

Evolution des pratiques
en ELSA, en intra
et en extrahospitalier

PRATIQUES (S

Evolution des pratiques en ELSA, en intra et en extrahospitalier

Table des matières

Préface.....	4	3. LES MISSIONS D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ORIENTATION	22	4. L'ARTICULATION AVEC LES FILIÈRES DE SOINS EXTRAHOSPITALIÈRES ET L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL	35
Avant-propos.....	5	1. L'activité intrahospitalière de liaison	23	1. La médecine de ville	38
Remerciements.....	6	2. La spécificité du rôle de l'ELSA dans l'accompagnement des patients hospitalisés présentant des symptômes de sevrage	25	2. Le médico-social	40
Introduction.....	7	3. La spécificité du rôle de l'ELSA au SAU	27	3. Les pharmaciens	42
1. PRÉSENTATION DES ELSA	8	4. Les spécificités d'accompagnement et d'orientation chez les jeunes et les femmes enceintes	30	4. Les ELSA dans leur environnement institutionnel au sein du cadre des GHT	43
1. Les missions des ELSA	9	5. L'articulation des ELSA avec les équipes de liaison en psychiatrie	34	FICHES TRANSVERSALES	45
2. La constitution des ELSA et leur organisation	12			Fiche 1 : ELSA et consultation externe hospitalière d'addictologie	46
2. LES MISSIONS DE SENSIBILISATION, DE FORMATION ET DE TRANSFERT DE COMPÉTENCES	16			Fiche 2 : Les missions de recherche des ELSA	48
1. Outils et objectifs des actions de soutien	17			Fiche 3 : La réduction des risques et des dommages (RDRD), une posture professionnelle au service des soins	50
2. Les thématiques des formations	19			Conclusion	53
3. Les missions de repérage et de prévention	20			Méthodologie	54
				Annexes	55
				Glossaire	61

Préface



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

Au regard de leur prévalence, de leur poids dans la morbidité et la mortalité générale ainsi que leur impact en termes social et économique, les conduites addictives sont pourtant loin d'être un motif premier de recours aux soins. Des travaux relatifs au « treatment gap », c'est-à-dire à l'écart entre le nombre de personnes affectées par un trouble et celles effectivement prises en charge, montrent que celui-ci est particulièrement élevé s'agissant des addictions.

C'est dire le rôle incontournable des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui interviennent tant auprès des équipes et des professionnels de santé que des patients, quel que soit leur motif de recours aux soins en lien direct ou non avec les conduites addictives, avec pour missions de favoriser la prise en compte des addictions dans les parcours de santé et l'accès à un accompagnement adapté. Leurs interventions visent notamment à ce que soient mises en œuvre des mesures de repérage précoce des conduites à risque, d'information et de formation des professionnels, et d'amélioration de l'accès aux soins addictologiques dans le cadre de parcours de soins intégrés et gradués en fonction des besoins des personnes.

Acteurs essentiels, à l'interface entre pratique de repérage et pratique de soins, entre professionnels, services, dispositifs de soins intra et extra-hospitalier, les professionnels des ELSA ont à mener un exercice exigeant mais indispensable pour favoriser un accès aux soins de

qualité, à la hauteur des enjeux, en lien avec l'ensemble des acteurs de la ville et du médico-social.

La crise COVID 19 et notamment les mesures de confinement ont éloigné des soins certains publics déjà fragilisés et ont mis en exergue la nécessité de conforter l'addictologie dans toutes ses composantes sanitaires - ville et hôpital - , médico-sociales et sociales. Dans ce cadre, les ELSA sont un dispositif transversal essentiel pour contribuer au développement des liens entre l'ensemble des acteurs pour un parcours de santé de qualité.

Issu d'un travail collaboratif, ce guide élaboré par ELSA France et la Fédération Addiction met en exergue des bonnes pratiques, des initiatives prometteuses et des dynamiques positives.

Souhaitons qu'il contribue à valoriser la qualité des pratiques professionnelles et qu'il soit un outil en appui des acteurs dans la structuration territoriale des parcours de santé en addictologie, dont les ELSA constituent un maillon essentiel.

Katia Julienne
Directrice Générale de l'Offre de Soins

Avant-Propos

L'hôpital accueille et prend en charge des patients avec une problématique addictive, qu'elle soit à l'origine du séjour ou comme comorbidité. Les ELSA ont depuis 20 ans pour mission d'accompagner l'utilisateur dans ce qui est une étape de son parcours (première rencontre avec des perspectives de soins, éléments de réduction des risques et des dommages, sevrage, initiation de traitement, diagnostic des complications, évaluation...), et d'être l'interface avec l'extrahospitalier (CSAPA, CJC, CAARUD, médecine générale, SSR...), en amont ou en aval. Pour cela, il est indispensable que les ELSA s'intègrent à part entière dans le fonctionnement de leur hôpital, que leurs missions soient lisibles, et qu'elles amènent un bénéfice repéré par les équipes soignantes, ce qui est une condition nécessaire pour la diffusion de la culture addictologique.

Les représentations négatives des soignants vis-à-vis des addictions peuvent être un frein à l'intervention d'une équipe transversale au service des services ; les hôpitaux ciblent peu l'addictologie comme un enjeu institutionnel.

Dans ce contexte, notre première responsabilité est de placer l'intervention des ELSA en interface avec les équipes et services qui prennent le relais de la prise en charge du patient en suivi ambulatoire ou en consultation hospitalière externe.

Notre deuxième responsabilité est d'œuvrer à soutenir, si besoin, la structuration d'un parcours patient cohérent plutôt que de tenter de pallier les manques (consultations externes, HDJA, lits dédiés, télémedecine, partenariat fort avec le médico-social, les libéraux, SSRA). En effet, cette place à l'interface de tous les dispositifs met en exergue les fragilités et les forces du parcours santé des patients dans les territoires.

Travailler en ELSA, c'est faire preuve d'une grande adaptabilité avec les partenaires spécialistes hospitaliers,

tout en ayant un projet structuré avec des offres de formation, c'est être proactif pour mettre en place des organisations effectives avec nos partenaires, en particulier les CSAPA et les médecins généralistes, c'est favoriser l'articulation des divers dispositifs en faveur d'un soin personnalisé.

Viser comme objectif un soin de qualité pour le patient hospitalisé passe par la rencontre duelle, en particulier sur les prises en charge complexes dont l'ELSA assure l'expertise, mais aussi par une approche globale évolutive qui promeut le lien soignant en intra dans cet apprentissage. Cela nécessite de faire confiance à l'Autre pour le transfert de compétences de certaines de nos pratiques ou pour orienter le patient vers nos collègues extrahospitaliers. C'est mettre en œuvre pour nous-mêmes ce que nous proposons au patient : prendre le risque du lien. Je remercie le Dr Anivel Ramos, le Pr Georges Brousse et le Dr Frank Questel.

Dr Bénédicte Delmas,
référente du projet pour ELSA France
et la Fédération Addiction,
Responsable de l'unité d'addictologie au CH
Perpignan (ELSA/consultations externes/ ETP/ HDJ)

Remerciements

Ce guide de la collection Pratique(s) a été élaboré grâce à l'implication, aux réflexions et aux partages de pratiques des intervenants de terrain.

Nous adressons nos remerciements :

- * Aux 14 membres du groupe de travail de ce projet ;
- * Aux 71 ELSA qui ont pris le temps de répondre à nos questionnaires ;
- * Aux professionnels ayant contribué à nos 10 entretiens collectifs ;
- * Aux participants des quatre journées thématiques réalisées dans le cadre de ce projet ;
- * Aux membres du comité de pilotage : la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Mission Interministérielle de Lutte contre Les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA)
- * Aux Dr Pierre Polomeni, Vice-Président de ELSA France et Dr Romain Sicot, Président de ELSA France, pour le travail partenarial ;
- * Aux Unions Régionales de la Fédération Addiction ;
- * Aux membres du Conseil d'Administration de la Fédération Addiction pour nous avoir permis de mener cette réflexion et pour avoir accompagné le travail accompli au cours des années ;

Nous remercions le **Dr Bénédicte Delmas**, référente du projet pour ELSA France et la Fédération Addiction, Responsable de l'unité d'addictologie au CH Perpignan (ELSA/consultations externes/ETP/HDJ), pour son implication dans la conception et l'élaboration de ce guide.

Nous remercions :

- * Bénédicte Delmas (référente du projet pour ELSA France et la Fédération Addiction, Responsable de l'unité d'addictologie au CH Perpignan (ELSA/consultations externes/ETP/HDJ), Emmanuelle Dancert (assistante sociale au CH Le Vinatier, Auvergne-Rhône-Alpes), Anivel Ramos (médecin au CH Vauclaire, Nouvelle-Aquitaine), Stéphanie Geiger Boichot (praticien hospitalier addictologue au CH des Quatre Villes, Ile-de-France), Sophie Graffaille (cadre de santé au CH Esquirol de Limoges, Nouvelle-Aquitaine), Pascale Mardon (responsable d'unité au CH de Blois, Centre-Val de Loire), Bruno Baillot (infirmier au CMA/CHS de Jury au CHRS Mercy, Grand Est), Mathieu Sadoul (psychologue clinicien au CH de Compiègne-Noyon, Hauts-de-France), Damien Dubosc (psychologue clinicien au CH d'Alpes Isère, Auvergne-Rhône-Alpes), Christelle Hamery (infirmière au CH Général, Pays de la Loire), Valérie Taquet (infirmière au CH Charles Perrens, Nouvelle-Aquitaine), Cécile Rigolot (infirmière au CHI de Poissy-Saint Germain, Ile-de-France), Guillaume Airagnes (psychiatre, HU Paris Ouest site Georges Pompidou AP-HP, Ile-de-France), Delphine Vanberten (infirmière au CH de Hazebrouk, Hauts-de-France) pour les réunions du groupe de travail ;
- * Pierre Polomeni, Myriam Sagnard, Benjamin Rolland, François Paille, Claude Augustin-Normand, Olivier Jenny, Guillaume Airagnes, Gérard Campagne, Corinne Chanal, Stéphane Dufaure, Xavier Aknine, Anivel Ramos, Hélène Beaunieux, Romain Sicot, Jacques Yguel, Marthe Lefevre et Thierry Sainte-Marie pour leurs contributions écrites ;
- * Laurène Collard et Nathalie Latour pour leur aide précieuse tout au long du projet ;
- * Morgane Austruy et Julie Baudillon pour tout le travail accompli dans ce projet ;
- * Bénédicte Delmas, Romain Sicot, Guillaume Airagnes, Nathalie Latour, Aram Kavciyan, Véronique Garguil, Pierre Polomeni, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Mission Interministérielle de Lutte contre Les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) pour la relecture de ce travail.

Introduction

Travailler dans une ELSA, pour un professionnel d'un établissement de santé, est l'affirmation d'une spécificité, d'une compétence et... l'acceptation d'un certain nombre d'incompréhensions. Ces professionnels sont en effet les spécialistes en addictologie des hôpitaux, proposant des interventions addictologiques avancées aux patients dans tout l'établissement, et ils jouent un rôle majeur de formation et de sensibilisation à la question des addictions auprès des équipes de soins. Leur mobilité permet de diffuser la logique de l'«aller vers» et de rencontrer directement ou indirectement des usagers, avec pour objectif de les accompagner dans leur parcours de soin. En effet, leur «passage» à l'hôpital est à considérer comme une opportunité d'initier un parcours de soins spécialisés... même si les usagers sont parfois peu «demandeurs», et bien que les équipes aient tendance à se centrer sur la résolution de la pathologie d'appel. La sensibilisation à la compréhension et la construction d'un parcours pour les personnes consommant des substances psychoactives représentent le cœur de l'activité des ELSA.

Les ELSA sont dans cet «entre-deux», devant informer, guider, accompagner... et parfois séduire, pour arriver à développer leur panel de compétences, nécessitant une adaptation permanente, associée à une maîtrise des différentes techniques.

Ce guide a pour objectif de rendre visible le travail des ELSA, en expliquant leurs modes d'intervention et en décrivant leur cadre. Il permet de mieux comprendre le positionnement des actions au lit du malade et de distinguer les différentes modalités interventionnelles. L'ambition de ce guide est de donner une cohérence nationale à l'activité des ELSA, sans pour autant exiger une homogénéisation des pratiques: la construction d'un parcours de soins personnalisé implique de revisiter les besoins et les façons d'y répondre.

Selon l'historique publié sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé:

«Créées en 1996, les ELSA ont vu leur cadre de fonctionnement et leurs missions définis par la circulaire DHOS/DGS du 8 septembre 2000. Leur place dans la filière hospitalière de soins en addictologie a été précisée par la circulaire DHOS du 26 septembre 2008»¹.

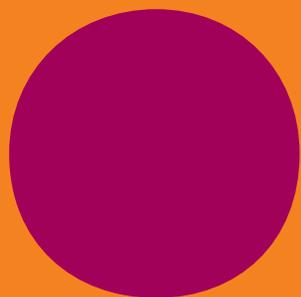
Ce travail a donc aussi pour intérêt de réfléchir à la place de l'hôpital dans le repérage et les soins dans le champ des addictions: il met en scène le parcours des usagers, le rôle pivot des ELSA à l'hôpital, en interaction avec les autres services en interne et les professionnels externes (libéraux, dispositif addictologique médico-social, acteurs de la prévention, intervenants non-spécialisés du secteur éducatif et social, pharmaciens...), et porte aussi peut-être la proposition d'actualiser les textes initiaux.

Dr Pierre Polomeni,
Vice-Président de ELSA France

¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa>.

1

PRÉSENTATION DES ELSA



1. Les missions des ELSA

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

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

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

2 Annexe 3 de la circulaire N°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie .

Niveau 1, structure de proximité: réalisation de sevrages simples, activité de liaison et consultations ; niveau 2, structure de recours sur un territoire: en plus des missions de niveau 1, réalisation de soins complexes en hospitalisation complète ou en hôpital de jour (HDJ) et des soins de suite et de réadaptation spécialisés (SSR-A) ; niveau 3, structure de recours régional: en plus des missions des niveaux 1 et 2, missions de formation, de recherche et d'enseignement.

★ La diffusion de la culture addictologique dans l'ensemble des services hospitaliers

La première mission des ELSA est de diffuser la culture addictologique au sein des différents services hospitaliers. Les ELSA permettent ainsi d'améliorer la prise en compte des comorbidités addictives dans les différents services en sensibilisant les équipes pour une meilleure prise en charge globale, et facilitent ainsi pour le patient la possibilité de s'inscrire dans le soin, et l'accès à une prise en charge d'aval si besoin.

De plus, elles remplissent des missions de formation des équipes en addictologie et de transfert de compétences: le transfert de compétences permet d'impliquer les équipes dans la prise en charge addictologique, tandis que les ELSA sont un recours pour les cas complexes. Il est important de viser cet objectif: autonomiser les équipes sur les cas simples pour garder la dynamique de l'ELSA sur tous ses axes (et ne pas être embolisé par le fait de répondre uniquement à des prises en charge au lit des patients). L'ELSA a pour mission de soutenir les équipes, non de s'y substituer. La préoccupation d'une évaluation, d'une adaptation thérapeutique ou de l'organisation de la filière d'aval avec des critères optimum de qualité pour le patient peut conduire les ELSA à se substituer en partie aux équipes, au détriment de ses autres missions. Il convient donc d'être vigilant pour une meilleure efficacité à long terme.

★ Les ELSA doivent mener une réflexion sur les objectifs et la stratégie à mettre en œuvre pour les missions de sensibilisation, de formation et de transfert de compétences. Ainsi, il est important que les

ELSA diffusent des outils pour se faire connaître des services, notamment en s'adaptant au mieux aux horaires et aux contraintes spécifiques des différentes équipes.

Les ELSA peuvent mettre en place des modalités organisationnelles internes pour assurer leurs missions de manière évolutive, selon l'implication des autres services et si possible avec un soutien de la Direction, en présentant un projet structuré.

★ Les missions de soins en appui et en soutien des différents services hospitaliers

En plus des missions de sensibilisation, formation et transfert de compétences, les ELSA ont également des missions de soins, en appui et en soutien des équipes hospitalières, afin de les aider à résoudre des cas complexes qui les mettent en difficulté.

→ Les ELSA assurent un appui multimodal aux équipes:

Avec une prise en charge directe auprès de certains patients:

- Repérer les problématiques de consommation de substances psychoactives du patient
- Réévaluer le patient avec l'équipe (sevrage, score de Cushman, EVA (échelle visuelle analogique) anxiété...)
- Participer à l'élaboration d'une stratégie de soins intégrés, tenant compte des problématiques médicales, psychiatriques, addictologiques et sociales, adaptée à chaque patient
- Repérer les co-addictions

- Aider à prescrire des TSN (traitements de substitution nicotinique) et des TSO (traitements de substitution aux opiacés) ; Aider à prescrire des TSO à la sortie d'hôpital (en donnant le contact d'un pharmacien ou d'un prescripteur relais, en guidant la rédaction des ordonnances de TSO et en suscitant la délivrance ou la prescription de naloxone prête à l'emploi) ; Permettre un traitement de substitution pour maintenir le patient à l'hôpital si cela est nécessaire, y compris en l'absence d'un projet de traitement, pour éviter les symptômes du sevrage et des pulsions de consommation ou craving
 - Sensibiliser à la réduction des risques et des dommages (risques liés à l'injection, au sniff, à la consommation d'alcool et de tabac, aux jeux d'argent et de hasard...) et au dépistage de maladies infectieuses liées aux pratiques de consommation (VIH et VHC)
 - Evaluer le contexte familial et les enjeux du retour à domicile
 - Orienter vers les dispositifs adaptés si besoin (CJC, CSAPA, CAARUD, SCMR, SMPR) ; organiser un suivi extérieur si la pathologie addictive est chronique.
- Les ELSA poursuivent leurs interventions directes auprès des patients, même après le transfert de compétences, pour les cas les plus complexes.

Et auprès des équipes :

- Proposer des protocoles de repérage des principaux troubles liés à l'usage ; élaborer des protocoles de prévention des principales complications du sevrage (prévention du delirium tremens, prévention de la comitialité induite par le sevrage en benzodiazépines, prévention des sorties contre avis médical induites par des états de sevrage iatrogène (tabac, cocaïne, opiacés...))
- Rédiger des protocoles adaptés aux besoins des

services hospitaliers (par exemple, outils d'aide à la prescription)

- Aider à l'identification des besoins spécifiques.

★ La coordination des soins addictologiques en intra et extra-hospitalier

L'ELSA assure également un travail de coordination en intrahospitalier (entre les services de l'hôpital) et en extrahospitalier (avec les médecins généralistes, les pharmaciens, les structures médico-sociales spécialisées etc).

- ★ L'ELSA doit favoriser la fluidification du parcours de soins entre les professionnels hospitaliers et les structures extérieures.

Les ELSA sont à disposition de l'intrahospitalier mais le besoin de s'articuler avec l'extrahospitalier justifie que l'on soit attentif aux besoins des acteurs extrahospitaliers. La coordination peut d'ailleurs se faire dans les deux sens : l'ELSA peut solliciter les acteurs extrahospitaliers (pour un rendez-vous ou une prise en charge post-hospitalière/d'aval) et les acteurs extrahospitaliers peuvent informer l'ELSA lorsqu'une structure médicosociale ou un médecin généraliste a connaissance qu'un de leurs patients est aux urgences ou est hospitalisé.

Le projet de soins extrahospitalier est sous la responsabilité de la structure référente (qui est engagée dans le suivi du patient et vers laquelle le patient sera réorienté), l'ELSA doit soutenir ce projet, ou bien l'aménager en concertation avec l'équipe référente. Cette activité nécessite une connaissance

effective des partenaires du dispositif de soins addictologiques.

★ Les critères d'évaluation de l'activité des ELSA

La conception d'un outil d'évaluation standardisée de l'activité des ELSA a été proposée dès 2004, au niveau des ELSA de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Cet outil a pour objectif de mettre en valeur l'ensemble des différentes missions des ELSA.

Toutefois, l'évaluation quantitative seule confrontée à l'hétérogénéité du fonctionnement des ELSA a montré les limites de cette méthodologie. Depuis 2017, sous l'égide de la DGOS et en partenariat avec ELSA France, la campagne PIRAMIG (Pilotage des Rapports d'Activité des Missions d'Intérêt Général) est proposée aux ELSA, en stimulant un double remplissage entre les responsables de L'ELSA et la direction financière de l'établissement de rattachement.

L'analyse des données de ce rapport va bien au-delà de la simple analyse de la file active : en effet il confirme l'hétérogénéité de la composition des ELSA, montre l'engagement des ELSA dans les missions de soutien aux équipes et leur implication en recherche. Une réflexion est engagée afin de mieux valoriser qualitativement les activités de sensibilisation, de formation et de transfert de compétences. L'un des principaux enjeux est d'améliorer la visibilité des actions réalisées par les ELSA à destination des professionnels de santé et de valoriser l'impact majeur sur la trajectoire de soins des patients. En effet, de manière paradoxale, la prise en charge des cas simples directement par les équipes des services peut diminuer le nombre d'actes ELSA au lit du patient, alors que cela traduit un travail important en amont.

- ★ Une réflexion doit être menée par les tutelles pour valoriser de façon optimale l'activité de transfert de compétences addictologiques.

Il convient d'utiliser des indicateurs systématisés. En outre, les ELSA doivent mobiliser les moyens disponibles pour s'assurer de la valorisation du suivi d'activité, qu'elles assurent dans les différents services d'hospitalisation.

Elles doivent également se rapprocher des directeurs de l'information médicale (DIM) pour contribuer à un meilleur codage au sein des établissements, en contribuant par exemple au développement de consignes de codage ou pour confirmer la mise en œuvre des codages, notamment des comorbidités addictives permettant la visibilité des problématiques addictives à l'intérieur de l'établissement.

L'homogénéisation du codage diagnostic des pathologies addictologiques, dans les services de soins somatiques et psychiatriques, justifie une collaboration avec le service du PMSI. Cette question peut être abordée sous l'angle de la priorisation des codages diagnostiques (entre diagnostic principal et associé), et permet de sensibiliser les établissements à l'enjeu épidémiologique du repérage des troubles addictifs.

★ Mettre en place une stratégie pour que la pratique du repérage des consommations se diffuse dans l'établissement

Les ELSA ne peuvent pas être les seules mobilisées pour le repérage des conduites à risques et/ou addictives.

Leur rôle est de diffuser la culture du RPIB (repérage précoce et intervention brève), auprès des équipes des services qui prennent en charge de nombreux patients dépendants: urgences, maternités, pédiatrie, orthopédie, grands brûlés, oncologie, cardiologie, hépatologie, maladies infectieuses et tropicales etc...

Si les services hospitaliers s'impliquent de plus en plus dans leur mission de prévention, ce n'est pour autant pas leur priorité. C'est pourquoi la diffusion et l'appropriation des outils de repérage au sein et par les services nécessitent de réfléchir à une véritable programmation des actions en direction des responsables des services et de leur équipe.

2. La constitution des ELSA et leur organisation

Pour remplir ses missions intrahospitalières, l'équipe de liaison et de soins bénéficie au minimum d'une présence de médecins et d'infirmiers, ainsi que du temps de psychologue, d'assistant social et de diététicien. Cet effectif est à moduler en fonction de la taille de l'établissement³.

★ Les ELSA, des équipes pluridisciplinaires

La dimension pluridisciplinaire des ELSA est essentielle. Dans les faits, les ELSA sont composées selon les cas de:

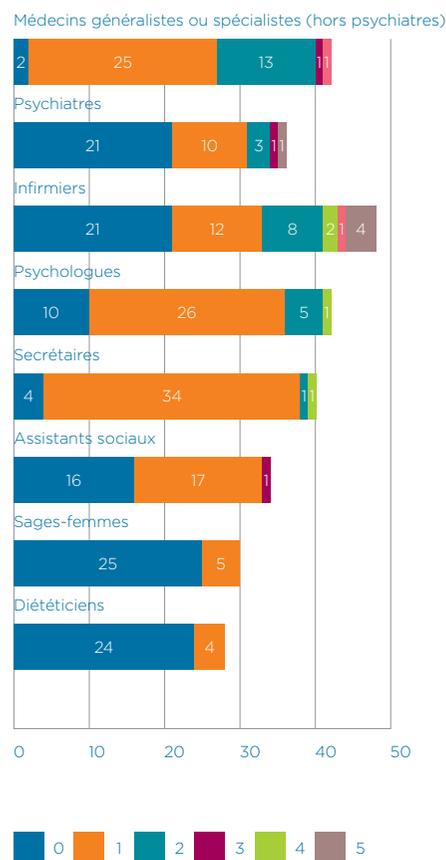
- Un médecin généraliste
- Un psychiatre
- Un cadre de santé
- Un infirmier
- Un secrétaire
- Un assistant social
- Un psychologue
- Une sage-femme
- Un diététicien

Cependant, nombreuses sont les ELSA qui n'ont pas ou ont peu de ressources d'assistant social et/ou de secrétaire. Ces compétences sont pourtant nécessaires, notamment pour le secrétariat, puisque qu'elles permettent de ne pas reporter sur les médecins et les infirmiers des ELSA les missions d'organisation. La disponibilité et une réponse réactive sont les clés de la lisibilité et de la légitimité de l'ELSA au sein de l'institution.

³ Annexe 3 de la circulaire N°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

Les infirmiers et les médecins jouent un rôle central dans les ELSA.

Graphique:
Les différents métiers en ELSA⁴



⁴ Résultats issus de l'enquête interne menée par la Fédération Addiction et ELSA France entre 2017 et 2019 auprès de 71 ELSA (enquête non-exhaustive).

Lire ce graphique de la manière suivante (exemple de la première ligne): 2 % des ELSA n'ont pas de médecin généraliste ou spécialiste (hors psychiatres) dans l'équipe, 25 % des ELSA ont un médecin généraliste ou spécialiste (hors psychiatre) dans l'équipe, 13 % des ELSA ont deux généralistes ou spécialistes (hors psychiatre) dans l'équipe, 1 % des ELSA en ont trois et 1 % en ont cinq.

- ★ Il est nécessaire de renforcer le temps médical en assurant des temps médicaux continus. La présence d'un référent médical est cruciale dans toute ELSA.

Il est l'interface légitime pour les projets institutionnels, tant sur les aspects cliniques qu'administratifs, avec la CME et la Direction. Il est indispensable à la mise en place des protocoles thérapeutiques et à l'expertise sur des cas complexes. Il est une ressource pour les IDE de son équipe.

- ★ Compte-tenu de l'importance cruciale de leur rôle dans les ELSA, le métier d'infirmier doit être mieux valorisé. Les IDE ELSA ont acquis des compétences et un travail en autonomie avec des missions à la fois en interne et de coordination externe, rendant légitimes un cursus IPA (infirmier en pratique avancée) et/ou le renforcement des délégations de tâches dans ce domaine d'activité.

Une évolution du cadre législatif en 2016 (Loi de modernisation de notre système de santé) permet désormais à tous les infirmiers de prescrire des traitements de substitution nicotiques aux patients⁵. C'est un objectif du transfert de compétences par les ELSA aux IDE des services particulièrement simple à mettre en place.

⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- * Le métier de secrétaire est sous-représenté, et devrait être renforcé pour permettre une meilleure coordination. La présence d'un secrétaire est primordiale pour favoriser un contact réactif avec l'ELSA, pour coordonner les disponibilités pour les différentes missions et décharger le médecin des tâches administratives (ce qui augmente les activités médicales à destination des patients et des équipes de soin).
- * Le métier d'assistant social en ELSA dynamise les actions de soin nécessitant une coordination complexe. Toutefois, en l'absence d'un assistant social au sein de l'ELSA, il est fortement recommandé de travailler avec les assistants sociaux des services hospitaliers. L'intérêt d'un assistant social en ELSA est particulièrement prégnant quand l'ELSA dispose de manière juxtaposée d'une consultation hospitalière. L'assistant social peut alors assurer la continuité dans les démarches entre la période d'hospitalisation et l'ambulatoire avec plus de réactivité et de cohérence.
- * On observe sur le terrain la présence de sages-femmes dans certaines ELSA (qui interviennent dans des hôpitaux ayant une maternité), ce qui semble particulièrement pertinent, au vu du public spécifique reconnu comme prioritaire dans la stratégie nationale de santé. Leur présence favorise l'accès à une prise en charge adaptée de manière précoce, axée sur la maternité et non l'addiction et permet l'accompagnement jusqu'à l'accouchement de femmes qui sortiraient sinon du suivi de grossesse.
- * On trouve peu de diététiciens dans les ELSA, malgré la mention de ce métier dans la circulaire de 2008, par conséquent il est difficile de généraliser les spécificités de leurs missions.
- * La formation des professionnels des ELSA en addictologie est indispensable: le recrutement des personnes déjà formées en addictologie dans une ELSA doit être favorisé. Cependant, si les professionnels des ELSA ne sont pas formés en addictologie, ils doivent être orientés, en plus de leur formation expérientielle, vers des formations universitaires et/ou des formations continues.
L'IDE tient une posture d'expert de prise en charge spécifique au sein des services et dans ses rapports avec les partenaires externes, il faut donc, au-delà des formations proposées en intra au sein de l'équipe, qu'il puisse avoir accès à des formations qui garantissent la pertinence de son autonomie.
- * Il est également nécessaire de structurer les ELSA pour permettre un travail efficace: les ELSA doivent être organisées selon les mêmes modalités que les unités fonctionnelles classiques, avec un responsable, des missions attribuées à chaque professionnel de l'équipe et un projet d'unité fonctionnelle.
- * Chaque ELSA doit élaborer un projet de service, intégré dans l'environnement spécifique de l'hôpital et adapté au projet d'établissement. Ce projet de service permet d'améliorer la visibilité structurelle et nécessite le soutien de la Direction de l'hôpital et l'accord du chef de pôle: reconnaissance administrative (statut d'unité fonctionnelle, désignation d'un référent médical pour toute ELSA). La légitimité des ELSA passe aussi par leur dimensionnement adapté et leur inscription dans la dynamique du projet médical de l'établissement.
- * Les ELSA doivent se doter d'un système de transmission accessible et lisible par toutes les équipes en charge du patient, et veiller aux modalités de communication avec les partenaires de l'hôpital, notamment les partenaires médico-sociaux. De plus, il est intéressant de réfléchir aux moyens d'accès au dossier patient, à l'utilisation d'agendas partagés au sein de l'équipe, à la traçabilité de l'accès au dossier patient et à la structuration de l'information.

Le temps médical réduit (les faibles ETP dans les ELSA réduisent le temps médical) entraîne des difficultés pour les conseils à la prescription pour les cas complexes, ce qui complique les rapports avec les services qui ont besoin d'une réponse réactive. De plus, cela ne favorise pas l'implication institutionnelle de l'ELSA sur une unité fonctionnelle transversale pour les rapports entre collègues et avec la Direction.

* Des ETP faibles dans les ELSA

Certaines difficultés rencontrées dans les ELSA sont dues à la faiblesse de ses ressources humaines «(les données issues de la dernière synthèse de l'activité PIRAMIG 2018 confirment que les ELSA sont des petites équipes avec moins de 3 ETP pour près de 50 % d'entre elles).

Souvent, un même poste est couvert par un cumul d'ETP réduit de personnes différentes, ce qui entraîne des difficultés dans la transmission d'informations et dans l'organisation entre les services hospitaliers et l'ELSA.

- * Différents outils permettent de s'organiser pour poursuivre l'activité en l'absence des ELSA:
 - Les protocoles à destination des soignants des différents services hospitaliers pour surveiller les risques liés aux consommations des patients et si besoin faire des prescriptions adaptées

- La définition d'actions prioritaires dans chaque ELSA
- Des plans de formation, qui vont de la simple information au transfert de compétences.

Rappels du cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé⁶

Les protocoles de coopération consistent à identifier un « délégant » nominatif et dont la profession est inscrite dans le code de la santé publique (par exemple un médecin -délégant majoritaire à ce jour - qui délègue la prescription, mais un infirmier pourrait être aussi délégant vis-à-vis d'un aide-soignant) et un délégué nominatif non médecin et dont la profession est inscrite dans le code de la santé publique (par exemple un infirmier, une sage-femme, un pharmacien), et permettent de réaliser des activités dérogoratoires aux compétences réglementées des délégués.

La Loi de transformation du système de santé de juillet 2019 a créé un nouveau dispositif de protocole national, piloté au niveau du Ministère des Solidarités et de la Santé par le Comité National des Coopérations Interprofessionnelles (CNCI). Celui-ci lance un appel d'offre à manifestation d'intérêt sur le site du ministère et sélectionne ensuite une ou plusieurs équipes candidates pour élaborer le protocole avec son appui et celui des Conseils Nationaux Professionnels des professions concernées. Le projet est ensuite transmis pour avis à la HAS, qui se prononce sur sa com-

⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

patibilité avec le décret du 27 décembre 2019, définissant les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Il est ensuite autorisé sur tout le territoire national par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale nationale.

Un protocole de coopération « ancien régime » en addictologie a été validé en 2013 : le protocole des Pays de la Loire « Consultation infirmière de préadmission pour décision d'hospitalisation en cure de sevrage physique en unité d'addictologie et pose des objectifs thérapeutiques ». Un protocole national a été autorisé en juin 2020 : « Première consultation d'alcoologie par une infirmière ou un pharmacien, pour des patients adressés par un service des urgences ». D'autres sujets concernant les addictions peuvent être identifiés et proposés au CNCI comme thèmes de futurs protocoles nationaux.

Le référentiel infirmier de pratiques et pratiques avancées en addictologie, par Myriam Sagnard, cadre de santé IFSI de Mâcon et Benjamin Rolland, addictologue, CHU de Lyon, coordonateurs nationaux du projet «référentiels».

Les infirmiers d'addictologie ont souvent des pratiques particulièrement spécifiques, allant des interventions brèves à l'éducation à la RDRD (réduction des risques et des dommages). Cette spécificité est souvent malconnue et mal recon-

nue en dehors de la discipline. Alors que les formations en pratiques infirmières avancées se mettent en place à l'échelle nationale, l'addictologie ne fait pas partie pour l'instant des disciplines concernées par ces spécialisations. Le Master de pratiques infirmières avancées en santé mentale est censé comporter des modules spécifiques aux addictions, mais ces derniers seront forcément limités au sein d'un programme beaucoup plus vaste.

Pour ces raisons, il devenait indispensable que la discipline se dote d'un référentiel de pratiques infirmières mais aussi d'un référentiel de pratiques infirmières avancées listant les différentes activités et différentes compétences des infirmiers et futurs infirmiers de pratiques avancées (IPA) du champ. Ces référentiels serviront à mettre en lumière les nombreuses spécificités du travail infirmier dans le champ des addictions, et ainsi à renforcer la reconnaissance de ces spécificités par les pouvoirs publics et l'utilité d'une formation spécifique d'IPA en addictologie.

Le référentiel national servira également de support de référence pour la formation initiale et la formation continue des infirmiers et IPA en addictologie.

En janvier 2019, une initiative conjointe d'élaboration d'un référentiel national infirmier a été menée à l'initiative des principales associations et sociétés savantes du champ addictologique, avec la Fédération Addiction au premier plan. Cette initiative a également impliqué les principales associations et organismes impliqués dans la formation des infirmiers, ainsi que l'Ordre des Infirmiers.

Si le référentiel infirmier liste des activités et

compétences déjà bien connues et délimitées par la réglementation, l'élaboration du référentiel IPA était plus délicate puisqu'elle nécessitait d'anticiper le cadre opérationnel d'un métier qui, en pratique, n'existe pas encore. Dans cette perspective, le groupe de travail a été audacieux, en proposant notamment que les IPA d'addictologie puissent renouveler et même initier un certain nombre de traitements médicamenteux, notamment des TSO dans certaines situations, sans supervision immédiate d'un médecin. Les compétences proposées pour les IPA incluent également un aspect « case management » avec la possibilité dans certaines situations bien définies de pouvoir décider de l'orientation de patients vers des structures de soins sans validation par un médecin.



**LES MISSIONS
DE SENSIBILISATION,
DE FORMATION
ET DE TRANSFERT
DE COMPÉTENCES**

1. Outils et objectifs des actions de soutien

L'équipe a un rôle important à jouer auprès des soignants des différents services de l'hôpital pour les conseiller sur les questions de repérage, de diagnostic, de prise en charge des problèmes d'intoxication aiguë, de sevrage, de traitement de substitution, de prise en charge psychologique et d'orientation. L'équipe sera chargée d'organiser et de promouvoir la formation des personnels médicaux et infirmiers⁷.

★ La distinction entre la sensibilisation, la formation et le transfert de compétences

Il faut distinguer la sensibilisation (ou l'information) sur les enjeux addictologiques, la formation qui permet des axes d'évolution des pratiques professionnelles intégrant la composante de l'addictologie dans la spécialité du service hospitalier et le transfert de compétences qui vise à rendre l'équipe autonome sur des problématiques addictives spécifiques. Il y a donc bien une gradation dans l'accompagnement proposé par les ELSA aux équipes.

A noter que l'information/la sensibilisation n'est pas forcément formelle, au contraire de la formation qui est formalisée et du transfert de compétences qui est encore plus formalisé et engageant. 40 % des formations sont réalisées dans le cadre du DPC (développement professionnel continu).

⁷ Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

★ Adapter le format des formations aux besoins spécifiques des services et selon la stratégie définie.

Par exemple, proposer une formation dans le cadre du DPC ; des formations courtes pour que les soignants puissent se rendre disponibles ; du travail sur des cas cliniques concrets amenés par les soignants ; la transmission d'informations sur les addictions via des flyers, la diffusion par les ELSA de formations en digital learning ; l'intégration de stagiaires dans les ELSA ; l'intervention des CJC, CSAPA et CAARUD du territoire au sein des formations ELSA pour favoriser des projets communs et la connaissance mutuelle.

★ Les publics des formations dispensées par les ELSA

Les formations dispensées par les ELSA bénéficient aux personnels des différents services de l'hôpital.

Les professionnels extérieurs peuvent également en bénéficier : 35 % des formations sont à destination des professionnels externes, 72 % sont à destination des étudiants⁸.

Lorsque les ELSA ont les effectifs suffisants, elles peuvent devenir un lieu de stage pour des internes de médecine générale, des élèves infirmiers, des psychologues en deuxième année etc. pour être formés à la question addictologique, intéressant pour leur profession plus tard.

⁸ Résultats issus de l'enquête interne menée par la Fédération Addiction et ELSA France entre 2017 et 2019 auprès de 71 ELSA (enquête non-exhaustive).

★ Dépasser les difficultés concernant les actions de formation

Les ELSA rencontrent certaines difficultés en lien avec l'activité de formation :

- Difficultés à motiver les équipes et leurs responsables malgré les enjeux
- Difficultés à communiquer auprès des équipes des services sur les compétences de formation des ELSA
- Difficultés pour les soignants des services à mobiliser un temps nécessaire de disponibilité pour le transfert de compétences
- Difficultés liées au roulement des internes, ce qui nécessite de recommencer les formations basiques (repérage, utilisation des protocoles, activation de l'ELSA...) à chaque semestre.
- ★ Accompagner la diffusion d'outils essentiels, validés et simples d'utilisation (liste non-exhaustive) :
 - L'outil des questionnaires pour repérer des comportements addictifs
 - Les échelles de repérage des conduites addictives
 - Les outils de repérage de TCLA (troubles cognitifs liés à l'alcool)
 - L'évaluation standard des symptômes de sevrage (des outils pratiques de dépistage)
 - L'importance des consommations de substances psychoactives sur la santé générale du patient (santé psychiatrique et somatique)

2. Les missions de sensibilisation, de formation et de transfert de compétences

- les différences entre la RDRD tabac (les risques liés au tabac s'accroissent avec la durée pendant laquelle on est fumeur plus qu'avec la quantité consommée) et la RDRD alcool (les risques liés à l'alcool s'accroissent avant tout avec la quantité consommée).
- * Les principaux concepts addictologiques auxquels les soignants doivent être formés sont, de façon non-exhaustive:
 - La posture professionnelle de réduction des risques, de prise en compte du savoir expérientiel et de non-jugement
 - Le RPIB, qui est un intérêt de santé publique majeur
 - L'approche motivationnelle, dont l'acquisition de compétences est transposable dans le champ des pathologies chroniques
 - L'explication de stratégies utilisées par les équipes dans le cadre d'une prise en charge addictologique.
- * Les éléments de transfert de compétences essentiels (liste non-exhaustive):
 - Les TSN et la naloxone, deux outils de RDRD
 - La connaissance et le travail partenarial avec les structures médico-sociales (CJC, CSAPA, CAARUD) à proximité.
- * L'information/la sensibilisation, la formation et le transfert de compétences doivent être adaptés aux besoins spécifiques des différents services hospitaliers.

2. Les thématiques des formations

★ Les problématiques addictives, des facteurs déterminants de la santé des personnes

Les consommations de substances psychoactives sont déterminantes sur la santé des personnes et pourtant de nombreuses personnes qui rencontrent des problématiques addictives ne sont pas suivies pour ces problématiques.

La sensibilisation des équipes hospitalières est donc urgente, d'autant plus qu'elle participe à réduire les fréquentations itératives des services d'urgences de patients qui ne sont pas inscrits dans un parcours de soins addictologiques («*revolving doors*⁹»).

- ★ Mettre l'accent sur les déterminants de santé publique : les addictions sont la première cause de mortalité évitable et la première cause d'hospitalisation. Informer les services sur l'offre de soins addictologiques, et sur la façon et les motifs (larges) de recours à l'ELSA de leur hôpital.
- ★ Les ELSA mettent en place des stratégies de sensibilisation et de communication sur les consommations à risques et les addictions.
- ★ Les ELSA peuvent alerter sur les points de vigilance :
 - L'attribution excessive de symptômes confusionnels

⁹ L'expression «*revolving doors*» peut se traduire par les «portés tambour», en référence aux portes de l'hôpital : cela désigne les patients qui reviennent très régulièrement aux urgences. Pour plus d'informations, voir l'encadré «Un tableau clinique spécifique : les patients qui «reviennent sans cesse» aux urgences», Olivier Jenny, ELSA CH Alpes-Isère, CHU Grenoble, dans la partie 2 de ce guide.

à un syndrome de sevrage de l'alcool chez les patients aux antécédents d'addictions peut conduire à l'administration inadaptée de fortes doses de benzodiazépines et à une hyperhydratation au détriment du traitement étiologique de la confusion¹⁰.

- Un syndrome de sevrage non diagnostiqué peut occasionner des troubles du comportement, de l'agitation et un délirium tremens.
- Les TSO ne doivent pas être interrompus ni pendant ni après le passage aux urgences.

★ L'amélioration des compétences de repérage et d'accompagnement des équipes soignantes des différents services hospitaliers

Il est important d'améliorer les compétences de repérage et d'accompagnement des équipes soignantes pour qu'elles prennent en charge les patients de façon adaptée, d'où la nécessité de la sensibilisation, de la formation et du transfert de compétences par les ELSA en addictologie.

- ★ Concernant les cas simples, les ELSA construisent une stratégie de transfert de compétences qui est adaptée aux spécificités de chaque service. Ces actions sont élaborées en partenariat avec les services et adaptées aux problématiques qu'ils rencontrent dans leur pratique «quotidienne».

¹⁰ G. Airagnes, G. Ducoutumany, B. Laffy-Beaufils, A.-L. Le Faou, F. Limosin, *Alcohol withdrawal syndrome management: Is there anything new?*, Volume 157, Issue 1, 2/2019, p. 19-123, ISSN 0248-8663.

- ★ La sensibilisation aux enjeux addictologiques par les ELSA montre à l'ensemble des soignants de l'hôpital à quel point les pratiques addictives sont des facteurs aggravants pour les pathologies.
- La formation permet de mettre en place des actions visant l'évolution des pratiques en intégrant l'addictologie dans les soins : le RPIB, des techniques de l'addictologie à transposer dans les pratiques professionnelles (par exemple, l'entretien motivationnel) etc.
- Le transfert des compétences cherche à autonomiser les équipes hospitalières (par exemple, un transfert de compétences peut consister à former certains soignants hospitaliers à la prescription de TSN).
- Le transfert de compétences, après un investissement souvent long, permet à l'ELSA de libérer du temps pour d'autres actions : prises en charge complexes, formations, construction de filières, recherches...

3. La spécificité des missions de repérage et de prévention

(Les ELSA doivent) aider au repérage précoce des problèmes addictifs (alcool, tabac, substances illicites, médicaments, addictions sans produits). Il peut s'agir d'un repérage opportuniste (par la présence de signes fonctionnels ou biologiques de tout public ou de populations spécifiques telles que les femmes enceintes, les jeunes...). Il peut s'agir également d'un repérage systématique effectué à l'aide d'outils validés. Dans les deux cas, le repérage sera accompagné, selon la gravité de la situation, de conseils simples, d'interventions brèves ou d'une orientation dans le dispositif addictologique¹¹.

★ L'organisation des conditions de repérage à l'hôpital

Les ELSA sont chargées d'organiser les conditions d'un repérage des consommations à risques et/ou addictives au sein de l'hôpital, ainsi que la prévention.

- ★ Les ELSA veillent à ce que les consommations à risques et/ou addictives soient mises à l'ordre du jour, elles organisent donc les conditions favorisant l'interrogation des patients sur leurs consommations.

¹¹ <https://elsafr.wixsite.com/elsafrance/missions-des-elsa>

★ La diffusion de la culture addictologique: exemples d'outils

Les ELSA diffusent la culture professionnelle de la réduction des risques et des dommages (RDRD), de la prévention et du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) dans les différents services hospitaliers.

Les outils de repérage et de prise en charge des consommations à risques et/ou addictives sont différents: une consommation peut présenter des risques sans qu'il y ait de dépendance physique au produit.

- ★ Les ELSA doivent assurer le transfert de compétences concernant le repérage et l'évaluation de la dépendance.
Par exemple, en diffusant des questionnaires de repérage et d'évaluation pour les différentes consommations (outil de RPIB), en adaptant l'outil aux besoins du service:
 - CUDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test)¹² pour les consommations de cannabis ou AUDIT (Alcohol Use Disorders Test)¹³ pour les consommations d'alcool, notamment pour le département des adolescents
 - FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation)¹⁴, ADOSPA (Adolescents et Substances Psychoactives)¹⁵, ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance

¹² <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxiot9.pdf>

¹³ <https://www.alcoolassistance.net/files/AUDIT.pdf>

¹⁴ <https://www.addictaide.fr/outil/questionnaire-face/>

¹⁵ <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Questionnaire-ADOSPA-CAST-Evaluation-consommation-substances-psychoactives-et-cannabis-outil-educatif>

Involvement Screening Test)¹⁶, test de Fagerström¹⁷...

- Questionnaire GEGA (Groupe d'Etudes Grossesse et Addiction)¹⁸, consultations prénatales ou inscription en maternité.

★ La nécessaire interrogation des patients sur leurs consommations

Les patients devraient être interrogés par les soignants sur leurs consommations de substances psychoactives. Néanmoins, les contraintes de fonctionnement des urgences rendent le repérage difficile.

- ★ Les ELSA doivent organiser les conditions pour que le patient soit sensibilisé et informé des risques liés aux différentes consommations.
Par exemple, en diffusant des plaquettes d'informations sur les produits et les risques qui y sont liés, avec les coordonnées utiles pour être accompagné.

★ Mener des actions de prévention

Les ELSA participent à la prévention sur les questions addictologiques et les risques liés aux produits et aux modes de consommation.

¹⁶ <http://www.societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/CSFT2019-DESCHENAU.pdf>

¹⁷ <http://test-addicto.fr/tests/tabac/fagerstrom.html>

¹⁸ <http://www.asso-gega.org/>

- * Les missions de prévention des ELSA doivent être développées en lien avec la Direction de l'hôpital. Par exemple, le « Moi(s) sans tabac »

Le repérage des troubles neurocognitifs, par Hélène Beaunieux, Professeur de neuropsychologie à l'Université de Caen, Normandie

Les troubles neuropsychologiques classiquement rencontrés chez les usagers d'alcool (troubles exécutifs, de la mémoire épisodique et de la mémoire de travail, difficultés de traitement des informations visuo-spatiales, perturbations de l'équilibre...) peuvent avoir un impact délétère sur la motivation des usagers à changer de comportement vis-à-vis de l'alcool, réduire le bénéfice des prises en charge et donc compromettre le maintien du contrat thérapeutique (abstinence ou réduction). Les connaissances récentes sur l'alcoolodépendance permettent un nouveau regard sur les notions de déni ou de résistance. Peu de structures d'addictologie disposent à ce jour de neuropsychologue pour réaliser une évaluation approfondie de chaque patient entrant en soin. Des outils ont été développés pour dépister les déficits neuropsychologiques des patients sans nécessité d'une formation neuropsychologique spécifique. Le MoCA constitue un bon outil de repérage rapide (15-20 minutes) notamment lorsqu'il s'agit de dépister par les équipes de liaison et de soin en addictologie la présence de troubles cognitifs chez les patients hospitalisés dans les services non spécialisés en addictologie

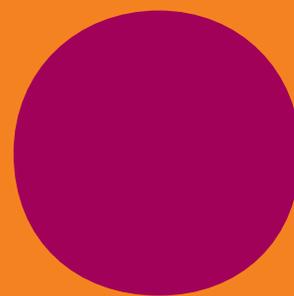
Le Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairments (BEARNI) est un nouvel

outil qui a été conçu spécifiquement pour le dépistage des troubles neuropsychologiques consécutifs à l'alcoolodépendance. Il peut être utilisé par le personnel soignant non-psychologue et sa passation prend environ 20 à 25 minutes. Il possède deux valeurs seuil qui permettent d'apprécier la sévérité des troubles. Attention: MoCA et BEARNI¹⁹ sont des outils de dépistage et d'orientation. Ils ne sont pas des outils diagnostiques.

¹⁹ MoCA: http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Test-French_7_1.pdf ; http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-French_version_7.2.pdf
BEARNI: http://test-addicto.fr/tests_pdf/test-bearni.pdf

3

LES MISSIONS
D'ACCOMPAGNEMENT
ET D'ORIENTATION



1. L'activité intrahospitalière de liaison

L'équipe de liaison en addictologie intervient, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé qu'ils aient ou non une activité identifiée d'addictologie, notamment dans les structures de médecine d'urgence²⁰.

★ L'adaptation de l'accompagnement addictologique aux besoins des services hospitaliers

Les ELSA accompagnent les services hospitaliers dans la gestion des problématiques addictives de leurs patients. Certains cas, plus complexes, nécessitent une intervention directe des ELSA auprès du patient. La première étape après la création d'une ELSA reste l'intervention directe au lit du patient, ce qui permet de rencontrer les équipes et de préciser le fonctionnement de l'ELSA. Progressivement, le travail des ELSA permet une relative autonomie des services sur la prise en charge des cas simples, et les ELSA peuvent alors surtout cibler leurs passages sur les cas complexes.

Afin de travailler avec les différents services hospitaliers, les ELSA doivent être connues et reconnues par les autres services. La sollicitation de l'ELSA est stimulée par la compréhension de ses missions dont la lisibilité justifie une communication adaptée à chaque service. Les ELSA ont elles-mêmes besoin de bien connaître les services, afin d'être forces de proposition pour répondre aux besoins spécifiques des services en matière d'accompagnement addictologique.

²⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf

L'intervention des ELSA dépend des besoins et des particularités cliniques et fonctionnelles de chaque service, de chaque équipe et de chaque patient.

- ★ L'ELSA définit avec chaque service hospitalier les besoins et les modalités d'intervention les plus adaptées au fonctionnement du service et aux réalités auxquelles il est confronté. Ces modalités doivent être adaptables de manière concertée et évolutive.
- ★ Les besoins spécifiques de l'établissement concernant l'addictologie doivent être précisés dans le projet d'établissement.
- ★ L'ELSA adapte ensuite son offre aux besoins des patients de l'établissement et des services hospitaliers, en fonction des moyens dont elle dispose ou qu'elle peut mobiliser au sein de l'établissement ou en partenariat avec d'autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux (dimension de son équipe, existence d'une filière d'aval hospitalière d'addictologie, HDJ, consultations):
 - L'intervention de l'ELSA permet que le patient puisse rester hospitalisé dans de bonnes conditions de prise en charge : l'ELSA réalise des prises en charge intégrées, qui favorisent le déploiement d'une stratégie thérapeutique permettant aux patients de recevoir les soins dans les meilleures conditions possibles
 - Les ELSA interviennent en soutien aux pratiques des soignants et renforcent leurs capacités à prendre en compte les problématiques addictives
 - L'intervention de l'ELSA vise à favoriser l'inscription du patient dans un parcours de soins addictologiques (lorsque cela est nécessaire)
 - Elles peuvent intervenir pour l'évaluation d'une situation.
- ★ L'ELSA délivre des informations aux équipes sur les conséquences des consommations sur la santé des patients et le retentissement socio-affectif, ainsi que sur les différentes modalités de soins existants:
 - Les techniques d'intervention brève et d'entretien motivationnel sont souvent utiles en première intention
 - L'adaptation pharmacologique doit être articulée avec les autres traitements délivrés au patient
 - Le repérage des pathologies duelles fait partie des compétences des ELSA, justifiant leur articulation avec le dispositif psychiatrique
 - La présence d'un neuropsychologue peut favoriser le développement du repérage et l'évaluation TCLA (troubles cognitifs liés à l'alcool), voire en initier la prise en charge cognitive afin d'adapter le parcours du patient.
- ★ Les ELSA facilitent la prise en charge des personnes par les services en trouvant des moyens pour réduire les difficultés des soignants dans la prise en charge des personnes rencontrant des problématiques addictives, en tenant compte de leurs contraintes ; par ailleurs, il est nécessaire d'organiser en amont des dispositifs pour que le suivi addictologique puisse être assuré correctement par le service en cas de non disponibilité des ELSA.

Par exemple, les ELSA dont l'effectif rend possible cette proposition peuvent adapter leurs horaires pour être disponibles dans les périodes de besoins élevés dans le temps intermédiaire où les relais ne sont pas acquis, ou mettre en place des modèles de lettres que les soignants peuvent adresser au médecin traitant lorsqu'une consommation est repérée chez un patient.

★ La complémentarité des modalités d'intervention des ELSA dans les services

Les modalités d'intervention des ELSA sont complémentaires :

- Interventions à la demande des services hospitaliers : l'objectif est d'aider les équipes à répondre à des difficultés dans la prise en charge de patients ayant des consommations à risques et/ou addictives
- Interventions régulières dans les services : l'objectif est de favoriser la mise à l'ordre du jour des problématiques addictives auprès des soignants. Un passage régulier doit faire l'objet d'une réflexion avec le responsable du service, il faut en préciser les objectifs et tenir compte des contraintes de fonctionnement du service.

★ On identifie différents modes organisationnels de liaison avec les services hospitaliers :

- Niveau A : «le modèle réactif de consultation au lit du patient» : le médecin de l'ELSA donne un avis après avoir été sollicité par un service.
- Niveau B : «le modèle réactif de prise en charge intégrée» : l'ELSA intervient à la demande des équipes et assure le soutien à la prise en charge jusqu'à la sortie du patient et, dans certaines situations, jusqu'au relais avec la structure addictologique.
- Niveau C : «le modèle proactif de prise en charge intégrée» : l'ELSA intervient avant même l'arrivée du patient dans le service, ce modèle est pertinent lorsque l'on peut programmer une hospitalisation.
Par exemple, les ELSA peuvent intervenir dans un service d'oncologie avant l'arrivée du patient pour

prévenir l'équipe sur la nature des consommations du patient et indiquer ce qu'il convient de faire. Les ELSA peuvent aussi intervenir aux urgences afin d'anticiper le passage des patients « *revolving doors* ». De même, les ELSA peuvent intervenir dans les services de périnatalité pour accompagner les équipes à l'arrivée de patientes rencontrant des problématiques addictives.

★ Les freins à la sollicitation des ELSA par les services hospitaliers

Les ELSA ne sont pas toujours suffisamment sollicitées par l'ensemble des services, même lorsque cela serait nécessaire. Cela est dû à :

- La méconnaissance des missions des ELSA par certains services hospitaliers
 - Certaines problématiques liées aux consommations à risques et/ou addictives qui sont sous-estimées par les services
 - La crainte que l'intervention de l'ELSA n'allonge la durée d'hospitalisation
 - Une vision encore trop cloisonnée des soins
 - Une incompréhension et une illisibilité de la plus value du passage de l'ELSA pour le patient, en particulier s'il n'y a pas de prescription associée.
- ★ Il est important, pour chaque ELSA, de bien identifier les spécificités de chaque service ainsi que les éventuels freins rencontrés, afin d'adapter ses modalités d'intervention et de trouver des leviers.

2. La spécificité du rôle de l'ELSA dans l'accompagnement des patients hospitalisés présentant des symptômes de sevrage

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 est une mission des filières de soins hospitaliers en addictologie. Les hospitalisations peuvent être programmées ou non programmées. 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 (...) L'équipe de liaison en addictologie intervient notamment pour aider les équipes soignantes lors de la réalisation de sevrages, de la mise en place des traitements de substitution pour les opiacés ou des substituts nicotiniques²¹.

★ Le rattachement des ELSA aux services d'hospitalisation en addictologie

Le rattachement de l'ELSA à un service d'hospitalisation en addictologie fluidifie la prise en charge, facilite l'organisation des sevrages, augmente le temps disponible pour construire un projet SSRA (soins de suite et de réadaptation addictologiques) et assure une cohérence et une continuité dans les soins : cela concerne 38 % des ELSA²².

21 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf
22 Résultats issus de l'enquête interne menée par la Fédération Addic-

- ★ Si l'ELSA est rattachée à un service d'hospitalisation en addictologie, l'ELSA et le service de rattachement doivent définir ensemble quels sont les patients pris en charge par le service d'addictologie et quels sont les patients qui peuvent ou doivent relever d'une prise en charge addictologique concomitante à celle liée au motif d'entrée dans les autres services d'hospitalisation que l'ELSA peut accompagner.

Lorsqu'il n'y a pas, au sein de l'établissement, de service d'hospitalisation en addictologie, ce qui est le cas le plus fréquent, l'ELSA contribue à la prise en charge des patients de tous les services, et mobilise le cas échéant le service d'addictologie de niveau 2 ou 3 pour la prise en charge hospitalière d'un patient. La nécessité d'une filière d'aval spécifique d'addictologie plus étayée que la seule consultation ambulatoire peut se poser aux urgences et dans les services, une fois la pathologie somatique gérée.

De plus, l'ELSA, par les liens avec les partenaires médico-sociaux et les médecins généralistes, peut être sollicitée pour soutenir l'organisation d'une hospitalisation pour sevrage.

- ★ La filière d'aval est un outil indispensable à la pertinence du travail des ELSA. Dans la majorité des cas, les orientations peuvent s'appuyer sur le dispositif ambulatoire : CSAPA, CJC, consultations externes hospitalières ou relais avec le médecin généraliste. Cependant, dans le cadre du post-urgences ou de demandes externes de sevrage institutionnel dont l'ELSA est l'interface hospitalière, différentes modalités sont à construire et à appréhender en fonction du contexte de chaque établissement pour répondre

tion et ELSA France entre 2017 et 2019 auprès de 71 ELSA (enquête non-exhaustive).

à cette nécessité (lits dédiés de sevrage, création d'une HDJA, mobilisation du service d'addictologie de niveau 2 ou 3, partenariat avec le privé...).

L'hospitalisation de jour en addictologie, par François Paille, diabétologue nutritionniste, CHU de Nancy

L'hospitalisation de jour en addictologie (HDJA) propose une prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique intensive chez des patients fragiles dont l'état de santé justifie un tel projet leur permettant de participer à des activités thérapeutiques spécifiques, à un rythme parfois soutenu mais pendant un temps limité, tout en restant dans leur milieu de vie.

Elle concerne des patients présentant un ensemble de risques particuliers tant en ce qui concerne la sévérité de leurs conduites addictives que la gravité des comorbidités, justifiant le recours à un plateau technique spécialisé en addictologie et, si besoin, au plateau technique général de l'établissement. L'existence de ces risques, à ce moment de la trajectoire d'un patient, nécessite un suivi plus intensif que le seul accompagnement ambulatoire. Différentes raisons font alors choisir ce type de prise en charge plutôt qu'une hospitalisation complète, comme l'inutilité d'une surveillance continue, la nécessité de maintenir le patient dans son environnement, sa demande ou celle de son entourage...

Les patients concernés sont :

- » Les consommateurs présentant un trouble de l'usage d'un ou plusieurs produits psychoactifs

3. Les missions d'accompagnement et d'orientation

(tout produit, y compris les médicaments) ou une addiction sans produit

- » Les consommateurs à risques particuliers (jeunes, précaires, femmes enceintes, sous-main de justice, polyconsommateurs...)
- » Tous les publics addicts, inconditionnellement, dont ceux présentant des troubles cognitifs, comorbidités somatiques ou psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles de la personnalité), sauf incapacité à respecter les cohospitalisés et les personnels.

Ce type de prise en charge concerne des patients qui n'ont pas ou plus les critères cliniques nécessitant une hospitalisation complète, qu'il s'agisse des conduites addictives et/ou des comorbidités somatiques, psychiatriques et sociales, notamment celles nécessitant des soins continus et une surveillance permanente ou une rupture avec le lieu de vie. La conduite addictive est cependant très problématique et doit être prise en charge de manière plus intensive qu'en milieu ambulatoire. Elle peut se faire dans différents cas :

- Relais d'une hospitalisation complète: dans ce cas, le patient apparaît encore trop fragile pour envisager un accompagnement ambulatoire classique. Il est essentiel qu'il maintienne avec la structure des liens fréquents et étroits, dans le cadre de programmes adaptés et individualisés tout en retrouvant peu à peu son autonomie. L'HDJA permet une séparation progressive de l'institution, des soignants, mais aussi du groupe des soignés et de l'environnement. Elle permet de renégocier divers vécus traumatiques, souvent abandonniques
- Temps de préparation pour des hospitalisations autres ou d'aménagement d'attentes avant d'intégrer d'autres structures de soins (SSRA, CTR...)

→ Alternative à une hospitalisation complète: dans ce cas, l'indication d'une HDJA repose sur la nécessité de maintenir le patient dans son environnement, évitant de rompre les (dernières) attaches familiales et/ou sociales, la demande du patient, des raisons familiales ou sociales, une ré-autonomisation progressive, une possible reprise d'activité professionnelle à temps partiel thérapeutique etc.

Dans certains cas, un accompagnement à moyen et long terme peut être envisagé pour des patients à problématiques multiples et sévères, psychopathologiques, somatiques et sociales, avec des réévaluations régulières des prises en charge spécialisées.

des ELSA pour des problématiques liées aux opiacés et 14 % pour des problématiques liées au cannabis.

★ Les protocoles des ELSA pour accompagner les services hospitaliers

Pour rédiger un protocole, il est nécessaire de :

- Définir les besoins en amont
- Veiller à l'harmonisation avec les autres impératifs liés aux pratiques
- Veiller au suivi de l'application du protocole par les équipes.
- Le protocole doit être consensuel.

98 % des ELSA proposent des protocoles concernant l'accompagnement des patients rencontrant des problématiques liées à l'alcool à destination des services hospitaliers, 78 % des ELSA mettent à disposition des protocoles pour les problématiques liées au tabac, 52 %

3. La spécificité du rôle de l'ELSA au SAU (service d'accueil des urgences)

★ Le rôle des ELSA aux urgences: repérage et orientation

Aux urgences, le nombre de personnes ayant des consommations à risques et/ou addictives est extrêmement élevé²³.

Ainsi, favoriser le repérage des consommations à risques et/ou addictives aux urgences permet d'inviter ces personnes à réduire les facteurs de risque et favorise leur inscription dans un parcours de soins, si cela est nécessaire.

Cela vaut aussi bien pour les patients qui viennent au SAU pour un motif lié aux consommations que pour ceux qui viennent pour tout autre motif et qui sont aussi concernés par ces consommations à risques et/ou addictives.

- ★ Mettre en place une analyse des besoins du SAU: généralement, les SAU ont besoin d'aide pour l'orientation rapide des patients vers des structures de soins spécialisées en addictologie (CSAPA, CAARUD, CJC) ou pour repérer des consommations à risques et/ou addictives.

Les temporalités et les perceptions des urgentistes et des ELSA sont différentes. Il est nécessaire de s'organiser pour éviter que les problématiques addictologiques n'éclipsent les autres problématiques médicales et pour permettre aux équipes des urgences de traiter les urgences somatiques et/ou psychiatriques, tout en garantissant la prise en charge des consommations à risques et/ou addictives.

²³ Pour plus d'informations, voir: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>

Par exemple, organiser une consultation post-urgences avec construction d'une filière d'aval ; définir des protocoles avec les urgentistes pour les week-ends et les nuits où l'ELSA est absente (« Intoxications Ethyliques Aiguës du week-end ») ; laisser un numéro de téléphone pour joindre l'ELSA et prévenir le patient aux urgences que l'ELSA le contactera etc.

Après un passage aux urgences lié à une consommation à risques et/ou addictive, il est essentiel d'organiser les conditions d'une consultation addictologique rapide dans les structures spécialisées ou avec d'autres acteurs du parcours de soins, comme le médecin traitant.

- ★ Une problématique spécifique des pathologies addictives aux urgences est liée à l'intrication avec des problématiques sociales complexes, dont l'absence de logement. Cela nécessite une réflexion avec les réseaux et associations impliqués dans la précarité.

★ L'intervention des ELSA aux urgences pour des cas complexes

L'ELSA peut être sollicitée pour intervenir dans des situations complexes pour l'évaluation des problématiques de consommation, l'orientation vers les acteurs de soins adéquats et les aspects pharmacologiques.

Cependant, l'ELSA est parfois insuffisamment sollicitée par les urgentistes, bien que le SAU soit identifié comme le premier service partenaire de l'ELSA.

- ★ L'ELSA doit se montrer pro-active dans ce type de situations et être force de propositions auprès des urgentistes:

- Expliquer les principes et les enjeux de la prise en charge addictologique aigüe
- Intervenir dans les situations complexes : avis spécialisés, soulager un patient confronté au sevrage, réduire les séjours itératifs aux urgences de patients en état d'ivresses aiguës en développant une prise en charge adaptée etc.
- Travailler ensemble sur le cas des patients *revolving doors*: délivrance de naloxone aux patients qui consomment des opioïdes, proposition de TSN aux patients consommateurs de tabac...

L'urgence addictologique et l'urgence ressentie, par Claude Augustin-Normand, médecin addictologue, hôpital de la Croix-Rousse, Lyon

Quand on pense à «urgence en addictologie» on pense tout de suite aux urgences vitales et spontanément quand on est soignant s'il n'y a pas d'urgence vitale, il n'y a pas d'urgence. Et pourtant, les patients dépendants, lorsqu'ils nous interpellent, se placent dans «l'urgence». D'où vient pour eux ce «sentiment d'urgence»? De leur relation au temps: ils vivent dans l'instant, dans l'immédiateté et passent d'un instant à un autre, ne sont plus «dans le temps», passé, présent, futur. Ils sont souvent envahis par des angoisses, qu'elles soient matérielles, existentielles, psychologiques, personnelles.....et ne sont plus en capacité de prendre du recul. Leur demande souvent s'exprime comme un «cri» lié à une attente insupportable: «ce que je demande là est important». Ils se heurtent à nous, à nos institutions qui fonctionnent «dans le temps» et dans

un cadre. Comment dans ces situations, nous mettre au diapason de ces demandes, ne serait-ce qu'un instant, les accueillir et les contenir, en sachant que nous n'aurons pas une réponse complète immédiate à offrir ?

Un tableau clinique spécifique: les patients qui «reviennent sans cesse» aux urgences par Olivier Jenny, ELSA CH Alpes- Isère, CHU Grenoble

La plupart des patients rencontrés par l'ELSA ne sont vus qu'une fois ou lors d'une seule hospitalisation. Certains font l'objet d'une consultation nouvelle à quelques années d'écart. Mais il en existe que l'on voit bénéficier d'admissions répétées sur une courte période. L'ELSA se trouve alors, malgré elle, impliquée dans une forme de suivi. Ces patients suscitant fréquemment incompréhension ou rejet, il est important de saisir les enjeux de son intervention.

Le recours aux urgences d'un patient dont la problématique addictologique est prépondérante n'est pas le fait du hasard ; et sa répétition est le signe que la réponse apportée n'a pas suffi. Le motif est parfois caché. Derrière un patient rétif aux soins peut se trouver un entourage épuisé, excédé, mal-ajusté : lui donner un espace d'écoute et de conseils avisés est alors bien nécessaire et complémentaire de l'orientation du patient vers une quelconque structure de soins. Bien que ne permettant pas l'hospitalisation dans un service adapté, d'autres circonstances sont d'une complexité réelle, empêchant qu'une consultation externe prenne le relais. Les situa-

tions sont plurifactorielles : complication somatique, cooccurrence psychiatrique, troubles cognitifs, précarité sociale, maltraitance... Elles sollicitent l'implication de divers professionnels hospitaliers, mais aussi d'acteurs extrahospitaliers (médecin traitant, CSAPA, réseau de santé, assistant social de secteur, éducateur, médiateur pair...). La mise en place de temps de concertation favorise la prise de recul et la construction d'une solution plus pertinente que ce qui peut habituellement être proposé à partir des urgences.

L'ELSA tire un bénéfice non négligeable de la résolution de ces problématiques. Le regard des urgentistes change. De personnes incurables et non légitimes au SAU, elles deviennent des patients à part entière. Et leur disponibilité s'accroît pour tous les autres, qui ne nécessitent qu'une intervention brève ou une simple orientation vers le réseau addictologique local.

ISADDICT: Intervention Systématique pour le repérage des ADDICTIONS au service d'accueil des urgences: une expérimentation de systématisation de repérage précoce, Guillaume Airagnes, psychiatre addictologue à l'hôpital Georges-Pompidou, Paris

Les patients présentant un trouble de l'usage d'alcool sont parmi les premiers usagers du système de soins. Environ 20 % des patients admis au service d'accueil des urgences (SAU) ont une problématique d'alcool (Reynaud, 2013), ce qui

en fait la première cause d'admission au SAU (Paille, 2015 ; Mirijello, 2015). Pourtant, moins de 10 % des patients avec un trouble de l'usage d'alcool bénéficient de soins addictologiques (Drummond, 2004), traduisant le fait que la rencontre de ces patients avec le système de soins constitue le plus souvent une occasion manquée de repérage des conduites addictives et d'orientation vers une filière de soins spécialisée.

En réponse à ces enjeux de santé publique, le protocole ISADDICT (intervention systématisée pour le repérage des addictions au SAU) a été développé à l'hôpital européen Georges Pompidou par le Dr Guillaume Airagnes (pôle psychiatrie et addictologie des hôpitaux universitaires Paris Ouest - Pr Frédéric Limosin) en collaboration avec le SAU (Pr Philippe Juvénat), afin d'évaluer la faisabilité d'un repérage systématique des conduites addictives chez tous les patients admis au SAU.

Tout d'abord, lors de la prise en charge initiale par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), les situations suivantes sont recherchées et conduisent au déclenchement automatique de l'intervention de l'ELSA lors du séjour au SAU ou, en dehors des créneaux d'activité de l'ELSA, à la proposition d'une consultation post-urgences d'addictologie : intoxication aiguë à l'alcool et/ou à des drogues illicites, syndrome de sevrage de l'alcool et/ou à des drogues illicites, consommation rapportée de drogues illicites et usage inapproprié de benzodiazépines. Dans un second temps, un binôme de volontaires de service civique formé et supervisé par l'ELSA et les cadres de santé du SAU effectue la passation du FACE (*Fast Alcohol Consumption Evaluation*) à tous les patients n'ayant aucun des critères précédemment recherchés par l'IAO :

-Un score inférieur à 5 pour les hommes et inférieur à 4 pour les femmes nécessite de renforcer les conduites favorables à la santé

-Un score de 5 à 8 pour les hommes ou de 4 à 8 pour les femmes correspond à une consommation excessive probable et une intervention ultra-brève est proposée

-Un score supérieur ou égal à 9 correspond à une dépendance probable. Une intervention de l'ELSA lors du séjour au SAU est proposée. En dehors des créneaux d'activité de l'ELSA, c'est une consultation post-urgences d'addictologie qui est proposée

Le protocole ISADDICT prévoit l'utilisation des données collectées à des fins de recherche et la poursuite de son développement consistera notamment à favoriser les liens ville-hôpital dans la prise en charge des patients présentant des conduites addictives.

Un défi pour les ELSA: anticiper les prises en charges aux urgences, par Gérard Campagne, chef de service ELSA, CH de la Côte Basque

L'augmentation de la demande de soins en addictologie, une offre insuffisante et la psychopathologie des patients dépendants font que ces derniers consultent souvent en situation de crise, aux urgences hospitalières, hors véritable urgence vitale. Les équipes de liaison et de soins en addictologie sont censées être disponibles pour intervenir en intrahospitalier aux urgences, à la demande. Pourquoi ne pas intervenir en amont ?,

semble être une question légitime.

L'association entre ELSA et les consultations hospitalières d'addictologie dans la même unité fonctionnelle permet de proposer des consultations « d'accès rapide ». Les demandes peuvent émaner de professionnels de santé (médecins généralistes, travailleurs sociaux, CSAPA etc.), des confrères hospitaliers, ou bien de patients demandeurs d'une prise en charge à court terme. Des présentations spontanées peuvent également survenir au niveau des consultations. Sur notification du secrétariat, un soignant (infirmier, médecin) peut rappeler le demandeur pour une évaluation plus précise de la situation et repérer les urgences réelles ou ressenties ou en tout cas celles qui pourraient à court terme déboucher sur un passage aux urgences. Il peut s'agir d'urgences psychiatriques, de sevrage intempestif pour traitement de substitution aux opiacés etc. Le contact téléphonique avec le patient ou le demandeur peut permettre une orientation vers les urgences, ou vers une consultation à court terme en addictologie, éventuellement dans la journée. Pour les patients connus ou chroniques, l'accès au dossier hospitalier permet d'anticiper la prise en charge en repérant les antécédents et événements récents. Les consultations d'accès rapide permettent de réduire le nombre d'admissions aux urgences, en programmant et en coordonnant les soins addictologiques de manière pertinente. En aval d'un passage aux urgences, la proposition d'une consultation à court terme peut permettre un suivi thérapeutique rapproché (surveillance de sevrage, par exemple), éviter la rupture des soins, favoriser l'engagement dans le soin à terme grâce à l'alliance thérapeutique qui a pu se créer. L'intérêt médico-économique est

évident, sans compter la satisfaction professionnelle des soignants de proposer des solutions à terme à des patients demandeurs d'accompagnement²⁴.

²⁴ La concertation et l'articulation entre les services sont importantes en amont et en aval et doivent être organisées officiellement et administrativement.

4. Spécificités d'accompagnement et d'orientation chez les jeunes et les femmes enceintes

✿ Jeunes et urgences

Proposer systématiquement aux jeunes une démarche préventive et une orientation après leur passage aux urgences. Le fait de sensibiliser les jeunes (remise d'une plaquette et intervention brève) a un effet sur leur consommation d'alcool post-passage aux urgences. Renforcer les équipes de liaison spécialisées en addictologie des établissements de santé, pour qu'elles aient les moyens d'intervenir spécifiquement. Les consultations jeunes consommateurs et les maisons des adolescents y seront associées²⁵.

✿ L'importance des consommations à risques et/ou addictives chez les jeunes

La moitié des jeunes de 17 ans déclarent avoir eu des comportements d'Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) dans le mois précédent, selon l'enquête ESCAPAD 2017²⁶.

Ces dernières années, la tendance semble à la baisse mais le problème reste entier :

²⁵ Plan Priorité Prévention, Comité Interministériel pour la Santé ; Dossier de Presse, 26 mars 2018, mesure 11.

²⁶ Cela signifie qu'ils ont consommé plus de cinq verres d'alcool en une seule occasion dans le mois précédant l'enquête.

- Les API répétées concernaient 21,8 % des jeunes en 2014 et 16,4 % en 2017²⁷
- Le nombre des API régulières stagne : 2,7 % en 2014 et en 2017²⁸
- Moins d'un quart des jeunes déclarent ne pas avoir été ivres du tout en consommant de l'alcool le mois précédent
- 3 % déclarent avoir été ivres au point de vomir et de tout oublier
- 3 % affirment avoir déjà été admis aux urgences car ils avaient consommé de l'alcool.

La prise en charge se fait d'abord par les urgentistes puis par les ELSA, sauf les nuits et les week-ends, ou lorsque les parents (pour les mineurs) ou les accompagnants banalisent ce passage aux urgences et ne souhaitent pas attendre le passage de l'ELSA qui leur est proposé.

Le nombre de jeunes qui viennent aux urgences pour une consommation massive d'alcool ou pour des poly-consommations augmente en fin de semaine, les ELSA ne sont pas présentes à ce moment-là, renforçant la nécessité d'une filière construite connue des urgentistes et/ou des IAO (IDE d'accueil et d'orientation²⁹).

Si l'ELSA a pu faire l'évaluation, elle oriente, si besoin, le patient vers les acteurs extrahospitaliers de la filière : CJC, CSAPA, MDA (maison des adolescents) ou vers une équipe hospitalière.

²⁷ API répétées : trois API en un mois

²⁸ .API régulières : dix fois ou plus en un mois.

²⁹ Pour plus d'informations, voir l'étude AURAI (admissions aux urgences de Rennes des adolescents en ivresse aiguë) sur l'évaluation de l'impact à trois mois d'une intervention motivationnelle auprès des jeunes de 16 à 24 ans admis pour alcoolisation aiguë dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital Pontchaillou, réalisée par Cristina Diaz Gomez et Marcus Ngantcha en décembre 2013 : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdtc.pdf>

L'évaluation addictologique est nécessaire pour ces jeunes, l'évaluation des consommations ne doit pas être minimisée, quel que soit le contexte somatique.

✿ Les freins rencontrés par les ELSA

Concernant les jeunes arrivés aux urgences avec des problématiques de consommation, les ELSA rencontrent certains freins du côté des accompagnants et des soignants :

- Absence d'évaluation addictologique du jeune patient à son arrivée aux urgences ou après la gestion de l'urgence si l'ELSA n'est pas présente
- Banalisation des problématiques de consommation par les parents (pour les mineurs) ou les accompagnants pour raccourcir le temps d'hospitalisation, et par certains soignants
- Absence fréquente d'orientation vers les dispositifs spécialisés (CJC, MDA), du fait de la méconnaissance du dispositif par les accompagnants et les soignants.

✿ Sensibiliser les urgentistes pour lutter contre la banalisation des problématiques addictives et les comportements à risques des jeunes.

✿ Diffuser des outils de support auprès des équipes soignantes. Par exemple, le kit « Jeunes et Ivresses » (voir ci-dessous)

✿ Sensibiliser et former les urgentistes au RPIB.

✱ L'orientation des jeunes vers les acteurs de soins addictologiques

La consommation d'alcool est souvent associée chez les jeunes à la consommation d'autres substances psychoactives : cela traduit des **vulnérabilités individuelles** et un **risque d'évoluer vers des troubles sévères**.

- ✱ Le minimum, avec ou sans ELSA, est de donner des adresses précises et personnalisées des structures de soins spécialisées, en préconisant une évaluation. Comme pour tout patient, l'évaluation par l'ELSA s'attache aux critères du trouble addictif et à la recherche des co-addictions, ainsi qu'aux critères de vulnérabilité du jeune. En fonction de ceux-ci, l'ELSA préconise ou non une orientation, l'objectif étant que, si besoin il y a, l'entrée dans la filière de soins soit la plus précoce possible. Lorsque le travail est fluide et concerté avec les urgentistes, ces passages aux urgences peuvent être des portes d'entrée réactives, facilitant l'accès à l'évaluation, à la réflexion et à la prise en charge.
- ✱ En absence d'ELSA, l'orientation systématique vers le dispositif spécialisé, afin de réaliser une évaluation spécialisée, est hautement recommandée.

Les mesures du Plan Priorité Santé visent à ce qu'une évaluation et un accompagnement spécialisé le cas échéant soient systématiquement proposés aux jeunes admis aux urgences pour alcoolisation excessive, s'appuyant notamment sur des travaux comme l'étude AU-RAIA, qui a testé l'implantation d'entretien d'inspiration motivationnelle aux urgences.

Le kit Jeunes et Ivresses : les urgences pendant et après³⁰

Ce kit est proposé sous la forme d'une clé USB contenant l'ensemble des outils utiles à la mise en œuvre de la démarche d'accompagnement.

Il contient :

- » **Un guide d'accompagnement et de bonnes pratiques** (les étapes de la prise en charge des jeunes en IEA (intoxication éthylique aiguë) depuis leur accueil jusqu'à la sortie des urgences)
- » **Une synthèse des expérimentations** menées en ex-région Aquitaine qui reprend l'ensemble de la réflexion et présente les résultats de l'expérimentation menée sur les trois sites pilotes³¹
- » **Les flyers** (flyers jeunes, flyers familles) et les affiches destinées aux urgences
- » **La fiche de suivi** qui permet aux urgences et aux ELSA d'enregistrer toutes les étapes de la prise en charge d'un jeune depuis son arrivée aux urgences jusqu'à la sortie
- » **La lettre de suivi au médecin de ville**. C'est un courrier type qui est à compléter par les services d'urgences ou par les ELSA
- » **Les recommandations de la HAS**
- » **Le test ADOSPA** qui permet d'évaluer les consommations des patients et le TSTS CAFARD qui permet de repérer le risque suicidaire
- » **Les principes de l'intervention brève :**
 - Expliquer le test de repérage (ADOSPA)

³⁰ Pour plus d'informations : <https://www.federationaddiction.fr/jeunes-ivresses-kit-deployer-de-meilleures-articulations-entre-services-durgences-elsa-cjc/>

³¹ Les sites pilotes de l'expérimentation sont : CH St André (33), CH St Cyr (47) et CH de Dax (40).

- Aborder les risques
- Définir les recommandations
- Souligner l'intérêt de la réduction des risques, du changement
- Décrire des méthodes pour réduire les risques
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité d'en reparler ici ou ailleurs
- Remettre un support écrit.

✱ Périnatalité

✱ L'alcoolisation foetale : un phénomène sous-estimé

La poursuite de consommation de substances psychoactives pendant la grossesse représente **un risque extrêmement élevé**, non seulement pour la femme enceinte mais aussi pour le bébé : alcoolisation foetale, mort *in utero* ou naissance prématurée à cause du tabagisme passif ou actif, malformations, altération du développement cérébral etc. La prévalence du syndrome d'alcoolisation foetale reste sous-estimée en France³².

- ✱ Il est nécessaire que les CSAPA, les médecins généralistes et les gynécologues puissent accompagner avant la grossesse les femmes qui souhaitent avoir un enfant et qui rencontrent des consommations à risques, si cela est possible.

³² Voir le guide *Drogues et addictions*, données essentielles de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), 2019 : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>

- ✱ Pour ce faire, un travail en réseau pluridisciplinaire avec l'ensemble des acteurs du champ de la maternité est nécessaire. L'ELSA a sa place au sein du réseau, notamment en coordonnant l'articulation entre les secteurs de la maternité, de la périnatalité et le secteur addictologique.
- ✱ L'ELSA peut participer à des staffs maternité, pour discuter de situations complexes, sensibiliser les soignants à la question addictologique et à son importance pour le secteur ou organiser des formations pour les réseaux de périnatalité, dont la PMI (protection maternelle et infantile).

✱ Accompagner la femme enceinte et le conjoint ou la conjointe

La grossesse est souvent l'occasion d'accompagner une femme enceinte dans la gestion de ses problématiques addictives. Cela peut aussi être une opportunité d'accompagner son conjoint ou sa conjointe, si cette personne présente également une problématique addictive (ce qui augmente l'efficacité de l'intervention auprès de la femme enceinte).

Les sages-femmes peuvent désormais prescrire des TSN aux accompagnant(e)s des femmes enceintes.

- ✱ Favoriser le transfert de compétences et la formation du personnel du secteur de la maternité en addictologie par les ELSA : repérage, prescription de TSN, orientation vers les dispositifs spécialisés etc.

✱ Des sages-femmes en ELSA

Les sages-femmes ne sont pas citées dans la circulaire comme faisant partie des ELSA³³. Cependant, leur présence au sein d'une ELSA, lorsque l'hôpital a un service de maternité, est tout à fait pertinente.

Seulement 11 % des ELSA comptent dans leur équipe une sage-femme. Si ce n'est pas le cas, les ELSA peuvent être en lien avec des sages-femmes référentes « maternité et addictologie ».

- ✱ **Toute ELSA intervenant dans une maternité de niveau 2 ou 3 devrait compter une sage-femme.** En niveau 1, une sage-femme référente du service obstétrique est nécessaire, notamment sur la partie tabacologie
- ✱ Pour des femmes vulnérables, respecter le suivi régulier pour leur grossesse est parfois compliqué (transports, horaires, angoisse, culpabilité...). Un suivi conjoint addictologique/sage-femme sur un même lieu avec un seul déplacement peut être facilitant. Pouvoir s'adapter à la flexibilité des consultations à la maternité permet d'obtenir un suivi de qualité qui réduise ces inégalités .

✱ Les difficultés rencontrées dans l'accompagnement addictologique des femmes enceintes

Les ELSA constatent cependant certaines difficultés dans l'accompagnement addictologique des femmes enceintes :

- Les femmes enceintes concernées ne perçoivent pas toujours les risques de leurs consommations et/ou préfèrent cacher leurs consommations de peur de se voir retirer leur enfant
- Les professionnels de la grossesse n'ont pas toujours connaissance de l'ensemble des risques et des dommages provoqués par les consommations sur l'enfant et sont parfois mal à l'aise pour aborder la question des consommations avec les femmes enceintes concernées
- Certaines ELSA sont peu présentes dans les maternités.
- ✱ Assurer la stabilité des intervenants addictologiques durant le suivi de la grossesse : il est plus facile pour la femme enceinte d'évoquer ses difficultés si elle rencontre régulièrement les mêmes intervenants.

³³ Voir le graphique des métiers de l'ELSA dans la partie 1 du guide.

Corinne Chanal, sage-femme référente du réseau « périnatalité et addictions » (Languedoc Roussillon)³⁴

Depuis 2008, le réseau périnatal intervient sur la thématique des addictions. Ce projet a été initié en partant du constat que les femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives tout comme les professionnels de la périnatalité avaient des besoins spécifiques identifiés. Le réseau a démarré ce projet par la mise en place d'un comité de pilotage régional et la réalisation d'un état des lieux des ressources existantes et des besoins en 2009.

Le projet a pour objectifs de : sensibiliser les femmes aux risques induits par les conduites addictives, améliorer le repérage des consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes, harmoniser les pratiques régionales et renforcer la collaboration entre professionnels de la périnatalité et ceux du champ des addictions.

Sensibilisation des femmes enceintes :

Le réseau contribue à la sensibilisation des femmes enceintes en diffusant régulièrement deux documents d'information : une plaquette d'information sur les risques de la consommation de tabac pendant la grossesse, imprimée avec le soutien de la Ligue contre le Cancer et une plaquette d'information sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Ces documents sont transmis à toutes les femmes enceintes de la région via la CPAM, les conseils départementaux, les professionnels ou les établissements.

³⁴ <http://www.nglr.fr/index.php/les-actions-naitre/perinatalite-et-addictions-naitre>

Appui aux dynamiques locales :

Depuis le lancement du projet, le réseau est intervenu dans chaque bassin de naissance de la région pour initier ou accompagner des réseaux locaux de professionnels de santé sur la thématique périnatalité et addictions (organisation de rencontres locales, de formation et de reprises de situations). Ce travail concourt à l'implication de professionnels de terrain pour une amélioration de la coordination pluridisciplinaire des prises en charge. Dans les bassins de naissance où une dynamique importante est à l'œuvre, les acteurs locaux organisent eux-mêmes des formations et rencontres de réseau de proximité spécifiques avec, s'ils le demandent, un soutien technique et une participation du réseau. Depuis 2012, chaque réseau local a intégré un nouvel acteur pivot : une sage-femme référente « vulnérabilités et addictions » en lien avec l'ELSA de l'établissement, qui exerce le plus souvent au sein de la maternité publique du bassin de naissances. Ces postes sont financés par l'Agence Régionale de Santé (ARS), ils ont été mis en place dans le cadre du projet d'expérimentation d'un auto-questionnaire de repérage des conduites addictives en maternité, financé par la Direction Générale de la Santé (DGS).

Auto-questionnaire de repérage et sages-femmes référentes :

Un auto-questionnaire de repérage a été expérimenté dans toutes les maternités publiques entre mars et septembre 2012. Il était distribué en salle d'attente de maternité par les secrétaires à toutes les femmes enceintes venant consulter pour la première fois quel que soit leur terme. Les femmes enceintes vulnérables repérées précocement devaient bénéficier d'un premier entretien à

la maternité avec la sage-femme référente. Si des facteurs de risques étaient confirmés, un suivi en alternance sage-femme référente/gynécologue-obstétricien et des orientations spécifiques devaient être mis en place.

Pour plus d'informations : <http://nglr.fr/index.php/les-actions-naitre/perinatalite-et-addictions-naitre>

Propositions pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes ayant des problématiques d'addiction par les ELSA :

En lien avec ces expériences, plusieurs leviers ont été identifiés :

- » Avoir un professionnel identifié dans la maternité qui collabore avec l'ELSA, une sage-femme ou un gynécologue qui puisse être l'interlocuteur privilégié
- » Un professionnel doit prendre en compte la coordination entre l'addictologie, le psychologique, le social, la maternité, la pédiatrie, la psychiatrie périnatale
- » Des consultations avancées d'un professionnel de l'ELSA pendant les temps de consultation prénatale doivent être proposées
- » Pouvoir faire des hospitalisations pour sevrage ou pour la mise en route d'un traitement de substitution en maternité (pas seulement en addictologie)
- » Intervenir pour les parents d'un enfant hospitalisé en néonatalogie ou dans les autres services de pédiatrie, pour pouvoir proposer une consultation addictologique pour la mère (et/ou le père) pendant que l'enfant est pris en charge.

5. L'articulation des ELSA avec les équipes de liaison en psychiatrie/les psychiatres en cas de pathologies duelles³⁵

Il est important que les ELSA connaissent les modalités d'intervention des autres équipes de liaison pour **assurer leur congruence et s'organiser**. Particulièrement avec les dispositifs psychiatriques, compte tenu de la forte prévalence des pathologies duelles.

★ Les prises en charge addictologiques et psychiatriques conjointes sans pathologies duelles

Le psychiatre de liaison sollicite l'ELSA quand un patient a des symptômes psycho-comportementaux en lien avec sa consommation de substances psychoactives sans présenter de pathologies duelles. Dans certains cas, des prises en charge addictologiques et psychiatriques conjointes sont alors nécessaires, notamment pour assurer la cohérence des aspects thérapeutiques. Réciproquement, l'ELSA peut solliciter l'équipe de liaison psychiatrique ou un psychiatre en cas d'urgence psychiatrique en lien avec un trouble lié à la consommation (risque suicidaire du patient alcoolisé, risque de passage à l'acte suicidaire dans un contexte de sevrage en cocaïne, pharmaco-psychoses etc.)

- ★ Une collaboration étroite entre les ELSA et les équipes de liaison psychiatriques permet de délimiter leurs compétences respectives, d'accorder les modalités de coopération et de préciser les organisations fonctionnelles.

³⁵ Pour plus d'informations sur les pathologies duelles, voir le guide Repère(s) de la Fédération Addiction *Addictions & Troubles Psychiatriques*, publié en mai 2019 et dirigé par le Dr Jean-Michel Delille et le Pr Georges Brousse, avec le soutien de la MILDECA, de la DGS et de la DGOS.

Par exemple, il convient de prévoir des temps de débriefing sur des cas cliniques, des réunions pour organiser des protocoles etc.

- ★ Formaliser des critères pour l'évaluation psychiatrique et addictologique sous forme de protocole : ceci est particulièrement pertinent aux urgences, afin de **savoir qui intervient quand** (équipe de psychiatrie, ELSA ou urgentistes). Les protocoles permettent de fluidifier les parcours de soins des personnes rencontrant des consommations à risques et/ou addictives. Pour que les protocoles soient appliqués, il est nécessaire qu'ils fassent l'objet d'un travail de concertation et de coopération impliquant les psychiatres, les ELSA et le SAU. Cela concerne notamment la question des tentatives de suicide en état d'alcoolisation.

★ Les prises en charges addictologiques et psychiatriques conjointes en cas de pathologies duelles

La prise en charge adaptée des pathologies duelles nécessite une coopération intelligente entre ELSA et psychiatrie de liaison. Ainsi, il est primordial que chaque équipe parvienne à dépasser ses propres logiques dogmatiques, qui conduisent le plus souvent à un débat étiologique stérile afin de déterminer si le patient est plus « psy » ou plus « addicto ». En effet, le pronostic de ces patients est aggravé, du fait de l'interactivité de chacune des pathologies. L'enjeu réside dans la capacité à élaborer un projet de soins « sur mesure », adapté aux différentes problématiques, aux capacités du patient et aux ressources disponibles.

- ★ Favoriser l'**approche intégrative** ou, à défaut, la prise en charge concomitante des pathologies duelles par deux équipes étroitement coordonnées.

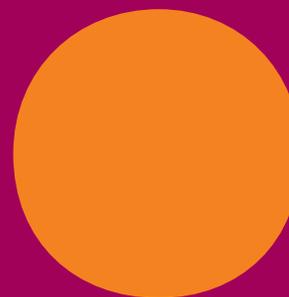
★ Le transfert de compétences addictologiques

Le transfert de compétences addictologiques peut être particulièrement intéressant auprès des équipes de liaison psychiatriques, afin de favoriser le **repérage précoce, l'intervention brève et la prévention** et de **transmettre les outils** pour réagir face à des consommations à risques. Les ELSA sont encouragées à **diffuser la culture et la pratique de la prescription de TSN**, puisqu'il y a une forte prévalence du tabagisme chez les patients en psychiatrie. De plus, l'**initiation des équipes de liaison psychiatriques à la pratique de l'entretien motivationnel** représente un axe de collaboration particulièrement fructueux entre ELSA et psychiatrie.

- ★ L'ELSA peut solliciter l'équipe de liaison psychiatrique ou un psychiatre pour participer à la prise en charge de conduites addictives dans un contexte d'**intrications médico-addicto-psychiatriques**. Inversement, plusieurs situations psychiatriques justifient une sollicitation de l'ELSA. Par exemple, le dépistage du jeu pathologique chez les patients déprimés ou traités par antiparkinsoniens, ainsi que la recherche d'un mésusage de médicaments psychotropes chez les personnes présentant un trouble des conduites alimentaires.



**ARTICULATION AVEC
LES FILIÈRES DE SOINS
EXTRAHOSPITALIÈRES
ET ENVIRONNEMENT
INSTITUTIONNEL**



Une filière de soins addictologiques s'appuie nécessairement sur des **partenariats solides** de santé au sein de son territoire d'implantation avec l'ensemble des acteurs du dispositif de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive, relevant du champ du médico-social, de la médecine de ville et du secteur public. Ces partenariats peuvent être **facilités par la coordination des acteurs de l'addictologie** au sein des réseaux de santé, s'ils existent sur le territoire de la filière³⁶.

L'équipe de liaison est adossée à une structure addictologique de niveau 1, 2 ou 3. Elle intervient auprès des patients ayant une problématique addictive pendant leur hospitalisation **dans l'ensemble des unités de soins** de l'établissement de santé. La coordination avec la consultation d'addictologie et le service d'hospitalisation de référence est assurée au sein de l'unité fonctionnelle pour les établissements publics de santé et de l'unité individualisée pour les autres établissements de santé, ou de la structure interne d'addictologie à laquelle elle est intégrée. Les modalités d'intervention de l'équipe de liaison dans les unités de soins font l'objet d'**une procédure définie au sein de l'établissement de santé**. Le service dans lequel est hospitalisé le patient assure la responsabilité de la prise en charge de ce dernier. L'équipe de liaison collabore avec les autres structures addictologiques hospitalières quand elles existent, le dispositif ambulatoire spécialisé en addictologie, la médecine de ville et les réseaux de santé en addictologie pour **assurer la continuité du suivi addictologique**³⁷.

36 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf

37 Voir l'annexe 3 de la circulaire de 2008 (en annexe).

✳ L'inscription de l'organisation permettant de répondre aux besoins addictologiques des patients et la contribution des ELSA dans cette organisation

57 % des ELSA ont leurs missions inscrites dans le projet d'établissement : le projet d'établissement prévoit alors l'organisation addictologique dont le fonctionnement des ELSA, les articulations avec les autres services et les perspectives d'évolution de l'offre de soins.

6 % des ELSA n'ont pas leurs missions inscrites dans le projet d'établissement et 37 % des ELSA ne savent pas si c'est le cas.

- ✳ **Inscrire l'organisation de l'addictologie dans le projet d'établissement, dont le rôle des ELSA, afin d'assurer la cohérence des objectifs et des missions de l'ELSA en intégrant la dimension institutionnelle dans ce projet commun aux différents services.**

✳ Les dotations financières des ELSA

Selon l'établissement, il existe différents types de dotations : MIG/FIR pour les ELSA en hôpital MCO et DAF pour les ELSA en hôpital psychiatrique. Il existe également des modes de financement complémentaires dont peuvent bénéficier les ELSA (financements issus d'appels à projets remportés, des postes médicaux partagés en lien avec l'ARS etc.), leur permettant de déve-

lopper des projets, comme par exemple le « Moi(s) sans Tabac ».

Notre enquête et les rencontres de terrain menées pour élaborer ce guide rendent compte d'une mauvaise connaissance des ELSA sur leur mode de financement et sur le budget attribué à l'hôpital par les ARS pour les ELSA.

- ✳ **Etre en lien avec la Direction hospitalière et le responsable de pôle auquel l'ELSA est rattachée pour comprendre les enjeux relatifs au financement et ce que cela implique dans la pratique de l'ELSA.**

Les sources de financement : à propos de la politique des ELSA en Nouvelle-Aquitaine et leurs financements, par Stéphane Dufaure, inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, ARS Nouvelle-Aquitaine³⁸

La politique nationale prévoit le financement des ELSA au titre de la MIG ELSA qui a un caractère régional et dont le coefficient géographique est pris en compte dans la péréquation interrégionale.

Il convient de mettre en perspective le financement des ELSA avec le financement des consultations d'addictologie en milieu hospitalier. Les ARS allouent une MIG Consultations en addictologie aux établissements de santé qui ont mis en œuvre une consultation externe au sein de l'établissement. Certains établissements de santé possèdent une ELSA et une consultation d'addictologie, à ce titre l'établissement de santé perce-

38 Cet encadré fait état d'un cas spécifique, la Nouvelle-Aquitaine.

vra une MIG ELSA (crédits FIR ou DAF Psy)³⁹ et une MIG Consultations d'addictologie.

La MIG Consultations addictologie est, en Nouvelle-Aquitaine, une bonification tarifaire des consultations externes en addictologie. Les établissements facturent les consultations d'addictologie en consultation externe. Selon la MIG attribuée à l'ARS, cette dernière alloue la MIG Consultations addictologie selon le nombre de consultations réalisées par l'établissement à partir des données PMSI (SAE). La MIG Consultations addictologie évolue annuellement avec un taux d'évolution assez faible⁴⁰.

³⁹ L'établissement de santé percevra des crédits issus du FIR et/ou de la DAF Psy (deux vecteurs de crédits différents). Certaines ARS ont opté pour le regroupement des vecteurs de financement au sein du FIR.

⁴⁰ Ainsi, le patient paie une consultation classique et l'hôpital reçoit un financement complémentaire forfaitaire pour chaque consultation, ce qui permet une prise en compte de consultations généralement plus longues que dans les autres services et non valorisées spécifiquement dans la T2A.

1. La médecine de ville

Les médecins de ville 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 coordinateur du médecin traitant** est essentiel⁴¹.

Les médecins généralistes représentent l'amont et l'aval de nombreuses hospitalisations et, dans ce contexte, ils sont des partenaires majeurs des ELSA dans leur activité.

★ La prise de contact des ELSA avec les médecins traitants

Les ELSA organisent les conditions dans lesquelles elles prendront contact avec le médecin traitant pour les patients qui sont passés à l'hôpital et qui sont concernés par des problèmes de consommation, que les ELSA les aient rencontrés ou non. Pour que cela soit effectif, les ELSA travaillent à un circuit de transmission d'informations des services vers l'ELSA.

Dans certains cas, l'ELSA peut contribuer à identifier ou proposer des médecins traitants sensibilisés à l'addictologie à un patient qui n'a pas encore désigné de médecin.

- ★ **Les ELSA doivent vérifier si leur passage et leurs préconisations sont bien signalés dans le courrier de sortie, en s'intégrant dans la prise en charge de l'équipe référente.**

⁴¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf

Pour ce faire, l'ELSA peut, par exemple, encourager l'utilisation du dossier partagé. Les ELSA restent disponibles pour des conseils et des échanges sur la prise en charge addictologique, si besoin.

- ★ **Les journées régionales des ELSA, et d'une façon plus large les réunions de réseaux des partenaires en addictologie dans un bassin de population, sont l'occasion de favoriser des rencontres entre les ELSA, les CSAPA, les CAARUD ou les CJC et les médecins généralistes, améliorant les possibilités de collaboration de ces derniers.**

Le texte présenté ci-dessous est issu d'un entretien réalisé auprès de Xavier Aknine, référent de Médecin Généraliste Addiction et de Philippe Grunberg, membre de la commission Médecin Généraliste Addiction, tous deux investis au sein du pôle MG Addiction

Quelles articulations entre les ELSA et les médecins généralistes ? Comment les généralistes peuvent-ils travailler avec les ELSA ? Quelles sont les attentes des ELSA en lien avec les généralistes ?

Une des difficultés majeures est la méconnaissance ou la connaissance insuffisante des dispositifs ELSA par les professionnels du premier recours. Réciproquement, les médecins généralistes sont également pas ou peu connus des ELSA. De manière générale, les médecins généralistes connaissent mal le fonctionnement des structures spécialisées en addictologie (CSAPA, ser-

vices d'addictologie, ELSA...) et celles-ci ne font pas toujours l'effort de faire le lien avec eux.

Pour pallier ce déficit de connaissances des ressources de proximité et renforcer l'articulation entre les médecins généralistes et le dispositif spécialisé, plusieurs mesures peuvent être préconisées :

- » S'appuyer sur les délégués de l'assurance maladie qui rencontrent régulièrement les médecins généralistes à leur cabinet et qui pourraient leur communiquer la liste des différents CSAPA, ELSA et services d'addictologie existant dans leur département et région. C'est un premier niveau d'information essentiel. Ainsi, pour les troubles d'usage de l'alcool, une liste détaillée de structures et des conditions d'admission dans ces structures permettrait au médecin généraliste d'adresser la personne au service le plus adapté à sa situation. Les médecins généralistes se retrouvent souvent à envoyer ces patients aux urgences, ce qui n'est pas forcément la meilleure orientation
- » Lorsqu'un patient hospitalisé est vu par l'ELSA, un contact avec le médecin traitant en accord avec le patient - par courrier, téléphone ou courriel sécurisé - doit être systématique, pour transmettre les informations nécessaires et échanger sur la situation du patient
- » Constituer autour de chaque ELSA, un réseau de médecins généralistes et de pharmaciens de ville et développer un travail partenarial avec des CPTS
- » De même, les médecins généralistes doivent avoir des structures de soins addictologiques partenaires (CSAPA, ELSA ou service d'addictologie) selon la situation locale

- » L'ELSA peut faire un travail de coordination, selon les situations et le parcours de soins du patient, entre le médecin généraliste, le CSAPA et l'hôpital
- » Favoriser les échanges entre les médecins généralistes et les ELSA. Les ELSA pourraient, par exemple, organiser des rencontres ELSA/médecins généralistes sous la forme d'intervision ou inter-formation à partir de situations concrètes de patients.

2. Le médico-social

Le dispositif médico-social 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.

Pour permettre **un rapprochement des deux secteurs** (hospitalier et médico-social), 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 envisageables⁴².

★ Le paysage médico-social addictologique

Les CSAPA, CAARUD et CJC sont complémentaires des dispositifs spécialisés à l'hôpital.

Les constats sont les mêmes que dans le secteur hospitalier : l'offre de soins en addictologie est diversifiée (de l'intervention précoce à l'insertion sociale) et les accompagnements sont divers.

Les CSAPA et CAARUD **garantissent l'anonymat des usagers**.

Descriptions des dispositifs, disponibles sur le Portail des Acteurs de la Santé⁴³ :

Les **CSAPA (Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie)** assurent, pour les personnes ayant une consommation à risques, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage :

- » L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ; dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs ;
- » La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- » La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Les CSAPA peuvent accueillir les usagers en ambulatoire ou bien proposer des services de soin résidentiel (Communautés Thérapeutiques Résidentielles, Communautés Thérapeutiques...).

Les CSAPA sont financés par l'Assurance Maladie et portés soit par des associations, soit par des établissements publics de santé. La structure gestionnaire peut par ailleurs gérer un ou des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usa-

gers de drogues) s'adressent à des personnes consommatrices qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soins, ou qui sont exposées à des risques majeurs (accidents, surdoses, infections – notamment hépatite C et VIH, etc.) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés. Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.

Les CAARUD sont financés par l'Assurance Maladie et portés soit par des associations, soit par des établissements publics de santé, pouvant par ailleurs gérer des Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) sont implantées principalement au sein des CSAPA, mais aussi parfois dans des lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes (Maisons des adolescents – MDA – et Points Accueil Ecoute Jeunes – PAEJ) ou dans des centres hospitaliers.

Elles pratiquent principalement l'intervention précoce, à l'interface entre la prévention et le soin en matière d'addictions, à destination d'un public qui ne se considère pas comme « addict », même s'il peut ressentir des difficultés avec la consommation, et qui ne se serait pas rendu en centre de soins. Un profil qui correspond particulièrement aux jeunes, même si les consultations peuvent accueillir des personnes plus âgées, « jeunes » dans leur consommation. Elles accueillent gratuitement toute personne, mineure ou majeure, qui se présente spontanément ou adressée par un tiers (acteur institutionnel ou professionnel de santé, des secteurs scolaires et judiciaires etc.), et accompagnent également l'entourage, quel qu'il soit. L'accueil en CJC est soumis au principe de confidentialité (de même pour les CSAPA et les CAARUD).

42 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf

43 <https://intervenir-addictions.fr/>

- * Améliorer les connaissances réciproques entre ELSA et structures médico-sociales addictologiques, en favorisant une personnalisation du lien, pour avoir une idée des spécificités de ces différentes structures dans leur projet et leur mode de fonctionnement.

Par exemple, organiser des rencontres, des échanges, des formations croisées etc. ; il peut être intéressant de formaliser ces partenariats, en établissant une convention qui valide un axe de projet commun et qui permette, par les évaluations, de s'assurer de son bien-fondé et de son évolutivité.

Par exemple, une convention peut prévoir des partages de postes, des présences aux staffs, des temps de formation partagée etc.

- * Coordonner et articuler les soins dans un parcours individualisé adapté aux besoins de chaque patient.
- * **La transmission d'informations entre les ELSA et les autres professionnels de soins ou dispositifs médico-sociaux doit être sécurisée** : disposer de boîtes courriel sécurisées ou bien se rapprocher des services informatiques pour trouver comment communiquer avec les structures partenaires addictologiques (CJC, CSAPA, CAARUD) et avec le médecin traitant.

3. Les pharmaciens

Les liens entre ELSA et pharmaciens sont de proximité variable alors qu'ils sont essentiels pour la qualité de la prise en charge du patient.

Les pharmaciens hospitaliers font partie intégrante de l'hôpital, tandis que le maillage et l'accessibilité des pharmaciens d'officine en font un point d'accès privilégié à la santé ; ce sont des **acteurs de proximité** impliqués dans la prévention, parfois relais de réduction des risques et des dommages.

- * Intégrer les pharmaciens dans le dispositif d'acteurs : l'ELSA contribue à ce que le prescripteur soit toujours bien identifié, avec des coordonnées permettant de le contacter. Elle contribue également à **sensibiliser les prescripteurs hospitaliers à l'importance d'être bien identifiés**, pour que les pharmaciens puissent les contacter si nécessaire.
- * L'ELSA peut être amenée à contacter les pharmaciens pour les TSO, pour s'assurer de la posologie de la prescription si le patient n'a pas son ordonnance et pour préparer la sortie lorsqu'un TSO est initié au cours de l'hospitalisation.

Elle peut également intégrer les pharmaciens dans des formations qui permettent de favoriser la connaissance et les échanges. En leur présentant le dispositif hospitalier et médico-social, l'ELSA contribue à créer des relais lisibles pour les pharmaciens, parfois en difficulté en officine avec des patients dont les ordonnances ne sont pas réglementaires.

L'ELSA, dans ce contexte, peut être un partenaire du CAARUD pour favoriser l'implication des pharmaciens dans la réduction des risques et des dommages, et disposer d'un réseau lorsque les patients sortent d'hospitalisation pour la délivrance de matériel de RDRD, de naloxone etc.

- * Les pharmaciens hospitaliers sont formés et sensibilisés par les ELSA. Ils sont des partenaires essentiels pour négocier le choix des traitements (principe actif, posologie et galénique) qui sont nécessaires à la prise en charge des patients hospitalisés, à intégrer à la liste des médicaments disponibles à l'hôpital.

4. Les ELSA dans leur environnement institutionnel au sein du cadre des GHT (groupements hospitaliers de territoire)

La prise en compte de l'addictologie n'est pas encore systématique dans le cadre de la structuration des GHT. Pourtant, la filière addictologie au sein des GHT permettrait d'améliorer la prise en compte des besoins des patients ayant des conduites addictives et par là même l'état de santé de la population qu'ils desservent.

On constate une hétérogénéité de l'implication des ELSA dans le parcours addictologique et dans la mise en œuvre des GHT.

- ✦ **Systématiser les filières en addictologie au sein des GHT avec un référent addictologie. Cela permettrait de mailler le territoire et d'avoir une meilleure connaissance des acteurs territoriaux en addictologie, afin de préciser les parcours de soins.**

La structuration des GHT a contribué à voir se développer des ELSA multi-sites, c'est le cas de 40 % des ELSA, qui demandent des modalités particulières d'organisation.

- ✦ **Systématiser le travail spécifique d'organisation prévoyant la contrainte du multi-site. Par exemple, développer la télémedecine et les outils collaboratifs (temps à plusieurs de télé-consultation ou télé-expertise).**

ELSA et COVID, par Romain Sicot, président de ELSA France et Bénédicte Delmas, référente du projet pour ELSA France et la Fédération Addiction, Responsable de l'unité d'addictologie au CH Perpignan (ELSA/consultations externes/ETP/HDJ)

L'enquête réalisée en mai 2020 par le CUNEA et le COPAAH a montré que 89 % des équipes d'addictologie ont maintenu une activité de liaison durant la crise sanitaire. Ces chiffres seront affinés dans les prochains mois. Du fait du confinement, des transformations de l'hôpital avec les secteurs COVID, de la diminution du flux aux urgences non COVID, et de l'arrêt de certaines activités (chirurgie programmée, consultations externes), les ELSA ont noté une diminution quantitative des demandes des services mais ont rapporté une complexification des prises en charge (consommations multiples sévères non suivies, filière d'aval peu disponible et peu réactive, médecins généralistes saturés par l'activité COVID, CSAPA centrés sur les consultations dématérialisées de leur file active, inclusions méthadone complexes). Ce temps libéré a été souvent mis à profit pour développer d'autres organisations et d'autres outils. Plusieurs retours d'expériences ont mis en valeur **l'extrême adaptativité des ELSA durant la crise.**

En effet, les ELSA ont été contraintes de s'adapter aux problématiques et aux stratégies hospitalières locales. De nombreux personnels infirmiers ELSA ont été sollicités pour renforcer les équipes COVID ou les équipes paramédicales des SAU. Ces équipes ont pu alors seulement assurer le

soutien aux services sur la prise en charge des patients ayant une problématique addictive faute de temps et de moyens pour développer d'autres outils. La majorité des psychologues d'ELSA, se sont investis activement dans les dispositifs de soutien psychologique aux soignants.

Malgré des bouleversements importants de leur organisation, plusieurs ELSA ont proposé **des ajustements permettant de développer leurs missions premières.**

Les missions d'appui aux soignants ont stimulé la diffusion large de protocoles stimulant le repérage des principales addictions et des syndromes de sevrage associés. Un appui thérapeutique par téléphone était prioritairement assuré par l'ELSA pour les situations les plus simples, avec maintien de déplacement au lit, lorsque la situation le nécessitait. Le risque de contamination COVID des patients immunodéprimés ou apasiques a stimulé l'utilisation de tablettes pour assurer des « téléconsultations ELSA ».

Par ailleurs, Certaines ELSA ont développé « **l'aller vers les soignants** » en proposant activement des traitements de substitution nicotiques aux soignants travaillant en unité COVID, afin de prévenir les syndromes de sevrage tabagiques induits par les contraintes sanitaires vestimentaires. Certains services de pédiatrie ont bénéficié de l'expertise des ELSA pour proposer des TSN au parent accompagnant compte tenu de l'absence de sortie temporaire des services.

D'autres ont fait du lien avec le secteur privé qui, accueillant spécifiquement les patients non COVID, a pu se confronter à des problématiques addictives plus lourdes avec un déplacement de l'équipe sur site si nécessaire, après aval des Directions.

Les missions d'évaluation, de prise en charge et d'orientation des patients ont été garanties par les ELSA, nécessitant **une augmentation de leur réactivité et l'appropriation de nouveaux outils**, particulièrement de téléconsultation, permettant d'assurer le suivi des patients sortis dans l'attente de leur relais vers les structures de suivi ambulatoire dont les délais d'accès ont été allongés, particulièrement pour les nouveaux consultants. La prise en charge des patients précaires a pu être facilitée, dans certaines régions, par une plus grande accessibilité des hébergements sociaux temporaires.

Enfin, de façon plus sporadique, certaines ELSA ont décalé leur mission en servant de soutien téléphonique aux officines de ville pour les questions concernant le renouvellement de TSO, lorsque le médecin généraliste prescripteur était rendu indisponible par l'épidémie, ou en participant, conjointement avec d'autres structures, à des plateformes départementales d'orientation addictologique.

La coordination individualisée des parcours de soins représente la compétence centrale des ELSA. Ce savoir-faire associe une connaissance large des problématiques médico-psycho-sociales, un ancrage fort au sein des réseaux locaux et une légitimité auprès des équipes non addictologiques. Ainsi, la crise sanitaire et les bouleversements organisationnels induits ont mis en relief la grande adaptativité des ELSA, habituées à proposer des stratégies de soins intégrant les capacités du patient, les priorités médicales et les ressources environnementales disponibles. Parallèlement, **la créativité et le pragmatisme des ELSA** se sont illustrés dans leur capacité à diffuser la culture addictologique tout en continuant la dynamique de « l'aller vers ». Les ajustements induits par la crise sanitaire

ont été l'occasion pour nombre d'ELSA de développer de nouveaux savoir-faires pertinents pour assurer leurs missions, dont certains vont être pérennisés hors-crise sanitaire.

Télésanté en ELSA : l'expérience d'ELSA 24, par Anivel Ramos, médecin, CH Vauclaire, Nouvelle Aquitaine

L'ELSA de Dordogne est rattachée à un centre hospitalier spécialisé en santé mentale (CH Vauclaire) au sein d'un pôle d'addictologie, et intervient par convention dans les autres centres hospitaliers du département. Elle est de fait une équipe territoriale. Composée de neuf professionnels différents (six infirmiers, une sage-femme, un médecin et une secrétaire), elle intervient dans des sites éloignés les uns des autres de plusieurs dizaines de kilomètres. Aussi, nous avons développé une activité de télé-consultations afin de répondre à un certain nombre de critères qui nous paraissent importants, notamment la disponibilité pour les patients, la limitation du temps d'attente pour avoir un avis médical et l'optimisation du temps des professionnels.

Les infirmiers sillonnent le département et interviennent au plus près des équipes hospitalières, mais également dans des CMP et certains CMS. Lorsqu'ils ont besoin d'un avis médical (spécialement dans les endroits où le médecin n'intervient pas ou si son emploi du temps ne le permet pas), une télé-consultation est organisée. Il s'agit d'un entretien infirmier auquel le médecin s'associe par téléconsultation. En aucune façon le patient ne se retrouve seul devant un écran.

Les interventions médicales sont la plupart du temps relatives à des modifications de traitement, des décisions thérapeutiques, des difficultés de diagnostics ou d'orientation. Cela permet au patient d'avoir un avis plus rapide et du même niveau de qualité que lors de consultations en présence du médecin. Cette modalité de consultation se fait sur la base du volontariat et après recueil du consentement du patient. Il n'y a pas d'enregistrement de séance et il faut donc renseigner le dossier médical de la même façon que pour les entretiens conventionnels. Les actes ainsi générés sont différenciés afin de pouvoir évaluer la traçabilité et l'activité.

Il faut noter d'emblée que nos craintes initiales de non adhésion des patients étaient infondées tant il est vrai que la population est largement habituée à ce mode de communication. Par ailleurs, ces entretiens demandent aux soignants de revoir leurs repères habituels, d'être plus attentifs à leurs propres ressentis et de cultiver le lien empathique. Il ne s'agit pas simplement d'un entretien filmé. De plus, nous avons pris le parti d'accompagner le patient entre membres de la même équipe. Ceci est primordial de notre point de vue. En effet, infirmier et médecin doivent pouvoir se faire entièrement confiance. Les infirmiers ELSA connaissent bien les situations en addictologie, sont capables de repérer les comorbidités et ont une vision détaillée des stratégies thérapeutiques. Ils ont l'habitude d'apporter les explications nécessaires aux patients et peuvent faire le lien avec leurs collègues d'autres spécialités. Le médecin peut donc s'appuyer sur leurs compétences et se sentir en sécurité dans les différentes décisions à prendre. La collaboration habituellement rencontrée au sein des ELSA doit se perpétuer dans ce type de consultations.

FICHES TRANSVERSALES

Fiche 1 : ELSA et consultation externe hospitalière d'addictologie

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

Le champ de compétence de la consultation hospitalière d'addictologie s'étend à l'ensemble des conduites addictives (alcool, tabac, substances illicites, médicaments, addictions sans produit)⁴⁴.

★ L'offre addictologique hospitalière : ELSA et consultation externe

La consultation externe hospitalière d'addictologie, qui était intégrée à la circulaire de 2000 dans les missions des ELSA dans des cadres précis, n'est plus intégrée à la nouvelle circulaire de 2008 et fait l'objet d'une unité spécifique.

De plus, il est bien noté qu'en niveau 1, **la filière hospitalière addictologique doit être assurée au minimum par une ELSA et une consultation externe.**

★ **Il faut bien différencier l'activité de l'ELSA et l'activité de la consultation externe** dans l'organisation hospitalière.

En niveau 1, il est important d'avoir une unité fonctionnelle de consultation externe et une unité fonctionnelle d'ELSA **distinctes**, avec deux relevés d'activités différents.

⁴⁴ Voir l'annexe 4 de la circulaire de 2008.

★ Les consultations post-urgences

Des patients rencontrant des consommations à risques et/ou addictives sortent de l'hôpital sans solution addictologique. Le délai entre le départ des urgences et la prise en charge addictologique « *treatment gap* » doit être **le plus court possible** pour ne pas « perdre » des personnes.

Certaines consultations externes ont une activité post-urgences. Cependant, **dans le cas où il n'existe pas encore de consultation externe**, les ELSA peuvent assurer l'interface transitoire. Les consultations post-urgences permettent aux patients qui sortent des urgences et qui en ont besoin d'obtenir une réponse rapide à leurs problématiques de consommation à risques et/ou addictives, en proposant une évaluation addictologique globale, l'initiation d'un travail motivationnel si nécessaire, l'organisation d'un projet d'aide au sevrage ou de RDRD etc.

Les consultations post-urgences facilitent l'accès à la filière de soins spécialisés, elles peuvent déboucher sur un suivi, une prise en charge ambulatoire, une HDJA (hospitalisation de jour) etc.

Si l'évaluation des consultations post-urgences est encore au stade de la recherche, **le taux de retour vers les soins constaté par les ELSA (qui assurent l'interface transitoire lorsqu'il n'y a pas encore de consultation externe) est excellent** : à peu près 80 % des patients se présentent lorsque la consultation est donnée dans un délai de 24 heures, 50 % dans un délai de 48 heures⁴⁵.

⁴⁵ Selon notre enquête menée auprès de 71 ELSA entre 2017 et 2019 (enquête non-exhaustive).

★ Des modalités associant les ELSA, les urgences et les consultations externes en addictologie doivent être mises en œuvre pour faciliter le lien entre urgences et consultation post-urgences, même lorsque l'ELSA n'est pas présente. Si l'aval des urgences peut être structuré par la consultation post-urgences, la filière d'aval doit être travaillée pour donner du sens à ce parcours.

★ Les services de référence des consultations externes d'addictologie

Lorsqu'il y a un service d'addictologie dans l'hôpital, les consultations externes d'addictologie sont généralement rattachées à ce service.

★ Bien que les ELSA et les consultations externes soient deux dispositifs distincts, il y a une pertinence clinique à ce que les personnels ELSA (notamment les médecins et les infirmiers), en particulier à temps partiel, puissent intégrer les effectifs de la consultation externe hospitalière, notamment sur certaines missions :

- Consultations post-urgences
- Consultations en pré-urgences
- Consultations de relais entre la sortie d'hôpital et le suivi en CSAPA ou en médecine de ville
- Consultations pour patients bénéficiant de suivis médicaux multiples sur le site hospitalier.

Cela est possible à condition que l'activité de l'ELSA et l'activité de la consultation externe soient remontées au sein de deux entités administratives distinctes, ne don-

nant pas lieu à la même valorisation et avec des TPER (tableaux prévisionnels des effectifs rémunérés) différents.

La consultation addictologique de post-urgences, par Romain Sicot, psychiatre et addictologue, coordinateur de l'unité de liaison et d'urgence de psychiatrie et d'addictologie des hôpitaux universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Widal (APHP)

Améliorer l'accessibilité de la filière de soins addictologiques est un des enjeux prioritaires du changement de paradigme dans lequel l'addictologie s'est engagée. Les objectifs d'une consultation addictologique de post-urgences (CAPU) s'inscrivent dans cette dynamique.

L'objectif de ce type de consultation est de proposer rapidement une évaluation addictologique complète des patients, après repérage par les urgentistes et élimination d'une co-morbidité somatique ou psychiatrique aiguë et sévère. L'efficacité de ce dispositif dépend de la qualité de l'articulation avec le service des urgences d'une part, et avec le service hospitalier d'addictologie d'autre part. La pertinence de cette consultation se révèle lorsqu'elle propose un accueil sans rendez-vous par un médecin addictologue assisté d'un infirmier spécialisé en addictologie ayant accès à un plateau technique de premier recours. La participation active d'un assistant social augmente la portée de l'outil.

Le dispositif mis en place sur les hôpitaux univer-

sitaires Lariboisière - Fernand Widal - Saint-Louis (APHP, Paris 75010) accueille sans rendez-vous le matin du lundi au vendredi les patients orientés par les deux services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) du groupe hospitalier (plus de 120 000 passages annuels). Les premières évaluations effectuées sur 180 patients admis entre 2012 et 2015 montrent que la CAPU représente le premier contact addictologique pour 57 % d'entre eux, avec un âge moyen de 44 ans et des profils addictologiques sévères : AUDIT moyen à 28, consommation moyenne d'alcool de 15 unités/jour, des co-morbidités addictologiques fréquentes (benzodiazépines 9,6 %, cannabis 6,4 %, cocaïne 3,2 %).

A l'issue de cette consultation, la moitié se sont vus proposer un suivi ambulatoire, alors que 20 % ont bénéficié d'une hospitalisation en urgence. On constate que 42,7 % restent inscrits dans la filière de soins à trois mois et 23,3 % à un an, ce qui est cohérent avec le taux de rétention connu des autres dispositifs de soins addictologiques.

La détermination des facteurs pronostiques d'adhésion aux soins permettra d'affiner et de compléter l'offre de soins. A ce stade, il apparaît que le taux de rétention des femmes et des patients ayant bénéficié d'une hospitalisation en urgence est meilleur, alors qu'il chute pour les patients les plus sévères sur le plan addictologique. Parallèlement, il est important de souligner que ce type de dispositif semble peu attractif pour les patients jeunes (moins de 25 ans) et qu'une implantation architecturale à proximité des urgences en améliore l'attractivité.

Tout comme ce que nous observons dans le travail de liaison, les analyses annexes que nous avons menées nous permettent de souligner

qu'aucun argument caractérisant la « motivation préalable » du patient n'est ressorti, alors qu'il semble que l'implication de l'urgentiste dans le parcours de soins individualisé était un facteur favorisant l'adhésion au dispositif.

Fiche 2 : Contribution des ELSA à la recherche

Des projets de recherche peuvent porter sur des problématiques rencontrées par les ELSA et **proposer des pistes d'amélioration**.

- ★ Les ELSA doivent se tenir informées des projets de recherche qui les concernent et s'en inspirer dans leurs pratiques⁴⁶.

Une recherche en ELSA : intérêts et perspectives, par Jacques Yguel, addictologue, chef de pôle addictologie au CH d'Avesnes et Romain Sicot, psychiatre et addictologue, coordinateur de l'unité de liaison et d'urgence de psychiatrie et d'addictologie des hôpitaux universitaires Saint-Louis, Lariboisière et Fernand Widal (APHP)

Un groupe de professionnels, travaillant tous en ELSA, a d'abord réfléchi à la notion d'« urgences et addictologie » puis à la formalisation et à l'organisation d'une filière en aval des urgences. Celle-ci comprend au mieux des « lits de crise(s) » et des consultations post-urgences mais doit aussi permettre d'« outiller » (dépistage voire intervention brève) les urgentistes. La réflexion a ensuite porté sur l'existence de facteurs prédictifs à l'entrée dans le soin addictologique pour des patients consultant aux urgences pour un trouble lié à l'usage d'alcool. En effet, un des freins à l'im-

plication des professionnels, notamment aux urgences, est leur vécu confronté à ce type de problématique. « Leur clinique » est marquée par l'alcoolisation aiguë avec ses débordements, puis par la recherche de troubles somatiques qui, quand ils existent, permettent à ces patients l'entrée dans une filière somatique. Enfin, c'est celle des troubles psychiatriques co-occurents qui soulève le questionnement de la priorisation (et la primauté) de l'intoxication ou de la symptomatologie psycho(patho)logique et, si résolu, l'orientation addictologique ou psychiatrique.

Le groupe de travail s'est dès lors attelé à trouver quelques indicateurs permettant aux professionnels d'aller « au plus vite et au mieux » (souci d'efficacité légitime aux urgences) pour orienter les patients qui seraient les plus « mobilisables ou mobilisés ». Il n'y a pas ou peu d'études abordant ces facteurs prédictifs et c'est une revue de la littérature qui a permis de mettre en avant quelques items qui font l'objet d'un questionnaire. Parmi eux le nombre de passages aux urgences dans les 12 derniers mois et dans les 30 derniers jours, la consommation de psychotropes (licites ou pas), leur usage ou des complications à l'origine d'une hospitalisation aux urgences pourraient être des facteurs intéressants à repérer. Idem pour la rapidité du rendez-vous en aval et bien évidemment la motivation à la démarche.

Le groupe de travail a déjà validé la méthodologie dans sa forme définitive et la recherche a commencé. Après que les ELSA aient donné le questionnaire (aucune n'a obtenu en effet que ce soit les « urgentistes » qui s'en chargent) puis recueilli les données et contrôlé la réalité de ce premier rendez-vous en aval, une comparaison avec des données de la littérature sur des premiers

rendez-vous pourra permettre de valider ces « indicateurs ».

Il est nécessaire de développer la recherche en addictologie quels qu'en soient les champs d'investigation. Les équipes de liaison n'ont plus à faire la preuve de leur pertinence et de leur place dans le dispositif addictologique. La recherche clinique reste sans doute une de leurs missions les moins développées. La « clinique addictologique » ne manque pas de thématiques dont l'étude pourrait permettre de mieux orienter les choix de la politique et de la ventilation des moyens en matière d'addictions. Pour les ELSA, cela pourrait concerner les modalités d'organisation des consultations d'addictologie (hospitalières et médico-sociales ou libérales le cas échéant) et leur articulation avec le travail de l'ELSA. Quid encore de l'impact de ce contact aux urgences et dans les services, sur l'adhésion aux soins, le niveau de consommation à venir ou bien encore sur l'entrée dans le dispositif de soins ? Quels services rendus, et à quels coûts, quelles complémentarités dans la filière addictologique entre les ELSA et les CSAPA ou les équipes de liaison psychiatrique ? Pour quel(s) profil(s) de consommation(s) ou de consommateur(s) ? L'enquête en cours permettra peut-être d'apporter quelques éclairages ou des orientations sur ces points.

⁴⁶ Voir en annexe les exemples de recherches listés dans le rapport « Restitution de l'activité 2017 des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) », DGOS, 2019.

ELSA et addictovigilance, Pierre Polomeni, ELSA France

Cette vigilance est dédiée à la surveillance et à l'évaluation de l'abus et de la pharmacodépendance des substances. Elle implique une expertise pharmacologique, toxicologique et médicale sur le potentiel (théorique ou avéré) d'abus, de pharmacodépendance, de détournement, de risque addictif des substances psychoactives médicamenteuses ou non médicamenteuses (« les drogues », hors tabac et alcool), dans une perspective de détection du signal, d'évaluation, de caractérisation, de gestion et de prévention de ce risque.

Les ELSA sont en position de repérer de façon large, non sélective, quelles sont les substances consommées par les personnes arrivant à l'hôpital, et les types d'usage. Cela permet d'avoir une vision épidémiologique précieuse. Ce rôle de « sentinelle », ou de « lanceur d'alerte », correspond bien aux exigences de l'addictovigilance. Elles facilitent aussi les liens entre les services et les CEIP pour la déclaration. Enfin, elles rapportent aux services certaines informations pré-occupantes provenant de la DGS ou de l'ANSM (substance frelatée, nouveau produit de synthèse etc.)⁴⁷.

Le transfert d'informations peut donc également se faire des équipes d'addictovigilance vers les ELSA, qui font ensuite le lien avec les différents services hospitaliers : sensibilisation aux problèmes cardiaques posés par la cocaïne avec les procédures d'analyses, utilisation et délivrance éventuelle de la naloxone par voie nasale...

Les ELSA peuvent s'appuyer sur les CEIPA pour s'informer sur les nouveaux comportements d'usage (syndrome cannabinoïde, évolution locale des overdoses, protoxyde d'azote...). Il est donc bénéfique que le lien entre ELSA et CEIP soit bidirectionnel :

- * Les ELSA permettent d'alimenter le rôle de vigilance des CEIPA (remontée d'informations courantes, repérage des événements inhabituels : consommation de produits rares « Butane », SLAM, association médicamenteuse inhabituelle)
- * Les CEIPA peuvent contribuer à former les ELSA (les tenir au courant de l'évolution des comportements), et établir des partenariats avec les ELSA pour les aider à déployer leur mission de formation.

⁴⁷ Tout professionnel de santé qui constate un cas d'abus ou d'usage détourné est tenu d'informer le CEIP, voir le cadre légal : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000034687195&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170511>

Depuis quelques années, Les ELSA sont invitées chaque mois d'octobre à renseigner l'enquête OPPIDUM qui est gérée par le CEIPA de PACA-Corse : http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plaquette_oppidum_2019_vf.pdf

Fiche 3 : La réduction des risques et des dommages (RDRD), une posture professionnelle au service des soins

Les ELSA participent à **la diffusion de la culture professionnelle de RDRD**, qui est au service des soins.

Par exemple, 86 % des ELSA donnent des conseils relatifs à la prescription de traitements de substitution aux équipes soignantes. Si un patient en cours de traitement par un TSO est hospitalisé sans son traitement, l'ELSA préconise la reconduction en proposant, si besoin, d'adapter la posologie. Elle fait le lien avec le prescripteur référent de la personne au moment de la sortie d'hospitalisation.

Les ELSA diffusent **les principes essentiels de la réduction des risques et des dommages** : analyser la situation **avec le patient** et partir de ses besoins et de ses objectifs personnels afin d'améliorer progressivement sa qualité de vie, c'est également le cas pour les perspectives de sevrage et d'abstinence.

Elles diffusent également **des outils de réduction des risques et des dommages** : les vaporisateurs individuels dans les chambres, l'adaptation des permissions avec des horaires plus souples, la prise de traitement devant l'infirmier, l'inventaire des affaires du patient...

Elles veillent à ce que la naloxone soit mise à disposition de toute personne qui consomme des opioïdes.

- » **Pour plus d'informations sur la naloxone, voir le site de formation** : www.naloxone.fr.
- » **Voir les fiches du Ministère des Solidarités et de la Santé sur la naloxone** : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/surdoses-overdose-d-opioides-la-naloxone-est-utilisable-par-tous-et-peut-sauver>
- » **Pour plus de ressources documentaires, voir** : <https://www.federationaddiction.fr/wp/wp-admin/post.php?post=44289&action=edit>.

- ★ **Les ELSA peuvent être des relais permettant de sensibiliser à la culture de la RDRD dans les hôpitaux, en respectant le cadre et les limites de l'institution hospitalière et permettant d'adapter la RDRD aux capacités techniques des différents services hospitaliers.**

Expérience d'une ELSA de pratiques de RDRD à l'hôpital, Marthe Lefevre, infirmière, hôpital Antoine-Béclère, Clamart

Les ELSA rencontrent quotidiennement des usagers présentant des conduites addictives à risques, nocives ou avec dépendance. Très souvent, ils n'envisagent pas forcément de stopper leur(s) consommation(s) problématique(s). La RDRD est donc une mission prioritaire pour nos équipes. Il s'agit de :

- » Informer et prévenir tout usager sur les risques liés à ses consommations : spécificités des produits, modes d'usage... (intervention brève), et sur les moyens de réduire ces risques
 - Effets
 - Signes de surdosage
 - Circonstances de prise
 - Outils de réduction des risques : matériel de consommation à usage unique (trousses d'injection Stéribox®, matériel d'inhalation, de sniff...), kit de naloxone prête à l'emploi ; informations sur les lieux où trouver du matériel de réduction des risques et des dommages (CAARUD, pharmacies, automates, dispositifs de réduction des risques et des dommages à distance...)
 - Retentissements physiques et/ou psychiatriques

- Qui contacter ? Que faire en cas de « malaise » ?
 - » Accompagner un changement brutal (une diminution voire un arrêt) des habitudes de consommation dans le cadre d'une hospitalisation non programmée :
 - Soulager les éventuelles manifestations de sevrage
 - Informer et prévenir certaines complications liées aux conduites addictives (usage avec dépendance, comorbidité(s)...)
 - Favoriser le changement sur du plus long terme (entretien motivationnel)
 - » La RDRD, c'est également alerter sur les risques induits par certaines associations de substances psychoactives
 - Identifier les polyconsommateurs : alcool/benzodiazépines, alcool/cocaïne, opiacés/benzodiazépines, MSO/alcool
 - Échanger avec le centre d'addictovigilance
 - Expliquer les retentissements possibles
 - » Repérer les conduites à risques associées aux prises de substances psychoactives
 - Évaluer les comportements : *Binge drinking*, relations sexuelles non protégées, violences physiques et/ou sexuelles, financement des consommations (vols, deals, prostitution...)
 - Orienter si besoin : CAARUD, dispositif de réduction des risques et des dommages à distance CeGIDD, planning familial, CMP...
 - Proposer d'être attentif au contexte (état d'esprit, nouveau produit, lieu, avec qui...)
- En conclusion, la RDRD peut se résumer par le fait d'identifier, d'informer et d'écouter le patient sur les problèmes qu'il rencontre, de proposer des conseils pratiques, de responsabiliser et d'orienter.

Intérêt et pratique de la naloxone en ELSA, par Thierry Sainte-Marie, médecin addictologue, hôpital Bicêtre

Les ELSA visitent aux urgences les usagers de drogues qui s'y présentent quel que soit le motif. Le surdosage aux substances est une raison fréquente de leur passage. Les usagers rencontrés dans ces conditions présentent souvent des facteurs de vulnérabilité : précarité sociale, absence d'hébergement, fréquentation des squats et prise de risques multiples. Cette rencontre avec les usagers, aussi brève soit elle, est un temps où un travail de réduction des risques et des dommages est envisageable. Celui-ci peut être l'amorce d'un processus de changement.

Parmi les avancées récentes en réduction des risques, l'autorisation de mise sur le marché de formes de naloxone prêtes à l'emploi utilisables par tous (formes intranasales : Nalscue® ou injectable IM : Prenoxad®) représente une amélioration significative. La naloxone, antidote aux intoxications opiacées, est une substance bien connue des urgentistes et est utilisée dans les overdoses aux opiacés. Celle-ci est sans conséquence pour l'utilisateur s'il ne s'agit pas d'un surdosage opiacé.

Afin de réduire la mortalité des overdoses, la naloxone prête à l'emploi peut être utilisée en prévention dès l'apparition de signes de surdosage (dépression respiratoire, trouble de la vigilance) en l'attente d'une prise en charge par une structure médicalisée, pour l'utilisateur à qui elle a été délivrée ou pour autrui

Constatant la hausse des overdoses mortelles en France, le Ministère des Solidarités et de la Santé a inscrit l'accès à la naloxone comme un des axes

majeurs de la feuille de route « Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes 2019-2022 », se mettant ainsi en adéquation avec les expérimentations et politiques internationales.

C'est ainsi que dorénavant les kits de naloxone prête à l'emploi sont disponibles dans les pharmacies hospitalières et peuvent être délivrés par les ELSA aux usagers identifiés à risques sortant d'hospitalisation, pour un usage différé⁴⁸. Cette délivrance ne peut être faite que sous couvert d'une information minimale aux usagers (voire à leur entourage). Cet échange autour de la question des overdoses et des pratiques de consommation renforce le rôle des ELSA comme actrices de première ligne dans la réduction des risques.

⁴⁸ Pour plus d'informations sur la naloxone : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid_naloxone-annexe-fichememousagers.pdf

CONCLUSION
MÉTHODOLOGIE
ANNEXES
GLOSSAIRE

Conclusion

Les ELSA jouent donc un rôle essentiel au sein des hôpitaux, rôle qui se décline en différentes missions : d'abord, mettre à l'ordre du jour l'importance et l'exigence de l'addictologie dans le parcours de soins somatiques et psychiatriques du patient, ce qui passe par la sensibilisation (ou l'information), la formation et le transfert de compétences de l'ensemble des services hospitaliers.

Ensuite, soutenir les équipes hospitalières dans la prise en charge des cas les plus complexes, qui nécessitent l'intervention de spécialistes en addictologie.

Enfin, assurer la coordination entre les services intrahospitaliers, et avec les partenaires médico-sociaux, les pharmacies et les médecins généralistes sur les questions concernant les problématiques addictives. Les ELSA assurent ainsi la coordination du parcours du patient, dont l'hospitalisation reste une étape, et permettent la continuité et la cohérence de la prise en charge.

Les ELSA se heurtent parfois à des difficultés liées notamment à un manque de connaissance de leurs missions par les services hospitaliers.

L'addictologie, même si elle concerne de nombreux patients (et soignants) au sein de l'institution hospitalière, n'est pas une discipline qui fait vitrine. Elle reste souvent liée à des représentations négatives de la part des personnels administratifs et des équipes médicales et soignantes. Il est donc particulièrement important d'être clair sur les missions qui sont celles des ELSA en intrahospitalier.

Notre objectif est donc d'éclaircir le rôle et les modalités d'intervention des ELSA, à la lumière des textes réglementaires et des réalités de terrain, afin qu'elles puissent exercer pleinement et efficacement leurs missions au sein de l'hôpital, en travaillant en interface avec le dispositif extrahospitalier.

Notre méthodologie participative, quantitative et qualitative, a ainsi permis de rendre compte des réalités de travail des ELSA ; ce guide est ainsi le fruit de cette démarche, il a été conçu pour les professionnels et élaboré collectivement, en partenariat entre la Fédération Addiction et ELSA France.

Méthodologie

★ Une démarche participative avec les professionnels de terrain

La méthodologie participative est fondée sur la mobilisation des acteurs de terrain, permettant aux adhérents et aux partenaires de la Fédération Addiction d'être à la fois bénéficiaires et participants actifs du projet. Le présent guide est le fruit de cette démarche, il a été conçu pour les professionnels et élaboré collectivement, en partenariat avec ELSA France.

★ Constitution du groupe projet

Le projet a été piloté par la référente clinique, Bénédicte Delmas, représentant ELSA France et la Fédération Addiction avec l'appui d'une chargée de projet de la Fédération Addiction, Marion Munch.

Le groupe projet s'est constitué de 14 professionnels travaillant en ELSA. Il s'est réuni 6 fois afin d'élaborer ce guide en questionnant le sens et l'adaptation de pratiques professionnelles déjà installées. Le groupe a activement contribué au projet tout au long de sa construction. Les orientations et les décisions élaborées lors de ces réunions ont ensuite été validées par le Conseil d'Administration de la Fédération Addiction et par ELSA France.

★ Le recueil de données

• Un état des lieux via la diffusion d'un questionnaire (2017-2018)

L'enquête par questionnaire a eu pour objectif de réaliser un état des lieux des pratiques des professionnels intervenant en ELSA. Le questionnaire a été envoyé aux ELSA adhérentes à ELSA France et à la Fédération Addiction. Les 71 retours de ces questionnaires ont permis de recueillir des données sur la pluralité des modes d'intervention au sein de l'hôpital, sur l'hétérogénéité des pratiques, la pluridisciplinarité des équipes et les différences d'effectifs.

• Un approfondissement des résultats par des entretiens semi-directifs (2018)

Après une première phase quantitative, une seconde étape du projet a consisté à la réalisation d'un recueil qualitatif de pratiques professionnelles en ELSA. 10 entretiens semi-directifs collectifs et sur site ont été réalisés. Les questions des entretiens ont porté sur l'organisation interne, la communication, la composition de l'équipe, les missions en intrahospitalier et au sein des services, les soins, la formation et la sensibilisation, la consultation externe et les missions de recherche.

• Explorer et analyser un sujet par des groupes d'échanges thématiques (2018)

À partir de l'analyse des questionnaires et des entretiens semi-directifs, des journées d'échanges thématiques ont été organisées et ont eu pour objectif d'explorer une thématique spécifique jugée particulièrement intéressante par le groupe de travail.

Quatre journées d'échanges réunissant des professionnels de l'addictologie ont été organisées autour des thématiques suivantes :

- La place des ELSA dans l'organisation de la filière addictologique et du GHT
- ELSA et urgences : définition du cadre et modalités d'intervention aux urgences
- ELSA et psychiatrie
- Visibilité et lisibilité des activités, des financements et des formations des ELSA

Mises à part les journées « ELSA et Urgences » et « Elsa et Psychiatrie » qui ont été organisées à l'échelle nationale, les groupes d'échanges thématiques se sont déroulés à l'échelle régionale, sur la base du volontariat et en fonction de critères de représentation géographique.

Les groupes ont été constitués de 10 à 20 professionnels travaillant en ELSA, des participants ciblés ont également été invités en fonction de leur expertise et de la thématique.

✿ Annexe 1: Un exemple de flyer sur les ELSA à distribuer dans les différents services de votre hôpital (élaboré par l'hôpital Européen Georges-Pompidou)

INFORMER

Avis spécialisé d'Addictologie

Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

♦ Pour qui demander un avis spécialisé ?

- Patient consommateur de substances addictives : tabac, alcool, drogues illicites (cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines, MDMA), mésusage médicamenteux (benzodiazépines, antalgiques,...).
- Patient hospitalisé pour des complications liées à des substances psychoactives : accidentologie, pancréatite aigüe, HTA, cancer bronchique,...
- Patient présentant une addiction comportementale : jeu pathologique, achats compulsifs, troubles du comportement alimentaire,...
- Il est nécessaire que le patient soit informé de cette démarche.

♦ En pratique :

- Tous les avis sont effectués initialement par une infirmière, vous trouverez son observation dans DxCare dans le « Recueil Soignant ». L'infirmière transmet quotidiennement à un médecin addictologue les situations évaluées, une réévaluation par un médecin sera donc effectuée si nécessaire.
- Lorsqu'il s'agit d'une demande d'avis dans le cadre d'un bilan pluridisciplinaire (pré-chirurgical, pré-thérapeutique,...), il est indispensable de le mentionner. Vous serez contacté directement par un médecin addictologue.

♦ Comment contacter l'ELSA ?

- Appeler le secrétariat au 2488
- Du lundi au vendredi de 9h00 à 16h30

♦ Quelles sont les missions de l'ELSA ?

- Pour les patients n'ayant jamais bénéficié de prise en charge : leur permettre un premier contact avec les soins addictologiques durant leur hospitalisation en MCO ou au SAU, éventuellement instaurer un traitement addictolytique, puis les réévaluer rapidement en consultation post-urgence ou post-liaison pour organiser la poursuite des soins.
- Pour les patients déjà pris en charge : un travail de lien et de coordination avec l'équipe d'addictologie du patient, et éventuellement une adaptation des traitements addictolytiques.
- Pour les équipes : L'ELSA peut organiser des présentations dans votre service, qui peuvent être l'occasion de discuter de situations complexes rencontrées.

Ne pas oublier :

L'ELSA ne peut se substituer à l'équipe médicale référente pour prendre en charge des urgences médicales, notamment l'intoxication aigüe, le syndrome de sevrage et le syndrome confusionnel.

✿ Annexe 2: Extraits de la circulaire n°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie - Annexe 1: Filière hospitalière de soins. Référentiel d'organisation des soins

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.

✱ Annexe 3: Circulaire n°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

ANNEXE 3

EQUIPE HOSPITALIERE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

Référentiel d'organisation des soins

1. Définition

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

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

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

2. Missions

• Missions de soins

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

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

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

- contribuer à l'évaluation de l'addiction, à l'élaboration du projet de soins et à la mise en place d'une prise en charge médico-psychosociale au cours de l'hospitalisation.

- aider les équipes soignantes lors de la réalisation des sevrages, de la mise en place des traitements de substitution pour les opiacés ou des substituts nicotiques.

- préparer la sortie de l'hospitalisation et orienter la personne vers le dispositif spécialisé hospitalier, médico-social, la ville, avec l'aide du réseau de santé s'il existe sur le territoire.

• Autres missions

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

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

- l'éducation à la santé en addictologie à la fois en direction des patients, des personnels hospitaliers.

- la participation aux travaux de recherche notamment de recherche clinique en addictologie.

- le travail en lien avec les équipes d'addictologie du territoire de santé dans le cadre de la coordination des soins.

- 2 -

- l'articulation et la coordination avec les autres acteurs sanitaires et sociaux concernés (autres structures addictologiques hospitalières, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, centres médico psychologiques, médecin traitant, centre résidentiel...) par le partage des informations avec l'accord du patient, avec l'aide du système d'information du réseau de santé s'il existe.

3. Place dans la filière hospitalière de soins addictologiques

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

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

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

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

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

4. Implantation

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

5. Fonctionnement

• Personnel médical et non médical

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

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

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

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

• Organisation

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

- le travail avec les patients peut être individuel ou de groupe notamment d'information qui peut être orientée par produit ou vers une population particulière (les femmes enceintes, les jeunes, les personnes en situation de précarité).

- les temps de coordination pour le suivi post hospitalier,

de synthèse de l'équipe de liaison, de formation sensibilisation des personnels des établissements de santé sont pris en compte dans le bilan d'activité.

6. Indicateurs de suivi annuel

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

✿ Annexe 4: Exemples de recherche listés dans le rapport d'activités des ELSA du Ministère des Solidarités et de la Santé et de la Direction Générale de l'Offre de Soins. Données 2019 (activités 2018) PIRAMIG



Direction générale
de l'offre de soins

Recherche / Rapport d'activités des ELSA Données 2019 (activités 2018) PIRAMIG

1. 41 ELSA coordonnent des projets de recherche:

• Projets de l'IRESP:

- Projet HÔT: Protocole de recherche en soins infirmiers évaluant l'impact d'une formation «aux premiers gestes en tabacologie» à destination d'IDE non spécialisées en addictologie (Projet déjà mentionné en 2017) ;
- Facteurs psychosociaux associés aux troubles liés à l'usage de substance chez des adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie ; applicabilité de mesures d'autoévaluation et d'un programme d'intervention en milieu naturel (projet déjà mentionné en 2017) ;
- «Connais-toi toi-même» (Financement IRESP 2018): Mise en place d'un programme qui a pour ambition d'augmenter la clarté du concept de soi des adolescents. Ce programme sera évalué en le comparant à un programme classique. Ces interventions seront réalisées sur la base d'interventions validées dans l'amélioration des

compétences psychosociales (programme «unplugged») (Classes de 4^{ème} sur 12 Collèges en zone urbaine et rurale)

• Mention par deux ELSA des financements obtenus dans le cadre de l'appel à projets portés par l'INCa et l'IRESP en 2018 dans le cadre du fonds de lutte contre le tabac.

- «DOPADOS» (Financement ANSM - mise en place 2018): Analyser des déterminants (soulagement, performance, festifs) des usages et mésusages de médicaments psychoactifs (prescrits et non prescrits) et autres substances à travers une approche qualitative (anthropologique) et étudier la prévalence de ces comportements chez les jeunes scolarisés de 14 à 25 ans ainsi que les facteurs de risques associés au moyen d'enquêtes quantitatives.

- Programme hospitalier de recherche clinique

- PHRC / 13 ELSA mentionnent des projets: étude Magma, Methacan, Participation à un essai clinique centré sur l'adulte jeune et la prise en charge au urgences, Redstim, Addictologie et maladie de Buerger (ADDICTAO), EATLINE (Recontact téléphonique des patients anorexiques), Efficacy of electronic cigarettes for smoking cessation, PHRC AJUST, PHRC CRAVING MANAGER, Cohorte ADDICTAQUI, projet QICA, Samba (Sevrage Ambulatoire à l'Alcool: évaluation d'un dispositif de pratiques infirmières avancées par comparaison avec une prise en charge de référence en médecine générale), demande pour évaluer le suivi des patients après l'intervention de l'ELSA aux urgences.

• Autres projets mentionnés par les équipes:

- Consommation alcool, tabac, cancer du poumon et VADS (ALTAR).
- Repérage des conduites de jeux en addictologie (RESAJ).
- Familiarité alcoolodépendance (FALCO).
- Greffe hépatique en urgence (Quicktrans).
- Impact dinosumab en anorexie (DIBLAN).
- Reconnaissance de soi en anorexie mentale (EXPLOREXIE).
- Enquête sur les Consommations à Risque chez les 15-25 ans admis aux urgences du CHU de Nantes, Enquête «EnCoR».
- Etude «SAMBA»: le CHRU de Brest est l'investigateur principal d'un projet national coordonné par le CHU de Lille, sur l'évaluation du sevrage éthylique ambulatoire.
- Participation en cours à l'étude FISCP (Incitation financière à l'arrêt du tabac des femmes enceintes).
- Soins pénalement ordonnés: expérimentation d'un espace thérapeutique pour mineurs sous obligation ou injonction de soins via la judothérapie.
- TCA et addictions avec Hôpital américain de Neuilly.
- Addictions et risques professionnels dans la cohorte CONSTANCES.
- Projet ANR de préparation d'un MOOC sur l'arrêt du tabac (financement IDEX).
- TROD.

- Naloxone.
- OBADE observatoire national des patients traités par baclofène pour alcool-dépendance dans les services d'hépatogastro-entérologie de l'ANGH.
- BACLOCIR dosage du baclofène sanguin chez les patients cirrhotiques.
- «STOP»: Sevrage Tabagique à l'aide des Outils dédiés selon la Préférence.
- «ECSMOKE»: Efficacité des cigarettes électroniques dans le sevrage tabagique. Etude nationale, multicentrique comparant la cigarette électronique à nicotine à la Varénicline et à la cigarette électronique sans nicotine (promoteur APHP).
- Recours aux urgences de patients présentant des alcoolisations aiguës. Hétéro questionnaire filière de soin urgence-alcool. Evaluation de la concordance des orientations proposées aux patients non admis et vérification de leur suivi effectif dans des structures relais. Etude en cours du groupe «urgences/addictologie» de la Collégiale d'Addictologie de l'APHP.
- Consommation alcool, tabac, cancer du poumon et VADS (ALTAR).
- Protocole Kinnov Cocktail: Étude de validation de principe, en double aveugle, randomisée, en groupes parallèles, à trois bras et deux doses, contrôlée contre placebo, visant à évaluer l'efficacité, la tolérance et l'innocuité d'une association de cypripéptadine et de prazosine sur la consommation d'alcool chez les patients souffrant de trouble sévère de l'usage d'alcool.
- Encadrements de Travaux de recherche dans le cadre de Direction de Thèse de fin d'années d'études médicales: Etude et analyse des facteurs de reprise de la consommation de TABAC dans le

post partum immédiat / Repérage de la consommation de cannabis chez les jeunes au cabinet de médecine générale: étude qualitative en Focus groupe auprès de médecins généralistes formés en addictologie.

2. Les projets de recherche auxquels l'ELSA participe

Des recherches ont été faites sur le PICA (troubles du comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion durable de substance non nutritives et non comestibles) avec la question «Est-ce que le PICA peut être considéré comme une addiction ?» Ce projet de recherche a été fait en partenariat avec le Chef du pôle médecine (Réunion).

Enquête urgences addicto: évaluation et orientation en situation d'alcoolisation aiguë (IDF / Pitié).

Participations à des travaux de recherche portant actuellement sur URGENCE et ADDICTIONS avec des équipes parisiennes (publications articles en 2016). Le travail se poursuit sur les critères d'adhésion à la démarche (HDF Avesnes-sur- Helpe).

Evaluation des conduites addictives aux urgences, en lien avec les conduites suicidaires (IDF Bichat).

Interventions brèves auprès des patients examinés aux urgences et évaluation de l'impact (IDF Bichat).

RECCAP: facteurs épigénétiques de vulnérabilité à l'alcool-dépendance (IDF /Pompidou).

Protocole en hépatologie «évaluation addictologique de la cohorte de patients présentant un déficit en alpha-antitrypsine (IDF / Beaujon).

Etude qualimigrants (IDF Avicenne / verdier).

Etude baclofène (IDF saint Denis).

KIDEPIST quels professionnels de santé dépistent l'hé-

patite chronique virale C et orientent (IDF créteil).

Redstim (BFC Dijon/ Morlevat / Besançon).

Participation de l'équipe de Liaison au programme d'éducation thérapeutique «cirrhose» en gastro entérologie (Normandie / Rouen).

Groupe de travail «guide des pratiques professionnelles» / ELSA FRANCE «Addictions et troubles psychiatriques» (HDF Hazebrouck).

Participations avec des inclusions dans l'Observatoire National des patients traités par Baclofène pour Alcool-Dépendance dans les services d'hépatogastroentérologie de l'ANGH (Association Nationale des Hépatogastroentérologies des Hôpitaux Généraux) - étude OBADE - Collaboration avec l'ELSA du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (HDF GHPSO).

Évaluation de l'efficacité d'une intervention au d'aide au sevrage tabagique intégrant une composante «soutien social» dans une population d'apprentis: le projet RE-SIST (Réseau Social et Sevrage Tabagique pour Inserm) (GE / Nancy).

Parcours coordonné en tabacologie AGIR33 (POLE DE SANTE DU VILLENEUVOIS).

Oppidum: observatoire des usages de substances psychoactives, coordonné par le CEIP de Grenoble Quicktrans étude multicentrique greffe hépatique et addiction à l'alcool (ARA / CH Alpes Isère).

Participation à l'étude IHNPACT: programme intensif et soutenu de sevrage tabagique chez des patients traités pour un carcinome épidermoïde dans les voies aérodigestives supérieures. Etude interventionnelle, randomisée (ARA: Annecy et HCL).

Recherche sur le SAF (PACA / Avignon).

Glossaire

ARS: Agence Régionale de Santé

CAARUD: Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CJC: Consultation Jeunes Consommateurs

CLSM: Conseil local de santé mentale

CMP: Centres médicaux-psychologiques

CSAPA: Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DGS: Direction Générale de la Santé

ELSA: Équipe de liaison et de soins en addictologie

EMPP: Équipe mobile psychiatrie précarité

EPSM: Établissement public de santé mentale

GEM: Groupement d'Entraide Mutuel

HAS: Haute autorité de santé

HDJ: Hôpital de jour

MDA: Maisons des Adolescents

MILDECA: Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives

PTSM: Projet Territorial de Santé Mentale

RDRD: Réduction des Risques et de Dommages

TSO: Traitement de substitution aux opiacés

FÉDÉRATION ADDICTION

Prévenir | Réduire les risques | Soigner

La Fédération Addiction constitue un réseau national représentatif du secteur de l'addictologie. Elle s'est fixée pour mission de

regrouper les acteurs de l'addictologie pour les aider à réfléchir aux évolutions et au sens de leurs pratiques professionnelles, à soutenir leur organisation en réseau et à les représenter auprès des décideurs publics. Ses prises de positions politiques sont basées sur le décloisonnement des approches professionnelles, la promotion de l'usager, sa reconnaissance en tant que citoyen et l'amélioration de sa qualité de vie et de son environnement.

La Fédération Addiction représente plus de 200 personnes morales, associations loi 1901 ou organismes publics, de dimensions nationale, régionale et locale, qui gèrent près de 850 établissements et services dans les secteurs médico-social et sanitaire :

- Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en ambulatoire ou résidentiel ;
- Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) ;
- Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) ;
- Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ;
- Services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA) ;
- Consultations hospitalières en addictologie ;
- Réseaux de santé addictions.

Elle dispose également d'un pôle de médecins généralistes exerçant en libéral (le pôle MG Addictions).

La Fédération Addiction représente 400 adhérents personnes physiques issus des secteurs sanitaire, médico-social et de la ville : professionnels exerçant en libéral (médecins généralistes, pharmaciens), praticiens hospitaliers, médecins, travailleurs sociaux, psychologues, etc.

Les adhérents interviennent dans le soin, la prévention, l'intervention précoce, l'accompagnement et la réduction des risques dans une approche médico-psycho-sociale et transdisciplinaire des addictions.

La Fédération Addiction est organisée en 12 unions régionales pour proposer à ses adhérents des espaces de réflexion et d'élaboration au plus près des contextes et des enjeux locaux. Elle travaille sur la base d'une méthodologie de démarche participative qui s'appuie sur les pratiques professionnelles de terrain qu'elle transforme et valorise en « expertise collective ».



Créées en 1996, les ELSA sont des actrices clés de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions. Leur place dans la filière hospitalière de soins en addictologie et leurs missions ont été actualisées par la circulaire DHOS du 26 septembre 2008. L'Association Nationale des Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie

(dite ELSA France), créée en 2001, est une de plus anciennes associations nationales dans le champ des addictions. Son objectif est d'accompagner les différentes équipes sur le terrain, en stimulant les rencontres entre professionnels, en incarnant la représentation des ELSA auprès des institutions, en favorisant le partage d'outils pratiques développés par ses adhérents et en diffusant toute information utile au développement des ELSA.

ELSA France est attachée au travail partenarial avec les instances nationales les plus représentatives de l'addictologie : la Fédération Addiction, la FFA et le COPAAH, facilitant l'articulation des professionnels hospitaliers avec les partenaires locaux-régionaux. Les collaborations opérationnelles avec les CEIP-A attestent du rôle de sentinelle des ELSA dans le repérage des usages émergents. Les projets entre ELSA France et GEGA reflètent l'implication des ELSA dans la promotion de la santé addictologique des femmes.

Les ELSA participent à étendre l'offre de soins en addictologie en proposant un accompagnement actif des équipes soignantes hospitalières et en proposant une démarche de soins aux patients selon la philosophie de « l'aller vers ». L'évaluation globale, le principe de prise en charge intégrée et la coordination sont des compétences intrinsèques des ELSA, qui permettent de faciliter l'accès à la filière de soins spécialisée et de fluidifier les parcours de soins individuels.

Rédaction: Marion Munch
Chargée de projet Fédération Addiction
m.munch@federationaddiction.fr

Conception graphique: Marie Poirier

Achévé d'imprimer en décembre 2020

FÉDÉRATION
ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

FÉDÉRATION ADDICTION
104 rue Oberkampf,
75011 Paris
01.43.43.72.38
www.federationaddiction.fr



ELSA FRANCE
Service d'addictologie,
Hôpital René Muret,
avenue du Dr Shaeffner,
93270 Sevran
01.41.52.56.76
<https://elsafr.wixsite.com/elsafrance>

Soutenu par le



GOVERNEMENT

*Liberté
Egalité
Fraternité*