

Bilan

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) en Occitanie

PANORAMA DU DISPOSITIF

Mars 2018

Bilan

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) en Occitanie

PANORAMA DU DISPOSITIF

Mars 2018

Amandine ALBISSON (ORS Midi-Pyrénées)

Guillaume SUDÉRIE (ORS Midi-Pyrénées)

Ont également collaboré à ce travail :

Christel Andrieu, Étienne Gardiès

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.....	1
II. DEMARCHE ET METHODE	2
III. CONTEXTE DE CREATION ET MISSIONS DES ELSA.....	3
1/ Les ELSA en Occitanie.....	6
1. Cartographie des ELSA en Occitanie.....	6
2. Constitution et structuration des ELSA en Occitanie	6
3. Les équipes pluridisciplinaires.....	7
2/ Les modalités d'intervention auprès des soignants dans les différents services.....	8
1. La sensibilisation/formation des équipes de soins à l'addictologie	8
2. Les modalités d'intervention au sein des services	9
3. Les sollicitations des ELSA par les services : les partenariats intra-hospitaliers	11
4. La coordination de la prise en charge : transmission après la rencontre avec un patient.....	13
5. Les fondamentaux d'action des ELSA auprès des services.....	14
3/ Les modalités d'intervention auprès des patients	15
1. Profils des patients rencontrés.....	15
2. Posture d'intervention face à la demande ou non du patient.....	15
3. La fréquence des contacts.....	16
4. Une diversité d'interventions.....	17
5. Les orientations	18
IV. SYNTHESE	21

I. INTRODUCTION

Ce panorama du dispositif des Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) en Occitanie a été réalisé à la demande de l'ARS afin de mieux appréhender les différentes modalités d'organisation et de fonctionnement de ces équipes dans la région.

L'étude a porté sur les 21 ELSA déployées sur le territoire régional qui relèvent d'un financement Fonds d'Intervention Régional (FIR) ; d'autres ELSA ont été repérées dans le cadre de l'étude, notamment dans le secteur psychiatrique mais n'ont pas fait l'objet de l'investigation. L'objectif principal était de décrire de manière qualitative l'action des ELSA auprès des personnels soignants des services hospitaliers ainsi qu'auprès des patients, en amont de la mise en place d'un rapport d'activité standardisé qui sera proposé à l'ensemble des équipes pour l'année 2018.

Pour cela, l'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées s'est engagé à réaliser des entretiens, majoritairement par téléphone, avec un ou plusieurs intervenants de chacune des ELSA.

Après avoir présenté la méthode utilisée ainsi que le contexte de création et les missions des ELSA, ce rapport présente les résultats à travers trois grands chapitres :

- La constitution des ELSA et les équipes pluridisciplinaires
- Les modalités d'intervention auprès des soignants dans les différents services
- Les modalités d'intervention auprès des patients

Nous remercions l'ensemble des professionnels ayant participé à ce travail.

II. DEMARCHE ET METHODE

Cette étude s'est essentiellement basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs avec des professionnels d'ELSA, principalement des médecins, des infirmiers et des psychologues. Peu de données sur l'activité des services étant disponibles au début de la démarche, notre positionnement fût inductif dans le sens où les entretiens ont eu pour objectif de collecter un maximum d'informations sur chacun des services.

L'enquête auprès des 21 ELSA en Occitanie s'est déroulée de novembre 2017 à janvier 2018. Au total, 13 entretiens téléphoniques et 8 entretiens physiques ont été réalisés.

Si les entretiens ont majoritairement été réalisés avec les médecins en charge du service, quelques entretiens d'équipe ont aussi pu être menés.

Les entretiens ont été enregistrés¹ et retranscrits sous la forme de notes de synthèse.

Suivant la disponibilité des professionnels, la durée des entretiens a été plus ou moins longue. Si le recueil global permet de répondre à l'ensemble des thèmes de l'étude, des thèmes ont été inégalement développés d'un entretien à l'autre. Néanmoins, les axes transversaux ont tous été bien documentés.

La grille d'entretien utilisée auprès des professionnels regroupait les cinq grands thèmes suivants :

- L'histoire du dispositif
- Le fonctionnement
- Les modalités d'intervention auprès des soignants
- Les modalités d'intervention auprès des patients
- Le relais de prise en charge

Le corpus de données recueillies a fait l'objet d'une analyse thématique croisée, visant à dégager les éléments communs d'une ELSA à l'autre tout comme les éléments spécifiques.

¹ À une exception près, en raison d'un refus.

III. CONTEXTE DE CREATION ET MISSIONS DES ELSA

L'addictologie émerge au milieu des années 2000 mais bien avant cela, les personnes ayant des problèmes de consommation de psychotropes étaient prises en charge dans différents services, sanitaires et médico-sociaux.

La loi de 1970 qui est à l'origine de la structuration du champ, a différencié les services d'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool avec ceux qui prenaient en charge les « toxicomanes ».

Cette répartition différenciant les pathologies a longtemps structuré l'action d'accompagnement des personnes en souffrance avec les psychotropes à l'Hôpital.

La question du tabac jusqu'au milieu des années 1990 était un champ peu développé par rapport à la dimension du phénomène de consommation.

Au début des années 1990, l'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes toxicomanes ou alcooliques a été considérée comme un des axes prioritaires de la politique de soins.

Ainsi, l'accent a été mis sur le développement des possibilités d'hospitalisations, sur les liens avec le dispositif spécialisé et sur l'engagement d'un processus de formation du personnel hospitalier.

C'est dans ce cadre qu'ont été financées des équipes de liaison et de soins, en 1996².

En 1999, 169 équipes d'alcoologie de liaison et 69 équipes de liaison et de soins aux toxicomanes étaient recensées en France³.

De manière concomitante, **la Charte Hôpital Sans Tabac a été promue en 1996**, visant la prévention et la prise en charge du tabagisme chez les personnels hospitaliers et chez les patients.

La circulaire DHOS/DGS du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives est venue définir le cadre de fonctionnement et les missions des Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie.

Afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge à l'hôpital des personnes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives, la circulaire pose le renforcement ou la création d'ELSA. En effet, il est envisagé alors que les patients entrant à l'hôpital pour différentes pathologies en lien ou non avec des conduites addictives devraient pouvoir avoir accès à un conseil voire à une consultation addictologique. Ces équipes pourraient alors venir en soutien des soignants non spécialistes en addictologie.

Avec l'émergence de l'addictologie au tournant des années 2000, la circulaire vise de manière structurelle le rapprochement à terme des équipes travaillant dans les domaines de l'alcoologie, de la toxicomanie et de la tabacologie.

² Circulaire n°96-2239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes et circulaire DH/EO4 n°557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison.

³ Circulaire DHOS/O2-DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

La place des ELSA dans la filière hospitalière de soins en addictologie a été précisée par **la circulaire DHOS du 26 septembre 2008⁴**.

Les ELSA ont pour principales missions de :

- Former, assister et 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.
- Intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes.
- 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.

Plus précisément sur les missions de soins, les ELSA interviennent dans les services pour :

- Aider au repérage précoce des problèmes addictifs (alcool, tabac, substances illicites, médicaments, addictions sans produits).
- 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-psycho-sociale au cours de l'hospitalisation.
- Aider les équipes soignantes lors de la réalisation des sevrages, de la mise en place des traitements de substitution aux opiacés ou des substituts nicotiniques.
- 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.

Font également partie des missions des ELSA :

- La sensibilisation et la formation des équipes de soins à l'addictologie.
- L'éducation à la santé en addictologie à la fois en direction des patients et 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
- L'articulation et la coordination avec les autres acteurs sanitaires et sociaux concernés par le partage des informations avec l'accord du patient, avec l'aide du système d'information du réseau de santé s'il existe.

Pour remplir leurs missions, les ELSA bénéficient au moins d'une présence de médecin et d'infirmiers ainsi que de temps de psychologue, d'assistant de service social et de diététicien.

Par ailleurs, elles sont adossées à une structure addictologique de niveau 1, 2 ou 3.

⁴ Circulaire DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, Annexe 3 : référentiel d'organisation des soins pour les équipes de liaison et de soins en addictologie.

Les filières de soins addictologiques hospitalières ont été définies en 3 niveaux par la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie⁵.

Les structures de niveau 1 assurent la prise en charge de proximité.

Il est constitué de trois volets : les ELSA, les consultations en addictologie et les lits de sevrages simples. Ces moyens sont regroupés au sein d'une unité fonctionnelle.

Les structures de niveau 2 sont les structures de recours d'un territoire.

Outre les missions du niveau 1, le niveau 2 dispose d'unités d'hospitalisation pour 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, d'une structure interne ou d'un pôle.

Les services de soins de suite et de réadaptation spécialisés en addictologie (SSRA) relèvent également du niveau 2.

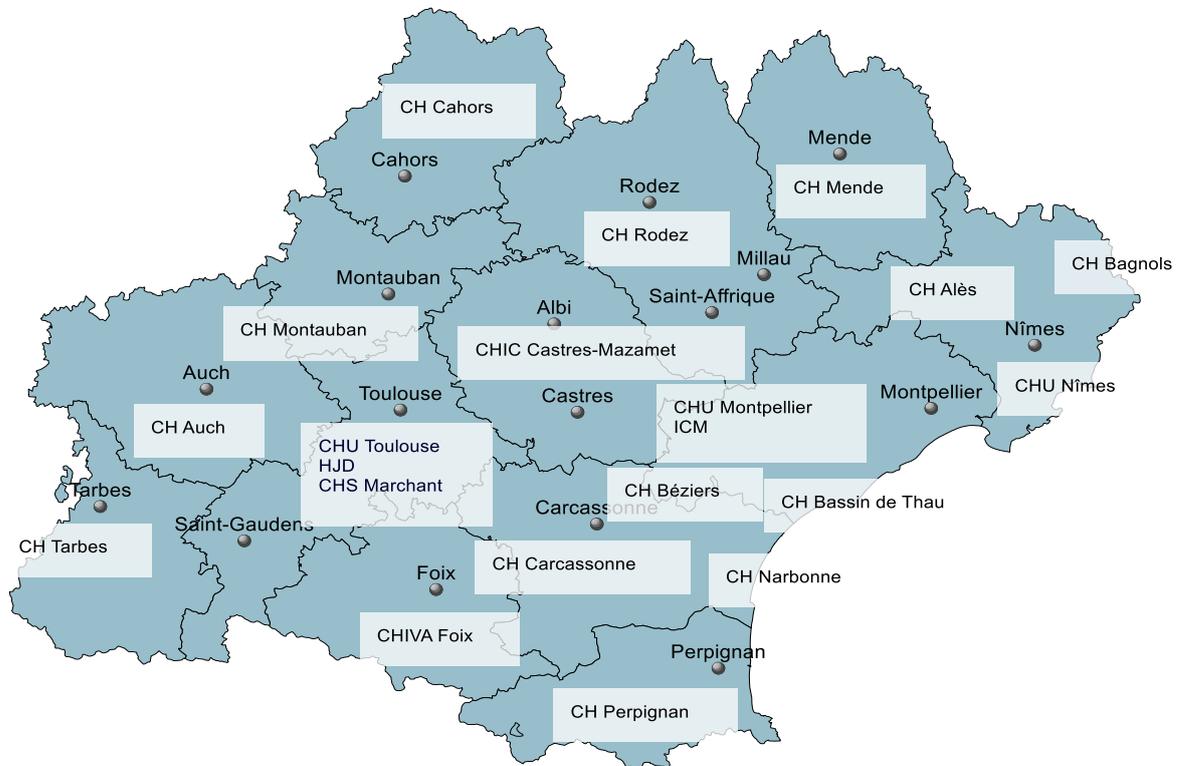
Les structures de niveau 3 sont les structures de recours régional.

Ce niveau assure en plus des missions des niveaux 1 et 2, des missions d'enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale. L'équipe de niveau 3 se trouve dans un CHU ou un établissement de santé lié au CHU par une convention hospitalo-universitaire dans le domaine de l'addictologie.

⁵ Circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

1/ Les ELSA en Occitanie

1. Cartographie des ELSA en Occitanie



2. Constitution et structuration des ELSA en Occitanie

Différentes histoires sont à l'origine de la constitution des ELSA en présence.

Elles peuvent être en effet issues d'une pratique existante en gastro-entérologie, en tabacologie, en alcoologie ou d'une mutualisation de pratiques existantes en tabacologie, alcoologie, dans la prise en charge des toxicomanies et en addictologie.

Ce qui a pu dans le dernier cas, entraîner des mutations des services et/ou l'élargissement de compétences cliniques.

Quelques exemples :

L'ELSA du CHIC Castres-Mazamet s'est constituée au début des années 2010 par une mutualisation avec la consultation externe de tabacologie, datant des années 1980.

L'ELSA CH Bagnols qui s'est constituée en 2000 sur un regroupement d'une pratique en alcoologie datant des années 1970 et d'une prise en charge des toxicomanies datant des années 1990.

L'ELSA de l'ICM qui s'est constituée en 2012 sur une prise en charge en tabacologie existante depuis 2002 (mutation de la tabacologie vers l'addictologie).

La mutation des services a été particulièrement importante au sein des CHU de Toulouse et de Montpellier.

On observe différentes périodes de création des ELSA.

Pour de nombreux professionnels interrogés, la constitution du service ELSA est venue officialiser et renforcer une pratique déjà existante.

À la marge, deux services étaient dans la prise en charge des problématiques d'alcool dès les années 1970 (CH Alès, CH Bagnols) et dont l'un était également dans la prise en charge des toxicomanies dès les années 1990 (CH Bagnols).

La majorité des ELSA en présence se sont constituées au début des années 2000 et au début des années 2010.

Rappelons que la circulaire portant création des équipes d'alcoologie de liaison et des équipes de liaison et de soins aux toxicomanes date de 1996, celle portant création des équipes de liaison et de soins en addictologie date de 2000 (changement de paradigme avec l'émergence de l'addictologie), et qui a été complétée par la circulaire de 2008, précisant la place des ELSA dans la filière hospitalière de soins en addictologie

En 2017, on observe 5 types de structuration des ELSA en Occitanie :

- ELSA avec consultations externes (Unité fonctionnelle, CSAPA hospitalier)
- ELSA avec lits d'hospitalisation et de sevrage (dédiés ou non)
- ELSA avec service d'addictologie (consultations et sevrage)
- ELSA avec service de prise en charge complexe (Niveaux 2 et 3)
- ELSA au sein d'un centre de cancérologie et d'un CHS

3. Les équipes pluridisciplinaires

a) Variabilité de la composition des équipes

La circulaire DHOS de 2008 place les ELSA dans un contexte pluridisciplinaire pour assurer une prise en charge médico-psycho-sociale, bénéficiant au minimum d'une présence de médecin et d'infirmiers ainsi que de temps de psychologue, d'ASS et de diététicien.

Il apparaît qu'aucune des ELSA d'Occitanie ne réunit en son sein tous les métiers visés par le cadre national.

On observe une variabilité de la composition des équipes.

Avec une **prédominance du médical**, les **médecins et infirmiers** sont les professionnels les plus représentés et présents dans toutes les équipes.

On observe également **une forte présence de psychologues** au sein des équipes (15/21) tandis que les professionnels du social, ASS, y sont moins nombreux⁶ (8/21).

Enfin, les temps de diététiciens sont rares.

Il est à noter, à la marge, des temps de sage-femme addictologue qui ont une mission spécifique en direction des services de périnatalité (ELSA CH Perpignan, CHU Montpellier).

⁶ En leur absence des Elsa, les professionnels s'appuient en cas de besoin sur les ASS de tel ou tel service hospitalier.

b) La mutualisation des professionnels de l'ELSA et des consultations externes

Dans la grande majorité des cas, on observe une mutualisation des professionnels de l'ELSA et des consultations externes, fonctionnant avec un même secrétariat.

« *On ne fait pas le distinguo* » des professionnels entre ces deux services est une formule récurrente chez les acteurs interrogés.

Pour donner un exemple concret, nous pouvons évoquer ici l'ELSA du CH d'Alès, composée de médecins, d'IDE, de psychologues, d'une ASS et d'une secrétaire. Par mélange des deux sources de financement pour un meilleur fonctionnement, les professionnels de l'ELSA sont les mêmes que ceux du service de consultations externes. Par ailleurs, les deux IDE sont en roulement, chacune étant une semaine sur deux sur l'ELSA et l'autre sur les consultations externes.

Nous reviendrons sur la perméabilité entre le service ELSA et les consultations externes dans la partie concernant les orientations à la sortie d'hospitalisation.

c) Variabilité de la taille des équipes

Sans pouvoir rendre compte du nombre d'ETP pour chacune des ELSA en présence, de fortes différences dans la taille des équipes sont observables selon les établissements (*allant de 2 à 8 professionnels*).

A la marge, il est à noter que l'ELSA du CHU de Montpellier est étoffée avec des soignants inscrits dans d'autres services à travers le rattachement d'une unité de prise en charge des addictions chez les femmes enceintes (temps de pédopsychiatre et de sage-femme).

Les professionnels interrogés s'accordent à parler de manière générale, de la taille réduite des ELSA au vu de leur réalité de terrain.

De manière liée, le problème des postes sans condition de remplacement a souvent été soulevé ; se faisant d'autant plus sentir quand l'équipe est composée de peu de professionnels et que le professionnel absent n'a pas d'homologue au sein de l'équipe.

2/ Les modalités d'intervention auprès des soignants dans les différents services

1. La sensibilisation/formation des équipes de soins à l'addictologie

Plusieurs modalités de sensibilisation/formation ont pu être dégagées. Précisons qu'elles ne sont pas exclusives les unes des autres.

La mission de sensibilisation des équipes soignantes au repérage/à la prise en charge des patients en situation d'addiction ou de consommation à risque se fait **majoritairement de manière informelle** par les ELSA en présence. En effet, de nombreux professionnels interrogés parlent d'une sensibilisation se faisant au gré des passages et échanges au quotidien sur la prise en charge d'un patient auprès des médecins et/ou IDE et des nouveaux internes.

Plusieurs ELSA ont mis en place **des outils de repérage systématique** des patients, dès leur entrée en hospitalisation, intégrés au dossier du patient.

Nous pouvons donner l'exemple de l'ELSA du CHIC Castres-Mazamet :

L'équipe a élaboré à la fois **une fiche récapitulative des consommations** des patients hospitalisés (alcool, tabac, cannabis, produits et médicaments) et **des protocoles de sevrage**, intégrés au dossier obligatoire du patient ; « *Ce qui a obligé toutes les équipes hospitalières à être protocolisées et sensibilisées à l'addicto* » (une intervenante). Une démarche décrite comme ayant nécessité beaucoup de temps et de pédagogie mais qui fonctionne bien aujourd'hui dans la majorité des services.

Des passages réguliers ou systématiques dans les services sont également effectués par de nombreuses ELSA en présence pour maintenir ou construire la dynamique de repérage.

Enfin, **différents types de formations** au repérage/prise en charge addictologique ont pu être mis en avant par les acteurs interrogés :

- Des formations ponctuelles à l'initiative de l'ELSA.
Par exemple, la formation des médecins, IDE et nouveaux internes dans tous les services aux protocoles sevrages tabac et alcool. Une formation renouvelée en fonction du turnover des soignants.
- Des formations ponctuelles à la demande selon les besoins des services.
- Des formations annuelles sur certains services ou interservices dans le cadre de la formation continue.

2. Les modalités d'intervention au sein des services

L'intervention des ELSA au sein des services se fait majoritairement **à la demande** des équipes.

D'où la nécessité d'être repérées. L'enjeu pour les professionnels des ELSA est d'être perçus comme des acteurs ressources par les soignants. L'équilibre entre l'action pour être repéré et l'intervention auprès des patients est un équilibre fragile mais crucial. D'autant que la valorisation du temps de mise en réseau est difficilement valorisable.

Les demandes se font le plus souvent par téléphone mais peuvent se faire également par informatique, fax ou bons de consultation. Notons qu'un système de messagerie vocale est mis en place le week-end dans certains services, en l'absence de l'ELSA.

Face aux demandes d'intervention, **la rapidité d'action** des ELSA demeure l'un des fondements de ces dispositifs ; les interventions se faisant dans la 1/2j ou les 24h, dans la mesure du possible.

Les IDE sont dans la plupart des ELSA en présence, **positionnés en 1^{ère} intention**. En effet, ces professionnels sont souvent décrits comme ayant « un rôle pivot », en 1^{ère} ligne pour intervenir auprès des patients dans les services. Les IDE font appel au médecin de l'ELSA en fonction des situations rencontrées (ex : en cas de problème avec un traitement ou s'il y a besoin d'une prescription) ou à d'autres professionnels de l'ELSA (ex : psychologue).

Quelques exemples des différentes modalités de sollicitation des ELSA par les services qui donnent également à voir les différents modes d'organisation pour y répondre.

ELSA du CH Montauban : exemple de demande d'intervention par voie informatique

Les demandes sont informatisées depuis 2016 à travers un formulaire dans lequel est notamment renseigné le motif d'hospitalisation du patient, l'histoire de la maladie, la demande de l'équipe, la demande du patient, le besoin d'une évaluation addictologique et/ou d'une orientation à la sortie.

→ un professionnel de l'ELSA appelle le service qui fait la demande, demande des informations supplémentaires sur le motif de sollicitation et évalue quand est-il possible de passer. Les IDE sont positionnés en 1^{ère} ligne (services urgences et MCO) et la psychologue est en 1^{ère} ligne dans les services de psychiatrie.

ELSA du CHS Marchant : exemple de demande d'intervention par fax

Les demandes se font par fax dans lequel le motif de sollicitation est précisé. Les fax sont réceptionnés par la secrétaire de l'ELSA qui les répartit entre le médecin et l'IDE.

→ si le besoin est la mise en place d'un traitement, le médecin va être positionné en 1^{ère} intention ; sur les autres situations, la répartition des demandes se fait en fonction de la disponibilité de l'IDE et du médecin.

ELSA du CHU de Montpellier, intervenant sur plusieurs établissements : exemple de demande d'intervention par téléphone

→ Les demandes par téléphone sont traitées soit par la secrétaire de l'ELSA, qui positionne la plupart du temps l'IDE en 1^{ère} intention soit par l'IDE qui contacte les autres membres de l'équipe pour répartir les demandes.

En parallèle des demandes d'intervention par les services, plusieurs ELSA font **des passages systématiques** dans certains services. Ces passages peuvent être assurés par les IDE comme par les médecins.

Le service des urgences et l'UHCD apparaissent comme les services privilégiés pour cela, pour plusieurs ELSA. En effet, il s'agit de services pouvant accueillir/prendre en charge bon nombre de patients qui sont dans des consommations à risques mais qui sont dans des passages de courte durée.

Certaines ELSA y font dans **des passages quotidiens ou ciblés**.

Sur les passages ciblés aux urgences, nous pouvons donner l'exemple de l'ELSA du CH Cahors qui va dans le service après consultation quotidienne de la liste des patients et le repérage de ceux qui ont des conduites addictives à risques ou posant problèmes.

A la marge concernant des passages systématiques dans d'autres services, nous pouvons citer l'ELSA du CHU de Nîmes qui va quotidiennement en service de cardiologie et plusieurs fois par semaine en service de gastro-entérologie et l'ELSA du CHU de Toulouse qui va de manière régulière en service de maternité.

Enfin, toujours à la marge, l'ELSA du CHIC Castres-Mazamet (cf. repérage systématique, fiche récapitulative des consommations intégrée au dossier du patient) fait des passages quotidiens dans les services pour récupérer les fiches et évaluer les situations.

Les passages systématiques dans les services ne constituent pas une pratique généralisée aux différentes ELSA. Sans que cela n'ait été formulé ainsi par les professionnels s'étant exprimés sur ce type d'organisation, il apparaît qu'elle est appréhendée dans une rationalisation du rapport coût/bénéfice. En effet, l'apport de cette modalité d'intervention dépend notamment de la taille des services ; elle peut être efficiente par exemple lorsqu'il y a un service d'urgence avec un nombre important de patients accueillis.

Soulignons que quelques ELSA ont pu utiliser cette modalité d'intervention de passages systématiques par le passé, notamment aux urgences mais n'ont pas pérennisé cette pratique, prenant « *trop de temps* ».

3. Les sollicitations des ELSA par les services : les partenariats intra-hospitaliers

Il apparaît de manière globale que l'importance des partenariats avec les différents services hospitaliers varie selon les ELSA. Néanmoins, on observe **une récurrence de sollicitations** par les services d'urgence, de gastro-entérologie, de psychiatrie, de pneumologie, de cardiologie, de neurologie et de médecine. Des partenariats qui ont été parfois qualifiés de « naturels » par des professionnels interrogés, tels que la gastro-entérologie pour les problématiques alcool, la pneumologie et la cardiologie pour les problématiques tabac ou la psychiatrie du fait de la récurrence des comorbidités addictives.

Nous pouvons citer ici l'ELSA du CHIVA (Foix) qui travaille en étroite collaboration avec une équipe de psychiatrie de liaison et plus particulièrement avec les IDE.

S'ajoute à cela les contextes de création des ELSA qui peuvent avoir un impact sur la teneur des partenariats avec tel ou tel service.

Par exemple, l'ELSA du CH Alès qui émane d'une prise en charge en alcoologie au sein d'un service de médecine est davantage en partenariat avec ce service que d'autres ELSA qui émanent également d'une prise en charge en alcoologie mais au sein de services de gastro-entérologie.

Alors que l'on aurait pu penser l'inverse, les sollicitations des services de traumatologie, de chirurgie-orthopédie et de maternité apparaissent quant à elles plus contextuelles et particulièrement celles des services de gynéco-obstétrique (ce que nous allons voir plus bas).

Il ressort également de manière globale que les sollicitations des ELSA sont variables selon les équipes. Cette variabilité des partenariats est souvent décrite par les acteurs interrogés comme étant « *médecin-dépendant* ». On retrouve la formule récurrente de, « *ça dépend des services* ».

Cette variabilité des sollicitations des ELSA selon les équipes pose la question de la prise en charge addictologique des patients hospitalisés dans des services qui n'ont pas recours aux ELSA.

Au-delà de cette variabilité des partenariats avec les services, on voit que plus les coopérations entre l'ELSA et un service sont probantes, plus le service va mobiliser l'ELSA de manière adéquate.

Par exemple, faire appel à l'ELSA pas uniquement sur des situations d'urgence ou la solliciter au bon moment durant l'hospitalisation du patient et pas la veille de sa sortie.

Focus sur les services de maternité

À travers ce tour d'horizon des ELSA en Occitanie, des particularités avec les services de maternité ont pu émerger.

En effet, ce service demeure difficile d'accès pour plusieurs ELSA. Dans ce contexte, il peut être décrit comme « *un monde à part* », ne sollicitant pas les acteurs de l'addictologie ou sur des situations d'urgence. Par exemple, quand les soignants sont face à une femme enceinte ayant un problème de toxicomanie sous-jacent (CH Alès).

En effet, le fait que la consommation de substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments psychotropes) pendant la grossesse puisse engendrer de nombreux risques pour la future mère et son enfant⁷ entraîne une préoccupation majeure des équipes soignantes à l'égard de ces patientes. Plus largement, le repérage des femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives par les professionnels de la maternité et leur orientation vers une prise en charge addictologique constitue un enjeu majeur de santé publique⁸.

Ces difficultés d'accès aux services font ressortir pour les ELSA concernées, l'enjeu de formation et de faire alliance avec les sages-femmes. Certaines travaillent actuellement sur des projets de rapprochement avec ce service dont celles du CH de Montauban et de l'HJD de Toulouse.

Par exemple pour l'ELSA du CH de Montauban, l'ouverture de consultations externes en tabacologie spécifiques dans le service de maternité constitue une porte d'entrée pour construire progressivement un partenariat avec le service.

Par ailleurs, on observe davantage de sages-femmes référentes « addictologie », en lien avec les ELSA de l'ex région Languedoc-Roussillon qu'en ex région Midi-Pyrénées. On en compte en effet, au moins 6 sur les 11 ELSA réparties en ex Languedoc-Roussillon, comprenant les configurations spécifiques de l'ELSA du CH Perpignan où une sage-femme est membre de l'équipe et celle de l'ELSA du CHU de Montpellier à laquelle a été rattachée une unité de prise en charge des addictions chez les femmes enceintes avec un temps de sage-femme et de pédiopsychiatre.

Soulignons que l'ELSA du CHU de Toulouse se situe dans une autre forme de partenariat avec le service de maternité. En effet, ici, ce sont les professionnels de l'ELSA qui vont en systématique au sein du service ; ce qui diffère du fonctionnement par repérage des sages-femmes référentes « addictologie » et sollicitations de l'ELSA.

⁷ Les principaux risques pour l'enfant étant la prématurité, les malformations et le syndrome de sevrage à la naissance.

⁸ Nous pouvons citer le *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*, réalisé par le RESPADD en 2013.

Enfin, notons que l'ELSA du CH de Tarbes travaille avec une sage-femme dédiée à la prévention et à la réduction des risques liés aux usages chez les femmes enceintes ainsi qu'avec le service de pédiatrie, sur le post accouchement des femmes dépendantes aux opiacés et la prise en charge des sevrages chez les nouveaux nés.

Comme esquissé plus haut à travers la variabilité des sollicitations des ELSA selon les équipes, les professionnels interrogés s'accordent à dire qu'au-delà de la sensibilisation et la diffusion des outils de repérage qui peuvent être faites dans les services, certains restent à « conquérir » afin qu'ils fassent appel ou davantage appel aux professionnels de l'addictologie. Nous pouvons donner l'exemple de l'ELSA du CHU de Montpellier et la construction récente d'un partenariat avec les services de traumatologie. Face au constat que l'IDE de l'ELSA n'avait aucun appel de la part de ces services, qui prennent pourtant en charge un certain nombre de patients concernés par des consommations (ex : AVP par rapport à des consommations), l'IDE a fait des passages systématiques dans les services pour échanger avec les IDE et les internes sur les patients ayant consommé, jusqu'à ce que les services deviennent autonomes par rapport à l'appel.

4. La coordination de la prise en charge : transmission après la rencontre avec un patient

Après la rencontre de professionnels de l'ELSA avec un patient, la coordination de la prise en charge avec les soignants de tel service passe par deux modalités principales.

- **La transmission orale avec le médecin et/ou les IDE du service.** Ce temps de transmission a souvent été décrit par les professionnels interrogés comme servant aussi de « **formation** », **de montée en compétences des professionnels des services**. Ce que nous avons pu voir précédemment à travers la sensibilisation informelle des équipes soignantes à l'addictologie, au gré des passages et échanges au quotidien sur la prise en charge d'un patient.

Nous pouvons citer ici une intervenante de l'ELSA de l'ICM qui qualifie ce temps de transmission, de « *formation par compagnonnage* » et qui consiste en un retour systématique à tous les professionnels de santé en proximité avec le patient ; IDE référent, interne référent et senior référent.

Ce temps de transmission est également décrit par plusieurs ELSA comme l'occasion aussi d'être sollicitées sur d'autres patients.

La participation régulière des professionnels des ELSA aux staffs est marginale. Elle apparaît davantage ponctuelle pour plusieurs ELSA en présence, sur des situations complexes pour des équipes.

- De manière conjointe à la transmission orale avec des soignants de tel ou tel service, les professionnels des ELSA utilisent une « **fiche d'intervention** » qui est intégrée au dossier médical.

Ce compte rendu d'intervention reprend les éléments essentiels de la situation, l'avis ou la proposition de l'ELSA, ses objectifs, l'orientation préconisée... selon les situations.

Cette fiche d'intervention ne donne à voir que les informations utiles pour les autres soignants et pas les données personnelles qui font l'objet d'une autre fiche si nécessaire pour les professionnels des ELSA.

Nous pouvons invoquer ici à nouveau l'exemple de l'ELSA de l'ICM utilisant un formulaire informatisé qui génère en automatique un compte rendu pour les autres soignants : « *Il y a les données que la personne est d'accord de communiquer. D'ailleurs on le fait avec elle, elle définit ses objectifs et nous on écrit sous sa dictée. Donc on lui demande qu'est-ce qu'elle aimerait voir inscrit et quand on fait la consultation avec la personne, on a l'ordinateur en direct dans la chambre* », (une intervenante).

5. Les fondamentaux d'action des ELSA auprès des services

Au-delà de la diversité des ELSA en présence (composition des équipes, organisation, partenariats intra-hospitaliers...), des points de convergence sur les fondamentaux d'action de ces dispositifs auprès des services ont pu être dégagés.

En effet, les professionnels interrogés sont unanimes sur :

- Le travail de sensibilisation/formation au repérage à renouveler, notamment par rapport au turn-over important des équipes soignantes en milieu hospitalier.
- La nécessité de passer régulièrement dans les services, y compris dans ceux qui ne font pas appel aux professionnels de l'addictologie pour « faire des piqûres de rappel », redire que l'ELSA existe.

La formule de « *Si on ne nous voit plus, on nous oublie* », apparaît comme un constat partagé.

- Le travail de pédagogie à faire sur les missions et apports de l'ELSA auprès des services qui ne sollicitent pas les acteurs de l'addictologie et dans lesquels, des patients dans des problématiques de consommation pourraient être repérés (« *des services à infiltrer* »).
- Le temps que ces actions nécessitent, au-delà de celui passé avec les patients et les professionnels au quotidien.

3/ Les modalités d'intervention auprès des patients

1. Profils des patients rencontrés

De manière globale, il apparaît que les ELSA sont amenées à rencontrer **des patients aux profils très différents**.

En effet, il peut s'agir de patients :

- ayant des consommations d'alcool, de tabac, cannabis, cocaïne, opiacés, médicaments, sous substitution...
- des polyconsommateurs
- en usage à risque ou dépendants
- avec ou sans problème somatique, psychiatrique ou social

On retrouve dans l'ensemble de ces profils toutes les figures de l'addictologie, parmi lesquelles, jeunes et ivresse/cannabis, alcooliques chroniques, toxicomanes, des usagers avec des dommages somatiques, dans des comorbidités psychiatriques, en situation de précarité... A la marge, notons qu'une ELSA est de plus en plus confrontée à des patients âgés dépendants aux opiacés avec prises de Tramadol ou d'Oxycodone dans des doses qui augmentent et qui entraînent des dommages somatiques (ELSA CH Carcassonne).

Au-delà de cette diversité de profils de patients, il ressort que **les ELSA sont majoritairement sollicitées sur des problématiques liées à l'alcool et au tabac**.

On observe par ailleurs **une pluralité de situations des patients face à la prise en charge addictologique**, au moment de l'hospitalisation et de la rencontre avec des professionnels des ELSA.

Quatre grands profils ont pu être dégagés :

- des patients qui initialisent une démarche
- des patients déjà inscrits dans une prise en charge addictologique ; qui peuvent dans certains cas, « mal y adhérer », c'est-à-dire ne pas être dans une continuité des soins ou dans l'observance au traitement
- des patients en rupture de soins (de quelques mois à quelques années...), qui peuvent s'y réinscrire, être en reprise de traitement
- des patients usagers de drogues actifs qui ne souhaitent pas s'inscrire dans une démarche

2. Posture d'intervention face à la demande ou non du patient

La posture d'intervention concernant la demande ou non du patient repéré dans les services, a pu être abordée avec certains professionnels interrogés.

En effet, afin d'**adapter au mieux leur intervention**, des professionnels cherchent à savoir s'il s'agit d'**une demande des soignants ou du patient**. Cela, avant la rencontre avec le patient, à travers la sollicitation de l'ELSA par tel ou tel service ou au moment de la rencontre.

A minima, il peut aussi s'agir de s'assurer que le patient est au courant du passage à venir d'un professionnel de l'addictologie.

Il ressort qu'en l'absence d'une demande de la part du patient, les acteurs de l'addictologie sont rarement confrontés à des refus de rencontre.

Un intervenant : « *On peut quand même se permettre de forcer la main d'un patient entre guillemets, on n'est pas obligé d'intervenir seulement à sa demande. C'était contre mon éthique mais je m'aperçois qu'on peut le faire, qu'on doit le faire quand même. On ne peut pas se permettre de ne venir que si le patient nous réclame à corps et à cris* ».

Pour cet intervenant, le simple repérage des équipes soignantes, si possible avec le consentement du patient est nécessaire et suffisant pour qu'un professionnel de l'ELSA vienne et essaie de parler avec lui de ses consommations, même s'il n'était pas trop d'accord pour qu'il vienne.

De manière générale, l'équilibre entre la contrainte que peut représenter la consultation pour le patient et l'attente de la demande de prise en charge peut être un élément central de l'intervention des ELSA.

Dans un contexte plus spécifique, l'ELSA de l'ICM intervient auprès de patients majoritairement en demande, suite à un diagnostic de cancer, comme en témoigne une intervenante : « *L'annonce d'un cancer est souvent un déclic dans le parcours de consommation, c'est-à-dire un moment où il se passe quelque chose alors que les personnes étaient plutôt réfractaires à toutes les actions de prévention, tous les soins habituels même quand elles avaient un médecin traitant... Là il se passe quelque chose et elles sont en demande plus volontiers d'accompagnement* ».

3. La fréquence des contacts

Majoritairement, les ELSA en présence ne voient le patient qu'une fois.

Par la brièveté des passages des patients, le service des urgences est de fait celui où les acteurs de l'addictologie ne voient le patient qu'une fois, lorsque le passage n'est pas suivi d'une hospitalisation.

Si intervenir rapidement dans les services est un des fondements du dispositif, cela est d'autant plus indispensable au service des urgences.

Notons que l'Alcoolisation Ponctuelle Importante échappe à l'action des ELSA du fait de la courte durée de passage aux urgences. S'ajoute à cela, un certain nombre de passages aux urgences durant les week-ends, en l'absence de l'ELSA.

Les ELSA sont aussi amenées à ne voir **le patient qu'une ou deux fois dans les services somatiques généraux, les durées d'hospitalisation demeurant globalement courtes** (durée moyenne de 6j).

Par exemple, un patient hospitalisé en service de traumatologie pour une fracture du tibia suite à un AVP, sous cocaïne (ELSA CHU Montpellier) ou un patient hospitalisé en service d'orthopédie suite à un accident sans gravité en étant alcoolisé (ELSA CH Alès).

La fréquence des contacts avec le patient peut néanmoins être plus importante si l'hospitalisation est en lien avec une complication directement liée aux consommations, entraînant une durée de séjour plus longue (10/15j).

Par exemple, par rapport à des problématiques d'alcool, un patient hospitalisé pour complication digestive, en service de gastro-entérologie ou pour complication neurologique (ELSA CHIC Castres-Mazamet).

Ou encore, une femme enceinte hospitalisée pour une complication liée à des consommations de cannabis, en service de maternité (ELSA CH Béziers).

Également, le « suivi » du patient peut se faire au travers de différentes consultations à l'origine d'un accompagnement addictologique quand il s'agit d'hospitalisation avec des durées moyennes de séjour plus longues, comme c'est le cas en service de psychiatrie.

Ainsi, à travers ces différents cas de figure, on peut voir que la temporalité du passage des patients à l'hôpital conditionne l'établissement d'un accompagnement par les professionnels des ELSA.

On retrouve ici la particularité de l'ELSA du CHS de Toulouse qui est davantage amenée à voir des patients une dizaine de fois plutôt que 2 ou 3 fois, pouvant être hospitalisés durant 2, 3 mois.

4. Une diversité d'interventions

Malgré le fait que le recueil de données manque de manière globale d'exemples concrets d'intervention auprès des patients et d'outils de prise en charge, la diversité des interventions des professionnels des ELSA ressort clairement.

En effet, il peut s'agir de :

- faire le point avec le patient sur ses consommations,
- des propositions de sevrage ou de diminution des consommations axées sur la réduction des risques et des dommages (RDRD),
- de la RDRD auprès d'usagers de drogues actifs,
- assurer du confort durant l'hospitalisation (ex : substituts nicotiniques),
- travailler sur la motivation du patient à modifier/arrêter ses consommations,
- informer sur le réseau de prise en charge local (coordonnées des partenaires).

Focus sur les interventions auprès de patients sous substitution aux opiacés et sur les approches en RDRD auprès d'usagers de drogues actifs consommateurs d'opiacés

Les patients consommateurs d'opiacés hospitalisés sont décrits par plusieurs ELSA comme étant pour la plupart déjà suivis, sous TSO (Méthadone ou Subutex). De ce fait, les professionnels interviennent majoritairement auprès de ce profil de patients non pas pour initier un traitement de substitution mais pour rééquilibrer le traitement face au traitement antalgique qu'ils peuvent être amenés à avoir (ex : une personne sous TSO qui se casse une jambe).

En dehors de la prise en charge de la douleur chez des patients stabilisés sous TSO, les professionnels des ELSA sont aussi amenés à intervenir auprès de patients usagers de drogues actifs, injecteurs de Skénan® ou de Subutex®, hospitalisés par exemple pour un abcès au bras. Dans ce cas, une mise sous TSO est possible le temps de l'hospitalisation, couplée avec une approche en Rdrd.

Exemples d'approche en Rdrd pour des patients injecteurs d'opiacés :

Des interventions sur l'injection à moindre risque avec distribution de matériel (seringues et sérum) sont repérées au sein de quelques ELSA. Nous pouvons donner l'exemple de l'ELSA du CH Perpignan qui travaillant en fort partenariat avec le CAARUD, peut faire appel aux acteurs de la réduction des risques et des dommages pour qu'ils passent voir les patients dans leur chambre, pour les injections à moindre risque.

Des approches en Rdrd plus générales sont repérées dans quelques services pour diminuer les quantités d'alcool et/ou de tabac par exemple ou pour changer de modalités d'usage. Néanmoins, plusieurs professionnels d'ELSA ont soulevé qu'ils pouvaient être confrontés aux représentations des soignants qui sont davantage sur le modèle de l'abstinence qui vise l'arrêt de la consommation et la prévention des rechutes.

5. Les orientations

Face à la diversité des profils des patients rencontrés, des problématiques et des situations à la sortie, les professionnels des ELSA font nécessairement **une diversité d'orientations**.

Il peut s'agir d'orienter vers :

- des centres de postcure ou des SSR pour des patients ayant fait un sevrage pendant leur hospitalisation,
- le réseau local de prise en charge : CSAPA/CAARUD, consultations hospitalières, médecine de ville « addicto », médecin traitant...

Il peut s'agir également d'informer sur le réseau de prise en charge existant (coordonnées des partenaires), des patients qui ne sont pas prêts à s'inscrire dans une démarche, des usagers de drogues actifs ou encore des patients à la sortie des urgences.

La question des orientations a fait émerger **la potentialisation de la perméabilité entre le service ELSA et les consultations externes**.

En effet, si les ELSA orientent de manière préférentielle vers les CSAPA, il y a néanmoins **une adaptation aux patients qui préfèrent continuer le suivi avec les mêmes professionnels**. Parce qu'un lien est établi, qu'il y a de la confiance, des patients n'ont pas envie « *repartir à zéro* » avec d'autres professionnels de l'addictologie. Un certain nombre d'entre eux continuent alors leur suivi avec les mêmes professionnels, dans le cadre des consultations externes. Ce qui pose question sur la continuité des prises en charge des patients et la capacité des ELSA à accueillir de nouveaux patients.

Il est à préciser que cette **adaptation est variable d'une ELSA à une autre et est fortement liée à l'état de l'offre de prise en charge locale ainsi qu'aux profils des patients**.

Exemple d'adaptation par rapport à l'offre de prise en charge locale : dans une ville x, où le médecin du CSAPA n'est qu'à temps partiel et où il n'y a pas de médecine de ville « addicto », les professionnels de l'ELSA n'ont donc que peu de possibilités d'orientation.

Une intervenante : « *Si on faisait moins de consultations, je ne sais pas où ces patients iraient* ».

L'adaptation par rapport aux profils des patients concerne majoritairement les patients les plus difficiles à orienter, par exemple, des patients ayant des comorbidités psychiatriques.

Dans un autre contexte, il est à souligner que plusieurs ELSA sont amenées à faire **quelques consultations de relais**, en consultations externes, par exemple pour des patients en attendant la date de leur rendez-vous en CSAPA ou en CMP pour éviter le risque de non recours, « *si on sent que le patient a besoin* » étant une formule récurrente. Néanmoins, les professionnels ne manquent pas de préciser que ces consultations se font toujours dans l'optique de passer le relais aux partenaires.

Enfin, **en l'absence de service de consultations externes** attendant à celui de l'ELSA, on observe une **adaptation dans la pratique des professionnels avec la mise en place de « consultations de suivi ad hoc »**. C'est le cas pour l'ELSA du CHS de Toulouse et celle de l'ICM.

L'ELSA du CHS de Toulouse fait en effet, des consultations de suivi pour les patients les plus dépendants du fait de la pathologie psychiatrique et les plus difficiles à orienter vers les CSAPA.

Il peut s'agir par exemple de patients déjà suivis en CMP et en CATTP pour qui rajouter une prise en charge en CSAPA s'avère compliquée, comme en témoigne une intervenante : « *Il y en a qui sont dans l'incapacité, moi j'en ai qui viennent à la consultation pour lesquels je suis obligée de prescrire un transport. (...) Donc on fait des consultations de suivi qu'on ne devait pas faire parce que l'ELSA n'est pas faite pour ça mais si on veut que notre travail soit cohérent...* »

Dans un autre contexte, l'ELSA de l'ICM a adapté son activité pour continuer à suivre des patients, durant la phase aigüe de leur traitement en cancérologie. En effet, ayant des rendez-vous réguliers tous les 15 jours/3 semaines à l'ICM et suivant un traitement lourd, de nombreux patients souhaitent continuer le suivi avec les professionnels de l'ELSA, dans les murs de l'ICM plutôt que d'aller à l'extérieur.

Une intervenante : « *Et c'est vrai, vraiment on a essayé plusieurs fois de relayer vers le médecin traitant ou vers tabac infos service ou drogue infos service ou autre et vraiment la réponse pendant toute cette phase de traitement c'est, écoutez, je suis là, prenez-moi en charge, ça va très bien avec vous, je veux continuer* ».

Les professionnels de l'ELSA ne pouvant pas répondre à toutes les demandes, ont dû cibler et ont priorisé les patients les plus précaires.

La circulaire du 8 septembre 2000 définissant le cadre de fonctionnement et les missions des ELSA, pose le principe que les ELSA n'ont pas vocation à assurer une prise en charge des patients à moyen ou long terme mais peuvent intervenir en consultation externe, notamment « *en aval d'une hospitalisation afin d'éviter une rupture dans les soins et favoriser un relais de prise en charge en ville* ». Il est par ailleurs souligné que « *l'activité de consultations externes*

ne doit pas s'effectuer aux dépens de l'activité, stricto sensu, de liaison au sein de l'hôpital, ni se substituer au dispositif spécialisé ».

À travers les différents contextes d'adaptation de certaines ELSA à l'état de l'offre de prise en charge locale et aux profils des patients par rapport à l'activité de consultation externe, on voit clairement que si l'ELSA n'est pas un service de consultation, il le devient parfois selon les environnements.

IV. SYNTHÈSE

Ce panorama du dispositif des Équipes de Liaison et Soins en Addictologie (ELSA) en Occitanie décrit les modes d'émergence et l'action des 21 ELSA déployées sur le territoire⁹ régional. L'investigation avait pour objectif principal de décrire de manière qualitative l'action des ELSA auprès des personnels soignants des services hospitaliers ainsi qu'auprès des patients. Cette démarche a été réalisée en amont de la standardisation des rapports d'activité 2018. Cette synthèse se propose de dégager les principaux faits marquants issus de l'analyse des entretiens avec les professionnels des 21 équipes.

- **La constitution des ELSA en Occitanie a donné lieu à 5 types d'organisation**

Différentes histoires sont à l'origine de la constitution des ELSA qui peuvent être issues d'une pratique existante en gastro-entérologie, en tabacologie ou en alcoologie à l'Hôpital. Elles peuvent être aussi le résultat d'une mutualisation de pratiques existantes en tabacologie, alcoologie, dans la prise en charge des toxicomanies et en addictologie.

La majorité des ELSA en présence se sont constituées au début des années 2000 et au début des années 2010.

En 2017, on observe cinq types de structuration des ELSA en Occitanie :

- ELSA avec consultations externes (Unité fonctionnelle, CSAPA hospitalier)
- ELSA avec lits d'hospitalisation et de sevrage (dédiés ou non)
- ELSA avec service d'addictologie (consultations et sevrage)
- ELSA avec service de prise en charge complexe (Niveaux 2 et 3)
- ELSA au sein d'un centre de cancérologie et d'un CHS

- **La variabilité de la taille et de la composition des équipes selon les ELSA est importante**

Il apparaît qu'aucune des ELSA d'Occitanie ne réunit en son sein tous les métiers visés par le cadre national¹⁰. On observe **une variabilité de la composition des équipes** avec une **prédominance du médical**. Les **médecins et infirmiers** sont les professionnels les plus représentés et présents dans toutes les équipes.

Sans pouvoir rendre compte du nombre d'ETP, il apparaît **de fortes différences dans la taille des équipes** (*allant de 2 à 8 professionnels*).

Enfin, dans la grande majorité des cas, on observe **une mutualisation des professionnels de l'ELSA et des consultations externes**, fonctionnant avec un même secrétariat.

⁹ Il est question ici des ELSA relevant d'un financement Fonds d'Intervention Régional (FIR).

¹⁰ La circulaire DHOS de 2008 place les ELSA dans un contexte pluridisciplinaire pour assurer une prise en charge médico-psychosociale, bénéficiant au minimum d'une présence de médecin et d'infirmiers ainsi que de temps de psychologue, d'ASS et de diététicien.

LES MODALITES D'INTERVENTION AUPRES DES SOIGNANTS DANS LES DIFFERENTS SERVICES

- **La sensibilisation/formation des équipes de soins à l'addictologie repose le plus souvent sur le passage de l'ELSA dans chacun des services**

Certaines ELSA ont pu mettre en place des **outils de repérage systématique** des patients, et/ou **des passages réguliers ou systématiques** dans les services, leur permettant de mieux structurer et renforcer leur mission de sensibilisation/formation des équipes soignantes. Mais la mission de sensibilisation au repérage/prise en charge addictologique se fait **majoritairement de manière informelle, au gré des passages et échanges au quotidien** au sein des différents services de l'hôpital.

S'ajoute à cela, des formations plus formelles telles que les formations annuelles sur certains services ou interservices dans le cadre de la formation continue.

- **Des interventions majoritairement à la demande des services avec les IDE le plus souvent en première intention**

L'intervention des ELSA au sein des services se fait majoritairement **à la demande** des équipes, d'où la nécessité d'être repérées. L'enjeu pour les professionnels des ELSA est d'être perçus comme des acteurs ressources par les soignants. L'équilibre entre l'action pour être repéré et l'intervention auprès des patients est un équilibre fragile mais crucial. D'autant que la valorisation du temps de mise en réseau est difficilement valorisable.

Face aux demandes d'intervention, **la rapidité d'action** des ELSA demeure l'un des fondements de ces dispositifs ; les interventions se faisant dans la 1/2j ou les 24h, dans la mesure du possible.

Les IDE sont dans la plupart des ELSA en présence, **positionnés en 1^{ère} intention**.

En parallèle des demandes d'intervention par les services, plusieurs ELSA font **des passages systématiques** dans certains services. **Le service des urgences et l'UHCD** apparaissent comme les services privilégiés pour cela. Les passages systématiques dans les services ne constituent pas une pratique généralisée aux différentes ELSA. Il apparaît en effet que ce type d'organisation est appréhendée dans une rationalisation du rapport coût/bénéfice. L'apport de cette modalité d'intervention dépend notamment de la taille des services ; elle peut être efficace par exemple lorsqu'il y a un service d'urgence avec un nombre important de patients accueillis.

- **Les partenariats intra-hospitaliers sont variables selon les ELSA et restent encore souvent « médecin dépendant »**

Il apparaît de manière globale que l'importance des partenariats avec les différents services hospitaliers varie selon les ELSA. Néanmoins, on observe **une récurrence de sollicitations par les services d'urgence, de gastro-entérologie, de psychiatrie, de pneumologie, de cardiologie, de neurologie et de médecine**. Des partenariats qui ont été parfois qualifiés de « naturels » par des professionnels interrogés, tels que la gastro-entérologie pour les problématiques alcool, la pneumologie et la cardiologie pour les problématiques tabac ou la psychiatrie du fait de la récurrence des comorbidités addictives.

Les sollicitations des services de traumatologie, de chirurgie-orthopédie et de maternité apparaissent quant à elles plus contextuelles et particulièrement celles des services de gynéco-obstétrique.

La variabilité des partenariats est souvent décrite par les acteurs interrogés comme étant « *médecin-dépendant* » ou personne dépendante.

Au-delà de la variabilité des partenariats avec les services, on voit que plus les coopérations entre l'ELSA et un service sont probantes, plus le service va mobiliser l'ELSA de manière adéquate.

À travers ce tour d'horizon des ELSA en Occitanie, **des particularités avec les services de maternité** ont pu émerger. En effet, ce service demeure difficile d'accès pour plusieurs ELSA alors que la périnatalité est un champ prioritaire de l'action, au regard du statut de la femme enceinte. Ces difficultés d'accès aux services font ressortir pour les ELSA concernées, l'enjeu de formation et de faire alliance avec les sages-femmes.

Plus globalement, les professionnels des ELSA sont des acteurs clés dans la politique de santé publique en matière de prise en charge des addictions, s'ils sont en capacité d'être repérés, d'intervenir et d'orienter les patients qui passent pour un temps, au détour d'un dommage, à l'Hôpital.

- **Certains fondamentaux d'action des ELSA auprès des services font consensus**

Au-delà de la diversité des ELSA en présence (composition des équipes, organisation, partenariats intra-hospitaliers...), des points de convergence sur les fondamentaux d'action de ces dispositifs auprès des services ont pu être dégagés. En effet, les professionnels interrogés sont unanimes sur :

- La nécessité de renouveler le travail de sensibilisation/formation au repérage, notamment par rapport au turn-over important des équipes soignantes en milieu hospitalier.
- La nécessité de passer régulièrement dans les services, y compris dans ceux qui ne font pas appel aux professionnels de l'addictologie pour « faire des piqûres de rappel », redire que l'ELSA existe.

La formule de « *Si on ne nous voit plus, on nous oublie* », apparaît comme un constat partagé.

- Le travail de pédagogie à faire sur les missions et apports de l'ELSA auprès des services qui ne sollicitent pas les acteurs de l'addictologie et dans lesquels, des patients dans des problématiques de consommation pourraient être repérés (« *des services à infiltrer* »).
- Le temps que ces actions nécessitent, au-delà de celui passé avec les patients et les professionnels au quotidien.

LES MODALITES D'INTERVENTION AUPRES DES PATIENTS

- **Les ELSA sont amenées à rencontrer des patients aux profils très différents**

Il peut s'agir de patients ayant des consommations d'alcool, de tabac, cannabis, cocaïne, opiacés, médicaments, sous substitution..., de polyconsommateurs, en usage à risque ou dépendants, avec ou sans problème somatique, psychiatrique ou social.

Il ressort que **les ELSA sont majoritairement sollicitées sur des problématiques liées à l'alcool et au tabac**. Quatre grands profils de patients face à la prise en charge addictologique au moment de l'hospitalisation et de la rencontre avec des professionnels des ELSA, ont pu être dégagés :

- des patients qui initialisent une démarche
- des patients déjà inscrits dans une prise en charge addictologique ; qui peuvent dans certains cas, « mal y adhérer », c'est-à-dire ne pas être dans une continuité des soins ou dans l'observance au traitement
- des patients en rupture de soins (de quelques mois à quelques années...), qui peuvent s'y réinscrire, être en reprise de traitement
- des patients usagers de drogues actifs qui ne souhaitent pas s'inscrire dans une démarche

Afin d'adapter au mieux leur intervention, avant la rencontre avec le patient, à travers la sollicitation de l'ELSA par tel ou tel service ou au moment de la rencontre, des professionnels cherchent à savoir s'il s'agit d'une **demande des soignants ou du patient**.

Il ressort qu'en l'absence d'une demande de la part du patient, les acteurs de l'addictologie sont rarement confrontés à des refus de rencontre.

De manière générale, l'équilibre entre la contrainte que peut représenter la consultation pour le patient et l'attente de la demande de prise en charge peut être un élément central de l'intervention des ELSA.

- **Dans la majorité des cas, les ELSA ne voient le patient qu'une fois**

Par la brièveté des passages des patients, le service des urgences est de fait celui où les acteurs de l'addictologie ne voient le patient qu'une fois, lorsque le passage n'est pas suivi d'une hospitalisation.

Si intervenir rapidement dans les services est un des fondements du dispositif, cela est d'autant plus indispensable au service des urgences.

Les ELSA sont aussi amenées à ne voir le patient qu'une ou deux fois dans les services somatiques généraux, les durées d'hospitalisation demeurant globalement courtes (durée moyenne de 6j).

La fréquence des contacts avec le patient peut néanmoins être plus importante si l'hospitalisation est en lien avec une complication directement liée aux consommations, entraînant une durée de séjour plus longue (10/15j).

Également, le « suivi » du patient peut se faire au travers de différentes consultations à l'origine d'un accompagnement addictologique quand il s'agit d'hospitalisation avec des durées moyennes de séjour plus longues, comme c'est le cas en service de psychiatrie.

À travers ces différents cas de figure, on peut voir que **la temporalité du passage des patients à l'hôpital conditionne l'établissement ou non d'un accompagnement par les professionnels des ELSA.**

- **Une diversité d'interventions**

Malgré le fait que le recueil de données manque de manière globale d'exemples concrets d'intervention auprès des patients et d'outils de prise en charge, la diversité des interventions des professionnels des ELSA ressort clairement. En effet, il peut s'agir de :

- faire le point avec le patient sur ses consommations,
- des propositions de sevrage ou de diminution des consommations axées sur la réduction des risques et des dommages (RDRD),
- de la RDRD auprès d'usagers de drogues actifs,
- assurer du confort durant l'hospitalisation (ex : substituts nicotiniques),
- travailler sur la motivation du patient à modifier/arrêter ses consommations,
- informer sur le réseau de prise en charge local (coordonnées des partenaires).

Des approches en Rdrd pour des patients injecteurs d'opiacés sont repérées au sein de quelques ELSA, à travers des interventions sur l'injection à moindre risque avec distribution de matériel (seringues et sérum).

Des approches en Rdrd plus générales sont repérées dans quelques services pour diminuer les quantités d'alcool et/ou de tabac par exemple ou pour changer de modalités d'usage. Néanmoins, plusieurs professionnels d'ELSA ont soulevé qu'ils pouvaient être confrontés aux représentations des soignants qui sont davantage sur le modèle de l'abstinence qui vise l'arrêt de la consommation et la prévention des rechutes.

- **Une diversité d'orientations liée à la diversité des profils rencontrés**

Les orientations peuvent se faire vers :

- des centres de postcure ou des SSR¹¹ pour des patients ayant fait un sevrage pendant leur hospitalisation,
- le réseau local de prise en charge : CSAPA/CAARUD, consultations hospitalières, médecine de ville « addicto », médecin traitant...

Il peut s'agir également d'informer sur le réseau de prise en charge existant (coordonnées des partenaires), des patients qui ne sont pas prêts à s'inscrire dans une démarche, des usagers de drogues actifs ou encore des patients à la sortie des urgences.

- **Les orientations sont très dépendantes de l'état de l'offre de prise en charge locale et du profil des patients**

Si les ELSA orientent de manière préférentielle vers les CSAPA, il y a néanmoins **une adaptation aux patients qui préfèrent continuer le suivi avec les mêmes professionnels**, du fait de l'établissement d'un lien de confiance et du manque d'envie des patients de « *repartir à zéro* » avec d'autres professionnels de l'addictologie. Un certain nombre d'entre eux

¹¹ Services de Soins et de Réadaptation.

continuent alors leur suivi avec les mêmes professionnels, dans le cadre des consultations externes. Ce qui pose question sur le turn-over des prises en charge des patients et la capacité des ELSA à accueillir de nouveaux patients.

Cette **adaptation est variable d'une ELSA à une autre et est fortement liée à l'état de l'offre de prise en charge locale ainsi qu'aux profils des patients.**

L'adaptation par rapport aux profils des patients concerne majoritairement les patients les plus difficiles à orienter, par exemple, des patients ayant des comorbidités psychiatriques.

Dans un autre contexte, plusieurs ELSA sont amenées à faire **quelques consultations de relais**, en consultations externes, par exemple pour des patients en attendant la date de leur rendez-vous en CSAPA ou en CMP pour éviter le risque de non recours, « *si on sent que le patient a besoin* » étant une formule récurrente.

Enfin, **en l'absence de service de consultations externes** attendant à celui de l'ELSA, on observe une **adaptation dans la pratique des professionnels avec la mise en place de « consultations de suivi ad hoc »**, comme c'est le cas pour les ELSA du CHS de Toulouse et de l'ICM.

À travers ces différents contextes d'adaptation de certaines ELSA à l'état de l'offre de prise en charge locale et aux profils des patients par rapport à l'activité de consultation externe, on voit clairement que si l'ELSA n'est pas un service de consultation, il le devient parfois selon les environnements.