

ANNEXE 1

FILIERE HOSPITALIERE 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

- 2 -

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/O2/2007/203 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.

- 3 -

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/MC2/2008/79 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.