



**Ministère de la santé, de la famille
et des personnes handicapées**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

***GUIDE DE BONNES PRATIQUES
POUR LES EQUIPES HOSPITALIERES
DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE***

DECEMBRE 2003

PREFACE

La prise en charge des personnes ayant des conduites addictives par les établissements de santé a été longtemps reléguée au second plan au profit de la médecine somatique ou de pathologies jugées "plus vitales", faisant appel à des bases scientifiques validées et à des actes très techniques.

Face à la demande de soins et de sevrage de la part d'un nombre croissant de patients et grâce aux changements de comportement des soignants, l'addictologie hospitalière s'est progressivement développée au cours de ces deux dernières décennies. Elle répond aujourd'hui à une priorité de santé publique et participe à l'amélioration de la qualité des soins ainsi qu'à la reconnaissance des droits des patients.

Cependant on relève encore trop de cas de personnes dont les problèmes d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives n'ont pas été pris en compte par l'équipe soignante, que ce soit à l'accueil aux urgences ou en cours d'hospitalisation. La raison en est soit un manque d'information et de sensibilisation, soit un manque de disponibilité de la part de celle-ci, surtout dans les services d'accueil et de traitement des urgences. S'y ajoute parfois un phénomène de déni ou de rejet. Enfin un certain nombre de patients cumulent des problèmes multiples auxquels les soignants ne sont pas toujours armés pour faire face et qu'il est pourtant nécessaire de prendre en charge dans leur globalité. Ainsi aux complications médicales, chirurgicales, psychiatriques, s'ajoutent bien souvent des problèmes de désinsertion sociale, professionnelle, familiale ou de précarité.

Les mesures prises par les pouvoirs publics ces dernières années visent trois principaux objectifs

- introduire à l'hôpital une " culture addictologique" parmi le personnel soignant tout en lui donnant la compétence nécessaire pour la prise en charge de ces patients, grâce à des actions de formation spécifiques ;
- accompagner et soutenir les équipes soignantes dans leur démarche de travail en réseau par la création et le renforcement des équipes de liaison et de soins en addictologie.
- coordonner les équipes hospitalières de liaison avec les structures de soins ambulatoires autour des patients.

L'objectif recherché est en effet de favoriser une prise en charge globale, multidisciplinaire et de qualité, des personnes ayant un problème avec les substances psychoactives depuis l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital et de s'assurer des relais ultérieurs par un travail de partenariat intra et extrahospitalier.

Des instructions ont été données aux établissements de santé par deux principales circulaires ministérielles:

- Circulaire DH/EO4/96-557du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison
- Circulaire DHOS/O2-DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant des conduites addictives. Cette dernière a fixé un cadre d'organisation et de fonctionnement des équipes hospitalières de liaison et de soins en

addictologie. Elle a également défini leurs missions en mettant l'accent sur la nécessité d'offrir des réponses centrées non plus sur les produits mais également sur les conduites de consommation.

Ce guide de bonnes pratiques s'inscrit parmi les outils mis à la disposition des équipes hospitalières de liaison en addictologie dans leur pratique quotidienne. Il participe d'une façon plus générale à un partage de compétences et à une optimisation des ressources grâce à la pratique du travail en réseau, en vue d'une amélioration des soins au bénéfice du patient.

**Le Directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins.**

Edouard COUTY

SOMMAIRE

	Pages
1 .PREFACE -----	2 - 3
2. SOMMAIRE -----	4
3. INTRODUCTION -----	5 – 6
 4. FICHES TECHNIQUES - RECOMMANDATIONS PRATIQUES	
4.1. L'Accueil aux urgences -----	8 - 10
4.2. Le partenariat intra et extra hospitalier -----	11 - 15
4.3. Le sevrage -----	16 – 21
4.4. Les traitements de substitution -----	22 - 26
4.5. Les populations spécifiques -----	27 - 31
4.6. Les femmes enceintes -----	32 - 34
4.7. La formation -----	35 - 36
 5. LE RECUEIL DES DONNEES - L' EVALUATION -----	 37 - 38
6.TEXTES DE REFERENCE -----	40
 7. COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE ET DU COMITE DE LECTURE	 41 -43

INTRODUCTION

Au cours de ces deux dernières décennies, les politiques de prévention et de lutte contre l'abus et l'usage nocif de substances psychoactives ont mis l'accent sur la nécessité de favoriser une plus grande cohérence du dispositif de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive ainsi que d'un renforcement de ce dispositif afin de faire face au problème de santé publique que constitue l'addiction dans toutes ses dimensions et dans toutes ses composantes.

Une meilleure articulation et coordination des intervenants dans les domaines des soins et de la réinsertion est nécessaire afin que les personnes ayant un usage nocif ou une dépendance soient accompagnées et prises en charge dans leur globalité et dans la continuité de leur parcours. Cet objectif ne peut être atteint que par un véritable partenariat de l'ensemble des professionnels concernés, qu'ils relèvent du dispositif spécialisé, des établissements de santé, du secteur de la psychiatrie, de la médecine ambulatoire, du secteur social.

Les établissements de santé sont aujourd'hui une composante importante de ce réseau de soins et de prise en charge. Depuis le début des années 1990, des actions ont été engagées par les pouvoirs publics pour promouvoir la participation du secteur hospitalier à l'accueil et aux soins des personnes ayant une conduite addictive et pour offrir des réponses adaptées aux besoins spécifiques de ces patients, qu'il s'agisse de toxicomanie, d'alcoolisme ou de tabagisme. Les priorités de ces dernières années des établissements de santé ont porté principalement sur trois volets: la formation et la sensibilisation du personnel, le repérage précoce des patients et le développement du travail de liaison.

La coordination des pratiques cliniques hospitalières en direction des usagers de drogues ainsi que des personnes ayant un usage nocif ou une dépendance à l'alcool, a été préconisée dès les années 1995- 1996 . Ainsi,

- en réponse à l'épidémie du VIH chez les usagers de drogues par voie intra veineuse, le plan toxicomanie-sida de l'AP-HP (1995-2000) a mis en place des premières équipes de coordination et d'intervention mobile auprès des usagers de drogues connues sous le nom d'Ecimud. Ces équipes se sont structurées à partir de services et de pratiques cliniques différentes: maladies infectieuses, psychiatrie, médecine interne, urgences, santé publique.

- dans le même temps, l'alcoologie hospitalière a été renforcée par la création et le développement d'équipes de liaison dont les missions et le cadre de fonctionnement ont été définis par la circulaire DH du 10 septembre 1996.

Ces mesures ont été complétées par des instructions relatives à la coordination de la lutte contre le tabagisme et à une prise en charge globale de l'addictologie hospitalière avec :

- la circulaire DH/E02-DGS n° 182 du 3 avril 2000 portant sur la création et le renforcement des consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie dans les établissements de santé
- la circulaire DHOS/02-DGS/SD6B 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

Cette dernière circulaire introduit pour la première fois la notion d'addictologie hospitalière

- avec la nécessité d'offrir non plus des réponses centrées exclusivement sur les produits mais d'intégrer les conduites de consommation dont certaines sont communes à l'ensemble des addictions et d'autres sont spécifiques aux produits en cause
- et de prendre en compte l'ensemble des produits : tabac, alcool, produits illicites et les médicaments psychoactifs pour les personnes ayant une polydépendance.

Cette circulaire dresse également un cadre d'organisation et de fonctionnement des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie et fixe leurs missions.

Afin de favoriser la création et le renforcement des équipes, des dotations spécifiques ont été allouées aux régions pendant trois années consécutives, en 2000, 2001 et 2002. L'objectif visé est que tous les départements de la France métropolitaine et des DOM soient dotés d'au moins une équipe de liaison en addictologie. Cet objectif est quasiment atteint à ce jour.

Deux ans après la parution de la circulaire du 8 septembre 2000, il a paru souhaitable d'offrir à ces équipes l'occasion de confronter leurs pratiques quotidiennes, de partager leurs expériences et de définir ensemble les perspectives d'avenir.

Un colloque s'est tenu à Paris le 8 octobre 2002, au cours duquel les participants ont exprimé le souhait de disposer d'un guide méthodologique qui les aiderait à faire face à des situations les plus fréquemment rencontrées et qui leur posent des problèmes spécifiques. Ils ont également souligné la nécessité de disposer d'un outil de recueil épidémiologique des patients pris en charge ainsi que d'un rapport annuel d'activité standardisé commun à toutes les équipes.

Un comité de pilotage a été mis en place pour rédiger le présent guide de bonnes pratiques, présenté sous forme de fiches techniques et qui a été soumis à l'avis d'un comité de lecture.

Les recommandations contenues dans ces fiches rédigées par des professionnels pour des professionnels sont destinées à rappeler les principes de base de la conduite à tenir devant une situation clinique donnée. Elles doivent être interprétées et adaptées en fonction de la situation propre à chaque patient et aux spécificités de chaque équipe. Elles ne sont en aucun cas "des

instructions" ni des "normes". Enfin ces recommandations sont évolutives et sont appelées à être revues à la lumière de l'expérience acquise par les équipes au fil du temps.

FICHES PRATIQUES

- 1. le travail aux urgences**
- 2. le partenariat intra et extra hospitalier**
- 3. le sevrage**
- 4. les thérapeutiques de substitution**
- 5. les populations spécifiques**
- 6. les femmes enceintes**
- 7. la formation**

<p style="text-align: center;"><i>FICHE N°1</i></p> <p style="text-align: center;"><i>ACCUEIL ET URGENCES</i></p>

I) LA PROBLEMATIQUE

Les urgences constituent un lieu où les pathologies rencontrées doivent être rapidement diagnostiquées, traitées ou orientées.

Le patient admis pour des troubles du comportement risque d'être considéré seulement comme un élément perturbateur et non comme un sujet en difficulté avec un produit.

Les représentations de "l'alcoolique ou du toxicomane agressif" restent encore prégnantes dans l'esprit des soignants et l'accueil réservé à ce type de patient manque parfois d'empathie et peut être marqué d'un jugement moraliste négatif.

Toute la difficulté va être de pouvoir proposer une prise en charge à des sujets qui sont souvent dans le déni ou dans des demandes masquées et dont les conduites addictives peuvent alors passer inaperçues.

L'équipe soignante du service des urgences va devoir repérer les patients présentant des conduites d'usage à risque ou d'usage nocif ou de dépendance, et dans l'urgence, ou ses suites immédiates les mettre en contact avec l'équipe de liaison.

II) LE CONSTAT

Deux situations peuvent être rencontrées :

- Soit le patient est admis aux urgences pour un épisode aigu en rapport évident avec la prise d'une substance psychoactive. Un avis spécialisé est alors demandé.

- Soit le patient est admis pour un épisode non initialement rattachable, avant investigations cliniques et paracliniques, à l'usage d'une substance psychoactive. S'il ne présente pas de signes de dépendance, la prise de substances psychoactives risque de passer inaperçue.

La prise en compte de ces conduites addictives dépendra du temps que l'urgentiste et ses collaborateurs paramédicaux pourront y consacrer, de leur connaissance des méthodes et des outils de repérage et de l'intérêt qu'ils y portent.

III) LES RECOMMANDATIONS

Il apparaît indispensable de renforcer aux urgences le rôle des équipes de liaison à différents niveaux :

a) Dans la **sensibilisation et la formation** des équipes des urgences :

- à l'accueil et au dépistage des patients présentant des conduites addictives à type d'abus, d'usage nocif ou à risque de dépendance ;
- à l'évolution des consommations (ecstasy, médicaments et traitements de substitutions détournés...) et aux polyconsommations telles que l'association cannabis, alcool chez les jeunes ;
- aux moyens thérapeutiques disponibles en particulier les traitements de substitution ;
- à la réduction des risques ;
- à la connaissance des dispositifs de soins.
- à l'identification des problèmes sociaux.

Le rôle de l'équipe de liaison est de mettre en œuvre ces fonctions spécifiques et d'inciter les soignants à y participer.

b) Dans la **définition des modalités de repérage** et l'élaboration avec l'équipe des urgences de **protocoles de prise en charge** dans diverses situations cliniques :

- Etat de manque (cf fiche N°4) ;
- Intoxications médicamenteuses ou toxiques ;
- Troubles psychiatriques ;
- Sevrage ;
- Hospitalisation pour pathologie somatique ;
- Conduites à risque (jeunes et femmes enceintes...) etc...

Des protocoles simples de repérage doivent être élaborés conjointement avec l'équipe des urgences ainsi que des protocoles de prescription, se référant aux conférences de consensus et consultables facilement par les divers intervenants des urgences.

Les prescriptions proposées par l'équipe de liaison restent néanmoins sous la responsabilité du médecin urgentiste.

c) Dans l'organisation des **liens** entre les différents acteurs afin de faciliter les prises en charge dans le cadre des **réseaux**.

Toute personne accueillie dans une unité des urgences pour des problèmes liés à l'usage de substances psycho-actives, doit pouvoir bénéficier :

- d'une consultation spécialisée apportant au minimum une information orale et/ou écrite ;
- d'une proposition d'orientation ou d'organisation d'une prise en charge si nécessaire. Si cette personne est déjà prise en charge à l'extérieur de l'établissement, les règles déontologiques doivent être appliquées comme pour toute autre pathologie prise en charge en urgence: envoi d'un courrier au médecin traitant habituel- non détournement de clientèle...
- d'une hospitalisation de courte durée si l'entretien et l'évaluation clinique et psychosociale sont impossibles dans l'immédiat (par exemple en cas d'ivresse, de troubles cognitifs), afin d'évaluer la situation dès que l'état du patient le permettra.

Le passage régulier des équipes de liaison aux urgences est indispensable. Le travail de l'équipe de liaison en addictologie ne pourra se faire qu'en étroite collaboration avec l'équipe de liaison en psychiatrie et le médecin traitant extérieur à l'établissement.

Même si leur pronostic vital n'est pas engagé, les personnes admises aux urgences pour une situation médico-sociale grave (situation de détresse importante, situation de crise traduisant une décompensation de la conduite addictive, troubles d'ordre psychique tels troubles anxieux et/ ou dépressif, décompensations aiguës et menaces de passage à l'acte, ou troubles somatiques...) doivent pouvoir être gardées en hospitalisation de courte durée, suivie éventuellement par une orientation vers un service spécialisé. Dans les établissements de santé comportant une activité addictologique, des lits doivent être disponibles pour accueillir ces « urgences addictologiques » sans pour autant gêner les séjours pour sevrages programmés.

Le médecin traitant sera dans toute la mesure du possible contacté et associé à la prise de décision. Sa connaissance du patient et de son entourage aidera à conforter la prise de décision d'hospitalisation et par la suite à organiser le retour à domicile.

FICHE N°2
***PARTENARIAT INTRA ET EXTRA
HOSPITALIER***

I. LE CONSTAT

Si les complications somatiques et/ou psychiques des conduites addictives sont en général bien prises en charge, la prise en compte des conduites addictives elles-mêmes des patients vus aux services des urgences ou hospitalisés est loin d'être généralisée.

Dans un contexte de réduction de nombre de lits et de limitation des durées moyennes de séjour, l'intervention rapide et précoce de l'équipe de liaison auprès des patients hospitalisés permet de bâtir un projet thérapeutique et favorise l'organisation des soins à la sortie. Cependant, on constate trop souvent encore le recours tardif à l'équipe de liaison (la veille ou le matin même du départ), rendant ainsi plus difficile la prise en charge du problème addictif durant l'hospitalisation et la préparation à la sortie.

Les équipes non spécialisées présentent souvent une insuffisance de connaissances et de formation concernant la prise en charge des conduites addictives et notamment une méconnaissance des succès observés dans la prise en charge de certains patients.

On peut également noter l'occupation fréquente par des patients présentant d'autres pathologies, jugées plus vitales, des lits « réservés » à l'addictologie dans les services non spécialisés mais à « orientation » addictologique.

La qualité de la réponse de l'équipe hospitalière de liaison en addictologie à la demande de soins dépend en grande partie de la qualité de ses relations avec ses partenaires. Elle repose sur la notion de transversalité du fonctionnement de l'équipe au sein de l'hôpital et avec le dispositif extra hospitalier d'une part, et d'autre part, sur la transversalité de discipline.

En raison des nécessités cliniques et des indispensables relations interprofessionnelles avec les membres des autres équipes intra et extra hospitalières, la multidisciplinarité est un élément majeur pour garantir l'implantation efficace et le fonctionnement d'une équipe de liaison.

a) Transversalité de l'équipe de liaison en addictologie au sein de l'hôpital

Les équipes de liaison en addictologie s'inscrivent dans une démarche transversale initiée dans les hôpitaux depuis plusieurs années concernant plusieurs autres domaines : la douleur, les soins palliatifs et la fin de vie, la psychiatrie, parfois l'accès aux soins dans le cadre de la précarité. Cette démarche a pour objectif de faciliter l'accès à des soins spécifiques à des patients hospitalisés pour des motifs divers (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et psychiatriques) dans des services n'ayant pas développé cette compétence transversale. Ces équipes, au delà d'une consultation spécialisée, proposent une prise en charge multidisciplinaire en liaison avec le service référent dans lequel le patient est soigné.

Elles sont complémentaires des équipes en charge des soins, les soutiennent, les forment, et renforcent un travail thérapeutique qui nécessite un investissement de temps important.

Elles assurent la liaison extrahospitalière en orientant les patients vers les dispositifs de soins les mieux adaptés.

Le fonctionnement des équipes de liaison en addictologie répond aux principes suivants :

1. Elles interviennent auprès de chaque service clinique qui en fait la demande, au titre d'une expertise clinique avec une évaluation de la situation clinique en rapport avec un mésusage de substances psycho-actives et des propositions de protocoles de soins spécifiques adaptés au patient : traitement de substitution, sevrage, traitement antalgique, traitement symptomatique du manque.

- La première intervention est réalisée rapidement auprès du patient et/ou de l'équipe hospitalière par l'un des membres de l'équipe de liaison, souvent l'infirmier(e) pour évaluer les besoins en matière de soins et de prise en charge psychosociale spécifique.
- La mission de l'équipe se poursuit en cours d'hospitalisation par des prises en charge de différentes natures : bilan social, soutien psychologique, ajustement des traitements, orientation et préparation de la sortie d'hospitalisation.
- Par ailleurs, l'équipe de liaison assure le soutien de l'équipe référente, participe aux réunions cliniques concernant le patient et assure la circulation de l'information par la transmission orale et écrite des informations concernant ce dernier.

2. Tous les services d'hospitalisation sont susceptibles de contacter l'équipe de liaison.

- Le service référent de la prise en charge médicale du patient demeure le service d'accueil qui décide donc du déroulement des soins et garde la responsabilité de la prescription.
- Le service des urgences, souvent confronté en première ligne à des patients en difficulté avec une substance psychoactive ou par leur conduite addictive, sollicite fréquemment l'équipe de liaison.

- Un rapprochement avec la psychiatrie d'urgence ou de liaison est conseillé.
- Lors de l'admission d'un patient par les urgences, la continuité des soins en addictologie sera assurée par l'équipe de liaison qui se déplacera dans le service d'hospitalisation.
- Les services de consultation, y compris les consultations de précarité (ou la *PASS*), peuvent également faire appel à l'équipe de liaison pour favoriser l'adhésion à la prise en charge ambulatoire d'une pathologie somatique ou psychiatrique d'un patient ayant des conduites addictives : l'intervention de l'équipe de liaison se fera conjointement avec celle de ce service.
- L'existence au sein de l'établissement d'un hôpital de jour permet, en particulier lors de co-morbidités associées à l'addiction, de faciliter l'accès aux soins du patient.

3. Certaines hospitalisations nécessitent préalablement à l'admission des consultations externes avec l'équipe de liaison, en particulier lors d'une demande de sevrage sélectif ou total, lors d'une grossesse, lors d'une indication d'hospitalisation pour initier un traitement de substitution aux opiacés. Ces consultations font souvent suite à la demande de la médecine de ville ou d'un centre de soins spécialisés externe à l'hôpital qui assureront la continuité des soins à la sortie. Une articulation de l'équipe de liaison ces partenaires est indispensable.

4. De même, des consultations de post-hospitalisation sont fréquemment nécessaires lorsqu'aucun suivi préalable à l'hospitalisation n'existait ou en cas d'absence de couverture sociale et ce, dans l'attente d'une régularisation des droits et d'une orientation vers une structure ou un professionnel de ville. Bien qu'il ne soit pas dans les missions de l'équipe de liaison d'assurer des consultations externes de suivi, elle se doit de revoir en consultations ultérieures les patients qui le demandent expressément, en l'absence d'un relais existant en ville et en attendant d'en trouver un.

5. Outre ces missions de soins, l'équipe de liaison joue un rôle dans l'organisation de la prévention des conduites addictives et de leurs risques au sein de l'hôpital auprès des patients et des soignants en mettant à disposition de la documentation, en effectuant du conseil direct, en sensibilisant les équipes à la réduction des risques.

b) Transversalité de l'équipe de liaison avec l'extérieur de l'hôpital

Cette mission, encore insuffisamment développée par la communauté hospitalière, est essentielle pour assurer la continuité des soins, en privilégiant la proximité et la compétence. Elle permet d'éviter les dysfonctionnements, compte tenu de la multiplicité des professionnels intra et extrahospitaliers, libéraux et institutionnels rencontrés par les patients. Elle développe des partenariats au sein des *réseaux de santé* pour faciliter l'orientation des patients avant une hospitalisation programmée, ou à leur sortie. Ces *partenariats*, si possible formalisés à travers des *conventions*, notamment avec les structures médico-sociales du dispositif spécialisé

(CSST et CCAA) permettent également de mutualiser les moyens pour la formation du personnel hospitalier et de réaliser des formations conjointes entre intervenants externes et internes à l'hôpital. Au maximum, l'équipe de liaison pourra être à l'origine et participer activement à un réseau d'addictologie formalisé sur un territoire donné dans les conditions prévues par la circulaire n° 2002-610 du 10 décembre 2002 relative aux réseaux de santé.

La coordination des missions et des activités des différents partenaires en addictologie à formaliser par des conventions ou à promouvoir à travers le développement des réseaux devrait faire l'objet d'une inscription dans des schémas régionaux d'addictologie ou mieux, dans un volet " Addictologie" des SROS, avec une déclinaison pour chaque territoire de santé.

II) LES RECOMMANDATIONS

En intra comme en extra-hospitalier, il convient de favoriser la disponibilité, la mobilité et l'accessibilité de l'équipe de liaison (temps de secrétariat adéquat, bip, téléphone portable). Comme préconisée dans la circulaire de 2000, la création d'une Unité Fonctionnelle, intégrée à un service ou à un département, facilitera l'inscription de ses missions dans le projet d'établissement, l'identification de son activité, le fléchage de ses moyens, et permettra ainsi d'optimiser son fonctionnement et sa lisibilité.

A) Le partenariat intra-hospitalier devra être le plus étendu possible, principalement :

1) Avec l'ensemble des équipes soignantes :

- La sensibilisation, la formation formelle (réunions) ou informelle (notamment au lit des patients) de l'ensemble des équipes soignantes doivent être favorisées pour développer une culture addictologique à l'hôpital ;
- Le partenariat avec les équipes spécialisées (gastro-entérologie, neurologie, infectiologie, médecine interne, psychiatrie) est justifié par la nécessité d'une approche globale du patient, conduisant à avoir recours aux compétences de ces services.

2) Des liens privilégiés doivent être mis en place avec :

- les équipes de psychiatrie de liaison, du fait de la fréquence des co-morbidités et afin d'organiser au mieux l'orientation des patients vers les services les mieux adaptés et/ou les plus disponibles;
- les services de consultations externes ;
- les services sociaux auprès des malades et les PASS ;
- la pharmacie de l'hôpital et de la ville.
- les centres de soins spécialisés en ville (CSST,CCAA, centres méthadone...)
- les médecins libéraux
- les services de médecine préventive et du travail et les centres de santé

3°) Des liens étroits doivent être établis avec les responsables des formations au sein des établissements de santé.

4°) Enfin, il convient de renforcer l'intérêt des CME pour la prise en charge des conduites addictives et d'intégrer dans les Contrats d'objectifs et de moyens (COM) un volet spécifique en addictologie avec des postes titulaires et « protégés ».

D'une manière générale, il est souhaitable que dans chaque établissement de santé, le projet médical d'établissement comporte un volet addictologique dans lequel seront inscrites l'équipe de liaison et ses missions.

B) Concernant le partenariat extrahospitalier, la mise en place des équipes de liaison s'inscrit dans un partenariat de réseau où tous les acteurs concernés, intra et extra hospitaliers, mutualisent leurs compétences et leurs moyens afin d'aboutir à une politique cohérente et concertée de prise en charge addictologique.

- des coopérations étroites doivent être établies avec les centres spécialisés (CSST, CCAA) et les réseaux de soins locaux.
- des partenariats pourront être établis avec des acteurs de prévention, des champs sanitaires, médico-sociaux, socio-éducatifs, judiciaires et pénitentiaires ;
- comme en intra-hospitalier, une connaissance mutuelle des équipes (voire des visites des différents services/établissements) est hautement souhaitable pour le travail en réseau et la cohérence des filières de soins et de prise en charge.

Lorsqu'un séjour de post-cure est indiqué après un sevrage, il est souhaitable qu'il s'effectue juste après de dernier, lui-même suivi ou non d'une convalescence. Ainsi la mission de l'équipe de liaison est d'assurer la cohérence entre les différents établissements de santé assurant le sevrage, la convalescence et la post-cure.

- Enfin il convient de favoriser l'élaboration de volet «addictologique» dans les SROSS et de développer la création de réseaux.

FICHE N° 3

LE SEVRAGE

Le sevrage peut être défini comme l'arrêt brutal de la consommation d'une substance psychoactive qu'il soit accidentel, à l'initiative du sujet ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique chez un sujet dépendant.

Le sevrage thérapeutique s'opère selon les cas en milieu hospitalier ou en ambulatoire et vise à limiter le malaise physique et psychique lié au syndrome de manque. Il ne constitue qu'une étape dans la prise en charge.

Le terme cure de sevrage ne semble pas pertinent dans la mesure où il entraîne une confusion entre la période courte du sevrage et le temps généralement plus long consacré à la période de réadaptation et de restauration de soi qui constitue aussi un temps de soins parfois intenses.

I) LE CONSTAT

1- le financement pour les personnes prises en charge pour sevrage en hospitalisation complète, est différent selon les produits consommés :

- Pour les produits illicites, la prise en charge s'inscrit dans le cadre de la loi du 31/12/70 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie qui assure la gratuité des soins et le respect de l'anonymat. Seuls les sevrages à une substance ou plante classée comme stupéfiant font l'objet d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie, y compris le forfait journalier. Les hôpitaux bénéficient d'un financement forfaitaire dans le cadre de la dotation globale.
- Pour les produits licites (alcool, médicaments..), le financement de ces sevrages est soumis au régime de droit commun.
- En cas de polytoxicomanies : Une prise en charge à 100% ne peut être demandé que si le produit principal est considéré comme produit stupéfiant illicite.

2-Les données épidémiologiques varient également selon les substances :

- En alcoologie il n'existe pas de chiffres précis ou exhaustifs sur le nombre de sevrages réalisés en France chaque année en milieu hospitalier. Les sevrages ambulatoires sont encore bien plus difficiles à comptabiliser.

On estime que les unités d'alcoologie hospitalières individualisées réalisent entre 13 000 et 16 000 sevrages annuels. Les centres de cure et de post-cure reçoivent aux alentours de 8 000 patients par an et assurent un sevrage à cette population.

Mais ces chiffres sont bien en dessous de la réalité car il n'existe aucune procédure fiable de recensement ; de plus tous les sevrages réalisés chez des malades hospitalisés au décours du traitement d'autres pathologies ne sont pas pris en compte.

Les estimations de prévalence des problèmes liés à l'alcool en service MCO (18% des patients hospitalisés seraient en difficulté avec l'alcool, 6% des patients seraient admis pour une complication directe de leur alcoolisme) et en secteur psychiatrique (25% des patients), laissent penser que les statistiques disponibles ne comptabilisent qu'une part minime des sevrages effectivement réalisés.

- En toxicomanie, aucun chiffre n'est disponible depuis 1999, année de la dernière enquête

SESI du mois de novembre, qui permettait une évaluation du nombre de sevrages pour les toxicomanes en France réalisés par les hôpitaux et les centres de soins spécialisés. Le nouveau système recueil d'information qui entrera en vigueur en janvier 2004 et qui sera compatible avec le recueil de l'Union européenne fournira à partir de cette date des données sur les demandes de sevrage à travers " la Fiche patient " des équipes de liaison, des CCAA et CSST.

3- Les objectifs du sevrage

Le sevrage n'est qu'une étape dans la trajectoire du malade dépendant et dans sa prise en charge. Il existe nécessairement un avant, souvent préparé par un médecin généraliste et/ou une équipe de soins spécialisés en addictologie(CSST/CCAA), et un après, souvent assuré par l'intervenant ou l'équipe qui a préparé le projet de sevrage en amont. Il s'agit à la fois d'un temps de bilan de la conduite addictive et de ses dommages induits éventuels et d'un temps de préparation à la rupture avec le toxique dans une perspective d'abstinence, ce qui requiert généralement une prise en charge ultérieure pour assurer ce maintien.

Le sevrage doit prendre en compte la prévention et le traitement des symptômes liés à l'arrêt du ou des produits et préparer la poursuite du projet de soins, de l'insertion sociale et du fonctionnement familial. Par conséquent, il doit comporter au minimum un triple bilan médical, psychologique et social.

4- Les indications des hospitalisations pour sevrage sont les suivantes :

- Echec de sevrages ambulatoires ;
- Détérioration de l'état physique ;
- Existence de troubles psychologiques ou psychiatriques majeurs ;
- Nature des produits de dépendance ;
- Contexte socio-familial défavorable ;
- Demande formulée par le patient lui même;
- Demande du médecin traitant en ville en liaison parfois avec les médecin du travail.

5- les difficultés rencontrées

La réduction du nombre de lits d'hospitalisation, le manque d'intérêt pour les pathologies addictives, l'encombrement chronique des urgences sont autant de facteurs qui concourent aux insuffisances de prise en charge, voire au rejet de patients en demande de sevrage dans les hôpitaux.

Ces facteurs s'ajoutent à d'autres émanant des patients eux mêmes tels la méconnaissance des risques liés à leur conduite, le déni de la sévérité de leur mésusage voire de leur dépendance, ces facteurs étant généralement majorés par l'instauration de troubles cognitifs directement induits par la conduite addictive et son ancienneté.

Le développement assez récent des équipes hospitalières de liaison qui interviennent à la fois aux urgences et dans les unités de soin a permis une amélioration sensible de la situation. Des difficultés persistent néanmoins et bon nombre de ces patients repartent avant même d'avoir eu un contact avec l'équipe de liaison (admission le week-end ou le soir avec sortie à quelques heures, ou encore "omission" d'appel à l'équipe de liaison par crainte d'alourdir la prise en charge si celle ci recommande une hospitalisation...). Ainsi, même dans les cas les plus favorables où elle est sollicitée, l'équipe de liaison n'a pas toujours les moyens ni le pouvoir de faire appliquer les prises en charge qu'elle préconise.

II) LES RECOMMANDATIONS

A) Les sevrages ambulatoires

Dans le cadre de leur partenariat avec l'ensemble des acteurs de soins concernés par les addictions, les équipes de liaison hospitalières peuvent avoir un rôle de conseil et d'orientation en matière de sevrage notamment auprès des médecins généralistes. Rappelant les contre-indications des sevrages ambulatoires, elles sont à même de proposer des protocoles de sevrages ambulatoires s'appuyant sur les recommandations de l'ANAES.

Au delà de ce rôle de conseil « au cas par cas » les équipes de liaison pourront aborder les problématiques liées au sevrage par le biais d'interventions intégrées à la formation continue des médecins généralistes et des acteurs sociaux, au mieux dans le cadre d'un réseau.

B) Les sevrages hospitaliers peuvent être non programmés ou programmés

1. Les sevrages non programmés.

Trois types de situation peuvent se rencontrer:

a) Soit la demande est explicite : le patient arrive aux urgences avec une demande de sevrage. Après une indispensable évaluation psycho-somatique par l'équipe urgentiste, un contact est organisé avec l'équipe de liaison. Ce contact peut être immédiat ou différé selon les temps de présence des intervenants (intérêt des lits d'hospitalisation de très courte durée).

L'équipe de liaison réalise alors un bilan global, évalue la demande et examine les critères d'urgence (médicale, psychiatrique, sociale...). Selon les cas, le patient est soit :

- orienté vers un hôpital de jour s'il en existe un (médecin traitant, CCAA, CSST, consultations de tabacologie..);
- confié à son médecin traitant (médecin généraliste ou psychiatre de ville...) si celui-ci est d'accord et formé pour le sevrage, ou s'il fait partie d'un réseau de santé;
- reconvoqué ultérieurement pour un sevrage « programmé » par l'équipe de liaison ;
- hospitalisé pour la poursuite immédiate du sevrage.

b) Soit la demande n'est pas explicite : le patient est hospitalisé pour un autre motif mais le problème du sevrage va se poser.

L'équipe de liaison est dans ce cas sollicitée par l'équipe soignante en charge du patient. Pour ce faire, elle doit être en mesure de proposer des interventions à court terme:

- auprès du patient : entretien motivationnel, informations sur le dispositif, élaboration du projet de soins.
- auprès des équipes : rôle de conseil et d'aide pour la prise en charge des malades, délivrance de protocoles de sevrage, rédaction systématique de compte rendu des interventions auprès des patients, prévision d'un entretien avant la sortie.
- dans le secteur extra-hospitalier : obtenir l'accord du patient pour que les intervenants qui assureront le suivi à la sortie soient informés de l'hospitalisation sous forme d'une fiche de liaison, d'un courrier ou au moins d'un contact téléphonique. En effet, il est souhaitable d'associer le ou les professionnels de santé de ville qui connaissent ce patient pour chercher avec eux et ce dernier la solution la mieux adaptée.

c) Soit la demande de sevrage est explicite mais ambiguë, témoignant en fait d'une étape évolutive dans la décompensation de la conduite addictive qui le conduit à demander une aide. Le patient demande un sevrage mais sa demande recouvre en fait une demande d'accueil, d'aide et d'écoute qui n'est pas encore élaborée comme une demande réelle et motivée d'engager un sevrage dans la perspective d'abstinence. Ce type de demande est très fréquente aux urgences et il est généralement souhaitable de répondre par la proposition d'une courte hospitalisation afin d'assurer un sevrage non programmé. Cette étape permet au patient de se

restaurer physiquement, de lever une bonne partie de leurs troubles cognitifs et ainsi de devenir accessibles à une prise de conscience et à un travail sur ses motivations par un contact avec l'équipe de liaison.

2. Les sevrages programmés

C'est la situation la plus favorable. Elle implique que l'équipe de liaison soit au mieux, rattachée à une Unité Fonctionnelle d'addictologie (ou un service d'addictologie) ou soit en lien direct avec un ou des services de médecine polyvalente, de spécialité médicale ou psychiatrique dont les Chefs de service acceptent de réserver quelques lits pour les sevrages.

L'équipe de liaison n'est pas une unité de sevrage. Elle n'a pas non plus à se substituer à l'équipe soignante du service d'accueil. Elle intervient en complémentarité avec elle en apportant une « technicité » spécifiques notamment en proposant des bilans médico-psycho-sociaux et des protocoles de sevrage.

Ces sevrages programmés doivent également s'inscrire dans le cadre de la collaboration avec les partenaires de soins extra-hospitaliers (médecins traitants, CCAA, CSST, centres de soins de suite et de réadaptation - CSSR -, centres de cure et de post-cure....) sans se substituer au dispositif spécialisé ; son champ d'intervention devant se situer à l'interface des services demandeurs, des services d'accueil et des partenaires extérieurs qui prendront le relais dans l'accompagnement.

La durée moyenne de ces sevrages hospitaliers (dits sevrages courts) est de 5 à 10 jours. Elle peut toutefois être un peu plus longue en fonction des produits consommés, des comorbidités et du contexte socio-familial.

Le bon déroulement de ces sevrages programmés peut dans certaines situations justifier un contact supplémentaire avec le patient que ce soit en période de pré-sevrage ou à l'inverse dans le post sevrage dans l'attente d'un relais avec les partenaires extérieurs.

Néanmoins, les équipes de liaison en addictologie n'ont pas vocation à assurer les consultations externes de suivi au long cours des patients. Le relais vers le médecin généraliste ou les équipes du dispositif médico-social spécialisé (CSST, CCAA) s'avère d'autant plus nécessaire pour cette raison.

C) Les protocoles de sevrage proposés par les équipes de liaison

- S'appuient sur les recommandations de l'ANAES (Conférence de Consensus sur les sevrages aux opiacés d'avril 98, Conférence de Consensus sur le sevrage alcoolique de mars 1999, Consensus sur le sevrage tabagique...). Ils doivent prendre en compte par ailleurs les poly-addictions.

Il est important que les protocoles soient clairs, simples à utiliser, précisant les classes médicamenteuses, les posologies préconisées, les voies d'administration en rapport avec la sévérité du sevrage, les modalités de surveillance clinique (intérêt des échelles standardisées...).

- Une large diffusion aux urgences et dans tous les services de soins sera assurée.

Le rôle des équipes de liaison ne doit cependant pas être limité au sevrage auquel il est vite assimilé. Il convient de prévoir éventuellement dans chaque service un autre document concernant les modalités de prise en charge des patients présentant des conduites addictives avec entre autre les coordonnées du réseau extra-hospitalier de professionnels en addictologie, les associations d'entraide ainsi que différentes brochures qui pourront être remis aux patients en l'absence de l'équipe de liaison (en cas de sorties prématurées contre avis médical par exemple...).

FICHE N°4

**PLACE DE LA SUBSTITUTION DANS LE
TRAVAIL
DES EQUIPES DE LIAISON HOSPITALIERES
D'ADDICTOLOGIE**

Une des missions des équipes de liaison est d'améliorer l'accès aux soins au cours d'une hospitalisation des personnes ayant des conduites addictives quelque soit la pathologie (MCO ou psychiatrique).

Cette prise en charge inclut le traitement des états de manque inhérents à la dépendance. Le syndrome de manque peut être multiforme, selon le produit utilisé. Il se décline en dépendance physique et psychique.

Bien souvent les usagers préfèrent surseoir ou renoncer à une hospitalisation car ils redoutent d'avoir à subir les symptômes du manque, sans que celui ci ne soit pris en compte par anticipation ou lors des premiers symptômes par l'équipe hospitalière.

I) LE CONSTAT

La place des équipes de liaison dans les thérapeutiques substitutives varie en fonction des substances psycho-actives et des traitements disponibles :

A) Substitution et tabac

De l'ensemble des produits psychoactifs, la dépendance au tabac est la plus fréquente dans la population des patients hospitalisés. La circulaire DGS/DHOS du 3 avril 2000 rappelle que le respect de la loi du 10 janvier 1991 dite loi Evin est une priorité hospitalière avec interdiction de fumer dans tous les locaux de soins et tous les lieux recevant du public. Elle rappelle également que l'aide au sevrage tabagique doit y être développé. Ainsi dans la pratique, tous les sujets tabagiques dépendants hospitalisés qui le souhaitent doivent pouvoir bénéficier d'un traitement de substitution nicotinique.

- La plupart des services hospitaliers possèdent une « salle de détente fumeurs » pour les malades hospitalisés pouvant se déplacer seuls. Ces espaces fumeurs, laissés en libre accès sont bien souvent peu investis par l'équipe soignante comme lieu de prévention des conduites de dépendances et des pathologies associées.

- La question de la dépendance au tabac est plus problématique lorsque le sujet ne peut pas se déplacer, qu'il reste « cloîtré » dans son lit avec une tension interne liée au manque de nicotine, sujet dont il n'ose souvent pas parler d'emblée à l'équipe soignante déjà si débordée par la multitude et la diversité des soins ... Ce qui laissera finalement un mauvais souvenir de cette hospitalisation, voire aboutira à des interventions psychiatriques (pour des symptômes tels que : agitation, irritabilité, insomnie) qui auraient pu être évitées. Elle est problématique aussi pour le cas des personnes hospitalisées pour un sevrage d'une dépendance alcoolique ou aux opiacés par exemple et qui ne peuvent ou ne veulent mener en parallèle un sevrage tabagique
- Lorsque l'hospitalisation est directement liée à une pathologie secondaire à l'intoxication tabagique (cancer ORL, BPCO...) la question du sevrage tabagique doit avoir été abordée avant l'hospitalisation. Durant le séjour hospitalier, la substitution doit être poursuivie.

Les substituts nicotiques, n'apparaissent pas toujours clairement comme possédant un statut de médicament aux yeux de certaines pharmacies à usage interne des hôpitaux, d'où des difficultés lors de prescriptions par les équipes de liaison. D'autre part l'impasse faite sur le soutien nécessaire pour accompagner cette prescription est souvent cause d'échec.

B) Substitution et alcool

Dans le cadre des soins de la maladie alcoolique, aucune molécule n'est disponible comme traitement de substitution.

En revanche il convient de traiter aussi précocement que possible les symptômes de manque survenant lors d'une hospitalisation. Il s'agit de traitements symptomatiques du manque et de la prévention des complications du sevrage du type crises convulsives et/ou delirium tremens dont l'issue peut en l'absence d'un traitement suffisant s'avérer fatale.

Ces traitements recommandés par les conférences de consensus doivent se substituer systématiquement à la délivrance inadéquate d'alcool qu'il est encore fréquent d'observer dans certains services pour prévenir le (pré)délirium tremens.

Un des enjeux du travail des équipes de liaison est de favoriser la mise en place, en collaboration avec l'équipe soignante, de protocoles de repérage et de diagnostic d'alcoolodépendance, de protocoles de bilan des dommages induits et d'échelles d'évaluation de la gravité des syndromes de sevrage et de l'évolution de leur suivi sous traitement.

C) Substitution et dépendance aux opiacés

La nécessité de traiter un état de manque aux opiacés (héroïne codéine, sulfate de morphine, produits de substitution obtenus illicitement) est une des missions cruciales des équipes de liaison en addictologie. En effet, si la pharmacodépendance opiacée n'est pas connue ou non prise en compte au moment de l'admission, l'état de manque (d'installation rapide au bout de six heures s'il s'agit d'opiacés d'action courte ou entre 12 et 48 heures s'il s'agit d'opiacés de longue durée) peut entraîner soit la reprise d'une autoconsommation à l'insu des soignants, soit une interruption de l'hospitalisation. Il en est de même si la continuité d'un traitement de substitution n'est pas assurée.

Un des enjeux du travail des équipes de liaison est de s'appuyer sur le vécu de cette hospitalisation pour mettre en œuvre en collaboration avec l'équipe soignante, un protocole comprenant un repérage et un diagnostic de l'état de dépendance, un bilan des complications somatiques et psychiatriques éventuelles, pour susciter une motivation à la prise charge de l'addiction et faire passer des messages de réduction des risques.

Si l'hospitalisation a permis d'initialiser une primo prescription de méthadone, le rôle de l'équipe de liaison est de tout mettre en œuvre pour assurer la continuité de ce traitement à la sortie grâce au partenariat et au réseau extra hospitalier (CSST, médecin de ville...) dont il fait obligatoirement partie.

La circulaire ministérielle DHOS/DGS du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour des personnes ayant des conduites addictives définit les missions des équipes de liaison en addictologie. Elle suggère l'élaboration de protocoles de soins et de prise en charge qui répondent aux recommandations de l' ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Elle ouvre à la diversité des modalités de prise en charge sans imposer de stratégies prédéfinies. La circulaire DHOS/DGS du 31 janvier 2002 renforce cette ouverture en permettant aux médecins hospitaliers la primo prescription de méthadone. Cette dernière va faciliter le travail des équipes de liaisons qui pourront adapter leurs prescriptions, non pas à une filière limitée de soins mais à un tableau clinique individualisé et à des situations singulières, dans le cadre d'une approche médico-psychosociale.

La situation du patient déjà stabilisé par un traitement de substitution opiacé sera facilitée par le maintien de ce traitement dès l'admission après vérifications des posologies habituelles, des coordonnées du centre ou du médecin prescripteurs ou à défaut des coordonnées de la pharmacie habituelle de délivrance du traitement. Ces informations préalables visent à repérer les consommations de médicaments de rue ou le nomadisme médical source de polyprescriptions. Il est conseillé que chaque modification de traitement soit soumise à l'aval du praticien prescripteur habituel.

Dans le cadre des traitements de la douleur chez un patient déjà stabilisé antérieurement par une substitution opiacée, la prescription conjointe antalgiques-substitution doit être encadrée par un protocole entre les équipes de traitement de la douleur et les équipes de liaison en addictologie. Un patient pharmacodépendant aux opiacés doit être considéré comme un malade douloureux comme les autres. Dans la pratique quotidienne, cette vérité d'évidence peut justifier la prescription simultanée d'antalgiques majeurs tels que la morphine en interdoses (avec le maintien de la délivrance quotidienne du traitement de substitution). Dans chaque établissement il convient de faciliter l'élaboration commune de protocoles de soins de la douleur chez les toxicomanes entre les équipes de liaison en addictologie et les équipes de traitement de la douleur.

Il se peut que, dans l'urgence d'une sortie non programmée, l'orientation ou le relais ne puisse être réalisé. Les équipes de liaison doivent alors rester vigilantes à ne pas transformer leurs consultations externes en centre de soin spécialisé notamment en ce qui concerne la délivrance par l'hôpital de médicaments de substitution.

Cet écueil sera évité si le contact est pris avant la sortie avec le pharmacien et le médecin traitant du patient.

II) LES RECOMMANDATIONS

Dès son arrivée à l'hôpital, le sujet doit être informé que l'on tiendra compte au cours de son hospitalisation de sa /ou ses pharmacodépendances quel qu'en soit le produit. Il sera également informé que son médecin traitant habituel sera informé et associé aux prises de décisions. Lorsqu'il s'agit d'une dépendance sévère, il est important d'intervenir sans délai. Si les premiers signes de manque s'installent, le patient perd confiance dans l'équipe hospitalière, risque d'entrer en conflit avec les soignants rendant les soins difficiles voire conduisant à interrompre l'hospitalisation.

D'une manière générale, nous considérons que le temps d'une hospitalisation somatique n'est pas un temps propice pour entreprendre une cure de sevrage d'opiacés, quand bien même le patient serait demandeur. En revanche, une sensibilisation du patient à l'intérêt d'un traitement de substitution doit toujours être tentée et peut conduire à une primo prescription de méthadone. Cela donne aussi le temps au patient de préparer un sevrage s'il retient cette intention. La méthadone pose des problèmes spécifiques qu'il convient de mentionner. Si parfois la « délégation de prescription du traitement de substitution » est partagée entre le service et l'équipe de liaison, dans certains services seul le praticien responsable peut signer l'ordonnance ou les imprimés d'ouverture de stock pour la méthadone. Il est à noter que les pharmacies hospitalières ne font pas une lecture équivalente des textes réglementaires et que les modalités de prescriptions, d'ouverture de stock, de délivrance peuvent varier grandement selon les sites hospitaliers, en fonction de l'activité de l'équipe de liaison, et de la volonté des équipes de soins à s'inscrire dans une démarche cohérente d'établissement.

A la sortie de l'hospitalisation, il existe de grandes disparités locales concernant les possibilités de relais vers des centres prescrivant la méthadone. La question du relais d'une primoprescription hospitalière doit donc se poser avant même le début la prescription.

Concernant la substitution nicotinique, il serait souhaitable d'harmoniser sur l'ensemble des hôpitaux le mode de délivrance des substituts nicotiques en soulignant le statut médicamenteux de ceux ci et les enjeux de santé publique.

L'utilisation de cette substitution comme prise en charge temporaire et /ou palliative devrait être développée et pouvoir être proposée de manière systématique.

L'intégration des équipes d'accompagnement au sevrage tabagique au sein des équipes de liaison apparaît comme une solution intéressante comme c'est déjà le cas dans certains établissements de santé.

D'une façon générale, concernant les substances psychoactives, le conseil minimal devrait être développé. Il est souhaitable que les équipes de liaison mettent en place des formations des équipes soignantes aux interventions brèves (entretien motivationnel) et qu'elles développent l'existence de soignants « référents » au sein des services.

III) CONCLUSION

La prescription de thérapeutiques de substitution aux opiacés a considérablement modifié le rapport aux soins des usagers de drogues ces dernières années. Dans le cadre d'une hospitalisation, cette prescription améliore l'accès aux soins somatiques, véritable enjeu des équipes de liaison, comme en témoigne la baisse des sorties contre-avis médical.

En ce qui concerne le tabac, l'emploi des substituts demeure insuffisant au regard du problème de santé publique qu'il représente et du confort que ces médicaments peuvent apporter aux patients hospitalisés.

Bien qu'aucune substitution existe pour l'alcool, il faut d'autant moins négliger le traitement des symptômes du manque que celui-ci risque d'évoluer spontanément vers un syndrome de sevrage dont les complications - crises convulsives et delirium tremens- peuvent s'avérer fatales pour le sujet et comporter parfois également des risques pour les soignants (états d'agitation et actes violents induits par la confusion qui accompagne les différents stades d'évolution du syndrome de sevrage vers les délirium).

<p><i>FICHE N° 5</i></p> <p><i>POPULATIONS SPECIFIQUES</i></p>
--

Introduction

Pour dépister et traiter les conduites addictives à des substances psycho-actives, il convient d'adapter les stratégies thérapeutiques en fonction non seulement des produits consommés mais surtout du contexte des usages, des abus et des dépendances liées à ces consommations. Les habitudes de consommations et les risques encourus par les usagers de substances psychoactives que l'on peut accueillir dans le cadre des activités des équipes hospitalières de liaison ne répondent pas toutes au même profil : c'est une évidence quotidienne de le rappeler, il n'y a pas de typologie spécifique des usagers de drogues sur le plan psychiatrique et psychologique. Cependant il est pertinent de tenter une approche des usagers dans l'accès aux soins par le biais de sous-groupes plus ou moins représentatifs des usagers qui fréquentent l'hôpital en fonction de critères liés à la vulnérabilité des personnes (qu'il s'agisse des personnes en situation de précarité ou des malades mentaux ayant des conduites addictives).

La notion de " populations spécifiques " dans le cadre des addictions peut être utilisée en fonction de critères de vulnérabilité ou encore d'inadéquation de la situation des personnes par rapport aux conditions d'accès aux soins, au maintien des soins dans la durée, aux risques encourus en l'absence de suivi et de bonne observance des traitements ou encore par rapport à l'obtention des droits sociaux pour tous. On peut ainsi distinguer :

1. La Vulnérabilité liée aux situations de comorbidité
 - Psychiatrique
 - Somatique
 - Addictive
 - cognitive
2. La Vulnérabilité spécifiques liées à l'âge des usagers ou à un état de grossesse
 - Enfants et adolescents
 - Femmes enceintes
3. La Vulnérabilité liée à l'existence d'un handicap permanent ou provisoire

Par exemple : personnes malentendantes, personnes ayant un déficit neurologique, personnes nécessitant une rééducation prolongée en milieu spécialisé, etc...

4. La Vulnérabilité liée à la précarité sociale ou à une situation spécifique :
 - SDF

- patients en attente de régularisation des droits ou de permis de séjour
- Migrants
- Personnes détenues

I) LE CONSTAT

Les équipes de liaison ont à prendre en compte trois types de problèmes: les comorbidités psychiatriques et somatiques, les situations de vulnérabilité liées à l'âge, à la grossesse, à l'existence d'un handicap et enfin les situations sociales spécifiques.

A) Concernant les comorbidités, il y a lieu de distinguer:

1) les comorbidités psychiatriques

Elles sont très fréquentes parmi les patients ayant des conduites addictives même si leur taux peut varier en fonction des cas. Elles justifient la présence dans les équipes d'addictologie de psychiatres et de psychologues.

Dans le cas des patients suivis en psychiatrie, il faut rappeler que l'équipe de liaison a des fonctions spécifiques complémentaires du soin psychiatrique par son expertise clinique des consommations de substances psychoactives, des risques occasionnés et des répercussions de ces risques dans le déroulement de l'hospitalisation ou des soins en cours. L'équipe de liaison apporte une expertise spécifique par rapport au problème d'addiction présenté par le patient, des propositions thérapeutiques, une orientation vers des structures intermédiaires et vers des structures de suivi ambulatoire assurant ainsi une continuité de la prise en charge.

Cette reconnaissance mutuelle peut se concrétiser par un protocole commun de soins.

2) les comorbidités somatiques

Elles représentent le travail quotidien des équipes de liaison.

Concernant les comorbidités infectieuses VIH et VHC, les plus fréquentes chez les usagers de drogues intraveineuses, les équipes de liaison sont invitées à coordonner leurs interventions avec les équipes des services d'infectiologie et d'hépatologie.

Le travail des équipes de liaison en addictologie vise aussi à simplifier des prises en charge souvent très éclatées et à faire profiter au maximum les patients d'une unité de lieu de consultation lorsque les collaborations transversales mises en place le permettent. Ces collaborations s'étendent au fonctionnement via les réseaux ville hôpital qui complètent la cohérence du dispositif de soins .

a) Les stratégies médicamenteuses doivent être améliorées :

- Par la formation et l'information des équipes soignantes et en particulier dans le cadre de la Formation Médicale Continue ;

- L'aide à la prescription des psychotropes en conformité avec les recommandations de bonne pratique médicale et la connaissance réactualisée de l'évolution des mésusages de ces médicaments par les usagers de substances psychoactives ;
- L'aide au sevrage en milieu hospitalier et en particulier pour les benzodiazépines, la question difficile des sevrages séquentiels (alcool ou benzodiazépines) chez des patients sous traitements de substitution opiacés.

Outre les occasions de formation et d'information communes auprès des équipes soignantes il convient de favoriser dans chaque établissement une collaboration étroite avec les centres anti-douleur, les consultations de la douleur ou encore les équipes mobiles de traitement de la douleur lorsqu'elles existent. Cet échange de services vise à développer la transversalité à l'hôpital et à favoriser la validation de protocoles communs de soins

c) Il convient par ailleurs d'aider les équipes

- à prendre en compte, dès l'admission, l'importance et les conséquences des conduites addictives d'un patient dans le déroulement d'une hospitalisation pour des motifs somatiques ;
- de les informer pour repérer et traiter la survenue de syndromes de sevrage souvent méconnus, en particulier tabagique et alcoolique, ou liés à des polyconsommations ;
- d'assurer la continuité des traitements et de favoriser l'accès aux traitements de substitution, notamment par la Méthadone dans des indications médicales spécifiques.

3) Les Polyaddictions

La constitution d'équipes de liaison en addictologie prend tout son sens dans ce cadre. Des regroupements d'équipes Tabac – Alcool – Toxicomanies en équipes de liaison et de soins en addictologie permet, après une première évaluation au lit du patient, de poursuivre la prise en charge pluridisciplinaire et surtout d'établir des ponts et des relations privilégiées entre les différentes structures.

B) Vulnérabilité spécifique liée à l'âge, l'état de grossesse ou l'existence d'un handicap.

Dans ce cadre de soins il convient d'adapter les interventions des équipes de liaison en fonction de ces critères de vulnérabilité qui influencent directement la prévention des risques. Les difficultés d'accès aux soins, de suivi et d'observance traitements proposées posent également des difficultés spécifiques en terme d'orientation, de structures intermédiaires adéquates et de développement de liens avec les structures spécialisées, les services de pédiatrie, pédopsychiatrie, les unités mère-enfant. Il convient de souligner par ailleurs, le

problème particulier des adolescents pour lesquels des structures de soins adaptées sont peu nombreuses, ce qui oblige les équipes de liaison à rechercher des relais spécifiques dans le réseau local.

Les équipes de liaison devront également être capables de répondre aux besoins rencontrés dans les établissements accueillant les personnes âgées dont un certain nombre présente des conduites addictives et notamment des conduites d'alcoolisation. Ces conduites addictives peuvent être à l'origine des troubles du comportement ou des facteurs de perturbation dans leur établissement d'accueil. Le rôle de l'équipe de liaison consistera là encore à favoriser la formation des professionnels de ces établissements pour repérer et gérer ces conduites addictives dans une perspective de réduction de la consommation et des risques.

C) Situations sociales spécifiques

Ces situations concernent plus particulièrement

1. les personnes détenues

Certaines équipes de liaison développent des liens avec des permanences dans les CSST, les SMPR ou UCSA en milieu pénitentiaire (anciennes antennes toxicomanies). Il apparaît en effet que la difficulté majeure se situe dans le relais de soin selon les cas à l'entrée en détention ou à l'issue de la détention, posant en particulier des problèmes de continuité des traitements de substitution. Les relais avec les institutions spécialisés (centres de soins en toxicomanie, en alcoologie, structures pour sortants de prison...) sont déterminants pour assurer une continuité de prise en charge.

2. Les SDF - Migrants

Pour ces populations, la problématique sociale est au premier plan. Elle accroît les difficultés de fonctionnement et de prise en charge pour les équipes de liaison ne disposant pas de temps d'assistante sociale. Pour ces populations, se posent également des problèmes de continuité des soins et des traitements de substitution. Le relais vers les CSST pour la délivrance des produits en attendant la régularisation de la situation sociale peut être une démarche d'urgence.

Une articulation sera également prévue entre l'équipe de liaison, le dispositif médico-social spécialisé et les dispositifs sociaux de lutte contre la précarité en particulier les consultations PASS (Permanence de santé) d'accès aux consultations ainsi que les structures d'hébergement tels que les CHR.

II) LES RECOMMANDATIONS

➤ D'une manière générale :

- L'information des équipes soignantes en psychiatrie et MCO doit être développée, et régulièrement répétée lors du renouvellement des équipes médicales (internes) ;

- La fréquence des polyconsommations de substances psycho-actives justifie la dimension « addictologique » dans les soins dispensés à l'hôpital. Ces soins s'appuient sur un réseau hospitalier et de professionnels du dispositif de soins spécialisés ambulatoires.
- Des collaborations sous forme de partenariat sont recommandées :

En intra hospitalier : inter-services

En extra hospitalier vers les dispositifs de soins, éducatif, juridique, sociaux ...

L'appui sur un réseau peut là encore s'avérer d'une grande utilité.

➤ **Les comorbidités Psychiatriques :**

- Elles seront recherchées et prises en charge par les psychiatres des équipes de liaison.
- Des liens avec la psychiatrie de liaison et les psychiatres présents dans les Services d'Urgences doivent être développés et amener au développement de protocoles communs de fonctionnement.

➤ **Comorbidités somatiques :**

Certaines situations médicales méritent un travail de préventions secondaires sous la forme de protocoles de soins validés entre services cliniques et l'équipe de liaison :

Par exemple :

- Protocoles antalgiques spécifiques chez les patients substitués ou consommateurs de produits potentiellement antalgiques (opiacés). Dans ce cadre des liens privilégiés doivent être tissés avec les anesthésistes et les équipes des traitements de la douleur.
- Prévention des syndromes de sevrage alcooliques et/ou tabagique en chirurgie, en médecine, en gynécologie obstétrique, en particulier pendant la grossesse.

➤ **Précarité sociale :**

Ces situations de vulnérabilité particulières justifient la nécessaire présence dans toute équipe de liaison d'un temps d'assistante sociale. Toutes ces situations doivent favoriser la mise en place de coordination, d'une part avec les PASS (permanences d'accès aux soins de santé) et, d'autre part, avec les travailleurs sociaux du dispositif médico-social spécialisé (CCAA, CSST). Ces derniers prendront le relais de la situation sociale, favorisant ainsi l'accès aux soins et la poursuite de la prise en charge de la conduite addictive dans la structure spécialisée à laquelle ils appartiennent.

FICHE N°6
PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES
AYANT DES
CONDUITES ADDICTIVES ET DE LEURS ENFANTS

I) LA PROBLEMATIQUE

La grossesse chez une femme présentant des conduites addictives est une grossesse à risque de complications périnatales telles que la prématurité, le petit poids de naissance, la souffrance fœtale aiguë ou chronique, la transmission materno-fœtale des infections par le VIH, VHB, VHC, les malformations fœtales liées à la consommation de produits psychotropes en particulier l'alcool et la cocaïne, le syndrome de sevrage en suites de naissance. La consommation d'alcool pendant la grossesse provoque également des troubles du développement de l'enfant, actuellement encore peu connus ou reconnus par la population générale.

De plus des troubles de l'attachement mère-enfant ont fréquemment abouti il y a quelques années à la séparation de la mère (voire du père également) et de son enfant sans aucune autre alternative possible. La construction du lien mère-enfant est effectivement difficile entre une mère perturbée par des conduites addictives et des troubles psychiques intriqués et un nouveau-né en souffrance, dans un milieu hospitalier où les modalités de prise en charge sont souvent inadaptées et les équipes parfois démunies.

II) LE CONSTAT

L'incidence des complications péri-natales peut être diminuée par un suivi de grossesse correct et précoce et une prise en charge complémentaire des conduites addictives par des intervenants spécialisés. La prévention de séparation mère-enfant se développe depuis quelques années grâce au dépistage, à la prise en compte et au traitement des addictions de la mère, à l'intégration de la mère au soin de son enfant, au rapprochement des équipes hospitalières et extra-hospitalières et au développement des réseaux ville-hôpital.

L'équipe de liaison en addictologie est la cheville ouvrière de ce travail de maillage indispensable à l'élaboration d'un projet mère-enfant. L'équipe de liaison va réaliser une vaste mission de coordination entre les différents professionnels médico-psycho-sociaux des services de maternité, de néonatalogie, de médecine, des centres de soins spécialisés, du

secteur de la petite enfance, de l'aide sociale à l'enfance, des centres d'hébergement de ville, le tout pour construire des partenariats durables.

Elle doit lutter pour établir un projet de post-partum. Ce projet est souvent limité :

- par une durée d'hospitalisation en service de maternité trop courte, ne permettant pas de réaliser les partenariats avec la ville, d'attendre une place dans une structure de suite.
- par un défaut de structures d'accueil adaptées à la prise en charge de la mère et de l'enfant. Le nombre d'établissements de soins de suite, d'hébergement thérapeutique acceptant les femmes avec des conduites addictives et leur nouveau-né étant très insuffisant. Aussi, malgré une relation mère-enfant en cours de construction, l'équipe hospitalière peut être contrainte à la séparation de la mère et de l'enfant.

III) LES RECOMMANDATIONS

L'équipe de liaison en addictologie est promoteur et/ou acteur de la prise en charge mère-enfant, et coordonne les relations avec les autres partenaires hospitaliers et extra-hospitaliers. Elle a pour mission de :

1. former et informer les équipes de maternité et de néonatalogie sur le dépistage des conduites addictives, la nécessité d'une prise en charge précoce des addictions et sur les protocoles thérapeutiques, le dispositif de soin spécialisé existant autour de l'hôpital.

Il faut, en premier lieu, sensibiliser les professionnels de santé au dépistage des conduites addictives, y compris concernant l'alcool, notamment par un entretien lors de la première consultation en maternité menée selon la méthode et avec les outils recommandés par la démarche de repérage précoce. Il faut également insister sur les facteurs qui favorisent l'élaboration d'un lien "mère-enfant" de qualité et si possible quand le père est présent, d'un lien "famille et enfant".

2. Œuvrer au rapprochement des équipes hospitalières : équipes de liaison en addictologie, maternité, néonatalogie avec la réalisation d'un travail d'élaboration de la prise en charge commun, conçu à partir d'une formation commune et aboutissant à la détermination de professionnels référents (sages femmes, obstétriciens, pédiatres, puéricultrices...). Cette action doit être repérable par les professionnels intra et extra-hospitaliers et par les usagers. Elle nécessite également l'engagement des chefs de service concernés afin qu'ils puissent intégrer ce travail dans leur projet de service.
3. Rencontrer régulièrement le personnel d'accueil de la consultation de maternité et les référents pour connaître les femmes à risque. Car il est, encore une fois, important de développer un accès aux soins précoce et adapté à une grossesse à risque.

4. Rencontrer les femmes enceintes en consultation de maternité, précocement si possible, pour :
 - effectuer une évaluation médico-psycho-sociale,
 - débiter ou équilibrer un traitement adapté : substitution, sevrage d'alcool, antiviraux...
 - orienter vers une structure de soins spécialisés ou un médecin de ville du réseau, ou prendre contact avec les interlocuteurs quand la femme est déjà suivie.
 - Envisager le projet de post-partum

5. En post-partum

-Soutenir et informer les équipes hospitalières. Il faut encourager les services de maternité à s'engager à accepter une durée d'hospitalisation prolongée de la mère en post-partum même si elle est pénalisante pour le service en terme de PMSI, mais justifiée par l'évaluation du lien mère enfant, des conditions psycho-sociales souvent médiocres de la famille et le séjour en néonatalogie de l'enfant. Malgré les difficultés en terme de pénurie en personnel, cet accompagnement est loin de demeurer un luxe, comme arrivent à le penser certains services.

-élaborer et accompagner le projet de sortie de l'hôpital avec la mère, le père quand il est présent,

-coordonner les interventions des partenaires intra et extra hospitaliers, proposer une réunion de synthèse avec les différents professionnels qui prennent en charge la famille. Un référent aura été désigné, il sera responsable de l'approche transversale dans un suivi au long terme de la femme et de son enfant.

6. Construire un partenariat intense en rencontrant les équipes extra-hospitalières en particulier les centres de soins spécialisés (CSST,CCAA) pour informer , dans le souci d'une culture commune :
 - des risques liés à la consommation de toxiques pendant la grossesse
 - de la prise en charge hospitalière de la grossesse et des comportements addictifs.

<p style="text-align: center;">FICHE N ° 7</p> <p style="text-align: center;">LA FORMATION</p>
--

Pour favoriser l'accès aux soins de patients ayant une consommation pathologique d'une ou plusieurs substances psycho-actives, il est nécessaire de renforcer la compétence des soignants à :

- repérer le mésusage d'une substance psycho-active,
- intégrer ce mésusage dans la prise en charge globale et notamment psychique et comportementale des patients.
- dialoguer avec le patient sur les risques d'un tel comportement
- l'orienter vers les structures de soins adéquates
- d'acquérir un savoir-être et un savoir-faire face à une telle situation.

I) LE CONSTAT

Les équipes soignantes hospitalières notamment au niveau des services d'accueil et de traitement des urgences, présentent souvent une disponibilité et une formation insuffisantes pour:

- le repérage des conduites addictives ;
- aborder le problème avec le patient et à l'orienter dans un projet de soins la plus appropriée.

S'ajoutent leurs propres résistances face aux patients en mésusage de substances psychoactives.

En situation de crise (ivresse aiguë, syndrome de manque, troubles du comportement notamment avec agressivité) ou en situation de non-respect des règles du service, le patient risque d'être en situation de rejet, ce qui ne favorise pas la mise en place d'une « alliance thérapeutique » entre le soignant et le patient, condition nécessaire pour la mise en œuvre d'un projet de prise en charge et de soins.

II) LES RECOMMANDATIONS

Les équipes de liaison constituent une unité de ressource et de conseil à la fois pour les équipes soignantes et pour les patients ayant une conduite addictive.

Cette dynamique de formation permet, non seulement d'apporter un enseignement exhaustif aux personnels des différents services ainsi qu'aux professionnels de santé en formation, mais également de susciter une motivation du soignant à approfondir ses connaissances et ses techniques de communication par le suivi de formations en dehors de l'équipe de liaison.

1) Les objectifs d'une dynamique de formation par les équipes de liaison sont de renforcer la compétence des soignants à :

- repérer le mésusage d'une substance psychoactives ;
- dialoguer avec le patient, sur les risques somatiques, psychologiques comportementaux ou sociaux, même en l'absence de demande exprimée ;
- proposer au patient un projet de soin le plus adéquat et l'orienter vers les structures de prise en charge ;
- informer sur les moyens de réduction des risques ;
- avoir une connaissance du réseau et travailler dans la multidisciplinarité avec d'autres partenaires du réseau intra et extrahospitalier (les CSST et les CCAA notamment).

L'aboutissement de cette formation serait à la fois un changement de regard des soignants sur les patients usagers d'une substance psychoactive et l'acquisition d'un savoir-être et un savoir-faire dans cet accompagnement de patients ayant une conduite addictive.

2) le contenu de la formation porterait sur :

- l'apport interdisciplinaire de connaissances de base sur les substances psychoactives, sur le concept d'addiction et sur les pratiques cliniques de soin ;
- l'acquisition d'un langage commun sur les problématiques liées à la consommation de substances psychoactives ;
- l'utilisation de tests de dépistage du mésusage ;
- la connaissance du réseau de soin local voire régional.

3) Cette formation pourrait se faire selon plusieurs modalités :

- une formation « informelle » dans la salle de soin suite à la demande du patient ou à chaque passage de l'équipe soignante pour rendre compte, conseiller, expliquer ;
- une formation « formelle », éventuellement en lien avec le service de formation continue, sur des périodes de quelques heures à plusieurs jours ;
- un accompagnement d'une équipe soignante pour répondre à des demandes spécifiques (aide à l'élaboration de protocoles, analyses de pratiques professionnelles, présentation d'une situation qui a mis l'équipe en difficulté).

LE RECUEIL DES DONNEES ET L' EVALUATION

D) LE RECUEIL DES DONNEES CLINIQUES

Le recueil de données est une démarche systématique de toute équipe de liaison. Il permet

- de décrire la population accueillie et prise en charge ;
- d'adapter le fonctionnement de l'équipe aux caractéristiques de cette population ;
- d'établir le rapport d'activité standardisé en décrivant le fonctionnement et les partenariats.

Un rapprochement technique entre ce recueil de données et les activités PMSI et DIM doit être favorisé. Il paraît essentiel que ce recueil soit compatible avec les outils utilisés par les structures spécialisées ambulatoires (CCAA et CSST) afin de confronter les caractéristiques de clientèles en termes de consommation, de parcours, de profils sociodémographiques .

Pour répondre à ces objectifs, un questionnaire intitulé "Fiche Patient" a été mis au point par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et le Comité de pilotage, en partenariat avec des professionnels. Cette "Fiche Patient" comporte des items communs aux équipes de liaison, CCAA et CSST

Il est prévu qu'une enquête utilisant la Fiche Patient sera menée dès le 1^{er} janvier 2004 auprès d'un échantillon représentatif d'équipes de liaison. Cette fiche sera remplie pour chaque patient entrant en contact avec l'équipe de liaison et le recueil sera continu sur l'année. L'exploitation sera assurée par la DREES.

Il est vivement recommandé que des moyens spécifiques (matériel informatique, temps de recueil et de saisie des données) soient mis à la disposition des équipes de liaison pour réaliser cette enquête qui fournira des données sur la clientèle prises en charge par ces équipes.

Il est également recommandé que les équipes qui n'auront pas été tirées dans l'échantillon d'enquête de la DREES l'utilisent ou rendent compatible leur propre système de recueil à la Fiche Patient afin qu'ils puissent comparer leurs données aux résultats nationaux.

II) LE RAPPORT ANNUEL D' ACTIVITE

Dans la pratique, il s'avère que chaque équipe de liaison remplit déjà un rapport annuel d'activité qu'il transmet à sa CME, à sa direction et aux autorités de tutelles.

Il a paru au comité de pilotage des équipes de liaison qu'il serait intéressant de mettre à disposition de l'ensemble des équipes de liaison un rapport d'activité standardisé comportant un minimum d'items communs à tous. Ce rapport commun serait un moyen pour les équipes de confronter leurs profils et leurs types d'activité à l'échelon local, régional et national. Il leur permettrait également d'analyser l'évolution de leurs pratiques au fil des années. Enfin il serait un moyen de mettre en adéquation les moyens alloués et les besoins connus de la population dans le territoire de santé.

III) L' EVALUATION

Un suivi régional et national de l'évolution de l'activité des équipes paraît indispensable pour s'assurer de l'adéquation de l'offre de soins face à la demande et pour procéder à des ajustements nécessaires. Les besoins en personnel pour assurer les entretiens (aux urgences par exemple) et consultations, les besoins en lits réservés à des sevrages programmés ou non, en hôpital de jour et en soins de suite et de réadaptation doivent être étudiés dans chaque établissement de santé, dans chaque bassin de vie et sur un plan national. Ces besoins doivent être mis en perspective avec le dispositif ambulatoire spécialisé.

Enfin des études mesurant l'impact des équipes de liaison en addictologie doivent être mises en oeuvre. L'évaluation des pratiques professionnelles proprement dites doit être initiée avec des moyens adaptés et en collaboration avec l'ANAES et les associations de professionnels en addictologie (Fédération Française d'Addictologie, Société Française d'alcoologie, Association Nationale de Prévention en Alcoologie, Associaton Nationale des Intervenants en Toxicomanie, Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie, etc...)

LA FICHE PATIENT

6. TEXTES DE REFERENCE

6.1- Circulaire DGS/DH n° 96 - 239 du 03.04.96 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes

6.2- Circulaire DH/EO4-96/557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison

6.3- Circulaire DH/EO2/ DGS n° 2000-182 du 4 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.

6.4- Circulaire DHOS/02-DGS/SD6B du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives

6.5- Article L6321-1 du CSP relatif aux réseaux de santé

6.6- Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L162-43 à L.162-46 de la sécurité sociale et modifiant ce code.

6.7- Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et de conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que de l'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique

6.8- Circulaire MIN/DHOS/DSS/ CNAMTS/ 2002 n° 610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique et des articles L612-43 à L.612-46 du code de la sécurité sociale et des décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et n° 2002- 1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé.

**LE COMITE DE
PILOTAGE**

Dr Raymund SCHWAN

CHU- Centre Médico-Psychologique B. Groupe hospitalier St Jacques
63003 CLERMONT-FERRAND

Dr Benoît FLEURY

Equipe d'addictologie de liaison
Service Pr Balabaud
Hôpital Saint André
1 rue J Burguet
33075 Bordeaux Cedex

Dr Brigitte ROCHETEAU

Unité d'Alcoologie Hospitalière de Liaison
Centre Hospitalier. LUCON 85407

Dr Jackye LESEIGNEUR

Unité d'Addictologie de Liaison
CH St Malo 35400

Dr Corinne TEISSEDRE- SAUVAGE

Coordinatrice Equipe Hospitalière de liaison en Alcoologie
CHR Metz- Thionville 57038

Dr Laure NACACHE

Hôpital Edouard Herriot
LYON 69003

Dr Laurent GUEZ

Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes- Montesquieu
Bordeaux 33.000

Dr Nathalie LABRUNE

Service Addictologie -Hôpital Sainte Marguerite.
Marseilles. 13009

Dr A.M. SIMONPOLI

ECIMUD - Hôpital Louis Mourier
92701 Colombes.

Dr Thierry SAINTE-MARIE

ECIMUD- CHU de Bicêtre
94275.Le Kremlin Bicêtre

Dr.Y. EDEL

ECIMUD- Service de santé publique
Hôpital La Pitié Salpêtrière
Paris.75013

Dr. P. POLOMENI

Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
7 rue Saint Georges.
75009 PARIS

Dr. Pascal BERENGER

Unité d'alcoologie et d'addictologie de liaison- Département d'hépatogastro-entérologie
CH de Chambéry 73011

Madame Dominique MARINO

Infirmière- Unité d'Addictologie de Liaison
CHU Nîmes 30029

M. Yves ORTEGA

Infirmier - Service d'Alcoologie
Hôpitaux de Lannemezan-65300

Madame Marie Françoise DIOMANDE

Assistante sociale- Unité hospitalière de liaison
CHR d'Orléans. 45067

Dr D. MARTIN

Ministère de la Santé
Direction générale de la santé
75007 PARIS

Dr. M. JEANFRANCOIS

Ministère de la Santé
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
75007 Paris

<i>LE COMITE DE LECTURE</i>

Mme Mireille BECCHIO

Présidente du réseau d'addictologie du Val de Marne Ouest
56 rue des Guipons. 94800 Villejuif.

Pr. VINCENEUX

Chef du service de Médecine Interne.
Hopital Louis Mourier. 178 rue des Renouillers . 92701 Colombes

M. Eric LEFORT.

Cadre infirmier -Centre d'addictologie -
Hôpital Paul Brousse. 12-14 avenue Paul Vaillant Couturier. 94804. Villejuif cedex

Mme Michèle BERMUDEZ

Cadre sage - femme .
Pavillon K2; hôpital Edouard Herriot. 5 place d'Arsonval. 69003 Lyon

Dr. KANNAS.

Mission nationale d'appui en santé mentale
5 avenue d'Italie. 75013 Paris

Dr François HERVE

Association nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT)
Le trait d'Union . CSST. 154 rue du Vieux Pont de Sèvres. 92100 Boulogne Billancourt

Dr Alain MOREL.

Fédération française d'Addictologie (FFA)
Le trait d'Union . CSST. 154 rue du Vieux Pont de Sèvres. 92100 Boulogne Billancourt

Dr Didier BOUSSIRON

Société de tabacologie Paul Guiraud - 54 avenue de la république 94806. Villejuif cedex

Dr Alain RIGAUD.

Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme
20 rue Saint Fiacre.75002 Paris