le service d'hospitalisation de référence est assurée au sein de l'unité fonctionnelle pour les établissements publics de santé et de l'unité individualisée pour les autres établissements de santé, ou de la structure interne d'addictologie à laquelle elle est intégrée.

Les modalités d'intervention de l'équipe de liaison dans les unités de soins font l'objet d'une procédure définie au sein de l'établissement de santé.

Le service dans lequel est hospitalisé le patient assure la responsabilité de la prise en charge de ce dernier.

L'équipe de liaison collabore avec les autres structures addictologiques hospitalières, le dispositif ambulatoire spécialisé en addictologie, la médecine de ville et les réseaux de santé en addictologie pour assurer la continuité du suivi addictologique.

4. Implantation

Une équipe de liaison et de soins en addictologie, organisée en propre ou par convention avec un autre établissement de santé, doit être en mesure d'intervenir au sein de tout établissement disposant d'une structure des urgences définie par le décret 2006-576 du 22 mai 2006.

5. Fonctionnement

Personnel médical et non médical

Pour remplir ses missions intra-hospitalières, l'équipe de liaison et de soins bénéficie au minimum d'une présence de médecin et d'infirmiers, ainsi que de temps de psychologue, d'assistant social et de diététicien.

Cet effectif est à moduler en fonction de la taille de l'établissement.

L'ensemble de l'équipe doit être formée en addictologie.

Un avis psychiatrique est assuré de préférence dans le cadre d'un travail concerté avec la psychiatrie de liaison.

Organisation

L'équipe de liaison assure une présence quotidienne du lundi au vendredi.

- le travail avec les patients peut être individuel ou de groupe notamment d'information qui peut être orientée par produit ou vers une population particulière (les femmes enceintes, les jeunes, les personnes en situation de précarité) ;
- les temps de coordination pour le suivi post-hospitalier, de synthèse de l'équipe de liaison, de formation sensibilisation des personnels des établissements de santé sont pris en compte dans le bilan d'activité.

6. Indicateurs de suivi annuel

Les indicateurs seront extraits d'un rapport d'activité actuellement en préparation.

ANNEXE IV

CONSULTATION HOSPITALIÈRE D'ADDICTOLOGIE

Référentiel d'organisation des soins

1. Définition

La consultation hospitalière d'addictologie est un maillon de la filière hospitalière d'addictologie. Elle constitue l'interface entre le dispositif addictologique hospitalier, le dispositif spécialisé ambulatoire et la médecine de ville. Elle est une porte d'entrée importante d'accès aux soins pour les personnes ayant une conduite addictive.

Le champ de compétence de la consultation hospitalière d'addictologie s'étend à l'ensemble des conduites addictives (alcool, tabac, substances illicites, médicaments, addictions sans produit).

2. Missions

Missions de soins

- accueillir, évaluer, traiter, orienter dans le dispositif addictologique toute personne sollicitant une aide spécialisée en milieu hospitalier ;
- prendre en charge les patients ayant une conduite addictive qui s'inscrivent dans un programme de soins addictologiques en établissement de santé pour un sevrage simple, des soins résidentiels complexes, des soins de suite et de réadaptation, et organiser cette hospitalisation en lien avec l'équipe de liaison en addictologie ;
- traiter en ambulatoire les patients ayant une conduite addictive présentant des dommages induits liés à l'addiction ou une comorbidité somatique et/ou psychique sévères et pour lesquels la technicité de l'hôpital s'avère nécessaire ;
- proposer une prise en charge aux patients présentant un usage à risque ou un usage nocif repéré lors d'une admission à l'hôpital ;
- assurer des consultations pour des groupes spécifiques tels que les jeunes, les femmes enceintes...

Autres missions

Participation :

- à la politique de prévention au sein des établissements de santé sur le modèle hôpital sans tabac ;
- à la recherche notamment au programme hospitalier de recherche clinique en addictologie ;
- à la formation des personnels des établissements de santé en addictologie (formation initiale et continue et notamment lieu de stage pour les étudiants des filières médicales et de santé).

3. Place dans la filière hospitalière de soins addictologiques

La consultation hospitalière d'addictologie est une composante des structures d'addictologie hospitalière de niveau 1, 2 et 3.

La coordination au sein de la filière avec l'équipe de liaison et le service d'hospitalisation de référence est assurée dans le cadre de l'unité fonctionnelle fonctionnelle pour les établissements publics de santé et de l'unité individualisée pour les autres établissements de santé, ou de la structure interne d'addictologie à laquelle les consultations sont intégrées.

Le mode d'accès à la consultation hospitalière d'addictologie résulte soit d'une démarche spontanée du patient, soit d'une orientation par le dispositif spécialisé médico-social, soit par le médecin traitant ou par un partenaire institutionnel (éducation nationale, justice...).

La consultation hospitalière d'addictologie prend en charge les patients en ambulatoire ou l'oriente vers une hospitalisation si cette dernière s'avère indispensable.

4. Implantation

L'accès à une consultation d'addictologie, sur place ou par convention, doit être organisé dans tout établissement de santé doté d'une structure de médecine d'urgence définie par le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006.

5. Fonctionnement

Personnel médical et non médical

Pour répondre à ses missions, la consultation d'addictologie (incluant la consultation de tabacologie) dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de la présence d'un médecin, d'infirmiers ainsi que du temps de psychologue, d'assistant social, de diététicien.

L'ensemble de l'équipe doit être formée en addictologie.
Le recours à des avis spécialisés notamment en psychiatrie doit être prévu.

Organisation

Des mesures sont prises pour faciliter l'accès des consultations : horaires de consultations, identification des compétences (tabacologie, alcoologie, cannabis, etc.).

La prise en charge est individuelle ou en groupe.

Des protocoles d'accueil et de soins spécifiques à une conduite addictive sont proposés afin d'aider le personnel des consultations dans leur démarche.

La consultation hospitalière d'addictologie est complémentaire des partenaires extérieurs à l'hôpital, notamment le dispositif spécialisé médico-social et les médecins de ville, avec lesquels elle travaille en étroite collaboration. Le partenariat avec le dispositif médico-social peut être formalisé par convention permettant ainsi de favoriser la coordination du parcours de soin des patients présentant une conduite addictive et d'améliorer la réponse addictologique au sein d'un territoire de santé.

Locaux et équipement

La consultation hospitalière d'addictologie est une structure individualisée regroupant en un même lieu la prise en charge ambulatoire de toutes les conduites addictives. Elle dispose de locaux suffisants, d'un secrétariat unique, et bénéficie d'une identification au sein de l'hôpital.

L'accès au plateau médico-technique (laboratoire, imagerie...) est organisé.

6. Indicateurs de suivi annuels

Les indicateurs seront extraits d'un rapport d'activité actuellement en préparation, sur la base d'un premier projet testé en 2005.

ANNEXE V

HÔPITAL DE JOUR ADDICTOLOGIQUE

Référentiel d'organisation des soins

1. Définition

L'hôpital de jour en addictologie assure une prise en charge ambulatoire des patients ayant une dépendance et/ou des complications sévères nécessitant un cadre de soins adaptés à leurs besoins tout en maintenant un lien environnemental.

L'hôpital de jour en offrant un cadre thérapeutique, permet d'éviter une hospitalisation à temps plein. Il préserve ainsi l'insertion sociale et familiale des patients.

Le champ de compétence de l'hôpital de jour en addictologie s'étend à l'ensemble des conduites addictives (alcool, tabac, substances illicites, médicaments, addictions sans produit).

2. Missions

L'hôpital de jour en addictologie a pour missions :

- l'évaluation addictologique des patients nécessitant des soins complexes afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée ;
- la réalisation de bilans et l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés, réactualisés au moins une fois par mois ;
- la réalisation des sevrages (alcool, tabac, autres substances) ainsi que des soins addictologiques spécifiques et diversifiées chez des patients présentant une dépendance sévère et/ou une comorbidité somatique ou psychique ;
- l'accompagnement du patient au décours d'un sevrage en hospitalisation complète afin d'assurer une transition satisfaisante avec un retour dans le lieu de vie ;
- l'accompagnement à moyen et long terme des patients à problématiques multiples et sévères, psychopathologiques, somatiques et sociales ;
- la gestion de crises pour des patients connus, qu'il s'agisse de reprise de consommation, de difficultés psychiques ;
- la participation au suivi du patient par des réévaluations régulières et des prises en charges spécialisées.

L'hôpital de jour en addictologie participe à la recherche en addictologie et à la formation en addictologie des personnels des établissements de santé.

3. Place dans la filière hospitalière de soins addictologiques

L'hôpital de jour en addictologie, composante des structures d'addictologie de niveau 2 et 3 est une unité de soins spécifiquement addictologique.

Il permet d'accueillir au sein de la filière hospitalière les patients nécessitant des soins complexes, de réaliser ou de poursuivre un traitement sur un mode intensif tout en maintenant le lien avec l'environnement de vie.

Mode d'entrée des patients

Les patients peuvent être admis au décours du court séjour addictologique, adressés par un médecin traitant, un CSAPA, un service hospitalier, la structure des urgences après évaluation par l'équipe de liaison, une consultation.

Mode de sortie

Dès qu'il est légitime de s'interroger sur l'avenir du patient, la préparation à la sortie est réalisée en collaboration entre le patient, les acteurs de la prise en charge addictologique en cours, les partenaires médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux. Le réseau de santé, s'il existe facilite cette collaboration.

4. Implantation

L'implantation se fait dans les établissements de santé disposant d'une structure addictologique de recours de niveau 2/3 afin de privilégier la thérapeutique diversifiée que requièrent la complexité et la spécificité des soins au patient.

5. Fonctionnement

Dimensionnement : il est recommandé que l'hôpital de jour comporte de 6 à 15 places et fonctionne 5 jours sur 7 de 9 heures à 17 heures.

Personnel médical et non médical

- une unité d'hospitalisation de jour addictologique doit pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire composé au minimum de la présence de praticien, d'infirmiers, de psychologue complétée par du temps de cadre de santé, d'assistante sociale, d'aides-soignantes ;
- d'autres intervenants sont nécessaires selon les orientations thérapeutiques (diététicien, kinésithérapeute, psychomotricien, éducateur...);

Cette équipe doit avoir bénéficié d'une formation spécifique à l'addictologie et aux techniques de soins spécifiques utilisées.

Equipement

L'hôpital de jour doit comporter au minimum un salon d'accueil et de séjour, une salle à manger, une salle de soins, des salles de thérapie collective, des bureaux de consultation.

La localisation à proximité de la structure interne d'addictologie de rattachement présente l'intérêt de pouvoir faire bénéficier les patients de moyens humains et matériels.

6. Indicateurs de suivi annuel

Les indicateurs seront extraits d'un rapport d'activité actuellement en préparation.

ANNEXE VI

STRUCTURES DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION PRENANT EN CHARGE LES AFFECTIONS LIÉES AUX CONDUITES ADDICTIVES

Référentiel d'organisation des soins

1. Définition

Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) en addictologie ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation.

Les SSR sont une des composantes des structures addictologiques de recours, de niveau 2, éventuellement 3. Ils accueillent en hospitalisation des patients en mésusage sévère le plus souvent dépendants après un sevrage, ou après des soins résidentiels complexes.

Le champ de compétence des SSR s'étend aux conduites addictives aux substances psychoactives associées ou non à d'autres addictions comportementales.

2. Missions

La prise en charge vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.

Les SSR assurent en plus du suivi médical, une aide psychothérapeutique individuelle et collective, un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale.

Selon les complications et déficits qu'entraînent les addictions, ils peuvent être plus particulièrement orientés vers la prise en charge des complications somatiques ; des troubles psychologiques ou psychiatriques ; des troubles neurologiques et cognitifs ; ainsi que vers la réadaptation sociale.

3. Les modalités de prise en charge des structures de soins de suite et de réadaptation en addictologie

Les SSR offrent un accueil en hospitalisation complète ou de jour.

Les étapes clés de la prise en charge sont :

- à l'admission : effectuer un bilan médico-psycho-social, rédiger un projet thérapeutique personnalisé, assurer sa mise en œuvre pour la restauration de la personne sur les plans clinique, biologique, psychologique et social ;
- effectuer sa réévaluation périodique ;
- préparer la phase de retour dans le milieu de vie, en collaboration avec le patient et sa famille, les intervenants du dispositif spécialisé en addictologie, et les professionnels libéraux.

4. Place dans la filière addictologique hospitalière

Les SSR sont un temps intermédiaire de prise en charge résidentielle entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins addictologiques, après le retour dans le lieu de vie.

Pour justifier une orientation en SSR, le patient doit être volontaire et motivé pour : faire le point sur son comportement addictif ; accepter ce travail sur soi dans un lieu et un temps propices à la restauration de la personne sur les plans biologique, psychologique et social ; adhérer aux objectifs thérapeutiques et aux conditions du séjour au sein de l'établissement choisi ; adhérer au contrat thérapeutique proposé par la structure et coopérer aux soins.

L'articulation des SSR avec l'ensemble des structures de la filière hospitalière de soins addictologiques est organisée.

Mode d'entrée des patients :

- les SSR assurent la prise en charge des patients, soit dans les suites d'une hospitalisation dans une structure d'addictologie de niveau 1, 2 ou 3 pour un sevrage ou des soins résidentiels complexes, soit à la suite d'une orientation par une structure médico-sociale, soit par un accès direct du domicile à la demande du médecin traitant ;
- l'admission est réalisée sur la base d'un dossier médical comportant des données médico-psycho-sociales et des co-morbidités éventuelles associées à l'addiction.

Mode de prise en charge :

- la durée de la prise en charge varie selon les patients de quelques semaines à 3 mois ;
- les pratiques thérapeutiques et de réadaptation sont dispensées de façon individuelle ou collective sous forme de psychothérapie, d'ergothérapie, de psychomotricité, de kinésithérapie, d'éducation thérapeutique, d'activité physique adaptée... ;
- une prise en charge particulière est effectuée pour des patients présentant au premier plan des troubles des fonctions cognitives et qui n'ont plus les capacités pour bénéficier pleinement des soins de suite et de réadaptation addictologique classiques. Un séjour préalable dans les SSR d'addictologie dédiés à la récupération cognitive avec un programme thérapeutique spécialement adapté s'avère indispensable. Ce séjour permet une amélioration progressive de l'état de ces patients qui peuvent ultérieurement, rentrer dans un programme de SSR classique.

Mode de sortie :

La préparation de la sortie finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé. Elle implique une collaboration entre les différentes structures du dispositif de prise en charge en addictologie, les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le patient et son entourage. Cette collaboration est facilitée par la coordination du réseau de santé, s'il existe sur le territoire.

5. Implantation géographique

La répartition géographique des soins de suite et de réadaptation doit répondre aux besoins de chaque région et des projets thérapeutiques de ces structures de façon à assurer une couverture satisfaisante du territoire.

Le recrutement s'adresse d'abord aux patients de la région. Toutefois l'admission de patients hors région est indiquée dans les cas suivants :

- parce que le SSR propose un programme thérapeutique spécifique répondant aux besoins du patient ;
- parce que des séjours répétés dans les établissements d'une même région ne suscitent plus d'effets ;
- parce que l'éloignement géographique est parfois thérapeutique.

6. Moyens de fonctionnement

Dimensionnement :

Une structure de SSR dispose au minimum de 15 à 20 lits et un maximum de 60 lits à 70 lits. Au-delà de cette capacité, il est indiqué, pour des raisons fonctionnelles, d'organiser le SSR en plusieurs unités.

Le personnel médical et non médical :

- la prise en charge médicale devra être assurée au minimum par un ou des médecins, disposant d'une compétence en addictologie.

La continuité médicale des soins est assurée soit par une astreinte, soit éventuellement par convention avec une garde externe.

- une présence infirmière est assurée 24 heures sur 24 ;
- la prise en charge médico-technique est assurée par la présence de psychologue et de personnel éducatif (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, animateur socioculturel, aide médico-psychologique...) ;
- en fonction du projet thérapeutique, l'équipe soignante peut être complétée par les professionnels suivants : ergothérapeute, diététicien(ne), éducateur technique, moniteur d'atelier, éducateur sportif, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, enseignant en activités physiques adaptées,...

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à l'addictologie.

Le recours à des avis spécialisés, en particulier en psychiatrie doit être prévu.

Locaux et équipements :

Les SSR doivent disposer de locaux et d'un plateau technique de rééducation adapté aux activités thérapeutiques et de réadaptation. L'accès à des plateaux médico-techniques d'exploration et de rééducation spécialisés doit être rendu possible.

7. Indicateurs annuels de suivi

Les indicateurs de suivi sont extraits d'un rapport d'activité actuellement en préparation.