

Santé publique

Etablissements de santé

Direction des hôpitaux

Bureau EO 2

Direction générale de la santé

Bureau SP 3

SP 3/312
2268

Circulaire DGS/SP 3/DH/EO 2 n° 99-346 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes

NOR : MESH9930358C

(Texte non paru au Journal officiel)

Références :

Note d'orientation n° 98-659 du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes ;

Circulaire n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes ;

Circulaire n° 15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues ;

Circulaire 2D/90/7 du 2 octobre 1990 relative au contrôle du remboursement par l'Etat des frais de sevrage réalisé en milieu hospitalier pour les toxicomanes.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le secrétaire d'Etat à la santé et de l'action sociale à Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution et diffusion]).

En 1996, l'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes toxicomanes a constitué un des axes prioritaires de la politique de soins en matière de toxicomanie élaborée par le ministère de l'emploi et de la solida-

rité. Dans la circulaire n° 96-239 du 3 avril 1996, une enveloppe fléchée de crédits hospitaliers était réservée à l'accueil et la prise en charge de ces patients. Ces crédits étaient plus précisément destinés à :

- « - la poursuite de la mobilisation des services hospitaliers sur leurs missions de sevrage ;
- l'implication plus conséquente des consultations de médecine ;
- la mise en place d'équipes de liaison et de soins aux toxicomanes ;
- le renforcement de certains services hospitaliers impliqués dans la prise en charge des usagers de drogues et devant faire face à des situations de crises ;
- la formation du personnel hospitalier. »

Ainsi, 96 projets ont été retenus, issus de 61 départements pour un montant de 47 millions de francs délégués en novembre 1996. Ils concernaient principalement la création d'équipes de liaison et de soins, la création de réseaux ville-hôpital et de coordination hospitalière, l'amélioration des soins aux détenus et le renforcement des services d'accueil et d'urgence. Ces crédits ont été à l'origine de la création de 25 emplois médicaux et 64 emplois non médicaux.

Un premier bilan de l'utilisation de ces crédits, effectué en juin 1998, a été jugé positif. La mise en place de structures telles que les équipes de liaison et de soins aux toxicomanes et le développement des réseaux ville-hôpital ont largement contribué à l'amélioration de la prise en charge des patients toxicomanes. A ce jour, 63 équipes de liaison ont été financées. Par ailleurs, 67 réseaux ville-hôpital, répartis sur l'ensemble du territoire national, sont financés conjointement sur des crédits assurance-maladie et crédits Etat.

Si l'effort a été important, il apparaît encore insuffisant et il subsiste de nombreuses difficultés :

- les urgences hospitalières font face à des situations difficiles associant usage de toxiques et troubles somatiques et/ou psychiatriques ;
- des difficultés persistent pour hospitaliser des personnes toxicomanes, en particulier pour sevrage ou lorsqu'une comorbidité psychiatrique est associée ;
- la prise en charge de la dépendance pour des patients hospitalisés pour une autre pathologie est encore insuffisante ;
- l'hôpital est encore trop peu articulé avec les principaux acteurs de soins aux personnes toxicomanes : centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), médecins généralistes,...

Ces difficultés varient en fonction des régions et des départements. Elles dépendent de l'importance de la toxicomanie, des types de consommation, du dispositif de lutte contre la toxicomanie et des actions développées au sein des hôpitaux.

Dans ce contexte, il apparaît souhaitable que soient :

- a) Améliorés l'accueil et la prise en charge aux urgences des personnes toxicomanes ;
- b) Développées les possibilités d'hospitalisation pour sevrage, bilan et soins de la toxicomanie ;
- c) Amorcé ou poursuivi un suivi concernant les problèmes liés à la dépendance, en orientant le patient vers les structures adéquates et compétentes ;

- d) Engagés des processus de formation du personnel hospitalier ;
- e) Développés des outils d'observation de l'activité hospitalière en matière de toxicomanie.

Aussi, la mobilisation des acteurs hospitaliers doit se poursuivre ainsi que l'ouverture de l'hôpital sur son environnement en charge de ces personnes. La présente circulaire a pour objet de :

- rappeler les principes d'accueil et de prise en charge des personnes toxicomanes dans les établissements publics de santé ;
- définir les moyens à mettre en œuvre pour la prise en charge de ces patients ;
- préciser les possibilités et les modalités de financement.

I. – PRINCIPES

Les personnes toxicomanes ont recours à l'hôpital dans plusieurs circonstances : dans le cadre d'une affection somatique, pour des troubles psychiatriques, parfois pour des motifs directement en rapport avec la toxicomanie (sevrage, syndrome de manque, substitution...). L'hôpital doit être à même d'apporter les réponses sanitaires les mieux adaptées aux problèmes des personnes toxico-dépendantes. Il doit à la fois pouvoir proposer à ces patients une prise en charge globale répondant à leurs problèmes somatiques et psychiatriques et développer une prise en charge spécialisée. C'est pourquoi :

1. L'accueil et la prise en charge de la personne toxicomane à l'hôpital relèvent du dispositif commun qu'il s'agisse d'un passage aux urgences, d'une hospitalisation ou d'une consultation.

a) L'accueil aux urgences est assuré par le médecin de garde qui peut avoir recours au psychiatre de garde si nécessaire.

b) Les hospitalisations de personnes toxicomanes doivent être assurées par l'ensemble des services de soins somatiques et/ou psychiatriques.

c) L'accueil et la prise en charge des usagers de drogues dans le cadre des consultations de médecine doivent être développés, sans pour autant les spécialiser. Une attention particulière sera portée à l'accès aux soins, à la prise en compte des problèmes somatiques ou en relation avec la dépendance, à l'accompagnement, à l'orientation au sein ou en dehors de l'hôpital.

2. L'hôpital doit développer un savoir-faire en matière de prise en charge des personnes toxicomanes afin de leur assurer des soins de qualité en prenant en compte les aspects médicaux, psychologiques et sociaux.

Une attention particulière doit être portée à la situation sociale de ces patients (couverture sociale, logement, ressources) et à la prévention (réduction des risques, vaccination).

3. Les soins mis en œuvre doivent être articulés dans une logique de prise en charge globale, en partenariat avec l'ensemble des structures et acteurs concernés.

L'hôpital doit également s'inscrire comme un des acteurs d'un travail en réseau entre la ville et l'hôpital et donc favoriser l'articulation des soins avec la ville.

4. Enfin, l'hôpital participe au recueil d'information concernant la prise en charge des personnes toxicomanes en milieu hospitalier.

II. – LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge des usagers de drogues à l'hôpital, il est souhaité :

- que soient mises en place des équipes de liaisons et de soins aux personnes toxicomanes ;
- que soient augmentées les capacités d'hospitalisation pour sevrage, bilan et soins.

1. Mise en place d'équipes de liaison et de soins aux toxicomanes

La mise en place d'équipes de liaison spécialisées dans la prise en charge des personnes toxicomanes à l'hôpital a pour objectif :

- de promouvoir la délivrance de soins adaptés aux toxicomanes au sein de l'ensemble des services hospitaliers ;
- et de proposer des réponses spécifiques à leurs besoins, sans pour autant développer des unités spécialisées.

A. – LES MISSIONS DE L'ÉQUIPE DE LIAISON

Les principales missions de l'équipe de liaison sont :

1° Intervenir auprès du patient.

a) Au moment de l'hospitalisation.

L'équipe soignante, face à un problème spécifique de toxicomanie, peut faire appel à l'équipe de liaison afin :

- d'aider à l'évaluation de la situation d'un patient au niveau de la toxicomanie, des troubles psychologiques ou psychiatriques, des problèmes médico-sociaux ;
- ajuster ou initier un traitement ;
- amorcer ou poursuivre, si besoin, une prise en charge psychologique ;
- enfin, envisager une orientation vers un CSST ambulatoire, un médecin généraliste ou toute autre structure d'accueil avec hébergement ou non.

La responsabilité médicale concernant les personnes toxicomanes hospitalisées est une responsabilité partagée entre le service d'accueil et l'équipe de liaison lorsque celle-ci intervient.

b) En consultation externe.

L'équipe de liaison n'a pas pour vocation de se transformer en CSST et d'assurer une prise en charge, à moyen ou long terme, des personnes toxicomanes.

Toutefois, afin de préparer une hospitalisation d'une personne toxicomane pour un bilan ou un sevrage, l'équipe de liaison peut assurer des consultations externes.

Elle peut également intervenir en aval d'une hospitalisation afin d'éviter toute rupture dans les soins et favoriser un relais de prise en charge en ville.

Enfin, à la demande, elle peut recevoir une personne suivie à l'hôpital pour une comorbidité afin de favoriser un début de prise en charge de la toxicomanie.

Une attention particulière sera portée au suivi des femmes enceintes toxicomanes.

2° Elaborer des protocoles de soins et de prise en charge.

L'équipe de liaison sera chargée de définir des protocoles et d'aider à leur mise en œuvre : bilan, gestion d'une situation de manque, poursuite d'un traitement de substitution, sevrage. Le personnel des services d'urgences et des services cliniques doit pouvoir s'appuyer sur des protocoles permettant d'assurer à la personne toxicomane une prise en charge cohérente et satisfaisante.

a) Définir l'accueil aux urgences.

Il revient à l'équipe de liaison et au service des urgences d'élaborer un plan d'accueil des patients en précisant les différentes situations auxquelles peuvent être confrontés les médecins des urgences, les procédures à suivre ainsi que les possibilités de réponses et d'orientations.

Si la personne n'est pas hospitalisée, l'équipe des urgences doit pouvoir orienter le patient vers un médecin généraliste, une structure spécialisée ou une autre structure susceptible de fournir des réponses précises aux problèmes liés à la toxicomanie du patient. Cela suppose une bonne connaissance des structures existantes et l'implication de l'hôpital dans un réseau de soins coordonnés.

En cas d'hospitalisation, la personne sera orientée vers un service de soins somatiques ou psychiatriques ou encore vers la zone de surveillance de très courte durée, si elle existe.

b) Définir les modalités de prise en compte des problèmes de toxicomanie lors des hospitalisations. L'équipe de liaison intervient en appui et soutien afin de faciliter la prise en charge des personnes toxicomanes et leur orientation.

3° Former et soutenir les équipes soignantes.

a) Former.

L'équipe de liaison est chargée d'organiser et de promouvoir la formation des personnels médicaux et non médicaux amenés à prendre en charge les personnes toxicomanes. Elle pourra s'appuyer sur la direction de l'hôpital qui facilitera la mise en œuvre de ces formations. La « toxicomanie » doit être considérée comme un thème prioritaire de formation pour les hôpitaux particulièrement concernés par la toxicomanie.

Un effort particulier sera réalisé auprès du personnel des urgences les plus sollicitées pour accueillir, traiter et orienter ces personnes, et auprès des services ayant le plus souvent en charge des personnes toxicomanes.

Une attention particulière sera portée aux services impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes d'infection à VIH ou VHC dans lesquels la problématique de la toxicomanie est très présente.

b) Soutenir.

L'équipe de liaison a un rôle important auprès des équipes pour les conseiller sur les questions de sevrage, de substitution, de prise en charge psychologique et médico-sociale, de traitement de la douleur et d'orientation.

Elle peut intervenir au lit du patient mais aussi à l'occasion des réunions d'équipes lorsque la situation complexe d'un patient nécessite de développer une prise en charge globale. Enfin, elle pourra mettre en place des espaces de parole auprès des soignants dans les services très impliqués dans les soins aux personnes toxicomanes.

4° Coordonner les prises en charge.

L'équipe de liaison sera chargée d'organiser les liens entre les différents acteurs afin de faciliter les prises en charge relais à la fin des hospitalisations. Elle devra travailler en réseau avec les médecins généralistes, les CSST et les structures sociales (hébergement...). Lorsque l'hôpital dispose en son sein d'un CSST, les activités de l'équipe de liaison et de ce centre de soins spécialisés seront articulées afin de donner de la cohérence et du sens à leurs interventions.

Un effort particulier sera fait pour développer les liens avec les structures d'alcoologie et le secteur psychiatrique.

a) Les structures d'alcoologie.

En raison des fréquentes dépendances à l'alcool observées chez les patients toxicomanes, l'équipe de liaison développera un partenariat avec l'équipe référente en charge des problèmes d'alcool ou les services accueillant des personnes alcoolo-dépendantes. Compte tenu des modèles d'intervention souvent similaires, il conviendrait de proposer, au sein d'un même hôpital, des réponses coordonnées en articulation avec un réseau d'intervenants extérieurs (médecins généralistes, centres spécialisés...).

b) Le secteur psychiatrique.

La toxicomanie est souvent associée à des troubles psychiatriques qui nécessitent une implication plus grande des psychiatres et équipes de secteur. L'équipe de liaison et de soins aux personnes toxicomanes devra établir un véritable partenariat avec les équipes psychiatriques intra ou extra-hospitalières afin que les personnes puissent accéder à une prise en charge psychiatrique et que leur orientation vers un service spécialisé soit facilitée si nécessaire. Une réflexion commune doit être menée dans le but d'organiser le suivi de ces patients. La conclusion d'une convention avec un établissement de santé disposant d'un ou plusieurs services psychiatriques est recommandée.

La formalisation des relations entre les différents partenaires dans le cadre d'un réseau est fortement encouragée.

B. – EVALUATION

L'équipe de liaison doit établir chaque année un rapport rendant compte de l'activité de l'établissement en matière de prise en charge de personnes toxicomanes : file active, activité des urgences et des services de soins, sevrages, bilan des difficultés rencontrées, nombre de formations effectuées...

Afin de mieux identifier l'activité hospitalière liée à la prise en charge des personnes toxicomanes, des recommandations de codage PMSI vous seront prochainement proposées.

Il pourrait être utile que des observations sur des consommations de produits pris par les usagers de drogues reçus à l'hôpital soient développées.

C. – PROCÉDURE DE FINANCEMENT 1999

Pour l'année 1999, une enveloppe nationale de 11 millions de francs est destinée à la création et/ou au renforcement d'équipes de liaison et de soins aux toxicomanes.

SP 3 312
2268

Pour répartir cette enveloppe entre les régions, un indice synthétique régional de la toxicomanie a été établi à partir de trois types de données :

- le nombre de toxicomanes ayant eu recours à l'hôpital durant le mois de novembre (enquête du SESI un mois donné 1996) ;
- les ventes régionales de boîtes de Subutex® ;
- le nombre d'interpellations liées à la législation sur les stupéfiants.

Cet indice, qui donne le poids de la toxicomanie par région (cf. annexe), a été appliqué aux crédits fléchés toxicomanie (crédits déjà attribués plus crédits 1999 disponibles). Il permet de calculer les crédits théoriques que devrait recevoir chacune des régions.

La différence entre les crédits théoriques et les crédits déjà attribués en 1996 à chacune des régions a permis de déterminer les régions qui seraient financées en 1999 : Ile-de-France, Champagne-Ardenne, Basse-Normandie, Bourgogne, Nord - Pas-de-Calais, Bretagne, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon et Provence - Alpes - Côte d'Azur. Les montants attribués figurent en annexe I.

Les établissements publics de santé des régions sont invités à présenter des projets avant le 31 juillet 1999 à la DDASS qui les transmettra avec son avis à l'ARH, compétente pour décider de l'attribution des crédits.

L'examen des dossiers tiendra compte :

- de la situation du département en matière de toxicomanie ;
- de la cohérence du projet au sein de l'hôpital : projet d'établissement avec implication des services d'urgence, de médecine et de psychiatrie, et participation d'un réseau toxicomanie ville-hôpital. La signature de conventions entre les partenaires impliqués dans la prise en charge sanitaire et sociale est vivement souhaitée ;
- d'un éventuel effort interne de l'hôpital (redéploiement) pour la constitution de cette équipe de liaison.

A titre indicatif, une équipe de liaison est composée d'un praticien hospitalier à temps partiel et de deux mi-temps de personnel non médical (infirmière, psychologue ou assistante sociale). En fonction de l'importance de la demande, de la taille de l'hôpital, de l'épidémiologie de la toxicomanie dans la région considérée, la composition des équipes pourra être adaptée. Lorsque le financement prévu pour 1999 ne permet de créer qu'un emploi non médical ou un demi-emploi médical, on s'orientera plutôt vers le renforcement d'une équipe de liaison.

2. Augmentation de la capacité d'hospitalisations pour sevrage, bilan et soins

Afin de mobiliser les services hospitaliers sur leur mission de sevrage, la circulaire DGS/DH n° 15 du 7 mars 1994 invitait les établissements hospitaliers à réserver trois à cinq lits aux cures de sevrage. La mobilisation des établissements hospitaliers reste d'actualité. Au-delà des sevrages, il convient aujourd'hui de pouvoir utiliser ces lits d'hospitalisation pour effectuer des bilans et des soins aux personnes toxicomanes et favoriser l'adéquation des prises en charge.

Il ne s'agit pas de créer des unités d'hospitalisation spécialisées pour toxicomanes, mais d'obtenir des services de médecine ou de psychiatrie la disponibilité de certains lits afin de pouvoir assurer les sevrages, les bilans et les soins nécessaires.

Actuellement, les hôpitaux sont confrontés à de nouvelles situations comme la polytoxicomanie et le développement des traitements de substitution. Les sevrages deviennent, de ce fait, plus complexes et nécessitent des durées d'hospitalisations plus longues.

La circulaire DGS/SD n° 2 D/90/7 du 2 octobre 1990 relative au contrôle du remboursement par l'Etat des frais de sevrages réalisés en milieu hospitalier pour les toxicomanes précise que : « La cure dont la durée moyenne est de huit jours doit obligatoirement s'appliquer à un sevrage physique d'une substance inscrite à l'article L. 628 à l'exclusion de toute autre ».

La notion de durée moyenne de huit jours ne doit pas être appliquée de façon restrictive. Le temps d'hospitalisation pour un sevrage doit pouvoir être adapté aux besoins de la personne en fonction également du et des produits utilisés, certaines associations de produits nécessitant un temps de sevrage plus long. Seuls les sevrages à une substance ou plante classée comme stupéfiant peuvent faire l'objet d'une demande de remboursement par l'Etat. En cas de polytoxicomanie, un remboursement peut être demandé lorsque le produit stupéfiant est considéré comme le produit principal.

Les intervenants des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, implantés ou non au sein de l'hôpital, interviennent d'ores et déjà auprès des patients qu'ils suivent au cours de l'hospitalisation dans un souci de continuité des soins. Ce lien doit être maintenu. L'existence d'une équipe de liaison et de soins aux toxicomanes au sein de l'hôpital ne doit pas remettre en cause les relations préexistantes.

B. - HOSPITALISATION POUR BILAN ET SOINS

Il est important de pouvoir hospitaliser des personnes toxicomanes pour un bilan ou des soins : débiter une prise en charge de la toxicomanie, clarifier des problèmes somatiques ou des troubles psychiatriques.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire que les équipes de liaison et de soins aux toxicomanes et les CSST puissent disposer, en accord avec des chefs de service de médecine ou psychiatrie, de lits d'hospitalisation complète ou de jour. Ces hospitalisations doivent permettre de mieux orienter les personnes, de trouver des solutions institutionnelles et de résoudre certaines difficultés aiguës.

Les établissements de santé auront à actualiser la liste des services chargés d'accueillir des personnes toxicomanes pour sevrages, bilans ou soins. Vous les inviterez à renseigner la fiche, jointe en annexe II, qu'ils devront vous retourner avant le 30 novembre 1999.

Cette capacité d'hospitalisation sera intégrée au dispositif de lutte contre la toxicomanie.

Vous voudrez bien faire parvenir copie de ces listes avant le 31 décembre 1999 au ministère de l'emploi et de la solidarité, direction des hôpitaux, bureau EO 2, 8, avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP.

*Le chef de service,
adjoint au directeur des hôpitaux,*
J. LENAIN

*L'adjoint au directeur général
de la santé,*
E. MENGUAL

