

**SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE
PRECONISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL REGIONAL**

DOCUMENT MIS A JOUR LE 01/06/2017

Participants : J.P.Guihard (CSSRA St Briec); Dr Y.Paysant (CHBS) ; G.Zimmerman (CSSRA La Fontenelle) ; Dr P.Gillet (Ty Yann) ; Pr F.Chevalier-Latreuille (CHGR) ; A.Viviès (ARS Bretagne, référente thématique SSR) ; Dr F.Tual (ARS Bretagne, coordonnateur régional thématique addictions) ; A.Y.Even (Directrice adjointe DA Parcours) et J.Hardi (chargée de mission, délégation départementale du Morbihan).

Objectif :

Définition d'un référentiel régional d'orientation et d'organisation des soins de suite et de réadaptation en addictologie.

Cadre :

- Schéma Régional d'Organisation des Soins défini par l'ARS Bretagne ;
- Circulaire DHOS/O2 n° 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie – annexe 6 ;
- Circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation et notamment la fiche H ;
- Circulaire B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

Ouvrages de référence :

Abus, dépendance et polyconsommations : stratégies de soins, HAS mai 2007
Modalités d'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage, ANAES, mars 2001
Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement, recommandations de bonnes pratiques, in Alcoolologie et addictologie, 2015 ; 37(1) : 5-84

Sommaire :

Définitions	1
Addictions :	1
Soins de suites et de réadaptation :	1
Contexte	3
Généralités	3
1- Place du SSR addictologie dans la filière de soins.	4
Niveau 1, niveau de recours de proximité :	4
Niveau 2, niveau de recours d'un territoire :	5
Niveau 3, niveau de recours régional :	5
2 - Missions	8
3 - Pathologies concernées	9
Population cible	10
1 - Profils / critères d'admission	10
2 - États pathologiques / comorbidités	11
3 - Contre-indications	11
4 - Déterminants de l'observance identifiés	11
5 - Identification des facteurs prédictifs de succès.	11
Organisation de la prise en charge	11
1 - Modalités de prise en charge	12
2 - Structure de l'unité	13
3 - Parcours du patient	15
Adressage en SSR addictologie	15
Durée de la prise en charge	15
Articulations avec les partenaires	15
Propositions pour développer les alternatives à l'hospitalisation complète	15
Définition des indicateurs	16

Définitions

Addictions

Pendant de nombreuses années, les alcooliques et toxicomanes ont bénéficié de cures de sevrage : les premiers considérés mauvais usagers d'un bon produit, les seconds mauvais usagers d'un mauvais produit. Aujourd'hui l'approche par produit est largement abandonnée au profit d'une vision plus globale sous-tendue par un concept unique des addictions.

Le terme d'addiction est apparu avec la définition donnée par Aviel Goodman¹ : *L'addiction est un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives.*

Il s'agit donc d'une **conduite qui repose sur une envie répétée et irrésistible d'un comportement ou d'un produit, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire et de ses conséquences négatives (physiques, psychiques, familiales, professionnelles, sociales...)**. Il existe : des addictions comportementales (jeu, achats, nourriture, sexe, internet...) et des addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues...) qui se traduisent par l'usage nocif ou la dépendance.

On parle ainsi d'**addiction avec objet** (alcool, drogue, médicaments...) et d'**addiction sans objet** (jeux, sexe...).

La dépendance associe :

- une dépendance physique qui se traduit par un phénomène de tolérance (augmentation des doses pour obtenir les mêmes effets) et un syndrome de sevrage (signes de manque physiques et psychiques à l'arrêt de la consommation)
- et une dépendance psychique (ou craving) qui se traduit par le besoin irrésistible de consommer².

L'addiction se caractérise par :

- L'impossibilité répétée de contrôler un comportement (perte de contrôle);
- La poursuite du comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.
- Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

Le comportement a pour objectif de soulager une tension interne, qui fait rapidement suite à de la culpabilité. Un phénomène de tolérance est repérable, avec le besoin d'augmenter la fréquence et l'intensité du comportement pour obtenir le même soulagement, au détriment d'autres activités, de la vie socio- professionnelle ou affective. Les tentatives de contrôle du comportement sont inefficaces, malgré la prise de conscience des conséquences négatives. En cas d'impossibilité de réaliser le comportement, il y a apparition de signes de souffrance (anxiété, irritabilité, dépression ...) de type phénomène de manque.

Soins de suites et de réadaptation

Selon la circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie :
« **Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie ont pour objet de *prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation.***

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

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

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

¹ psychiatre américain, définition donnée en 1990

² Extrait de : Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addiction(s), O.COTTENCIN, D.GUARDIA, B.ROLLAND, Université Lille Nord de France-CHRU de Lille, 2011

Le Paragraphe 11 du Décret no 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation précise les conditions particulières à la prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives.

« Art. D. 6124-177-45. – Le médecin coordonnateur justifie d'une formation ou d'une expérience attestée en addictologie.

« Art. D. 6124-177-46. – Le titulaire de l'autorisation assure une prise en charge dans au moins deux des pratiques thérapeutiques et de réadaptation suivantes : psychothérapie, éducation thérapeutique, ergothérapie, diététique. Les séquences de traitement sont individuelles ou collectives. Elles sont organisées de façon à pouvoir assurer à chaque patient, en fonction de son état clinique, tous les jours ouvrés, au moins une séquence de traitement dans l'une de ces pratiques. Elles peuvent associer, chaque fois que nécessaire, sur proposition médicale et avec l'accord du patient, un ou plusieurs membres de l'entourage du patient.

« Art. D. 6124-177-47. – Les membres de l'équipe pluridisciplinaire justifient d'une formation et d'une expérience attestées dans la prise en charge des addictions.

« Art. D. 6124-177-48. – Le titulaire de l'autorisation dispose des locaux appropriés à la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle, de même qu'à la participation de l'entourage des patients aux programmes de soins. »

Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie permettent à des personnes ayant une dépendance aux substances psychoactives et inscrites dans un processus de changement :

- 1- de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des conduites addictives.
- 2- de se réapproprier et développer leurs propres habilités psycho sociales
- 3- d'avancer, de façon éclairée, dans l'acceptation d'eux-mêmes et de leur pathologie
- 4- de réfléchir à leur positionnement futur face aux différents produits ; ici intervient la dimension de prévention de la rechute et gestion des mises en situation, ainsi que la gestion contrôlée des consommations.

Le principe général des SSR-A est une mise à distance des produits psychoactifs, dans un environnement sécurisé, empathique, non jugeant. En (re)devenant auteurs et acteurs de leur réadaptation, les patients sont amenés à faire l'expérience de la vie sans produit et réfléchir de façon éclairée sur leur positionnement face au(x) produit(s) pendant leur séjour. Pour certains patients, il s'agit de consolider l'abstinence ; pour d'autres c'est davantage une démarche de réduction des risques et des dommages. Plus largement, l'objectif est d'avancer vers une meilleure qualité de vie pour eux et leur entourage. Au-delà de la mise à distance il y a en SSR le principe de restaurer au mieux la santé globale (soins somatiques, état nutritionnel, traitement d'une dépression, restauration de l'estime de soi, etc). Le SSR exerce une mission relative à la dépendance psychique et physique et aux dommages induits.

Remarques :

- ✓ Il apparaît que les addictions ciblées en unités SSR sont celles **avec produit**. Pour ce qui concerne les addictions « comportementales » isolées, le recours aux SSR-A ne semble pas indiqué à ce stade.
- ✓ Les co-addictions, nombreuses, sont à repérer en systématique et à accompagner de manière éclairée, avec des équipes formées et compétentes. Un programme de sevrage tabagique notamment doit être proposé. Les addictions numériques et comportementales sont ici à prendre en compte et représentent aujourd'hui une contrainte supplémentaire à gérer au quotidien dans les services, et qui monte en puissance.
- ✓ L'accompagnement des patients présentant une ou plusieurs addictions aux produits psychoactifs implique aussi le repérage et la prise en charge : 1- des conséquences liées à la toxicité propre des produits consommés et 2- des conséquences sociales, notamment liées aux effets du/des produits sur les comportements et aux infractions en lien avec le statut de chaque produit.

L'établissement SSR propose un projet de soins personnalisé où les dimensions de soins, de rééducation fonctionnelle, cognitive et psychologique s'articulent avec l'accompagnement psychosocial. La prise en charge en SSR A se structure selon 3 axes principaux, sous des modalités individuelles et collectives :

- Axe cognitif : réhabilitation de la mémoire, des fonctions exécutives...

- Axe corporel : relaxation, réentraînement à l'effort, prise en compte des comorbidités, des conséquences physiques de la consommation, des comorbidités psychiatriques ...
- Axe psychologique : motivation, estime de soi, travail avec l'entourage, réhabilitation socio-éducative, ateliers d'habileté psycho-sociale

Après une première phase d'évaluation globale (sur la base des évaluations faites en amont de l'admission), un projet de soins personnalisé est défini en réunion de concertation pluri professionnelle et élaboré avec le patient. Ce projet est réévalué régulièrement avec la participation active du patient. Il contient dès le début les éléments de préparation de la phase de retour dans le milieu de vie, en collaboration avec le patient et sa famille, les intervenants du dispositif spécialisé en addictologie, et les professionnels libéraux, les dispositifs médico-sociaux, sociaux, associatifs. Son élaboration demande un inventaire des professionnels concernés/impliqués dans le parcours du patient et des aidants, et la proposition d'une collaboration en fonction des ressources disponibles.

Le SSR-A est une structure d'addictologie de niveau 2, spécifiquement addictologique. Il s'articule avec toutes les autres offres de la filière sur le territoire, que ce soit de premier recours ou l'offre spécialisée en addictologie : médico-sociale avec notamment les CSAPA et sanitaire (niveau 1,2 ou 3) dans les établissements MCO et en santé mentale³.

Contexte

Généralités

Les pathologies addictives sont des **maladies chroniques**, qu'il convient d'appréhender en tant que telles, donc affections de longue durée qui évoluent dans le temps⁴ : la trajectoire de soins du patient addict est singulière, non linéaire, émaillée d'éventuelles recon consommations ou rechutes. Le recours au produit est une mauvaise réponse (efficace un temps) à de vrais problèmes ; dans ce contexte, les rechutes doivent être comprises non comme des échecs, mais comme des expériences porteuses d'avenir si elles sont bien analysées.

Une mise à distance du (des) produits est primordiale dans un premier temps, pour permettre d'entrer dans une phase de reconnaissance ; l'acceptation de la pathologie par le patient est fondamentale : elle ouvre vers une restauration de l'estime de soi et permet d'avancer dans la résolution des problématiques individuelles, souvent anciennes et profondes. Cette prise de conscience conditionne la récupération cognitive, physique et psychologique.

Un **travail en « réseau »**, proposé au patient, doit préparer et accompagner le séjour SSR pour éviter les ruptures et travailler la pertinence des orientations selon le temps de la maladie. Le patient reste l'acteur principal et incontournable de ce continuum dans l'accompagnement.

En lien avec les évolutions sociétales, un **changement de profil** des publics accueillis depuis 5 ans environ est observé par les professionnels. Il se traduit par une hétérogénéité croissante des besoins, qui implique d'adapter les réponses : une proportion de femmes en hausse, même si encore minoritaires, et une part très significative de troubles cognitifs, associés dans une majorité de cas à des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, aux lourdes conséquences fonctionnelles et socio professionnelles. L'entrée des objets connectés dans les services implique une gestion individuelle de l'utilisation pour éviter tout passage à un transfert d'addiction, en sachant accepter des « compensations » temporaires maîtrisées. Il y a donc nécessité d'embrasser l'ensemble des addictions du sujet, à l'instant T, pour l'accompagner dans son positionnement futur vis-à-vis des différents produits et comportements. En résidentiel, où le cadre thérapeutique est plus exigeant, l'approche est particulièrement complexe puisqu'elle s'adresse à des patients vivants en groupe (pour des périodes parfois longues), où certains sont plus éloignés de la stabilisation.

D'autres facteurs sont à prendre en compte dans cette évolution des profils : le développement des prises en charge ambulatoires au sein de la filière, les alternatives médicamenteuses (type Baclofène), mais également un affaiblissement des associations d'entraide⁵.

³ Recours MCO-psychiatrie hétérogène selon les territoires de démocratie sanitaire et les taux d'équipement

⁴ D'après l'OMS, « une gestion du temps qui doit être souple : la liberté du patient doit être restaurée pour permettre prise de recul et appropriation de son projet de soins et de vie. La prise en charge des addictions suppose une phase de mise à l'abri du produit avant d'envisager les accompagnements adaptés »

⁵ Société française d'addictologie, Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière

Rares sont les patients mono-addicts. Une réflexion centrée sur la pertinence des orientations doit être instaurée. En règle générale, une expérience de sevrage pendant le séjour est demandée ; cela n'empêche pas les accidents en cours de route, qui doivent être gérés par des professionnels formés.

En Bretagne, les unités SSR spécialisées en addictologie sont centrées sur la dépendance à l'alcool essentiellement, cette substance étant avec le tabac la plus présente en région. La spécialisation en addictologie implique une aptitude à accueillir les addictions aux différentes substances. Le cas des addictions dites comportementales est un autre débat, notamment pour mesurer l'utilité d'une hospitalisation en SSR. Le résidentiel peut être le moyen d'une évaluation et d'une rupture avec les habitudes, en particulier pour les adolescents et jeunes adultes.

La filière hospitalière de soins en addictologie s'inscrit dans une **dynamique d'organisation territoriale** dont il est indispensable d'appréhender le contexte. Elle nécessite un état des lieux de la filière (qualitatif et quantitatif) à comparer aux besoins évalués pour permettre un continuum des parcours. A cet égard certains GHT ont décidé d'approfondir la filière addictologie au sein du PMP⁶.

Travail avec l'entourage : l'entourage est un vrai sujet de préoccupation pour les équipes et le patient, et peut présenter une co-addiction. Le SSR-A joue un rôle clé dans cet accompagnement. Il existe un intérêt majeur à établir une coordination CSAPA-SSR (réunions de synthèse partagées) et à promouvoir une stratégie de guidance familiale, en lien avec les associations d'entraide, pour que le patient reste maître du jeu. Les propositions d'aide aux aidants sont faites lors du sevrage, lorsque la désinsertion n'est pas trop prononcée (CSAPA et PTA). L'enjeu de la coordination est aussi celui de l'ensemble de la filière et prend en compte de manière transversale l'entourage du patient. Il existe ici un fort enjeu d'information qui ne peut être transmise qu'avec l'accord du patient.

Liens avec la santé mentale : il existe aujourd'hui une forte hétérogénéité territoriale quant au recours MCO ou psychiatrie. Une majorité (58%) de lits de sevrages simples ou complexes est mise en œuvre dans des unités dédiées situées dans des établissements de santé mentale⁷. Les professionnels constatent que de très nombreux patients ont subi de multiples traumatismes et requièrent un accompagnement humain et social suivi. Pour autant, comme sur le plan somatique, les troubles psychiatriques doivent être stabilisés à l'entrée en SSR. Des liens étroits doivent donc être établis avec le secteur psychiatrique, pour organiser l'accès aux soins psychiatriques et le suivi quel que soit le lieu de séjour. Il existe notamment un risque de décompensation psychique en SSR lorsque la consommation de produits au rôle de « régulateurs » est stoppée.

1- Place du SSR addictologie dans la filière de soins (cf logigramme 1)

Circulaire du 26 septembre 2008 : « *Les SSR sont un temps intermédiaire de prise en charge résidentielle entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins addictologiques, après le retour dans le lieu de vie. Pour justifier une orientation en SSR, le patient doit être volontaire et motivé pour : faire le point sur son comportement addictif ; accepter le travail sur soi dans un lieu et un temps propices à la restauration de la personne sur les plans biologiques, psychologiques et social ; adhérer aux objectifs thérapeutiques et aux conditions du séjour au sein de l'établissement choisi ; adhérer au contrat thérapeutique proposé par la structure et coopérer aux soins.* »

Sur son territoire d'implantation, la filière de soins addictologiques doit proposer des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction, ses éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques. Ces dispositifs doivent être reliés entre eux de manière fonctionnelle.

Les **maillons hospitaliers** se décomposent en trois niveaux :

➤ Niveau 1, niveau de recours de proximité :

-Consultations et HdJ :

Consultations Hospitalières d'Addictologie (CHA)

⁶ Les travaux de l'ARS sur ce sujet « Soins hospitaliers en addictologie : offre et recours » février 2017 dressent un premier état des lieux.

⁷ « *La capacité d'accueil en addictologie en court séjour est largement représentée par la psychiatrie : celle-ci représente 58 % des lits d'hospitalisation complète et 85 % des places d'hospitalisation partielle* ».

L'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

- Hospitalisation complète :

Sevrage résidentiel simple en MCO ou en santé mentale

➤ Niveau 2, niveau de recours d'un territoire :

- Consultations, hospitalisation à temps partiel

- Hôpital de jour MCO, santé mentale

- Hôpital de jour SSR, Hôpital de nuit SSR

- Hospitalisation complète : Sevrage résidentiel complexe en MCO ou en santé mentale et unités SSR spécialisés

➤ Niveau 3, niveau de recours régional :

Les structures implantées en CHU assurant des missions d'enseignement, de recherche, de formation et de coordination régionale

Une complémentarité graduée est assurée par les **dispositifs médico-sociaux spécialisés**, les réseaux lorsqu'ils existent, les plateformes territoriales d'appui et les professionnels de santé de premier recours, notamment :

- Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

- Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD)

Compte tenu de la prévalence des conduites addictives dans la population générale, la place du médecin traitant est centrale, que ce soit en matière de repérage, d'orientation, de prise en charge et de suivi. Le **rôle de coordonnateur** du médecin traitant est donc essentiel, compte tenu de la diversité de l'offre, mais beaucoup de patients admis en SSR-A n'ont pas (ou plus) de médecin traitant, ou des liens difficiles avec eux. L'enjeu ici est davantage celui d'organiser un suivi de proximité, d'orientation dans la filière. Le médecin et l'équipe du CSAPA semblent mieux placés pour remplir cette mission. Il s'agit néanmoins d'un sujet prioritaire de la formation professionnelle continue.

Une filière de soins⁸ en addictologie est identifiée sur tous les territoires, mais organisée de façon hétérogène. L'offre entre MCO et psychiatrie est variable dans sa répartition ; en revanche, les modalités « hospitalisation complète » et « hôpital de jour » sont présentes sur chaque territoire à une exception. Pour les professionnels SSR-A, il y a nécessité de panacher cette offre pour éviter la stigmatisation psychiatrique redoutée par certains patients, avec la possibilité d'une « double entrée » MCO ou santé mentale sur les territoires. Le taux d'équipement est également très variable : de 0,81 à 2,47 lits et places pour 10 000 habitants selon les territoires de démocratie sanitaire.

L'offre en SSR spécialisés est répartie sur 7 structures en Bretagne, dont une exclusivement féminine et une autre exclusivement masculine⁹. Avec 201 lits et 34 places, le taux d'équipement est de 0,71 lits et places pour 10 000 habitants. Cette offre existe dans chaque département.

Préconisations

1- Il y a pertinence à offrir une filière unique pour des addictions de natures très variable sur le plan du produit, du diagnostic, du profil des patients et de la prise en soins.

2- La triple mission d'éducation thérapeutique¹⁰, de prévention et de réinsertion place le SSR non plus uniquement en aval d'une hospitalisation en court séjour mais également après un sevrage réalisé en ambulatoire (CSAPA et/ou médecin généraliste) avec un rôle majeur d'accompagnement des patients sur le moyen terme : dans leur adaptation aux contraintes liées à leur pathologie, afin de limiter les risques de décompensation ou de perte d'autonomie, mais aussi de manière récurrente à différents degrés d'évolution de leur pathologie. Cela implique la possibilité de renouveler les séjours, et d'accueillir les patients le plus précocement possible en respectant les critères d'admissions établis.

3- Les partenariats à tisser par les SSR-A sont multiples au sein de la filière ; il convient d'y ajouter associations d'entraide, acteurs de l'insertion, du logement, de l'hébergement avec notamment la

⁸ Ibid

⁹ à court terme, ces deux établissements doivent fusionner pour proposer une offre mixte.

¹⁰ Dans le cadre de la FNESAA un groupe de travail a proposé à l'HAS un programme d'éducation thérapeutique du patient spécifique aux SSR addictologie. Ce programme est en cours de validation auprès de l'HAS.

DDCS par l'intermédiaire des SIAO, acteurs de la prévention, professionnels de santé libéraux, et SPIP¹¹. Les attendus méritent d'être précisés pour chacun des interlocuteurs.

4- Enfin, comme pour les autres spécialités, l'intégration du SSR dans les GHT constitue un enjeu de pertinence des adressages et devra conduire à une **gradation des soins** en s'appuyant sur un référentiel de bonnes pratiques et d'organisation au sein de la filière. Le travail en proximité et la complémentarité des dispositifs exigent une **régulation**.

Pistes de travail

✚ Interfaces à développer pour promouvoir la continuité des parcours et la pertinence des orientations sur le territoire :

- quels interlocuteurs à privilégier au sein de la filière, à partir du recensement effectué ?

→ en HC et en HJ, tous les acteurs de la filière en post-sevrage, en particulier les médecins généralistes, la médecine du travail, et les dispositifs d'accueil en journée.

- nécessité d'une coordination régionale et territoriale ? départementale ? Quelle mission à chaque échelle ? Rôle du CSAPA ?

Les SSR-A doivent pouvoir bénéficier d'une coordination régionale, afin de s'inscrire dans une stratégie partagée et de valoriser leurs spécificités, lorsqu'elles existent (réinsertion professionnelle, accueil adapté à la population féminine, réhabilitation cognitive, réinsertion professionnelle « Comète », accueil des personnes porteuses d'une déficience sensorielle, ...). Ces spécificités ne peuvent en effet s'inscrire qu'au sein d'une structuration régionale. Les spécificités départementales et /ou territoriales doivent quant à elles être prises en compte dans la construction du projet : le lien à établir avec les CSAPA et les réseaux locaux apparaît comme primordial puisqu'il est une porte d'entrée et de sortie et permet aussi d'orienter d'informer et d'accompagner les proches à chaque étape de la maladie pour améliorer la continuité des parcours.

- réunions de concertation pluridisciplinaires ? Modalités d'organisation, fréquence, présentation, représentations ?

Des réunions dites « de synthèse » ont lieu en début de séjour pour élaborer le projet thérapeutique avant de le soumettre au patient pour discussion et validation. Ce projet sera l'objet de réévaluations régulières lors des synthèses. « *L'équipe pluridisciplinaire réalise pour chaque patient un bilan initial et élabore avec lui un projet thérapeutique, en liaison avec le médecin ayant prescrit les soins de suite et de réadaptation.* »¹²

Les réunions de concertation répondent à un besoin des professionnels de santé, mais aussi professionnels sociaux (cf modèle de Comité local de santé mentale) autour de cas complexes pour permettre une approche collégiale et pluridisciplinaire et se tiennent au sein de la filière et en amont des adressages. Organisation régulière et formalisée, portée par le réseau s'il existe ou la PTA. La vertu pédagogique et de retour d'expérience est un des fruits de ces rencontres, ainsi que l'interconnaissance et l'harmonisation des pratiques. Ces pratiques doivent être facilitées et prises en compte dans les dimensionnements des équipes compte tenu de leur caractère chronophage.

- modalités d'admissions interactives ? Place d'ORIS et utilisation ; adaptation du logiciel ?

Les établissements de santé mentale n'utilisent pas ORIS ; les adressages du MCO vers le SSR-A ne se font pas non plus via le logiciel d'orientation régional. La demande est celle d'un dossier spécifique en SSR- addictologie et les travaux autour du Répertoire Opérationnel des Ressources devraient permettre d'avancer sur ce sujet.

- modalités de suivi et traçabilité : DMP, dossier unique, compte-rendu d'hospitalisation, ...

Le DMP apparaît être un bon outil de traçabilité, à condition que le patient accepte que les informations liées à sa pathologie apparaissent.

Lettre de liaison : informatisée, propriété du patient, comprenant a minima le motif d'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, résultats d'exams, traitements, conseils et surveillance, suite programmée. Adressage vers le médecin traitant, à l'adresseur et aux correspondants, après accord du patient.

La présence en commission de sortie des professionnels de suivi est souhaitable ponctuellement pour certains dossiers complexes. Lorsque les délais apparaissent trop importants après l'hospitalisation, le début du suivi doit être organisé en consultation au sein de la structure.

¹¹ Service pénitentiaire d'insertion et de probation

¹² Décret n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

✚ **Comment organiser une réponse commune qui permette aussi des échanges entre patients et une pair-émulation, tout en adaptant les accompagnements aux différentes addictions.**

- 3 axes du projet d'unité (non exhaustif)

→ Prise en charge des troubles liés directement à la consommation du ou des produits avec une approche globale bio-psycho-sociale du comportement addictif

→ Prise en charge et suivi des conséquences somatiques et psychiques et des co-morbidités

→ Projet de réadaptation cognitive et sociale

- place du collectif et de la réhabilitation individuelle

La dimension collective est primordiale (repli sur soi, perte du lien social, familial sont très fréquemment retrouvés) et doit permettre de retrouver des repères et le plaisir à être ensemble (hors des fréquentations pathogènes). Elle est aussi le lieu de la pair-émulation et de stratégies d'entraide pendant le séjour. Le collectif s'articule avec les prises en charge individuelles et doit aménager un espace sécurisé, et un parcours dédié, le cas échéant, notamment pour les femmes victimes de violences. Le projet individualisé de soins doit alterner dans des proportions variables, différents type d'ateliers en individuel et en collectif.

✚ **L'adressage en SSR est insuffisant et souvent trop tardif dans le parcours.**

Il est à noter qu'une des conditions d'admission en SSRA est le sevrage effectif des produits psychoactifs car c'est le rôle des services de sevrage, que ce soit de niveau 1 ou 2 (la majeure partie des sevrages s'effectue en ambulatoire aujourd'hui). Cela explique qu'il puisse être demandé une expérience d'abstinence même si l'on constate que ce concept est à géométrie variable, notamment sur la durée. Au-delà de la problématique des polyadditions, un travail d'information et de communication auprès des adresseurs potentiels pour favoriser les « circuits courts » doit être mené par les établissements SSR. Il s'agit de repositionner le service rendu avec le bon patient au bon endroit au bon moment. Une stratégie régionale de communication serait un soutien possible, mais les liens entre professionnels ne peuvent se construire qu'en proximité et sur retour d'expériences positives des patients.

Conditions d'admission en SSR pour les différentes modalités : HC, Accueil de nuit, de jour, hôpital de semaine

- ✓ Sevrage effectif
- ✓ Stabilité /équilibre des pathologies somatiques et/ou psychiatriques associées
- ✓ Niveau d'autonomie suffisant

Les modalités d'accueil (HC, HJ, HS) dépendent de l'évaluation globale et du projet du patient. L'idéal est de proposer les différentes modalités. Le patient, sa motivation et son appropriation de projet est au cœur de la réussite du séjour.

L'hospitalisation de nuit SSR-A correspond à un besoin de réinsertion sociale et professionnelle qui est unique au sein de la filière. Elle permet une sortie progressive et moins anxiogène, notamment pour les patients en situation d'emploi, en limitant l'arrêt de travail. Elle facilite la mise en œuvre de projets de formation et de vie extérieure autonome par un « filet de sécurité ».

Pour ce qui concerne l'HJ en addictologie, un travail est à mener sur la pertinence d'une offre de proximité en SSR lorsque d'autres offres existent en MCO ou psychiatrie. Cette offre concerne en premier lieu l'offre de proximité pour une réinsertion « dans la cité ». Outre la question de la pertinence en SSR, les moyens requis sont rares et ne gagneraient pas à se diluer sur plusieurs dispositifs. La complémentarité doit être travaillée dans une logique de filière.

L'intérêt dans tous les cas d'organiser un accueil de jour de transition en aval de l'HC, sans différencier les locaux et les circuits patients, est partagé, avec nécessité d'une cohérence avec la circulaire frontière cf décret de nov 2016

Promotion des SSR : place de la formation professionnelle continue, liens avec les dispositifs de repérage et de prévention, les PTA

Double constat : des situations récurrentes, et une multiplicité d'acteurs professionnels concernés. Ceux du « social » semblent en première ligne pour le repérage, la gestion des situations quotidiennes de personnes ou de familles. Pour autant, le SSR-A n'a pas à assumer le rôle de formation professionnelle continue ; il est un pôle de compétences qui doit être lisible et peut-être constituer un recours sur le territoire de la filière.

Un des chantiers retenu par le groupe thématique SSR, dans l'élaboration du volet « plateaux techniques » du projet régional de santé 2018-2022 sera celui de renforcer la formation des professionnels en SSR.

2 - Missions du SSR addictologie

Prendre en charge les patients dépendants à un produit psychoactif, après une période de sevrage, et nécessitant une technicité particulière et/ou un accompagnement intensif impossible en ambulatoire (critères de santé et d'environnement) dans une optique de réinsertion.

4 aspects complémentaires :

- consolider l'abstinence (facteur prédictif de succès)
- prévenir la rechute¹³ et les risques liés à la consommation
- accompagner dans la triple valence dépendance/dommages sociaux (programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale et professionnelle) / dommages sanitaires (somatiques et psychiques)
- évaluer et réhabiliter les fonctions cognitives

Points de vigilance :

- Possibilité d'orientations plus marquées vers les comorbidités associées (somatiques, troubles neuro-cognitifs, psychiatriques, réadaptation sociale) : il y a lieu de développer des spécificités de prises en charge, si elles sont inscrites dans une stratégie régionale de structuration de l'offre.
 - non mixité
 - prise en charge des troubles cognitifs (Korsakoff et pré-Korsakoff)
 - jeunes, avec polyaddictions et addictions comportementales/ études et scolarité
 - accès à un dispositif de réinsertion professionnelle qui accompagne le retour à l'emploi, ou à la formation professionnelle, pour un public parfois éloigné de « l'employabilité ».
- Possibilité de retour en sevrage en cas de rechute et organisation du suivi au sein de la filière, avec des délais raisonnables en post hospitalisation
- Lorsqu'un patient rentre en unité SSR positif au cannabis, un accompagnement in situ peut être proposé sur une durée déterminée. En cas de besoin, le patient peut être orienté vers un établissement de sevrage simple, ou complexe si la personne est trop en difficulté. Elle réintègre ensuite le SSRA une fois ce sevrage effectué. La question est le degré de souplesse dans le parcours du patient qui ne peut pas toujours être linéaire.
- Le sevrage tabagique doit être systématiquement proposé puisqu'il est démontré qu'il optimise les chances de réussite du sevrage d'alcool. Pour ce qui est des démarches de sevrage associées, elles doivent se traduire dans le projet de soins de l'unité, le projet thérapeutique individualisé, la formation des soignants, les protocoles mis en place.
- Réinsertion familiale, sociale, professionnelle : Il s'agit d'une mission propre du SSR, condition de réussite du sevrage et de la restauration de l'autonomie de la personne. Le profil moyen des patients accueillis appelle à un projet social ambitieux et lisible, appuyé sur un retour d'expérience et des indicateurs de résultat. La condition première de réussite est l'appropriation par le patient de son projet, avec ses accompagnants.
- Les singularités du territoire sont à prendre en compte en matière de profil populationnel (rural, étudiant, etc) et d'offre. De quelles contraintes propres et de quels atouts dispose-t-on ?

Remarque : les SSRA ne sont pas les seuls établissements SSR à accueillir des personnes relevant du GME 1903A1. Notamment chez les personnes âgées (plus de 75 ans), il apparaît que la prise en charge peut avoir lieu dans des unités SSR non spécialisées. Les SSR spécialisés ont ici la responsabilité de transmettre et de promouvoir une culture partagée et d'offrir un recours, avec un rôle central des ELSA.

¹³ Rechute : reprise d'une haute consommation (5 verres/jour pour les hommes et 4 pour les femmes)

Département	Nombre de journées (HC HP et séances)	% SSRA/SSR	Sexe ratio (% homme)	Age moyen	AVQ physique moyen	AVQ relationnel moyen	Nb moy. d'actes CSARR par journée
22	10 666	95,3%	76,6%	47,4	4,2	4,0	1,7
29	7521	90,4%	77,9%	48,7	4,3	4,6	1,0
35	13116	97,1%	83,0%	47,4	5,7	3,7	1,6
56	9357	98,5%	79,3%	44,2	4,3	3,7	2,4

3. Pathologies concernées

3.1 Ciblage essentiellement vers l'addiction à l'alcool en Bretagne.

La première explication est celle de l'épidémiologie, l'alcool étant la substance psychoactive la plus consommée en Bretagne. L'organisation de la filière est construite autour de cette problématique : les SSRA accueillent principalement des patients venant d'un établissement de cure, sevrage simple ou complexe. Ces établissements quant à eux soignent des addictions très majoritairement de type alcool.

D'autres éléments doivent être considérés :

- le moindre repérage de consommation des autres produits et l'absence de données disponibles
- une moindre compliance des patients consommateurs de drogues illicites à des soins résidentiels prolongés.

Les données suivantes ont été extraites du PMSI du CSSRA l'Avancée. À croiser avec celles des autres établissements.

Catégorie Majeure	19	Troubles mentaux et du comportement	100%
Groupe Nosologique	1903	Toxicomanie avec dépendance	98%
	1906	Troubles dépressifs anxieux	7%
Finalité Principale de Prise en Charge	Z50	Soins impliquant une rééducation	100%
Manifestation Morbide Principale	F10	Troubles mentaux dus à l'alcool	100%
Affections étiologiques les plus fréquentes	F41	Troubles anxieux NCA	45%
	F60	Troubles spécifiques de la personnalité	37,50%
	F50	Troubles alimentaires non organiques	12,50%
	F63	Troubles des habitudes et impulsions	2,50%
	F31	Troubles affectifs, bipolarité	2,50%

3.2 L'ensemble des conséquences somatiques et psychiques des addictions doivent trouver une réponse, notamment :

- Pathologies hépatiques de type cirrhose, pancréatite, pathologies virales ;
- Pathologies pulmonaires de type bronchique, oncologique ;
- Diabète ;
- Atteintes du système nerveux périphérique de type polynévrite des membres inférieurs et supérieurs ;
- Pathologies psychiatriques et de la personnalité ;
- Les pathologies liées à une absence de suivi médical avant la démarche de soins de type dentaire, ophtalmologique, ORL, dermatologique, nutritionnel...qui représentent de puissants freins à l'insertion sociale et professionnelle.

Il y a ici nécessité de clarifier ce qui relève de l'évaluation pré-admission, de ce qui peut être accessible à un programme de réadaptation (nutrition, éducation thérapeutique) et de la nécessaire continuité des soins (traitement pour une hépatite B par exemple).

3.3 Quid des autres types d'addictions avec objet ?

Le SSR addictologie n'a pas à se spécialiser dans une addiction plutôt qu'une autre. En conséquence, le projet médical et le projet de soins doivent être adaptés :

- à tous types d'addictions avec objet
- aux poly-addictions
- à des stades différents de la maladie.

La notion de consommation à risque n'existe plus et est remplacée par une gradation des niveaux de dépendance. Le SSR-A est centré sur la dépendance ; au sein de la filière d'autres dispositifs existent en accès libre (CHA, CSAPA). L'intervention précoce est en théorie favorable pour limiter les dommages, mais la prise de conscience n'est pas la même. Les événements de la vie (passage à l'acte, licenciement, rupture, troubles du comportement..) doivent permettre un repérage plus précoce de la part des acteurs de la filière et un adressage en circuit court vers le SSR. La possibilité d'un accueil de nuit pour des personnes encore insérées dans l'emploi, ou pour éviter des sorties « sèches », doit être travaillée avec une approche de proximité pour des raisons évidentes.

3.4 Quel suivi psychiatrique et/ou psychologique en SSR ? Liens avec les structures de santé mentale

→ Quelle organisation mettre en place ? Consultations avancées par un psychiatre, IDE de liaison en présence régulière, temps de psychiatre sur place, temps de psychologue, ...

Nombre de patients ont déjà un suivi psychiatrique avant l'admission. La présence d'un temps de psychologue et de psychiatre est indispensable, avec des missions différentes qu'il convient de clarifier et qui dépendent des ressources disponibles et des profils accueillis. Comme sur le plan somatique, il faut distinguer ce qui relève de l'évaluation pré-admission, du suivi et de la continuité des soins, mais aussi la prise en charge de pathologies psychiatriques qui peuvent se « révéler » lors du séjour. Les traumatismes psychologiques et affectifs sont prégnants et doivent faire l'objet d'un travail de fond que la durée d'hospitalisation en SSR peut faciliter. Cela implique un temps dédié significatif avec des professionnels formés à l'addictologie.

Un temps de psychiatre sur place est donc nécessaire, avec relais en hospitalisation santé mentale possible. L'importance est d'éviter les ruptures dans le suivi.

Population cible

1 - Profils / critères d'admission

Les prérequis sont un sevrage physique effectif et la volonté de vivre une expérience d'abstinence. L'adhésion du patient à la démarche de soins concernant sa/ses conduite(s) addictive(s) est une condition de réussite. Les indications que l'on retrouve majoritairement sont :

- Atteintes somatiques, psychiatriques et cognitives impliquant du temps de rééducation ;
- Fragilité à l'égard du maintien de l'abstinence ou de la réduction des risques ;
- Nombreux sevrages ;
- Contexte socioprofessionnel et familial défavorable impliquant du temps de réadaptation.
-

Base Publique et PSPH SSR - Année 2015 ¹⁴					
N° CM 19: Troubles mentaux et du comportement					
Sexe ratio (% homme)	Age moyen	Score moyen de dép. physique à l'entrée	Score moy. de dép. cognitive à l'entrée	Nb moy. d'actes par journée	Nb moy. d'actes d'évaluation
79,40%	47	4,55	4,04	0,45	0,76

¹⁴ Source scansante.fr, données Base Publique et PSPH SSR - Année 2015

Le patient type est à 86% divorcé ou séparé, ses enfants mineurs ne sont plus à sa charge (97%). Il est sans emploi (59%) avec de réelles difficultés financières et a eu un suivi avec une assistante sociale avant hospitalisation (29%). Il s'agit donc d'une population avec de réelles difficultés sociales et de désinsertion. Le nombre d'actes par jour ne tient ici pas compte des actes réalisés en collectifs, qui sont majoritaires pour ce type d'accompagnement.

Coupe transversale par le score ÉPICES¹⁵ le 9 décembre 2016. Le score moyen est de 48 ce qui montre une situation de précarité des patients accueillis puisque 30 est le score à partir duquel une personne est considérée précaire. Une autre étude¹⁶ étaye cette situation de précarité des patients accueillis en SSR, tout type confondu, étude faite auprès de 3300 patients accueillis en SSR en 2012 avec un score moyen de précarité de 39,72, et 43,07 pour les SSR addictologiques.

2 - États pathologiques / comorbidités

...et leurs conséquences en termes d'organisation et de ressources disponibles.

A titre d'illustration, les personnes victimes de surdité (20 000 malentendants sévères en Bretagne) et d'autres handicap sensoriels sont particulièrement touchés par les conduites addictives et peu sensibles aux propositions, notamment collectives.

Un lien avec les parcours de soin en chirurgie bariatrique pourrait être pertinent à ce stade, puisque les patients éligibles à une chirurgie bariatrique présentent un terrain peut-être plus vulnérable aux conduites addictives.

Le public pris en charge en SSR (46 ans d'âge moyen) est abimé physiquement, psychologiquement et socialement, dans un contexte de vie souvent pathogène. Cela implique un plateau technique pluridisciplinaire avec des soignants et des professionnels socio-éducatifs, afin de couvrir le champ des possibles.

3 - Contre-indications

Des troubles somatiques majeurs, des troubles psychiatriques non stabilisés et des troubles cognitifs incompatibles avec la vie en collectivité et la liberté de circulation inhérente aux SSR.

Absence d'autonomie (cf/scores de dépendances physique et cognitive)

Troubles du comportement : intolérance à la collectivité et à la frustration, violence.

4 - Déterminants de l'observance identifiés

- alertes qui permettent de revoir le projet (déficit d'adhésion, somnolence, isolement, participation aléatoire et fluctuante)

- violence physique et/ou verbale

5 - Identification des facteurs prédictifs de succès.

- Balance motivationnelle

- Alliance thérapeutique, avec un « empowerment » du patient

Organisation de la prise en charge

La prise en charge en SSRA se divise en accompagnement individuel et collectif selon 4 axes principaux :

- Cognitif : réhabilitation de la mémoire, des fonctions exécutive...
- Corporel : polynévrites, relaxation, réentraînement à l'effort ...
- Psychologique : motivation, estime de soi, travail avec l'entourage...

¹⁵ EPICES ( valuation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Le résultat oscille entre 0 pas de précarité,   100, précarité maximale. Le seuil de précarité est fixé à 30. *Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. Janvier 2005. Saint Etienne : Cetaf, 2005.* http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/RE_prekarite.pdf

¹⁶ « SSR et précarité, Pour en finir avec les idées reçues », Dr Frédéric SANGUIGNOL, Remontées des travaux de la commission interne FHP SSR « Pertinence et qualité en SSR » Congrès de Biarritz - 19 et 20 juin 2012

- Educatif et social, notamment en Éducation thérapeutique¹⁷ : repérage et développement des compétences personnelles.

Particularités de cette spécialité

Gestion de groupe et gestion individuelle à articuler, notamment dans les organisations en HC ou en ambulatoire pour chaque projet de soins individualisé.

Un consensus autour d'un accueil « mélangé » en termes de générations, conditions sociales et projets est retenu, compte tenu du retour d'expérience suite à la pluralité des profils.

Mixité : L'amont du SSR est mixte, sauf pour un établissement psychiatrique exclusivement féminin en Bretagne mais qui ne propose pas de sevrage.

Une offre SSR A dédiée exclusivement aux femmes existe en région Bretagne, comme dans deux autres établissements en France. Elle ne se justifie pas de manière systématique mais le savoir-faire développé par ces structures doit être préservé. Le sujet recoupe celui des violences faites aux femmes et s'inscrit dans un contexte où la population masculine est largement prédominante dans les unités SSR, pouvant dans certains cas rendre plus difficile l'insertion des femmes dans des dynamiques collectives. L'ajustement du projet médical et social à la population féminine doit être travaillé, pour adapter l'offre aux besoins et contraintes spécifiques et permettre une réhabilitation de qualité et pérenne.

→ Une organisation pourrait aller en ce sens, avec double proposition de groupes mixtes et non-mixtes accompagnée d'un libre-choix des patients pour vivre la mixité progressivement.

→ Une offre tenant compte des contraintes particulières des femmes avec enfant(s) peut éventuellement être organisée, lorsqu'une structure d'accueil petite enfance.

Accompagnement élargi au champ social, familial, professionnel.

→ Quels professionnels mobiliser pour élaborer un projet de soins autour d'une gamme spécifique de propositions ? Il existe un socle commun et probablement aussi des propositions singulières en fonction des identités propres de chaque établissement et des mutualisations possibles.

→ Sujet de l'insertion professionnelle : Type CPO ? Mise en situation ? Partenariats avec professionnels ? Mutualisation des moyens avec d'autres SSR pour développer un programme de réhabilitation professionnelle

→ Quel accompagnement familial ?... La notion doit être précisée à différents niveaux : prise en compte de l'entourage, qui a besoin d'une « guidance » pour comprendre et entrer dans la continuité de la démarche ; orientation du conjoint vers un accompagnement personnel ; thérapie de couple ou familiale ; lien avec les associations.

Cet accompagnement doit prendre en compte la configuration du réseau local et de l'équipe soignante. Comme pour tout SSR, le « retour à domicile » doit être appréhendé comme une « arrivée » à organiser, car il ne s'agit pas d'un retour en arrière vers une vie idéalisée.

Maladie Chronique : qui implique la possibilité d'un accompagnement sur la durée, y compris à travers plusieurs séjours, et des liens avec les dispositifs de la filière à toute les étapes de la maladie

1 - Modalités de prise en charge

- Projet médical de l'unité (4 ou 5 axes incontournables à détailler), avec a minima : prévenir ou réduire les conséquences des conduites addictives ; se réapproprier et développer les habilités psycho sociales ; avancer dans l'acceptation de soi-même et de sa pathologie ; réfléchir à son positionnement futur face aux différents produits à travers un axe de prévention de la rechute et gestion des mises en situation.
- Projet personnalisé de soins et réévaluation (axes somatique, cognitif, psychologique, et de réhabilitation) : modalités d'élaboration et de mise en œuvre, plateau technique et mutualisations d'équipements
- Insertion professionnelle : quel projet ? quels partenaires ?

¹⁷ Dans le cadre de la F.N.E.S.A.A. (fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en addictologie), un groupe de travail a proposé à l'HAS une première version d'un programme d'éducation thérapeutique du patient spécifique aux SSR addictologiques. Ce programme est en cours de validation auprès de l'HAS.

- Modes de sortie et préparation du retour dans le milieu de vie : liens avec les relais, traçabilité, transmission des informations
- Interfaces, commissions d'entrée, de sortie pour les parcours complexes

2 - Structure de l'unité

- Effectifs et compétences (cf/cahier des charges de 2008)

→ Compétences médicales obligatoires : médecin disposant d'une formation ou d'une expérience attestée en addictologie.

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social

→ Compétences recommandées : psychologue, ergothérapeute, diététicien et personnel éducatif (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, animateur socioculturel, aide médico-psychologique...)

→ En fonction du projet thérapeutique, l'équipe soignante peut être complétée par les professionnels suivants : éducateur technique, moniteur d'atelier, éducateur sportif, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, enseignant en activités physiques adaptées,...

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

Le recours à des avis spécialisés et la possibilité d'un suivi, en particulier en psychiatrie, est essentiel. La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale, éventuellement par convention avec une garde externe, et par la présence d'une infirmière la nuit.

- Dimensionnement : en HC, il est admis que la taille critique efficiente est proche de 30 lits. En HJ on compte 1.5 patients par place et sur 250 jours ouvrés ; en accueil de nuit, l'accueil est celui d'un patient par place sur 365 jours, mobilisant un personnel mutualisé avec l'hospitalisation conventionnelle.

- Seuil critique d'activité : la réforme du financement SSR devrait aboutir d'ici 2022 à une dotation modulée à l'activité représentant 50% de la dotation annuelle, complétée par 50% de dotation socle historique (n-1). La spécialité de SSR addictologie ne devrait pas élarger aux MIG complémentaires type « plateaux techniques spécialisés » ou « réinsertion professionnelle ». Dans ce contexte, la recherche d'un modèle médico-économique pérenne est directement liée à une activité optimisée (taux d'occupation et durées de séjour) en lien avec les tarifs et un codage performant.

- Équipements / contraintes architecturales / préconisations structurelles

Des chambres individuelles semblent une évidence, ainsi que des espaces de vie collectifs, et un plateau technique adapté au projet (cuisine thérapeutique, espace numérique, espaces de réadaptation individuels et collectifs). La recherche de mutualisation pour les équipements spécifiques accessibles en proximité (mur d'escalade, salles de sport, mises en situations professionnelles, simulateurs de conduite, etc) est requise, notamment pour les structures mono-activité.

Constitution d'une équipe-type pour 30 patients en HC, hors remplacements CA et hors fonctions supports	
Médecin addictologue	0,5 ETP + temps de coordination
Psychiatre	0,2 et + à la demande
IDE	8,5 dont temps de coordination
AS de nuit	2.5
Assistante sociale	1
Moniteur-éducateur, TISF	2
Ergothérapeute	0,5
Psychomotricien	0,25
Psychologue	1
Cadre de santé	1
APA ou éducateur sportif	1
ASH	3
Pharmacien	0,10 ou mutualisé

Le barème théorique actuel en SSR addictologie est de 70 000€ par lit, soit, pour 30 lits, un budget théorique de 2 100 000 € DAF. Les charges de titre 1 représentent 46.6% du budget hors temps de coordination.

Remarques :

- Les effectifs d'ergothérapeute et de psychomotricien sont complémentaires, et donnés a minima compte tenu d'une évolution des profils accueillis vers davantage de rééducation
- Le temps de coordination dévolu au médecin doit être calibré en fonction des organisations sur la filière ; une réflexion sur les personnels portant cette coordination doit être conduite : IDE dédiée, cadre de santé, assistante sociale, etc
- Le poste de pharmacien doit être mutualisé avec une autre structure mais il arrive que certains établissements isolés comprennent dans leurs effectifs un temps de pharmacien
- La mission de l'assistante sociale est importante, mais s'entend comme une mission linéaire au long du parcours ; dans ce contexte, 1 ETP pour 30 lits est un plafond, assorti d'une préconisation de partager la ressource avec d'autres acteurs de la filière (CSAPA).
- La préparation des repas, et la blanchisserie doivent être externalisées ce qui n'exclut pas la présence d'une cuisine thérapeutique au sein de l'établissement.

Equipe socle	<i>ETP</i>	<i>Barème pour 1 ETP</i>	<i>Coût</i>
Médecin addictologue	0,50 + temps de coordination	110 000	50 000
Psychiatre	0,20 + temps à la demande	110 000	22 000
IDE	8.5	45 000	382 500
AS de nuit	2.5	39 000	97 500
Assistante sociale	1	42 625	42 625
Moniteur éduc / TISF	2	39 000	78 000
Ergothérapeute	0,5	47 000	23 500
Psychomotricien	0,25	47 000	11 750
Psychologue	1	50 000	50 000
Cadre de santé	1	60 000	60 000
APA	1	44 051	44 051
ASH	3	33 000	99 000
Pharmacien	0,10 / mutualisé	110 000	11 000
TOTAL	21,75		971 926

- Etablissement pluriactivités ou proche d'un établissement MCO

Une mutualisation des effectifs doit être privilégiée. Il en sera ainsi pour les compétences de rééducation (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien).
Idem pour les fonctions de pharmacien.

Une mutualisation des équipements est à rechercher autant que de possible. L'identification d'équipements ou de partenariats accessibles doit être prise en compte pour adapter le projet médical de la structure

- Etablissement mono-activité ou isolé / atypique

Compte tenu du champ très large des addictions, et des profils de patients en rapport, il pourrait être opportun d'identifier à un niveau régional des spécificités de prises en charge. Cela ne remet pas en question le caractère « généraliste » des unités de SSR addictologie, capables d'accompagner tout type d'addiction en aval du sevrage, mais ouvre la possibilité d'une offre dédiée en complément : addictions aux jeux, addiction numérique, accompagnement d'adultes jeunes, prise en charge mère-enfant, réinsertion professionnelle et/ou scolaire,... Cette possibilité d'ajuster le projet médical paraît d'autant plus pertinente que l'établissement est isolé, puisqu'elle renforcerait son attractivité et sa notoriété sur l'ensemble des professionnels de la région.

A plus long terme, selon les opportunités, il conviendrait de tendre vers un rapprochement des structures isolées.

3 - Parcours du patient (cf Logigramme 2)

Adressage en SSR addictologie

Circulaire du 26 septembre 2008 : « Les SSR assurent la prise en charge des patients, soit dans les suites d'une hospitalisation dans une structure d'addictologie de niveau 1,2 ou 3 pour un sevrage ou des soins résidentiels complexes, soit à la suite d'une orientation par une structure médico-sociale, soit par un accès direct du domicile à la demande du médecin traitant. L'admission est réalisée sur la base d'un dossier médical comportant des données médico-psycho-sociales et des comorbidités éventuelles associées à l'addiction »

Le continuum des prises en charges sanitaires (hospitalier et libéral), médico-sociales et sociales doit être assuré sur chaque territoire et la coordination des interventions entre les différents professionnels mieux formalisée.

→ une réflexion doit être conduite par l'ensemble des acteurs de la filière autour d'outils partagés.

Durée de la prise en charge

La durée moyenne de séjour en Bretagne en 2015 est de 45.38 journées.

Il s'agit d'une maladie chronique pour laquelle le recours au SSR peut avoir lieu à plusieurs reprises, pour des séjours à différentes étapes de la maladie. Aussi, le fait d'effectuer plusieurs séjours pour un même patient correspond à un chemin clinique qui ne peut être linéaire. Il n'en reste pas moins que les conditions d'admissibilité doivent garder la même rigueur et qu'un suivi doit être organisé en post hospitalisation. Le délai entre deux séjours de SSR addicto ne doit pas être inférieur à 6 mois, même si une certaine souplesse est possible : le SSR n'a pas vocation à gérer les rechutes ou l'urgence.

Articulations avec les partenaires

Circulaire du 26 septembre 2008 : « La préparation de la sortie [...] implique une collaboration entre les différentes structures du dispositif de prise en charge en addictologie [...] »

- Travailler une meilleure articulation MCO – SSR

Le dossier d'admission est un outil d'aide à la décision et de connaissance fine du patient. Sa précision peut dans certains cas freiner la réactivité et le transfert (DMS MCO pour sevrage simple de l'ordre de 10 jours). Il est donc nécessaire de travailler à des modalités d'adressage et de dialogue entre les équipes, notamment sur le volet social, en tenant compte des prises en charge des mutuelles (code 214). Un compte-rendu d'hospitalisation et un rapport social peuvent suffire dans un premier temps, mais la structure d'origine ne doit pas faire l'économie d'une anamnèse et d'un bilan exhaustif avant transfert.

- Améliorer l'accueil des personnes hospitalisées sous écrou, notamment par la définition de convention de placement type avec les juges d'application des peines. Les liens et la connaissance mutuelle entre structures SSR et médecine pénitentiaire doivent être renforcés, avec l'éventualité d'un placement extérieur en SSR –A, protocolisé.

Propositions pour développer les alternatives à l'hospitalisation complète

- La **rupture géographique** est parfois nécessaire, mais pour une part moindre de ce qui était observé dans le passé. Le relais par un certain nombre de dispositifs de proximité et la réinsertion sociale, familiale et/ou professionnelle et l'insertion dans la filière territoriale suppose une prise en charge de proximité. Il y a nécessité de ces ruptures vis-à-vis du milieu de vie pathogène de certains *patients, pour une part qui doit être calibrée. Sur les territoires, il s'agit de définir le niveau de capacité optimal, tenant compte des fuites et de l'attractivité.*

- Dans les autres cas, il y a nécessité d'un sevrage en institution avant de démarrer une prise en charge ambulatoire. Cette dernière nécessite que le patient soit restauré a minima dans son autonomie décisionnelle. Les durées de séjour en MCO étant significativement plus courtes qu'en psychiatrie, la pertinence du SSR paraît plus forte. Il y a nécessité d'adapter les programmes de soins à ce format qui implique une fermeture en fin de semaine et une concentration des actions sur 6h30-7h par jour ouvré, notamment pour l'organisation des ateliers collectifs.

- Comment accueillir les patients plus tôt dans l'évolution de leur maladie ?

Les stratégies de repérage/dépistage doivent être construites à l'échelle de la filière, en reposant sur une communication ciblée et une sensibilisation voire formation (DPC) des adresseurs potentiels : médecins généralistes, dentistes, assistants sociaux, etc. La proposition de séjour SSR s'inscrit naturellement dans cette démarche dès lors que l'intérêt est objectivé.

- Les **programmes personnalisés de soins et les modalités d'accueil** sont adaptés en fonction des profils de manière à optimiser les moyens : femmes avec enfants en bas âge (mode de garde), patient en situation professionnelle, couples, troubles cognitifs, ...

- Compte tenu de la raréfaction des effectifs médicaux, il y a une vigilance à ne pas multiplier les dispositifs d'HJ sur un territoire, donc nécessité d'un travail en filière. Les services de SSR disposent néanmoins d'une équipe qualifiée et diversifiée pour des prises en charge complexes sur une durée longue.

- Le développement d'hospitalisations de nuit en Bretagne fait consensus mais doit s'appuyer sur un modèle médico-économique équilibré, sans redondance avec les autres dispositifs de réinsertion sociale.

Définition des indicateurs

Même si le sujet s'y prête moins que des activités MCO ou d'autres spécialités de SSR, le SSR addictologie doit adopter une culture d'évaluation du service médical rendu

a. Indicateurs quantitatifs d'activité (annuels / PMSI)

b. Indicateurs qualitatifs (annuels)

-> Questionnaire de qualité de vie de Duke

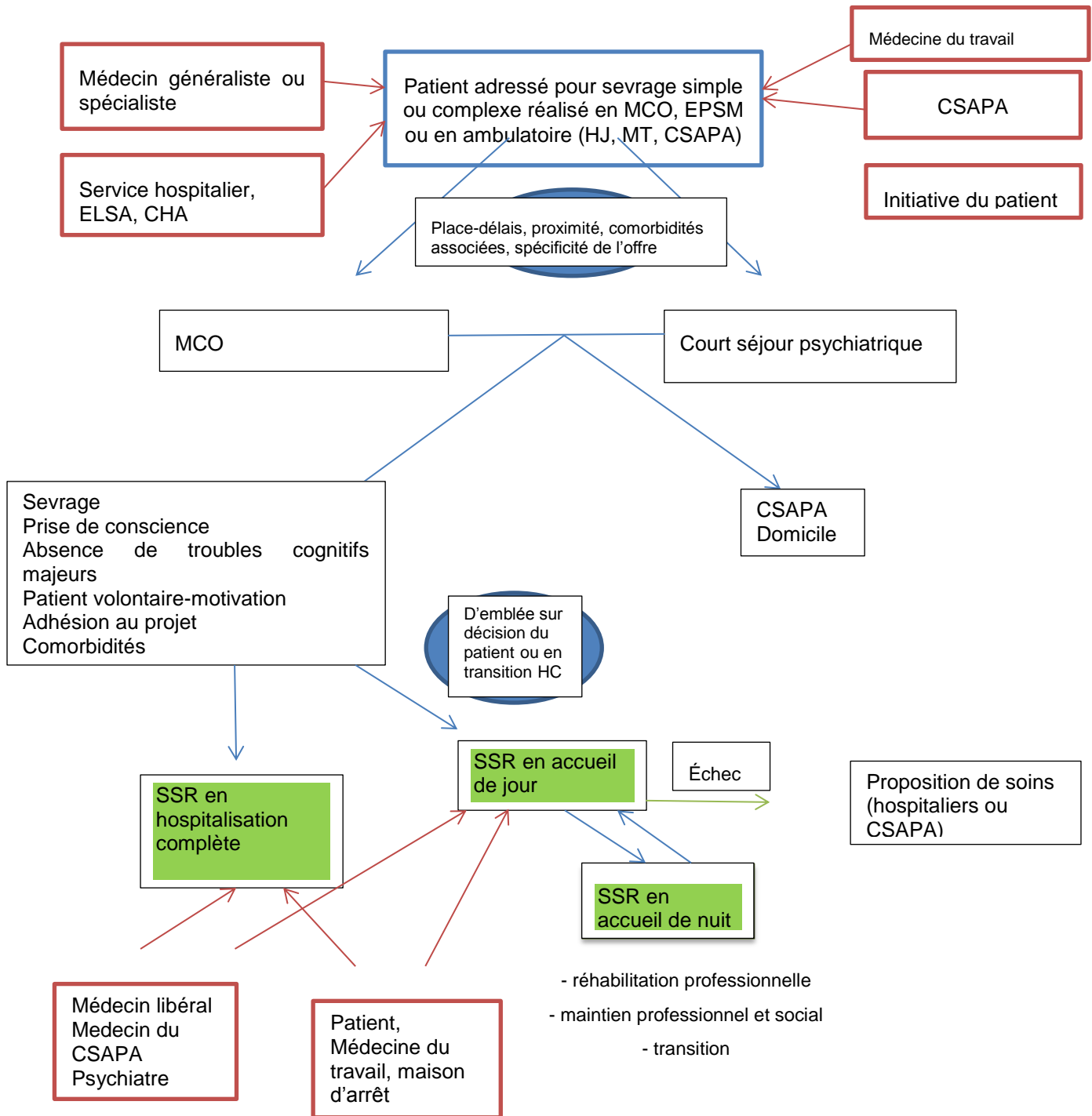
-> Evaluation cognitive à l'entrée, à la sortie et à 6 mois

Attention, mémoire de travail	Empan digital direct et inversé
Mémoire (apprentissage, rappel)	Test des 5 mots de Dubois, Figure de Rey
Vitesse motrice	Test de marche chronométrée ¹ , Trail Making Test A2, Finger Tapping Test ³ , Pegboard Test
Rapidité psycho-motrice	Séquence gestuelle de Luria ³ , Trail Making Test A2, Code de la WAIS ² ,
Fonctions exécutives (organisation, programmation, conceptualisation, flexibilité mentale, auto-contrôle)	Dessin de l'Horloge, Batterie rapide d'efficiency frontale (BREF), Trail Making Test B2
Fluence verbale	Set-test d'Isaac, fluence verbale lexicale et catégorielle, épreuve de Cardebat
Efficience cognitive globale	Mini-Mental state Examination (après 50 ans), Echelle de Mattis, MoCA
Activités de la vie quotidienne	IADL ⁴

Aujourd'hui, le MoCA fait l'unanimité au sein de la communauté addictologique. Il serait intéressant qu'il puisse être fait avant l'admission lorsque les conditions sont remplies.

Ces différents tests requièrent des personnels qualifiés et/ou formés ; la construction de l'équipe, et notamment les effectifs des para-médicaux (neuro-psychologues, ergothérapeutes) est déterminante pour permettre la réalisation de tests et leur traçabilité.

Logigramme 1 : orientation du patient au sein de la filière addictologie



Trois points de vigilance :

- la nécessité d'une évaluation pré-admission réalisée par un médecin SSR
- la visite de pré-admission, avec le cadre IDE, doit être proposée, pour recueillir l'adhésion
- la possibilité offerte de réaliser des séjours répétés en SSR addictologie

Logigramme 2 : Parcours du patient au sein du service SSR addicto

(cf circulaire de 2004)

