

PROJET D'EXPÉRIMENTATION D'INNOVATION EN SANTÉ – CAHIER DES CHARGES

OZ : Redonner aux usagers la maîtrise de leur consommation d'alcool.

Porteur : Association CaPASSCité (loi 1901), gestionnaire de 2 CSAPA.

Personne contact : Dr Géraldine Talbot, Directrice et médecin addictologue, tél mobile : 06.40.19.50.0, tél fixe : 01.48.57.14.21, e-mail : g.talbot@capasscite.fr

RÉSUMÉ DU PROTOCOLE :

Selon Santé Publique France, 22% de la population française âgée de 18 à 75 ans dépasse les repères de consommation d'alcool¹. Les SPIS estime aujourd'hui en France à 2,5 millions la prévalence des consommateurs à risque et à 1,5 million celle des consommateurs dépendants².

Seules 8% des personnes dépendantes à l'alcool font l'objet d'un suivi régulier³ qui, lorsqu'il intervient, est initié avec plus de dix ans de retard en moyenne.

OZ est un dispositif organisationnel innovant s'adressant aux usagers d'alcool dépassant les repères de consommation en population générale. Le parcours de soins proposé par OZ intègre des outils numériques et une approche pluriprofessionnelle de la consommation d'alcool à risque, nocive ou de la dépendance. Il est destiné à améliorer l'évaluation du risque alcool en population générale, à faciliter l'accès aux soins en addictologie et à améliorer la pertinence du parcours de soins en addictologie.

OZ comprend trois composantes en interaction :

- Une **application mobile** téléchargeable gratuitement, librement et directement par les usagers. Cette dernière permet d'auto-évaluer son risque alcool, de suivre sa consommation dans le temps, de recevoir des conseils, de se fixer un objectif de réduction de sa consommation et elle est utilisée tout au long du parcours de soin comme compagnon numérique pour soutenir l'accompagnement.
- Une **cellule de premier contact** qui assure un premier échange à distance pour les usagers qui le souhaitent, reposant sur la méthodologie validée du Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB). Il permet de répondre aux questions des personnes et de proposer une première évaluation spécialisée au regard de situations complexes de consommation. Cette évaluation conduit à la mise en œuvre d'un protocole de prise en charge basé sur la stratification du risque alcool.
- Une **cellule de télé-diagnostic** qui assure un diagnostic de situation médico-psychologique poussé, lorsque nécessaire, et oriente de manière adaptée vers la filière de soins en addictologie.

¹ Andler R, et al. Consommation d'alcool : part d'adultes dépassant les repères de consommation à moindre risque à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(11):178-86.

² Service Public d'Information en Santé (SPIS). « Alcoolodépendance ». Santé.fr, 5 mai 2025.

³ Andler R, et al. Consommation d'alcool : part d'adultes dépassant les repères de consommation à moindre risque à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(11):178-86.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	
National	x

CATÉGORIE DE L'EXPÉRIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	x
Financement innovant	x
Pertinence des produits de santé	

DATE DES VERSIONS :

V1 : 15 octobre 2025

V2 : 24 novembre 2025

TABLE DES MATIÈRES

I Description du porteur	5
II Présentation des expérimentateurs et des partenaires	5
II.1 Expérimentateurs	5
II.2 Partenaires	5
III Contexte et Constats	5
IV Objectifs de l'expérimentation et effets attendus	7
IV.1 Objectifs stratégiques	8
IV.2 Objectifs opérationnels	8
V Description du projet	9
V.1 Objet de l'expérimentation	10
V.2 Population cible et effectifs	10
V.2.a Critères d'inclusion	10
V.2.b Critères d'exclusion	11
V.2.c Effectifs	11
V.3 Parcours du patient / usager	12
V.3.a Modalités d'entrée de l'utilisateur dans le parcours de soins	12
V.3.b Premier contact	12
V.3.c Diagnostic de situation médico-psycho-social	14
V.3.d Orientation du patient vers le territoire	16
V.3.e Type d'acteur de soin possible pour l'orientation	17
V.3.f Fin du télé-suivi de l'utilisateur	19
V.4 Organisation de la prise en charge / intervention	20
V.4.a Application numérique	20
V.4.b Interventions de l'infirmière diplômée d'état	21
V.4.c Interventions du médecin addictologue	21
V.4.d Interventions du psychologue	22
V.5 Durée de l'expérimentation	22
V.6 Communication et terrain d'expérimentation	23
V.7 Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en oeuvre	24
VI Les outils nécessaires pour l'expérimentation	25
V.1 Les outils de la prise en charge patient	25
V.1.a Les outils non numériques	25
V.1.b Les outils numériques	25
V.2 Le système d'information général de l'expérimentation	26
V. 3. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière du SI et des données de santé à caractère personnel	27
VII Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation	27
VIII Financement de l'expérimentation	28
VIII.1 Modalité de financement de la prise en charge proposée	28
VIII.1.a Financement liés aux prestation dérogatoires	28

VIII.1.b Estimation du besoin en crédits d’amorçage et d’ingénierie (CAI)	30
VIII.1.c Estimation du besoin en dotation	31
VIII.1.d Synthèse du besoin financier	32
VIII.1.e Circuits financiers et centres expérimentateurs primaire et secondaires	33
VIII.2 Besoin en recrutement	34
VIII.3 Autres sources de financement	35
VIII.4 Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités	35
IX Evaluation de l’expérimentation	35
X Dérogations nécessaires pour la mise en oeuvre de l’expérimentation	36
X.1 Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du CSS	36
X.2 Aux règles d’organisation de l’offre de soins relevant des dispositions du code de la santé publique (CSP)	
X.3 Aux règles de tarification et d’organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l’article I.312-1 du code de l’action sociale et des familles (CASF)	36
Signet non défini. XI Liens d’Intérêts	36 Erreur !
XII Eléments bibliographiques	37
XIII Annexes	40

I DESCRIPTION DU PORTEUR

L'association citoyenne CaPASSCité assure des actions d'accompagnement en addictologie et de lutte contre l'exclusion dans le cadre de différents mandats financés par les pouvoirs publics. Elle a été fondée en 2016 par le Dr Géraldine Talbot, directrice déléguée de l'association Réseau PASS et le Dr Pierre Polomeni, chef de service du pôle addictologie des hôpitaux Jean Verdier, René Muret et Avicenne.

Elle gère deux CSAPA dans le 93 et dans le 95 à destination des personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que leur entourage. Ces CSAPA assurent les missions suivantes :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ;
- La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés. Ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substances.

Dans le cadre du présent projet, l'association porte la start-up d'Etat OZ. Depuis la naissance du projet Oz Ensemble (désormais Oz) il y a 5 ans et demi, l'association a développé les compétences relatives à l'encadrement d'un projet de e-Santé en lien avec la Fabrique du Numérique du Ministère des Affaires Sociales.

II PRÉSENTATION DES EXPÉRIMENTATEURS ET DES PARTENAIRES

II.1 EXPÉRIMENTATEURS

L'expérimentation est portée par l'association CaPASSCité qui est localisée à Montreuil. Elle gère les moyens dévolus à la maintenance et au développement de l'**outil applicatif** et à la **cellule de premier contact**. La cellule de premier contact **s'articule avec la cellule de télé-diagnostic** à qui elle adressera les patients éligibles en fonction de la complexité de leur situation

II.2 PARTENAIRES

Les partenaires du projet sont représentés par :

- les services hospitaliers ;
- les associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux en addictologie (CSAPA, CAARUD, etc.) ;
- les différentes MSP, les centres de santé municipaux ou non ;
- les CMP ;
- les médecins, professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ;
- les microstructures addiction ;
- les pharmaciens d'officine ;
- les CPTS ;
- les dispositifs d'accompagnement social, d'insertion et de formation ;
- les structures administratives (CPAM, CCAS, SSD, CAF, Pôle Emploi, ASE, etc.) ;
- les associations caritatives ;
- les mouvements d'entraide ;

→ les établissements d'enseignement supérieur, les bureaux d'étudiants.

L'ensemble de ces partenaires est mobilisé à l'échelle régionale par le dispositif OZ pour l'adressage des personnes vers le service OZ.

Les soutiens institutionnels du projet incluent :

- l'ARS Île-de- France;
- l'ARS de Nouvelle-Aquitaine ;
- L'ARS des Hauts-de- France;
- la Direction Générale de la Santé (DGS) ;
- la Haute Autorité en Santé (HAS) ;
- la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

III CONTEXTE ET CONSTATS

Le constat épidémiologique

Le trouble d'usage d'alcool pose en France un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux et sociaux. Selon Santé Publique France, 22% de la population française âgée de 18 à 75 ans dépasse les repères de consommation d'alcool (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2023. En dépit des politiques de prévention et d'accompagnement du trouble d'usage d'alcool développées depuis plusieurs dizaines d'années, le système de santé rencontre toujours aujourd'hui des difficultés significatives à faire face à cet enjeu de santé publique. Le dispositif d'accompagnement dédié à la réduction des risques et à la prise en charge des consommations d'alcool, principalement représenté par le réseau des CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), ne touche aujourd'hui qu'environ 140 000 personnes par an. Ce chiffre est à mettre en regard des plus de 5 millions de personnes en France dont la consommation d'alcool est considérée à risque selon les critères de santé publique. Ce faible recours au soin constitue un facteur aggravant majeur des dommages liés à l'alcool.

L'offre existante et son accessibilité

Les dispositifs de droit commun en addictologie reposent principalement sur les CSAPA, les consultations hospitalières d'addictologie, les médecins généralistes et prochainement les organisations Equip'Addict (issues de l'expérimentation article 51).

Ces dispositifs souffrent cependant de plusieurs limites structurelles : délais d'accès parfois longs, faible visibilité auprès du grand public, stigmatisation des publics concernés, et absence fréquente d'outils adaptés pour les personnes souhaitant simplement reprendre le contrôle de leur consommation sans nécessairement viser l'abstinence.

Ce défaut d'accès à un accompagnement en alcoologie est également en grande partie lié aux spécificités des populations visées, notamment les publics précaires, jeunes ou féminins. Ces publics présentent des fragilités d'accès aux soins : 38 % des plus modestes, 27 % des 18-24 ans et 20 % des femmes déclarent avoir renoncé à des soins d'après les rapports de la DREES. La méconnaissance pure et simple des structures d'accompagnement et de soins en alcoologie, les problématiques d'aménagement des territoires en matière d'accès aux soins, les difficultés de locomotion du fait de l'effet des substances ou des effets de leur sevrage, la peur du regard d'autrui,

un sentiment de culpabilité et un regard sur soi péjoratif du fait d'être suivi en addictologie sont autant de freins à l'engagement d'une démarche de soins auprès d'une structure d'alcoologie.

De plus, le début des consommations s'opère le plus souvent de manière précoce, typiquement lors de l'adolescence qui est un âge auquel ces personnes n'ont que peu recours au soin de manière traditionnelle, telle que la prise d'un rendez-vous en présentiel.

Historique du porteur et du projet

Le dispositif Oz s'appuie sur l'expérience du projet Oz Ensemble, expérimenté en Île-de-France entre 2020 et 2025. Ce pilote, soutenu par l'ARS IDF, visait à tester un parcours d'accompagnement numérique en alcoologie. Il reposait sur trois piliers :

- une application mobile en libre accès,
- une cellule de premier contact infirmière
- une cellule de télé-suivi médico-psychologique et sociale.

Les résultats observés au terme de l'expérimentation régionale sont significatifs :

- Plus de 1 000 patients inclus durant l'expérimentation, dont 70 % de femmes et 80 % de primo-demandeurs n'ayant jamais consulté en addictologie auparavant.
- 50 % des usagers orientés ont été pris en charge par une structure de droit commun sous 3 mois.
- Un taux de satisfaction supérieur à 90 % exprimé par les usagers lors des entretiens de restitution.
- Une réduction de consommation de moitié par rapport à leur consommation constatée à l'inclusion (en unité d'alcool) et maintenu dans le temps (réévaluation à 6 mois).

IV OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION ET EFFETS ATTENDUS

Dans ce contexte, le dispositif Oz viendrait combler un besoin dans l'offre existante. Il s'adresse à un public encore peu capté par les structures traditionnelles : des personnes ayant une consommation problématique d'alcool mais qui ne se reconnaissent pas forcément dans les dispositifs classiques de soins. Accessible en ligne de manière anonyme et gratuite, OZ propose une évaluation et une orientation structurée.

Ainsi, Oz ne se substitue pas au droit commun mais s'inscrit en complémentarité, en facilitant le premier pas vers une démarche de soin et en orientant, lorsque nécessaire, vers les structures spécialisées.

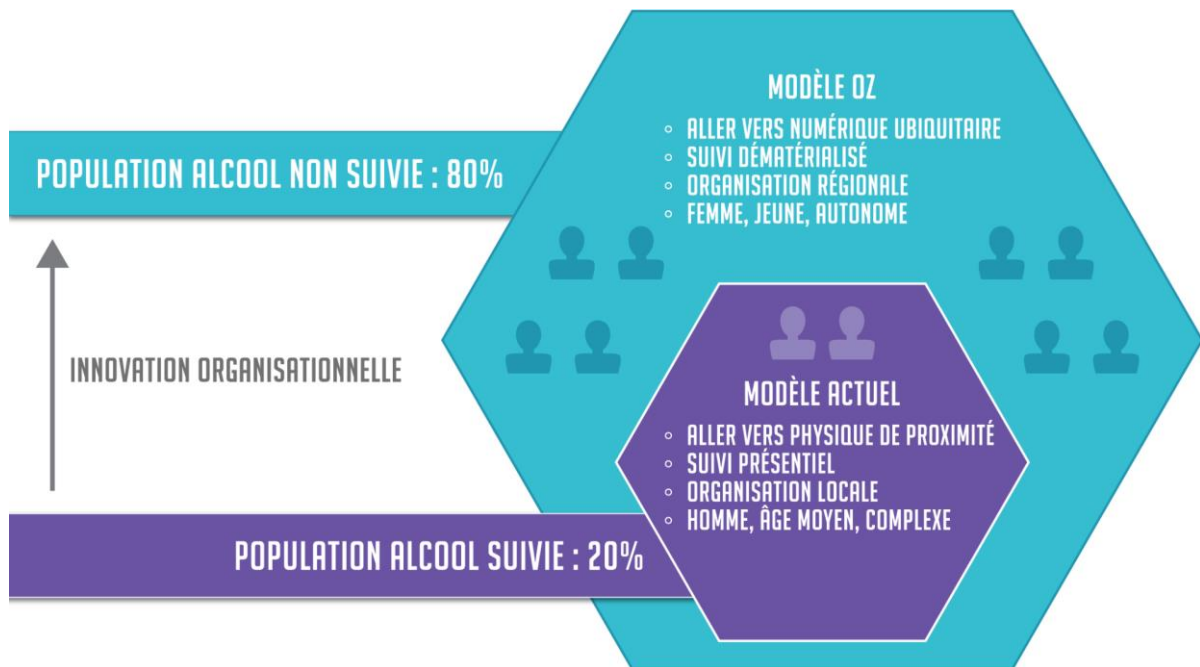
L'objectif de l'expérimentation est d'**améliorer l'évaluation du risque alcool en population générale et de faciliter l'accès à l'offre de soins en addictologie pour les usagers présentant une consommation à risque, nocive ou une alcoolodépendance, y compris dans le cadre des situations complexes, par une approche numérique et pluriprofessionnelle.**

Cet objectif se décompose en objectifs stratégiques et en objectifs opérationnels.

IV.1 OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- 1) Améliorer l'évaluation du risque alcool en population générale pour un repérage plus large et plus précoce des consommations à risque, nocives et de l'alcoolodépendance.

- 2) Améliorer l'accès aux soins en addictologie pour les personnes présentant une consommation d'alcool à risque, nocive ou une alcoolodépendance, y compris dans le cadre des situations complexes ou en cas de co-addiction(s) éventuelle(s).
- 3) Compléter l'offre de prévention secondaire en addictologie.



IV.2 OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1) Faciliter l'accès aux soins en addictologie pour les usagers présentant une consommation à risque, nocive ou une alcoolodépendance, y compris dans le cadre des situations complexes ou en cas de co-addiction(s) éventuelle(s).

- Permettre un repérage plus large et plus précoce des consommations à risque, nocives et de l'alcoolodépendance en population générale.
- Mettre en place une porte d'entrée vers la filière de soins d'addictologie, accessible gratuitement, en permanence et sans contrainte du lieu de vie *via* l'application numérique.
- Amener les usagers à mieux appréhender leur trouble d'usage d'alcool et les difficultés sociales et psychologiques associées.
- Réduire le délai de prise en charge en assurant un accès à un professionnel partenaire grâce à l'articulation entre OZ et la filière de droit commun en addictologie.
- Faciliter l'accès aux soins en addictologie par une approche pluriprofessionnelle médico-psycho-sociale.

2) Compléter l'offre de prévention secondaire en addictologie.

- Proposer un programme numérique autonome de réduction de la consommation d'alcool.
- Atteindre les public jeunes et féminins, traditionnellement réticents vis-à-vis des consultations présentesielles d'addictologie grâce à "l'aller-vers numérique".
- Proposer un repérage distanciel par des professionnels formés en alcoologie.

3) Optimiser les ressources en addictologie.

- Développer l'empowerment des usagers en proposant un dépistage et un accompagnement autonomes au travers de l'application.
- Stratifier le niveau de ressources mises en œuvre dans l'accompagnement et l'orientation des usagers au sein de la filière d'addictologie en fonction de leur niveau de risque alcool.
- Améliorer la compliance au suivi en addictologie.
- Diminuer le taux de « perdus de vue » lors de l'évaluation initiale du trouble d'usage d'alcool.

V DESCRIPTION DU PROJET

OZ comprend trois composantes en interaction, représentées par :

- Une **application mobile** téléchargeable gratuitement, librement et directement par les usagers dans les stores iOS et Androïd
- Une **cellule de premier contact** qui assure un premier échange à distance pour les usagers qui le souhaitent présentant une consommation supérieure aux repères définis par Santé Publique France. Les patients ayant une consommation nocive ou avec dépendance et/ou une situation complexe se voient proposer une prise en charge par la cellule de télé-diagnostic.
- Une **cellule de télé-diagnostic** qui assure un diagnostic de situation médico-psychologique et une orientation adaptée vers des soins spécialisés en addictologie.

V.1 OBJET DE L'EXPÉRIMENTATION

L'objet d'expérimentation article 51 est d'augmenter le recours au dépistage des personnes à usage nocif d'alcool et de les orienter vers l'offre de prise en charge en addictologie de droit commun.

Dans le cadre de l'Article 51, il s'agit d'expérimenter :

- La faisabilité d'une **organisation à trois niveaux** du parcours de soins OZ, incluant :
 1. Une cellule de **premier contact nationale** assurant l'évaluation du risque alcool des usagers après auto-évaluation de ces derniers via l'application mobile et après qu'ils en aient fait la demande .
 2. Une cellule de **télé-diagnostic nationale** qui délivre une évaluation médico-psychologique approfondie et permet la rédaction d'un courrier de synthèse avec des **préconisations pour la suite du parcours de soins** et des recommandations adaptées en fonction du profil du patient
 3. Des **orientations locales par le professionnel de la cellule de télé diagnostic le plus adapté à la problématique principale du patient, en un accompagnement** vers les professionnels à proximité physique du patient en fonction de leurs besoins spécifiques.
- La **réplicabilité** du parcours régional numérique d'OZ à travers **une expérimentation interrégionale dans trois régions.**
- Évaluer **l'efficacité et l'efficience** du dispositif.
- Un **nouveau modèle de tarification** autour de prestations dérogatoires qui pourraient intégrer à terme le droit commun.

V.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIF

Le projet repose sur la mise à disposition d'une porte d'entrée numérique **en population générale, dans laquelle la population cible s'autodétermine**. Cela signifie que ce sont les utilisateurs eux-mêmes qui, via l'application, prennent l'initiative de solliciter un rendez-vous avec la cellule de soin. Cette approche permet de toucher un large public tout en laissant les personnes se définir comme potentiellement concernées par le parcours de soins en fonction de leurs besoins individuels.

V.2.a) Critères d'inclusion

La **population cible** est la suivante :

- Patients âgés d'au moins 18 ans.
- Patients ayant une consommation d'alcool à risque, nocive ou alcoolodépendance avec un score Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) supérieur ou égal à 8 pour l'accès à la **cellule de télé-diagnostic et à l'orientation**.
- Patients ayant un accès internet à disposition.
- Patients ayant des droits ouverts à la Sécurité Sociale, vérifiés sur les registres CPAM après le premier contact et l'enregistrement du numéro SS.
- Patients francophones ou anglophones.

V.2. b) Critères d'exclusion

- Patients âgés de moins de 18 ans. Si un patient mineur nécessitant une prise en charge contacte la cellule nationale de premier contact, il sera orienté vers une Consultation jeune consommateur au plus proche de son domicile.
- Patients ayant un usage simple de l'alcool avec un score AUDIT inférieur à 8 sauf pour l'accès à la cellule de **premier contact**.
- Patients ayant déjà un suivi en addictologie en cours.
- Patients résidant en dehors des trois régions d'expérimentation de OZ : la prise en charge des patients résidant en dehors des régions d'expérimentation sera assurée par la cellule de premier contact qui orientera les usagers appelant directement vers d'autres services.
- Patients ne maîtrisant ni la langue Française, ni la langue Anglaise.
- Patient n'étant pas déjà couvert par un régime d'Assurance maladie obligatoire ou ne bénéficiant pas de la protection universelle maladie (PUMA) ou de l'Aide médicale Etat (AME).

V.2.c) Effectifs

L'expérimentation régionale monocentrique de Oz Ensemble effectuée en 2021 et 2025 permet d'appréhender le volume de patients cible.

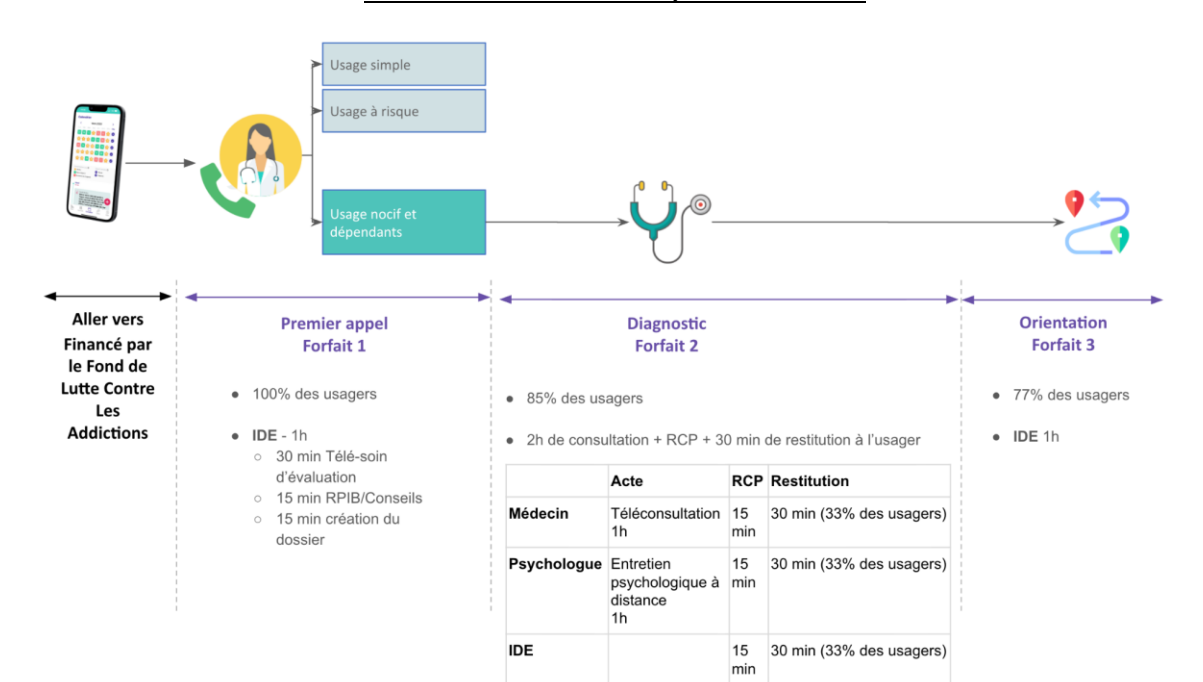
Nous visons l'inclusion de 2 440 patients sur 3 ans au sein de 3 régions.

Tableau 1 : Prévision d'inclusion par années et par régions

	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Ile de France	400	550	550	1500
Hauts-de-France	90	190	190	470
Nouvel Aquitaine	90	190	190	470
Total	580	930	930	2440

V.3 PARCOURS DU PATIENT / USAGER

Schéma 1 : Présentation du parcours de soins



V.3.a Modalités d'entrée de l'utilisateur dans le parcours de soins

- L'utilisateur peut télécharger l'application Option Zéro à son initiative ou sur les conseils d'un professionnel de soin et solliciter après résultats de l'auto-évaluation un premier contact via celle-ci. L'application représente une modalité d'entrée autonome accessible en population générale puisque 77% des Français possèdent un smartphone selon l'Autorité de Régulation des Communications Électroniques, des Postes et de la Distribution de la Presse. L'application peut être trouvée par une recherche par mots-clés dans les catalogues en ligne de l'App Store et du Google Store ou en tapant directement son nom. En effet, OZ a bénéficié d'une communication dans la presse généraliste et sur les réseaux sociaux.
- L'utilisateur peut être repéré par un acteur du système de santé qui lui conseille de télécharger l'application OZ et de solliciter un premier contact. Il peut s'agir d'un médecin généraliste, d'un médecin spécialiste, d'un intervenant d'un Centre Médico-Psychologique, d'un Centre Médico-Social, d'une maison de santé, etc.

V.3.b Premier contact après auto-évaluation

L'évaluation de l'utilisateur passe initialement par un entretien de 30 minutes, réalisé dans les sept jours ouvrés après la demande sur un créneau de rendez-vous sélectionné par l'utilisateur, avec une infirmière diplômée d'état (IDE) formée en alcoologie. Le premier échange est primordial dans le cadre de la prise de conscience du risque alcool. Il permet d'être entendu dans les différentes dimensions psychoaffectives suscitées par l'existence d'une consommation à risque telles que l'anxiété, la culpabilité, la honte, la colère ou la déni afin de diminuer ces affects négatifs et de les transformer en motivation vers le changement.

Cet échange basé sur la technique validée du RPIB aide également les utilisateurs à faire la concordance entre les données saisies dans les auto-questionnaires et la réalité du vécu. Il aide à affiner l'auto-évaluation, à répondre aux questions des personnes et à aborder la question des autres produits et comportements d'addiction.

Enfin, le premier échange permet de rassurer l’usager sur la possibilité le cas échéant de compléter l’évaluation des difficultés rencontrées en addictologie à distance via la cellule de télé-diagnostic médico-psychologique.

Lors du premier échange, la note d’information précisant que le patient participe à un dispositif expérimental dans le cadre de l’article 51 sera présentée, puis transmise via la messagerie sécurisée de l’outil de visioconférence.

Une mention attestant que le patient a bien été informé sera ajoutée à son dossier.

La gradation des propositions suite au premier contact est détaillée dans la table ci-dessous.

Diagnostic	Score AUDIT	Propositions d’accompagnement
Usage simple d’alcool	0 à 7	→ RPIB → Information → Réduction autonome <i>via</i> l’application OZ → Orientation vers le médecin traitant
Usage à risque	8 à 15	→ RPIB → Diagnostic de situation par la cellule de télé-diagnostic → Conseils à la réduction de consommation → Réduction autonome <i>via</i> l’application OZ → Envoi d’une brochure par courriel → Orientation vers le médecin traitant et suivi “Mon Soutien Psy” ou « Equip Addict »
Usage nocif	16 à 19	→ Diagnostic de situation par la cellule de télé-diagnostic → Réduction accompagnée via l’usage en autonomie de l’application OZ en parallèle du parcours de soin → Prise en charge via une orientation vers un acteur de la filière de soin en addictologie du territoire
Usage avec dépendance	20 à 40	→ Diagnostic de situation par la cellule de télé-diagnostic → Évaluation du niveau de dépendance, y compris physique et décision sur orientation médico-sociale ou sanitaire. → Mobilisation des ELSA en cas d’urgence vitale → Prise en charge via une orientation vers un acteur de la filière de soin en addictologie du territoire

V.3.c Diagnostic de situation médico-psychologique

Suite au premier contact téléphonique, seuls les usagers qui présentent une consommation d’alcool nocive ou un usage avec dépendance se voient proposer un diagnostic de situation médico-psychologique sous une semaine.

Il s’agit d’une évaluation approfondie de leur situation globale réalisée sous la forme de deux entretiens à distance d’une heure chacun. Ces téléconsultations sont réalisées au sein de la cellule de télé-diagnostic d’OZ par un **médecin addictologue et un psychologue clinicien lors de deux consultations distinctes mono professionnelles successives.**

Tout en travaillant la motivation, la cellule de télé-diagnostic permet d'effectuer un bilan approfondi des comorbidités et des besoins en termes de suivi médical et psychologique et de mobiliser une orientation de l'utilisateur vers un parcours de soin adapté.

Diagnostic psychologique

L'objectif du diagnostic psychologique est d'évaluer les ressources psychologiques, les fragilités psychologiques et la qualité de vie de l'utilisateur en utilisant une grille standardisée et le questionnaire validé de qualité de vie SF8.

Le rendez-vous d'une heure avec le psychologue permet notamment de faire le point sur :

- L'existence d'un suivi psychologique antérieur et actuel vis-à-vis de la problématique de consommation d'alcool et d'autres addictions
- La gradation de l'impact psychique de l'alcoolodépendance et évaluation du risque suicidaire et de l'impulsivité
- Apporter un éclairage croisé à celui du médecin quant à une comorbidité psychiatrique
- Les éléments qui font émerger une demande de suivi à l'heure actuelle
- Les fragilités psychiques actuelles
- La question des liens familiaux ou amicaux de l'utilisateur
- La qualité de vie

Diagnostic médical

L'objectif du diagnostic médical est d'évaluer la problématique addictive en perspective avec l'état de santé général du patient, tant psychiatrique que somatique, en utilisant une grille standardisée.

Le rendez-vous est une consultation médicale spécialisée longue, d'une heure avec le médecin addictologue, qui permet de faire le point sur :

- L'attention que porte l'utilisateur à sa santé
- Les intervenants médicaux actuels (médecin traitant ou autres médecins spécialistes)
- Les antécédents médicaux vis-à-vis de la problématique de consommation d'alcool et d'autres addictions
- Les éventuels antécédents psychiatriques
- Les vaccinations et sérologies
- Les pathologies somatiques
- Le dépistage d'une possible complication liée à l'alcoolodépendance (cirrhose, carcinome hépatocellulaire, cancer ORL, varices œsophagiennes, VHB, VHC et VIH évent.)
- Les hospitalisations précédentes avec les traitements qui s'y rapportent
- La gradation de l'impact physique de l'alcoolodépendance et du risque de syndrome de sevrage
- Les éventuelles polyaddictions

Le diagnostic médical est assuré par un médecin titulaire d'une capacité addictologie, formation reconnue par le **Conseil de l'Ordre des Médecins** correspondant à une spécialisation médicale dans ce champ. La consultation d'évaluation médicale constitue un temps essentiel du parcours de soins. Elle est nécessairement longue et approfondie, car elle vise à explorer de manière fine les dimensions médicales somatiques, médicales psychiatriques avec une attention portée au contexte social du patient.

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et sa restitution

L'ensemble des situations évaluées est discuté en RCP ayant lieu tous les 15 jours afin de bénéficier des compétences indispensables pour définir la meilleure prise en charge pour chaque patient en fonction des éléments recueillis.

Au cours des RCP, le dossier de l'utilisateur est discuté de façon collégiale avec l'Infirmière Diplômée d'Etat ayant réalisé le premier accueil, le médecin addictologue et le psychologue. Une proposition d'accompagnement adaptée à ses besoins est prise et tracée dans le dossier de suivi individuel du patient et le DMP. Elle est ensuite soumise et expliquée à l'utilisateur (par un de ces trois professionnels en fonction de la situation du patient ?) lors d'un rendez-vous de restitution en visio-consultation dans un délai de deux semaines maximum. La restitution rapide des conclusions de ce parcours de prise de contact et évaluation à l'utilisateur permet de favoriser l'engagement et de ne pas générer d'anxiété liée à l'attente.

La RCP peut déterminer les orientations suivantes :

- Absence de prise en charge (refus du patient)
- Prise en charge non spécialisée par les acteurs de santé du territoire
- Prise en charge spécialisée au sein de la filière de soin d'alcoologie territoriale
- La décision d'orientation vers les structures médico-sociales ou sanitaires
- La mobilisation de ELSA ou services d'urgence en cas d'urgence vitale.

Un référent (infirmier, psychologue ou médecin) est choisi lors de la RCP. C'est ce professionnel qui assurera la restitution au patient de la RCP lors de l'entretien de restitution et fera la proposition d'orientation à l'utilisateur lors de l'entretien d'orientation.

V.3.d Orientation du patient sur le territoire

Pour les patients ayant accepté l'orientation sur le territoire, l'IDE formée en alcoologie sera chargée d'accompagner la mise en œuvre de la proposition d'accompagnement, y compris en se mettant en lien avec les structures concernées.

Cette étape est majeure pour augmenter le taux d'adhérence de patients à la suite de leur prise en charge. Avec l'accord du patient, les informations d'évaluation et de diagnostic sont partagées à la structure vers laquelle le patient est orienté.

L'orientation est un temps d'échange actif et personnalisé, assuré par une IDE formée en alcoologie, visant à garantir l'effectivité de l'accès aux soins. **Ce temps d'une heure est morcelé et il inclut :**

- **La recherche en amont d'une structure adaptée**, lorsque nécessaire, via les contacts territoriaux de l'IDE ou la cartographie partagée. La recherche en amont d'une structure adaptée, lorsque nécessaire, est effectuée par l'infirmier(ère) à partir de ses **contacts territoriaux** ou de la **cartographie partagée**. Ce travail préparatoire inclus dans le **forfait d'orientation peut prendre une quinzaine de minutes environ**.
- **Un échange approfondi avec l'utilisateur** de 30 minutes pour l'aider à s'approprier la proposition de parcours thérapeutique, expliciter les bénéfices attendus, lever les freins à l'engagement et ajuster les modalités si besoin.
- **Une mise en lien directe avec la structure d'aval** : appel téléphonique avec la structure, envoi du courrier de liaison, vérification des modalités d'accueil (type de suivi proposé, délai, conditions administratives...). Ce travail à l'issue de l'entretien est inclus dans le **forfait d'orientation et il peut prendre une quinzaine de minutes environ**.

En termes d'outils d'orientation, L'IDE dispose :

- D'une **cartographie nationale des structures de soins en addictologie**, régulièrement actualisée, incluant les CSAPA, CAARUD, consultations hospitalières, équipes Equip'Addict, CMP et mouvements d'entraide ainsi que les structures non spécialisées (MSP ou CDS) . L'annuaire Alcool Info Service est tenu à jour et indique autant que possible les capacités des structures. L'annuaire comprend les CSAPA, CAARUD ainsi que les structures d'hospitalisation.
- D'un référentiel d'orientation, validé par la coordination médicale d'OZ, décrivant les critères cliniques d'adressage selon le niveau de sévérité, la complexité sociale ou les comorbidités.
- D'un accès aux principaux annuaires nationaux tel que « Mon Bilan Prévention – Addictologie – Alcool » via Santé.fr.
- Des référents territoriaux des ARS ou des dispositifs de coordination (CPTS, dispositifs d'inclusion, plateformes de coordination, dispositifs d'appui à la coordination (DAC)) peuvent être mobilisés ponctuellement, notamment en cas de saturation d'offre ou d'urgence d'orientation.

L'IDE n'est pas isolée : elle peut solliciter le porteur de l'article 51 OZ, en particulier pour les situations complexes, les territoires peu pourvus, ou lorsque des contacts doivent être (ré)activés avec des structures d'aval.

L'orientation repose donc sur un travail articulé et rigoureux, mobilisant des outils partagés, un appui territorial, une logique de coordination active avec les structures locales, et une information claire à l'utilisateur. Cette logique contribue à la réduction du taux de perdus de vue et à la fluidité de l'orientation post-évaluation.

V.3.e Type d'acteurs de soin possible pour l'orientation

L'orientation, spécialisée ou non, dans le maillage de soins territorial à l'issue du diagnostic de situation a pour but de répondre au mieux à la problématique de consommation d'alcool de chaque usager en sollicitant l'une des ressources disponibles dans son territoire.

Il est systématiquement proposé aux usagers éligibles de participer à un mouvement d'entraide (association néphaliste) dès la mise en place du projet thérapeutique. Cela permet d'améliorer significativement le pronostic à long terme.

Ces mouvements sont définis comme un ensemble de groupes ou d'associations composés principalement de personnes ayant une expérience vécue avec l'alcool (consommateurs actuels, anciens consommateurs, proches) et qui se réunissent pour soutenir mutuellement leurs démarches de réduction ou d'arrêt de la consommation.

Orientation vers les acteurs de soin selon la filière de prise en charge

→ Orientation vers le soin non spécialisé en addictologie

Cette orientation s'adresse aux usagers ayant une consommation à risque d'alcool sans dépendance associée ni comorbidité psychiatrique. Elle mobilise des intervenants de santé tels que les médecins **généralistes, les psychiatres ou les psychologues cliniciens libéraux**.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les centres de santé jouent un rôle clé dans l'accès à un suivi à long terme et l'ancrage du patient des soins continus à travers les médecins généralistes qui y travaillent en lien les autres professionnels.

Certains usagers, notamment ceux en situation de précarité, d'exclusion sociale ou présentant des besoins d'accompagnement médico-social global, peuvent être orientés lorsqu'elles existent vers les permanences d'accès aux soins de santé – PASS ambulatoires accolées à un **Centre de santé (CMS) ou une maison de santé pluriprofessionnelle**. Ces structures permettent une prise en charge holistique incluant l'accès aux soins médicaux de premier recours, le soutien social et l'orientation vers des dispositifs adaptés (hébergement, emploi, couverture sociale).

Les usagers en situation complexe, présentant une consommation d'alcool à risque et nécessitant un suivi renforcé en soins primaires, peuvent être adressés vers une **Microstructure Equip'Addict**. Ces équipes pluridisciplinaires, intégrées aux cabinets médicaux, permettent une prise en charge coordonnée par un médecin généraliste, un psychologue et un travailleur social. Elles sont particulièrement indiquées pour les usagers en difficulté avec leur consommation d'alcool.

→ **Orientation vers le soin ambulatoire spécialisé en addictologie**

Cette orientation concerne les usagers volontaires en situation de consommation d'alcool avec dépendance et/ou ayant une comorbidité psychiatrique nécessitant un accompagnement.

L'existence d'un annuaire « Mon Bilan Prévention » constituera un appui à cette orientation (Mon Bilan Prévention - Addictologie - Alcool | Santé.fr)

Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : Ces structures constituent un relais privilégié pour la prise en charge des usagers nécessitant un accompagnement approfondi (prise en charge médico-psychologique, sevrage ambulatoire, interventions socio-éducatives). Les usagers identifiés comme nécessitant un suivi prolongé peuvent être orientés vers ces centres, notamment lorsque des traitements médicamenteux de l'addiction sont nécessaires.

Les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues) : Pour les patients en situation de grande précarité ou de polyconsommation, une articulation avec ces structures permet une approche spécifique de réduction des risques et d'accompagnement vers le soin.

→ **Orientation vers le soin hospitalier spécialisé en addictologie**

Cette orientation concerne les usagers en situation de consommation d'alcool avec dépendance ayant des freins à un suivi ambulatoire en alcoologie. Ces derniers ont généralement une indication de sevrage hospitalier. L'utilisateur est orienté de manière graduée, suivant sa situation clinique vers une Consultation Hospitalière en Addictologie ou vers une consultation d'admission en sevrage hospitalier (sevrage hospitalier simple ou complexe).

Cette orientation concerne les usagers en situation de **consommation d'alcool avec dépendance**, présentant des **freins à un suivi ambulatoire en addictologie** ou nécessitant une prise en charge plus intensive. Plusieurs situations cliniques peuvent justifier une hospitalisation :

- **Échecs répétés des prises en charge ambulatoires** (suivi en CSAPA, par un médecin généraliste ou un psychiatre, interventions en Équipe Addict').
- **Présence d'une comorbidité psychiatrique sévère** (dépression majeure avec risque suicidaire, troubles psychotiques, bipolarité non stabilisée).
- **Complications somatiques graves liées à la consommation d'alcool** (hépatopathie sévère, pancréatite aiguë, polynévrite alcoolique, atteinte neurologique sévère).
- **Nécessité d'un sevrage en milieu sécurisé** en raison d'un syndrome de sevrage complexe (risque de complications neurovégétatives, antécédents de sevrage compliqué avec délirium tremens ou crise d'épilepsie).
- **Situation sociale précaire** empêchant un suivi ambulatoire efficace (absence de domicile stable, isolement social, vulnérabilité majeure).

L'utilisateur est orienté de manière graduée, en fonction de sa situation clinique, principalement vers **deux types de structures sanitaires** de la filière de soin en addictologie que sont les **consultations hospitalières en addictologie** et les **services hospitaliers de sevrage**.

Pour les patients nécessitant une **prise en charge spécialisée**, mais sans indication immédiate de sevrage hospitalier, une orientation vers une consultation hospitalière en addictologie est privilégiée.

Lorsque le sevrage ne peut être réalisé en ambulatoire en raison d'un **risque médical** de syndrome de sevrage, une hospitalisation est nécessaire.

→ **Orientation vers le soin spécialisé en psychiatrie**

Cette orientation concerne les usagers présentant une **consommation d'alcool avec comorbidité psychiatrique sévère** ou un **trouble psychiatrique majeur indépendant de l'addiction** nécessitant une prise en charge spécialisée en psychiatrie.

L'orientation vers un service psychiatrique peut être justifiée dans plusieurs situations :

- **Troubles de l'humeur sévères** (dépression majeure avec risque suicidaire, troubles bipolaires non stabilisés).
- **Troubles psychotiques** (schizophrénie, trouble schizo-affectif, épisode délirant aigu).
- **Troubles anxieux sévères** avec impact majeur sur le fonctionnement quotidien.
- **Comportements suicidaires récents** ou idées suicidaires actives nécessitant une évaluation approfondie.
- **Trouble de la personnalité sévère** avec comportements impulsifs et auto-agressifs en lien avec l'usage d'alcool.
- **Troubles cognitifs secondaires à l'alcool** (syndrome de Korsakoff, troubles neurocognitifs).

Suivant la sévérité, une possibilité d'orientation existe vers un psychiatre libéral, un **Centre Médico-Psychologique (CMP)** ou une hospitalisation de secteur pour les patients présentant un **épisode psychiatrique aigu nécessitant une hospitalisation**.

→ **Orientation vers un intervenant ambulatoire non spécialisé dans le soin**

En fonction des problématiques identifiées lors du diagnostic de situation, ces intervenants peuvent être des travailleurs sociaux, des professionnels du secteur du médico-social, de l'insertion, de l'hébergement, de la justice ou de la précarité.

V.3.f Fin de prise en charge OZ

À l'issue du diagnostic et de l'orientation OZ, **un courrier de synthèse** est systématiquement remis au patient. Ce document vise à assurer la continuité des soins et à favoriser son engagement dans une prise en charge adaptée à sa situation

Le courrier de synthèse est adressé par courriel sécurisé à l'usager. Des prescriptions d'examens complémentaires et de traitements médicamenteux peuvent également être envisagées selon la situation de l'usager afin de rendre cette orientation la plus efficiente possible pour la structure ou le professionnel d'accueil.

Le courrier de synthèse inclut :

- Un **récapitulatif du parcours** au sein d'OZ, incluant les actes réalisés (premier contact, diagnostic de situation).
- Un **bilan médico-psychologique et addictologique**, incluant les éléments recueillis lors des consultations avec les professionnels de la cellule de télé-diagnostic et les questionnaires standardisés (score AUDIT, évaluation des comorbidités, évolution de la consommation, SF8).
- Les **préconisations pour la suite du parcours de soins**, avec des recommandations adaptées en fonction du profil du patient, telles que :
 - Maintien du suivi par le médecin traitant.
 - Orientation vers un CSAPA pour un suivi addictologique approfondi.
 - Orientation vers un psychiatre ou un psychologue pour un accompagnement des comorbidités psychiatriques.
 - Prise en charge hospitalière si nécessaire pour un sevrage complexe.

Une fois le courrier de synthèse transmis, le dossier de suivi du patient est clôturé, la modalité de sortie du parcours OZ y est notée.

Les motifs de sortie sont les suivants :

- Orientation vers un parcours de soins en addictologie
- Orientation vers un parcours de soins en psychiatrie
- Orientation vers un parcours de soins en médecine générale
- Inclusion de l'utilisateur dans un autre type de dispositif de soins de droit commun
- Inclusion de l'utilisateur dans un autre type de dispositif droit commun (hors soins)
- Amélioration de l'état de santé de l'utilisateur objectivée en RCP
- Volonté de l'utilisateur
- Usager perdu de vue, décès

En cas d'orientation vers un acteur du maillage territorial de soins, un échange téléphonique est réalisé pour la mise en place de la prise en charge de l'utilisateur et une **lettre d'orientation** est systématiquement rédigée et adressée, sur accord du patient, au professionnel de santé concerné. Cette lettre repose sur le modèle des plateformes de coordination de soins et comprend :

- L'historique du parcours au sein d'OZ.
- Les éléments cliniques justifiant l'orientation.
- Les modalités de contact pour assurer une transition fluide entre les dispositifs

V.4 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE / INTERVENTION

V.4.a Application numérique

L'application qui est hors du financement 51 offre les possibilités suivantes :

- Évaluer son risque alcool de manière autonome à partir du questionnaire Alcohol Use Disorders Test (AUDIT) développé par l'Organisation Mondiale de la Santé. L'AUDIT permet, à partir de 10 questions, d'évaluer sa consommation d'alcool au regard des normes et d'estimer les risques liés à cette consommation.
- Suivre sa consommation d'alcool dans le temps avec un agenda, exporter le relevé de l'agenda avec le thérapeute et co-construire un objectif de réduction de consommation. L'utilisateur reçoit des conseils entre les rendez-vous pour réduire sa consommation et une analyse des gains économiques, caloriques et sur sa santé à diminuer sa consommation. L'application offre aussi un module motivationnel basé sur une connexion quotidienne pendant cinq semaines et accompagnant sa réduction de consommation.
- L'utilisation d'auto-questionnaires permet aux usagers de répondre à leur rythme et selon leur disponibilité, sans contrainte de temps. De plus, ce type de recueil de données permet de limiter des biais de mesure, notamment si l'utilisateur ressent une culpabilité dans cette évaluation ou une pression du fait d'être interrogé par un professionnel de santé. Le recueil des données en amont de la consultation permet un gain de temps au moment de celle-ci, que ce soit dans les dimensions de prise de conscience progressive du risque alcool, de la motivation à en parler à un professionnel de santé ou dans les thématiques abordées dans l'évaluation du risque alcool.

V.4.b Interventions de l'infirmier diplômé d'état

- Premier contact : Accueil et mise en confiance de l'utilisateur : présentation du dispositif OZ et explication du cadre de l'entretien. Création d'un **climat bienveillant et non stigmatisant** pour favoriser l'expression libre du patient sur sa consommation. Identification des attentes et des préoccupations de l'utilisateur vis-à-vis de son usage d'alcool et de la démarche d'accompagnement.

- Évaluation du niveau de consommation d'alcool, administration du **questionnaire AUDIT** pour évaluer la consommation et son niveau de risque. Recueil des habitudes de consommation (fréquence, quantités, circonstances). Repérage d'éventuelles consommations associées (autres substances psychoactives, médicaments détournés, etc.).
- **Identification des répercussions de la consommation, recherche des conséquences médicales, psychologiques et sociales** : épisodes de sevrage spontanés et complications éventuelles (tremblements, sueurs, crises convulsives). Impact sur l'état de santé général (troubles du sommeil, fatigue, douleurs, pathologies digestives). Effets sur la vie quotidienne (professionnelle, familiale, sociale).
- Repérage des **facteurs de vulnérabilité** (précarité, isolement, comorbidités psychiatriques, antécédents de tentatives de sevrage).
- Participation aux RCP de la cellule de télé-diagnostic et à la tenue du dossier de l'utilisateur.
- Participation éventuelle à l'entretien de restitution au patient et à l'entretien d'orientation
- Mise en place des orientations avec les structures d'aval, communication du dossier patient

V.4.c Interventions du médecin addictologue

- Évaluation de la dépendance du patient.
- Anamnèse addictologique, psychiatrique et somatique.
- Diagnostic et dépistage des facteurs de risque d'un syndrome de sevrage.
- Dépistage des complications et des comorbidités liées à l'addiction.
- Orientation de l'utilisateur pour des examens complémentaires le cas échéant.
- Accompagnement de l'utilisateur vers l'acceptation d'un suivi présentiel.
- Coordination du parcours de soin, incluant le référencement d'un médecin traitant.
- Participation aux RCP de la cellule de télé-diagnostic et à la tenue du dossier de l'utilisateur.
- Participation éventuelle à l'entretien de restitution

Dans le cadre de l'évaluation médicale, les signes cliniques sont le critère essentiel de l'évaluation. Des échelles d'évaluation pour le syndrome de manque (score de Cushman) et pour l'alcool-dépendance (questionnaire AUDIT) sont systématiquement utilisées. Il peut aussi assurer une fonction d'orientation vers des soins en psychologie de droit commun (Mon Psy ou libéral) de par ses liens professionnels. Il participe aux réunions de synthèse.

V.4.d Interventions du psychologue

- Évaluation de l'état de santé psychologique du patient.
- Lien avec les proches.
- Dépistage des complications et des comorbidités psychologiques liées à l'addiction.
- Évaluation du tissu de ressources relationnelles du patient
- Participation aux RCP de la cellule de télé-diagnostic et à la tenue du dossier de l'utilisateur.

Le psychologue a une fonction d'appui au diagnostic médical, de renforcement de la motivation de la personne présentant une addiction à l'alcool, et éventuellement d'autres addictions au début de son parcours de soins. Il peut aussi assurer une fonction d'orientation vers des soins en psychologie de droit commun (Mon Psy ou libéral) de par ses liens professionnels. Il participe aux réunions de synthèse.

V.5 DURÉE DE L'EXPÉRIMENTATION

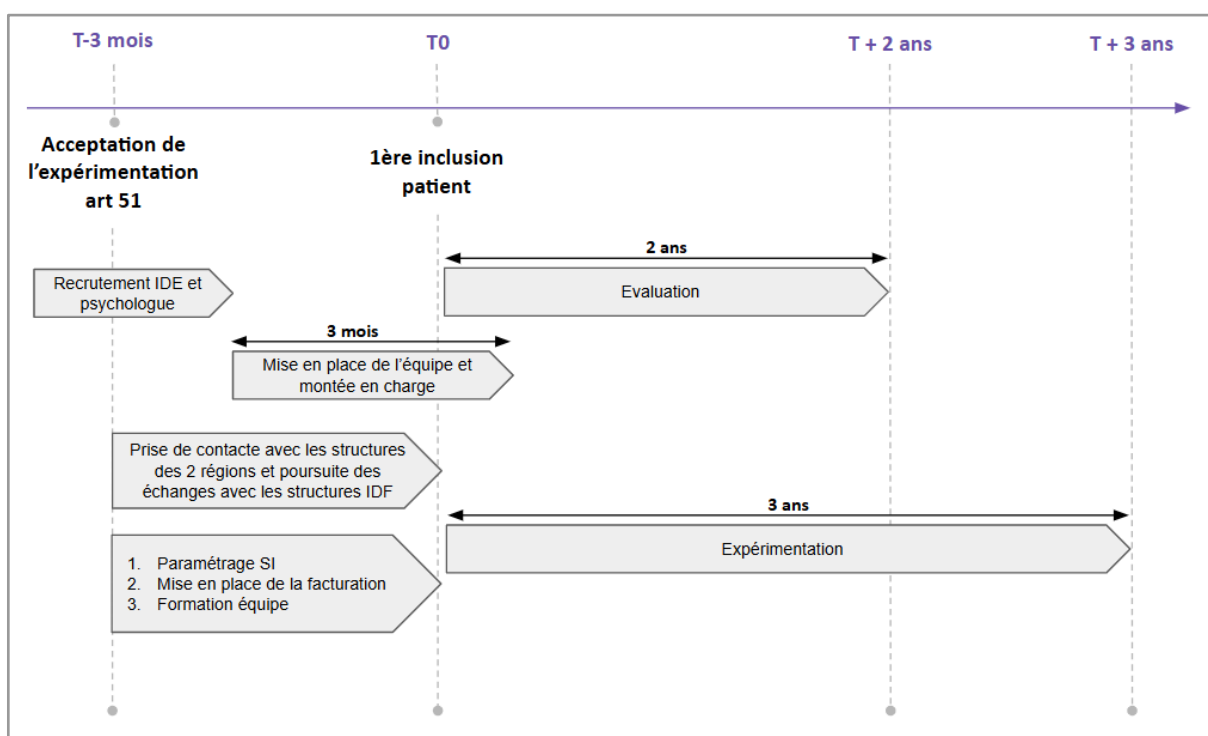
L'expérimentation régionale monocentrique **Oz**, conduite entre **2021 et 2025**, a permis d'identifier les principales étapes et délais nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle du dispositif sur le terrain.

Cette phase pilote a montré qu'il fallait **environ trois mois** pour assurer le **déploiement complet** : installation des outils numériques, formation des équipes, communication locale et coordination entre les partenaires de soins.

Au regard de ces enseignements et des ajustements organisationnels prévus pour le passage à l'échelle interrégionale, la **durée de l'expérimentation Article 51 "Oz" est fixée à trois ans**. Cette temporalité permet de **sécuriser la phase d'amorçage**, de **mesurer les effets du dispositif dans la durée** et de disposer d'un **recul suffisant pour alimenter son évaluation**. Elle garantit également la **collecte d'indicateurs pertinents** sur la répliquabilité du modèle, la continuité du parcours de soins et l'appropriation du dispositif par les acteurs territoriaux.

Au regard de ces éléments, la durée envisagée de l'expérimentation article 51 Oz est de 3 ans.

SCHÉMA 2 : PLANNING PRÉVISIONNEL DES GRANDES PHASES DE MISE EN OEUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION



V.6 COMMUNICATION ET TERRAIN D'EXPÉRIMENTATION

Afin d'atteindre un public large et diversifié dans les trois régions concernées par l'expérimentation – Île-de-France, Hauts-de-France et Nouvelle-Aquitaine – une stratégie de communication multicanal et territorialisée sera déployée pour assurer une visibilité optimale du dispositif OZ tant auprès de la population générale que des professionnels de santé. L'objectif est de garantir l'accessibilité du parcours, de renforcer le repérage des usagers concernés et de favoriser leur engagement, en particulier ceux qui n'accèdent pas spontanément aux structures de soins classiques.

Cette stratégie reposera d'abord sur une **communication numérique renforcée** : animation du site internet dédié référencé via le SEO (Search Engine Optimization), campagnes sur les réseaux sociaux (Instagram, LinkedIn), production de contenus informatifs (vidéos, témoignages, infographies) adaptés aux différents profils d'utilisateurs.

Une attention particulière sera portée à l'accessibilité mobile et à la visibilité dans les stores d'application. En parallèle, des campagnes ciblées de diffusion numérique seront menées via Google Ads et sur les plateformes fréquentées par les professionnels de santé.

Au niveau **institutionnel et professionnel**, le dispositif s'appuiera sur des relais concrets dans chacune des trois régions. En Île-de-France, la communication sera coordonnée avec l'**ARS IDF**, les **DAC (dispositifs d'appui à la coordination)**, les **CPTS**, ainsi que les **URPS Médecins et Pharmaciens**. Des partenariats de diffusion seront recherchés avec la **Fédération Addiction**, la **Société Française d'Alcoologie (SFA)**, les **Hôpitaux Universitaires Paris et la Région IDF**.

Dans les **Hauts-de-France**, la stratégie s'articulera avec l'**ARS HDF**, les **DAC du Pas-de-Calais** et de la **métropole lilloise**, ainsi que les **CPTS de Lens-Liévin, Amiens et Lille Sud**. Une mobilisation conjointe avec les coordinations de santé (notamment **Réseau Régional de Santé Mentale, Addictopôle, CHU de Lille, CSAPA Le Mail ou Générations et Cultures**) permettra de relayer les outils OZ dans les territoires, notamment via des temps d'échange, newsletters et kits d'information.

En **Nouvelle-Aquitaine**, la diffusion sera assurée en lien avec l'**ARS NA**, les **CPTS de Bordeaux, Pau et Limoges**, ainsi que les **DAC Dordogne et Charente-Maritime**. Des actions de communication seront menées avec la **CORRÉAD** et les **CSAPA portés par l'APLEAT-Acep**, le **CH Charles Perrens**, le **CH de Niort**, ainsi que les réseaux locaux comme **Addictis 33** ou le **Collectif Jeunes & Addictions**. Les **URPS Médecins Libéraux et Pharmaciens de Nouvelle-Aquitaine** seront sollicités pour diffuser les supports de communication et inciter au repérage précoce.

Des **campagnes de presse** régionales et locales seront également prévues avec des partenaires médias tels que *France Bleu, Sud-Ouest, La Voix du Nord, Le Parisien 93, et 20 Minutes*. Des **webinaires** et **rencontres territoriales** seront organisés pour les professionnels de premier recours (médecins généralistes, psychologues, pharmaciens, travailleurs sociaux), en partenariat avec les **Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)**, les **CMP** et les **associations locales d'entraide et de prévention**.

Enfin, la stratégie s'appuiera sur l'implication directe d'usagers-relais et de patients experts pour diffuser l'information dans des lieux de vie (centres sociaux, missions locales, universités, lieux festifs), assurant ainsi une **communication par les pairs** dans une logique d'aller-vers numérique renforcé.

V.7 PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE

→ Comité de Pilotage (COPIL)

Le COPIL national veille au bon déroulement et au suivi de l'expérimentation. Il veille à la bonne mise en œuvre du dispositif Oz en s'appuyant sur les indices d'activité, la conformité entre les pratiques et les protocoles définis en ajustant, si besoin, ces derniers. Il identifie les éventuels points d'attention à remonter au Comité Technique de l'Innovation en Santé. Il inscrit également l'implémentation du dispositif dans une réflexion plus large sur les conditions de dissémination du modèle.

Le COPIL se réunit une fois par semestre. Il se réserve la possibilité de convier des personnalités extérieures pour bénéficier de leur regard, de leur expertise ou de leur conseil sur un point spécifique.

Le COPIL est composé de :

- Le coordinateur médical national.
- Le référent article 51 pour les Agences Régionales de Santé des territoires concernés par le déploiement de Oz,
- Un représentant des médecins Oz,
- Un représentant des psychologues Oz,
- Un représentant de la MILDECA.

- Un représentant de l'équipe nationale Article 51,
- Un représentant de la Direction générale de la santé,
- Un représentant de la CNAM.

→ Chefferie article 51 médicale

La chefferie de projet de l'expérimentation Article 51 Oz doit être médicale car elle relève d'une innovation organisationnelle dans le soin d'une part, mais aussi de la structuration et de la supervision d'un parcours de soins en addictologie. Le déploiement régional implique la coordination d'un réseau de professionnels de santé et la vérification de la répliquabilité et de la transposabilité du parcours médical dans différents contextes territoriaux. Ce rôle suppose de pouvoir répondre aux besoins cliniques, organisationnels et formatifs des médecins, psychologues et infirmiers impliqués, et d'assurer leur accompagnement dans les ajustements du dispositif, le recrutement ou la formation. Une chefferie médicale garantit ainsi la cohérence scientifique et clinique du projet, la qualité du suivi des patients, et la conformité de l'expérimentation avec les standards de santé publique et les exigences réglementaires du cadre Article 51.

Les principales missions du chef d'article 51 Oz sont les suivantes :

- **Pilotage stratégique et visibilité du dispositif**
 - Assurer une **visibilité optimale** du dispositif auprès de la population générale et des professionnels de santé des territoires concernés par l'expérimentation.
 - Mobiliser les acteurs des **trois régions d'expérimentation** (Île-de-France, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine).
- **Supervision du fonctionnement opérationnel**
 - Assurer le **recueil et la fiabilité des données administratives et sanitaires**.
 - Garantir la **tenue des permanences** dans les cellules de contact et de télédiagnostic.
 - Organiser et permettre la **formation** et l'intégration au protocole d'expérimentation des professionnels impliqués.
- **Gestion technique et organisationnelle**
 - Piloter les recueils des forfaits
 - Superviser le fonctionnement de la **cellule de premier contact** (hors financement Article 51).
- **Coordination interprofessionnelle**
 - Assurer la bonne **articulation entre les infirmiers de la cellule de premier contact** et les **médecins/psychologues de la cellule de télédiagnostic**.
 - Garantir la **fluidité des orientations** vers les structures d'aval.
- **Maillage et ancrage territorial**
 - Travailler une **dynamique d'orientation des dispositifs d'aval** et des partenaires sur chaque territoire.
 - Identifier les **points de relais**, les **zones de tension** et les **opportunités de maillage local**.

- **Suivi, évaluation et amélioration continue**
 - Mettre en place un **tableau de bord national** de suivi des indicateurs avec les évaluateurs externes
 - Organiser la **remontée des retours terrain** et faciliter le processus d'évaluation.

VI LES OUTILS NÉCESSAIRES POUR L'EXPÉRIMENTATION

VI.1 LES OUTILS DE LA PRISE EN CHARGE PATIENT

VI.1.a LES OUTILS NON NUMÉRIQUES

- Fiche d'information des patients inclus (digitalisée).
- Support de protocole Oz pour les équipes.
- Support de communication à destination des professionnels de santé, des patients et communiqué de presse.
- DIPEC.
- Échelles d'évaluation validées : AUDIT, EPICES, score de Cushman, SF8.

VI.1.b LES OUTILS NUMÉRIQUES

L'expérimentation dans le cadre de l'article 51 porte exclusivement sur le volet soin. L'application "Option Zéro" est financée par ailleurs dans le cadre du Fond de Lutte Contre les Addictions. L'application "Option Zéro" ne rentre pas dans les outils numériques concernés par cette section.

VI.1.b.1 Outil de prise de rendez-vous, d'échange avec le patient : Doctolib Pro

Cette plateforme de gestion médicale permet d'avoir un outil unique pour la prise de rendez-vous en ligne et un espace de téléconsultation sécurisé accessible à l'ensemble des professionnels impliqués dans le suivi des usagers Oz.

Des fonctionnalités de gestion des agendas médicaux, synchronisation automatisée des rendez-vous, et d'envoi des ordonnances complètent cet outil. Il permet également aux professionnels de santé de gérer les dossiers patients de manière sécurisée, d'envoyer des rappels automatiques aux patients et de faciliter la communication entre les praticiens au sein d'une même équipe médicale. En outre, la plateforme propose des outils de statistiques et de suivi de l'activité pour optimiser la gestion de la pratique médicale.

Cet outil est largement connu des professionnels de santé et du grand public. Cette familiarité avec le système Doctolib facilite la prise de décision des usagers lorsqu'ils s'apprêtent à formaliser une demande d'accompagnement auprès de l'équipe de premier appel.

Une étude de marché a été menée pour trouver un outil public de substitution à Doctolib. Plusieurs contraintes rendent leur usage inadapté au projet Oz :

- Ces outils ne permettent pas la prise de rendez-vous. Ils assurent uniquement la téléconsultation. Ainsi, un outil de prise de rendez-vous porté par le secteur privé devra être utilisé. La duplication des outils obligera un travail de ressaisie entre la prise de rendez-vous de l'utilisateur et son ajout dans l'outil de téléconsultation
- Concernant la téléconsultation :
 - Ces outils délivrés par les GRADES ne permettent pas d'avoir de profil pour les médiateurs santé ou les psychologues.

- Ainsi, une partie des professionnels intervenant sur le parcours Oz n'aura pas accès à l'outil public. Un outil privé spécifique devrait être utilisé pour eux. Cela impliquerait de grandes difficultés dans le partage d'informations et un travail de ressaisie considérable
- Chaque région à sa propre solution portée par son GRADE. Ainsi il faudrait autant d'outils que de régions.

VI.1.b.2 Outil de communication avec les professionnels de santé et structures d'aval

L'association CaPASSCité dispose de messageries sécurisées, notamment la messagerie OVH utilisée dans le cadre de ses activités de soins CSAPA, ainsi que d'adresses mails du réseau MSSanté individuelles.

Ces canaux seront privilégiés pour l'envoi de documents relatifs aux patients, afin de garantir la confidentialité des échanges.

En fonction de l'équipement des médecins, des partenaires et des structures d'orientation d'aval, d'autres moyens de communication tels que la messagerie Doctolib ou le fax pourront également être mobilisés.

VI.2 LE SYSTÈME D'INFORMATION (SI) GÉNÉRAL DE L'EXPÉRIMENTATION

Le système d'information général de l'expérimentation doit permettre 4 grandes fonctionnalités :

- Le suivi des patients.
- La traçabilité et l'accessibilité par les professionnels concernés des dossiers des patients.
- La possibilité d'une évaluation de l'expérimentation.
- La facturation : déclaration des forfaits via le NIR patient / actes de soins et suivi des remboursements.

éO Addictions est un logiciel professionnel développé par la société EIG.

Ce logiciel a été créé pour les acteurs de terrain en addictologie ou de la réduction des risques et des dommages, notamment en toxicomanie, alcoologie, tabacologie. Il est utilisé par une très grande majorité d'entre eux. C'est un outil de suivi de la prise en charge médico-psycho-sociale des patients et tenue du dossier administratif du patient. Il offre un espace de travail numérique commun, confidentiel, personnalisable, multi-site, accessible selon plusieurs niveaux d'habilitation.

éO Addiction est un outil référencé Ségur, Il permet de s'interfacer avec le DMP du patient.

Des synthèses peuvent être paramétrées sur mesure et être éditées de manière automatique. Elles peuvent ensuite être déposées dans le DMP du patient sur Mon Espace Santé. (Nota : Ce dépôt ne peut se faire de manière automatique. En effet, l'étape du dépôt nécessite l'authentification du professionnel de santé déposant et l'acceptation du patient pour le dépôt du document).

VI.3 OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DU SI ET DES DONNÉES DE SANTÉ À CARACTÈRE PERSONNEL

L'expérimentation répond aux recommandations et bonnes pratiques d'une structure assurant une activité médicale. Le même niveau de confidentialité et de protection des données est assuré. Les outils informatiques et société d'hébergement utilisés sont choisis pour les garanties qu'ils apportent. Ils sont certifiés et mettent en place les mesures nécessaires à la protection des données.

VII INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS INCLUS DANS L'EXPÉRIMENTATION

*** Données administratives**

- Nom et Prénom.
- Genre.
- NIR.
- Date de naissance.
- Adresse.
- Numéro de téléphone.
- Courriel.
- Situation familiale.
- Situation professionnelle.
- Personne de confiance.

✱ **Données médicales**

- Date et typologie des télé-consultations (diagnostic de situation / suivi).
- Antécédents psychiatriques et somatiques.
- Consommation d'alcool et d'autres toxiques.
- Comorbidités somatiques actuelles.
- Co-addictions.
- Traitements pharmacologiques actuels.
- Histoire de vie.
- Objectifs et préférences du patient vis-à-vis du télé-suivi.
- Scores aux échelles cliniques systématiques.
- Niveau de risque alcool.
- Résultats de biologie et d'imagerie.
- Orientation proposée à l'issue du parcours.

VIII FINANCEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION

VIII.1 MODALITÉ DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSÉE

VIII.1.a FINANCEMENT LIÉS AUX PRESTATION DÉROGATOIRES

VIII.1.a.1 MÉTHODE DE CALCUL UTILISÉE POUR DÉFINIR LE MONTANT DES PRESTATIONS DÉROGATOIRES

Le parcours usager est composé de différents forfaits successifs.

- **Forfait 1 : dépistage**
- **Forfait 2 : diagnostic et évaluation des situations**, selon les éléments recueillis lors du premier contact et en fonction du risque alcool, un forfait de télé-diagnostic
- **Forfait 3 : orientation**, suivant les préconisations en lien avec le diagnostic, pour les patients qui en relèvent.

Le tableau ci-dessous présente la composition de ces forfaits et leur coûts

Tableau 2 : Synthèse présentant les forfaits (prestations dérogatoires)

FORFAIT 1 : Forfait dépistage pour 100% des personnes ayant testé l'appli et pris rendez-vous sur doctolib

Intervenant	Intervention	% de patients concernés	Fréquence	Durée moyenne en min	Coût horaire brut chargé	Coût unitaire
IDE (formé en addictologie)	Entretien individuel à distance	100%	1	30	35,00 €	17,50 €
IDE (formé en addictologie)	Création du dossier patient	100%	1	15	35,00 €	8,75 €
IDE (formé en addictologie)	RPIB	50%	1	15	35,00 €	4,38 €
Total arrondi forfait 1						31,00 €

FORFAIT 2 : Forfait de diagnostic si alcoolisme avéré par la cellule de télé-intervention

Intervenant	Intervention	% de patients concernés	Fréquence	Durée moyenne en min	Coût horaire brut chargé	Coût unitaire
Médecin addictologue	Entretien individuel à distance avec bilan	100%	1	60	100 €	100,00 €
Psychologue	Entretien individuel à distance avec bilan	100%	1	60	44 €	44,00 €
IDE (formé en addictologie)	RCP	100%	1	15	35 €	8,75 €
Médecin addictologue		100%	1	15	100 €	25,00 €
Psychologue		100%	1	15	44 €	11,00 €
IDE (formé en addictologie)	Restitution de la RCP au patient	33%	1	30	35 €	5,83 €
Médecin addictologue		33%	1	30	100 €	16,67 €
Psychologue		33%	1	30	44 €	7,33 €
Total arrondi forfait 2						219,00 €

Nombre de patients par heure de RCP 4

FORFAIT 3 : Forfait orientation si alcoolisme avéré par la cellule de télé-intervention

Intervenant	Intervention	% de patients concernés	Fréquence moyenne	Durée moyenne en min	Coût horaire brut chargé	Coût unitaire
IDE (formé en addictologie)	Organisation de l'orientation vers les structures du territoire	100%	1	60	35 €	35,00 €
Total arrondi forfait 4						35,00 €

VIII.1.a.2 PRÉVISION DE CONSOMMATION DES DIFFÉRENTS FORFAITS

Les forfaits se succèdent pour un même patient ; toutefois, leur activation n'est pas systématique. Certains usagers ne nécessitent pas l'ensemble du parcours, soit en raison de l'évolution favorable de leur situation, soit par choix personnel.

Sur la base des données issues des cinq années d'expérimentation, les proportions suivantes sont anticipées :

- **Forfait 1** : 100 % des usagers inclus dans l'expérimentation
- **Forfait 2** : 85 % (calculé sur les usagers ayant bénéficié du forfait 1)
- **Forfait 3** : 77 % (calculé sur les usagers ayant bénéficié du forfait 1)
De manière exceptionnelle, un même patient peut réintégrer le parcours après un délai minimal de six mois par rapport à la date de premier échange du précédent parcours. Dans ce cas, l'ensemble des trois forfaits peut à nouveau être mobilisé.

VIII.1.a.3 ACTE DÉCLENCHANT CHAQUE FORFAIT

- Forfait 1 : Réalisation de l'appel téléphonique
- Forfait 2 : Présentation de la citation du patient en RCP
- Forfait 3 : Communication d'un rapport d'orientation au patient

VIII.1.b ESTIMATION DU BESOIN EN CRÉDITS D'AMORÇAGE ET D'INGÉNIERIE (CAI)

Les seuls coûts d'amorçage de l'expérimentation sont concentrés sur l'année 1 uniquement et comprennent :

→ Les frais liés à l'équipe d'amorçage

- Formation initiale et délai nécessaire à la montée en charge du dispositif
- La mobilisation du porteur de projet pour la mise en place de l'expérimentation art 51 en tant que fondatrice et garante de la cohérence du dispositif Oz. Le porteur de cette expérimentation article 51 assure un rôle stratégique et opérationnel. Cette mobilisation comprend la coordination générale du projet, l'articulation avec les partenaires institutionnels (ministères, ARS, équipes article 51), la supervision du déploiement régional, ainsi que la gestion des volets réglementaire, juridique et budgétaire.

- Elle inclut également la structuration de l'équipe projet, l'organisation des circuits de formation des professionnels intégrant le dispositif Oz, l'accompagnement à la montée en charge du dispositif dans les territoires, le pilotage du recueil de données pour l'évaluation médico-économique et la sécurisation des conditions d'adossment à la filière de soins en addictologie. Le porteur garantit la continuité et la qualité du projet tout au long de l'expérimentation, ainsi que sa répliquabilité à l'échelle nationale. À ce titre, un financement dédié à cette fonction (0,2 ETP) est requis pour assurer une disponibilité suffisante des ressources humaines (direction médicale, coordination administrative, ingénierie de projet) et des moyens logistiques nécessaires à la conduite du projet dans les trois régions concernées.
- La mise en place du système d'information éO Addiction
- Du matériel informatique pour permettre à chaque membre de l'équipe d'assurer l'activité à distance

Tableau 3 : Ventilation des crédits d'amorçages

	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Equipe d'amorçage	76 413 €	- €	- €	76 413 €
Accompagnement à la mise en place par l'expérimentateur principal	16 500 €	- €	- €	16 500 €
Gestion de projet administrative	13 500 €	13 500 €	13 500 €	40 500 €
Chefferie de projet Nationale médicale	33 000 €	33 000 €	33 000 €	99 000 €
Formation des régions & partage des bonnes pratiques	1 566 €	1 566 €	1 566 €	4 698 €
Frais d'impression	390 €	390 €	390 €	1 170 €
SI intercentre de suivi des patients	11 365 €	4 415 €	4 636 €	20 416 €
Ordinateurs et téléphone	6 400 €			6 400 €
Total Crédit Amorçage et Ingénierie (FISS)	159 134 €	52 871 €	53 092 €	265 097 €

VIII.1.c ESTIMATION DU BESOIN EN DOTATION

Aucun besoin en dotation n'est prévu pour l'expérimentation.

VIII.1.d SYNTHÈSE DU BESOIN FINANCIER

Le besoin de financement de l'expérimentation sur l'ensemble de sa durée, soit 3 ans, représente un montant total de 860 701 €. Ce montant est le maximum autorisé si tout ce qui est prévu dans le cahier de charges est réalisé.

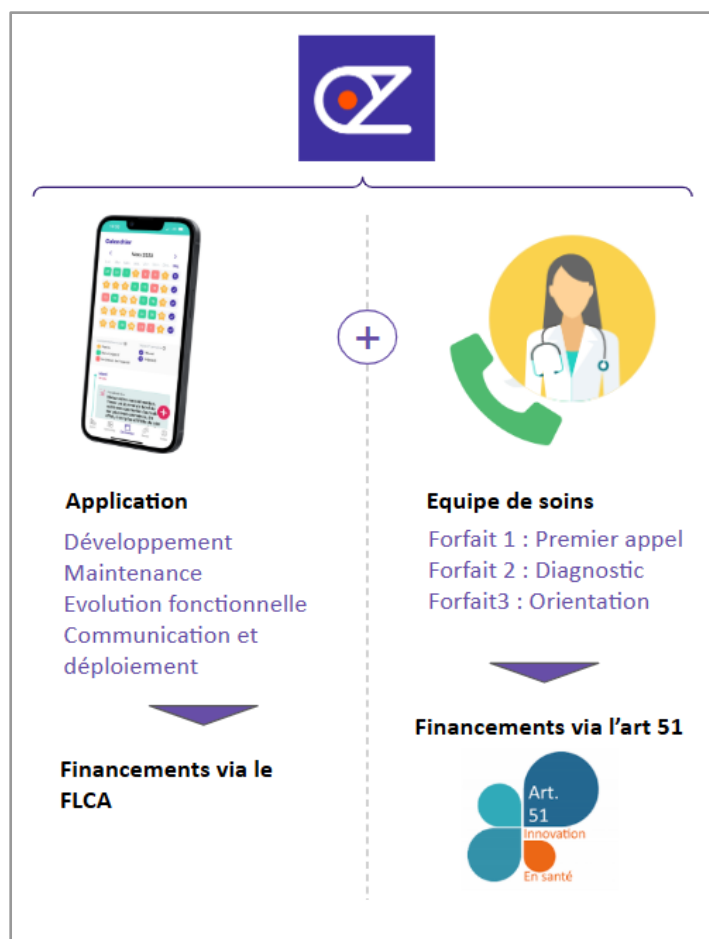
Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- des crédits d'amorçage et d'ingénierie pour un montant total de 265 097 €, versés par la CNAM en tant que projet national (FISS)
- des financements dérogatoires du droit commun, complémentaires pour un montant maximum de 595 604 € (FISS), dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une ou plusieurs conventions avec la CNAM.

Tableau 5 : Ventilation annuelle des crédits

	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb patients inclus (Prévisionnel)	580	930	930	2440
Prestations dérogatoires (Prévisionnel)	141 578 €	227 013 €	227 013 €	595 604 €
CAI	159 134 €	52 871 €	53 092 €	265 097 €
Total général	300 712 €	279 884 €	280 105 €	860 701 €
Coût moyen de financement CAI et dotation par patient				108,65 €
Coût moyen de financement dérogatoire par patient				244,10 €

VIII.1.e CIRCUITS FINANCIERS ET CENTRES EXPÉRIMENTATEURS PRIMAIRE ET SECONDAIRES



Le circuit de financement proposé dans le cadre du déploiement national d'Oz comprend un centre expérimentateur national qui porte l'ensemble des cellules nécessaire à l'expérimentation et la responsabilité de portage.

Les coûts liés à l'application sont financés par le FLCA et comprennent :

Les coûts liés à l'application mobile OZ sont distincts des actes pris en charge dans le cadre de l'article 51 et sont financés par le Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA).

Ils comprennent l'ensemble des charges liées au **développement, à la maintenance, à l'évolution fonctionnelle et à l'animation** de l'outil numérique. Concrètement, cela recouvre : les prestations techniques des développeurs (mise à jour, correction de bugs, évolutivité avec les systèmes iOS/Android), la sécurisation des données, l'hébergement, le design UX/UI, le référencement SEO/SEA, l'administration du back-office, ainsi que la production de contenus pédagogiques (articles, vidéos, parcours interactifs).

Le financement FLCA permet également de couvrir les ressources humaines mobilisées sur ce volet : **chef de produit, data analyst, spécialiste SEO, et support utilisateur**. Enfin, il prend en charge l'évaluation scientifique de l'impact de l'application utilisée en autonomie, notamment via une étude clinique enregistrée sur le registre européen EU Clinical Trial Register.

Seront financés par le FISS : :

- Les coûts liés aux forfaits :
 - Forfait 1 – Forfait dépistage (cellule premier contact)
 - Forfait 2 – Forfait évaluation médico-psychologique (cellule télé-diagnostic)
 - Forfait 3 – Orientation (mise en lien avec les acteurs territoriaux)
- Les crédits d'amorçage et d'ingénierie : CAI

VIII.2 BESOINS EN RECRUTEMENT

L'expérimentation nécessite le recrutement de plusieurs types de professionnels pour assurer la prise en charge des usagers.

Le tableau ci-dessous présente le besoin estimatif global en nombre d'ETP par centre expérimentateur. Cette estimation globale tient compte des besoins sur la partie forfait mais également sur la partie CAI.

Tableau 6 : Evaluation du besoin en ETP

	Année 1	Année 2	Année 3
IDE	1,0	1,2	1,2
Médecin addictologue	0,7	0,7	0,7
Psychologue	0,7	0,7	0,7
Secrétaire	0,3	0,2	0,2
Administratif - DAF	0,3	0,2	0,2
Directeur de structure	0,4	0,2	0,2
Total	3,2	3,1	3,1

Voici ci-dessous un zoom sur les besoins RH en heures pour la partie forfait.

Tableau 7 : Temps d'accompagnement d'un patient par profil de professionnel de santé en fonction de son parcours

Besoins RH exprimé en heure par forfait			
	IDE (formé en addictologie)	Médecin addictologue	Psychologue
Forfait 1 : Dépistage	0,9	0,0	0,0
Forfait 2 : Diagnostic	0,4	1,4	1,4
Forfait 3 : Orientation	1,0	0,0	0,0

VIII.3 AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Concernant le volet soins, aucune autre source de financement n'est sollicitée dans le cadre de cette expérimentation.

Comme indiqué en section VIII.1.E sur les circuits de financement, le volet applicatif bénéficie par ailleurs d'un soutien FLCA. Ce volet applicatif ne fait pas partie de l'expérimentation art. 51.

VIII.4 ESTIMATION DES COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE ET DES COÛTS ÉVITÉS

L'objectif principal de cet article 51 est de favoriser l'accès aux soins de personnes qui, jusqu'alors, n'en bénéficient pas (ou améliorer le non-recours aux soins en alcoologie). Il s'agit d'une expérimentation visant à renforcer la prévention secondaire.

À ce titre, le dispositif **ne se compare pas directement à une prise en charge existante**, puisqu'il s'adresse à un public souvent en dehors du système de soins.

Les **coûts évités** doivent donc être envisagés non pas en comparaison avec un modèle de référence d'accompagnement, mais **au regard des conséquences d'une absence de prise en charge**. Ces coûts sont par nature difficiles à quantifier, car ils relèvent de dynamiques complexes et multidimensionnelles.

Sans pouvoir les chiffrer précisément, nous pouvons toutefois indiquer que l'expérimentation vise à réduire, à moyen et long terme, plusieurs types de coûts sociétaux liés à l'addiction à l'alcool :

- **Impact sur l'emploi** : réduction des pertes d'emploi, de l'absentéisme et des difficultés de retour à l'emploi ;
- **Impact sanitaire** : diminution du recours à des soins lourds ou spécialisés pour des pathologies liées à la consommation chronique d'alcool ;
- **Impact en santé publique et sécurité routière** : réduction de l'accidentologie liée à l'alcool ;
- **Impact social** : amélioration de la qualité de vie, des relations familiales et du maintien dans le logement.

A titre d'illustration, en France, le coût social de la consommation d'alcool est estimé à près de **102 milliards d'euros par an**, incluant les dépenses de santé, les pertes de productivité et la mortalité prématurée, ce qui en fait la **première cause de coût social des drogues** devant le tabac et les autres substances (OFDT, 2019). L'économie potentielle générée par Oz réside principalement dans la prévention de ces complications sociales, professionnelles et médicales associées à une absence de prise en charge des troubles liés à l'alcool.

IX EVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION

L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée par une équipe externe au projet et supervisée par la Cellule d'évaluation (CELEVAL) pilotée par la DREES et la CNAM. La méthodologie de l'évaluation sera élaborée par cette équipe dans le cadre d'échanges répétés avec les porteurs et la CELEVAL.

Indicateurs envisagés pour l'évaluation de la faisabilité, de l'efficacité et de la reproductibilité

*** Indicateurs de moyen**

- Utilisation du budget annuel
- Coût de fonctionnement rapporté au nombre d'utilisateur pris en charge
- Nombre d'ETP effectifs par profession rapportés aux ETP planifiés

*** Indicateurs de processus**

- Nombre de forfait réalisées par type de forfait
- Nombre d'utilisateurs réalisant le parcours de soin (taux de « perdus de vue »)
- Répartition du nombre d'utilisateur avec un usage nocif et un usage nocif avec dépendance
- Nombre de RCP
- Nombre d'acteurs locaux de soins sollicités
- Délai entre la demande de l'utilisateur et la prise en charge
- Délai sur les structures d'aval pour une orientation
- Proportion de demande d'examens (biologie par ex)

*** Indicateurs de résultat**

- Mesure de la capacité à toucher un public différent de l'existant en alcoologie : âge, genre, CSP, score EPICES, score SF8 et AUDIT des utilisateurs pris en charge par les cellules de télé-intervention régionales
- Proportion des utilisateurs suivis n'ayant jamais sollicité d'accompagnement en addictologie au préalable au sein de l'offre de soin actuelle
- Satisfaction des utilisateurs à l'issue de la consultation infirmière du forfait orientation
- Proportion des acteurs locaux de soins sollicités ayant répondu favorablement
- Durée entre prise de Rdv en présentiel et effectivité de la consultation
- Durée du processus de bout en bout
- Homogénéité des indicateurs entre les 3 régions du projet (reproductibilité territoriale)

X DÉROGATIONS NÉCESSAIRES POUR LA MISE EN OEUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION

- X.1 AUX RÈGLES DE FACTURATION, DE TARIFICATION ET DE REMBOURSEMENT RELEVANT DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (CSS)**
- X.2 AUX RÈGLES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS RELEVANT DES DISPOSITIONS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (CSP)**
- X.3 AUX RÈGLES DE TARIFICATION ET D'ORGANISATION APPLICABLES AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MENTIONNÉS À L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF)**

XI LIENS D'INTÉRÊTS

Il n'y a pas de lien d'intérêt à déclarer

XII ELÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

- Andler R, Quatremère G, Gautier A, Soullier N, Lahaie E, Richard JB, et al. Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : résultats du Baromètre santé de Santé publique France. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(17):304-12.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Expertise collective. Paris: Inserm, 2021.
- Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(56):97-108.
- Kopp P. Le coût social des drogues en France. OFDT, 2015.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ. 2004;82(11):858-66.
- Circulaire N°DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 17 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
- Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
- Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.
- Rapport national. OFDT, 2012.
- Rapport d'activité des ELSA. DGOS, 2017.
- Pale C. Le dispositif de traitement des addictions. OFDT, 2019.
- Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Santé publique France, 2017.
- Gustafson DH, McTavish FM, Chih MY, Atwood AK, Johnson RA, Boyle MG, et al. A smartphone application to support recovery from alcoholism: A randomized controlled trial. JAMA Psychiatry. 2014;71(5): 566-72.
- Tarp K, Bojesen AB, Mejlal A, Nielsen AS. Effectiveness of Optional Videoconferencing-Based Treatment of Alcohol Use Disorders: Randomized Controlled Trial. JMIR Ment Health. 2017;4(3):e38.
- Saunders, JB, Aasland OG, Babor TF, de la Puente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. Addiction. 1993;88(6):791-804.
- Thierry JP, Reynaud M. E-Santé et Addictions. Addictions : la révolution de l'e-Santé pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge. Fonds Actions Addictions, MILDECA, 2019.
- Diagnostic de situation OZ
- Score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie
- Échelle de qualité de vie SF8 : SF-8 (*QualityMetric, Incorporated*). La SF-8, une nouvelle évaluation générique de 8 items, génère un profil de santé constitué de 8 échelles et de deux mesures sommaires décrivant la qualité de vie liée à la santé. La SF-8 utilise une question pour mesurer chacun des 8 domaines de la SF-36. L'élaboration, la validation et la normalisation de la nouvelle SF-8, incluant les versions de rappel standard (rappel de 4 semaines), de rappel aigu (rappel d'une semaine) et de rappel de 24 heures, sont documentées dans le manuel de la SF-8, "*How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 Health Survey*" (Ware, Kosinski, Dewey & Gandek, 2001)

XIII ANNEXES

Annexe 1 : **Table des orientations possibles à l'issue du diagnostic de situation selon le gradient de sévérité du trouble addictologique**

L'orientation, spécialisée ou non, dans le réseau de soin territorial à l'issue du diagnostic de situation a pour but de répondre au mieux à la problématique de consommation d'alcool de chaque usager en sollicitant l'ensemble des ressources disponibles dans son territoire. Il est systématiquement proposé aux usagers éligibles de participer à un mouvement d'entraide dès la mise en place du projet thérapeutique. Cela permet d'améliorer significativement le pronostic à long terme.

Orientation vers les acteurs de soin selon la sévérité de l'alcoolodépendance

→ Sévérité légère : orientation vers la médecine générale

Le patient participe au premier contact où l'IDE formée en alcoologie effectue une évaluation de sa situation.

Durant cet entretien, si le niveau de gravité de l'addiction est classé léger, l'IDE réalise un RPIB, envoie des brochures et conseils par mail au patient qui le souhaite et oriente le patient vers son médecin généraliste avec un courrier type.

→ Sévérité modérée et médecin traitant référencé : évaluation et orientation vers la médecine générale

Le patient présente une consommation problématique mais sans signes de dépendance sévère ou de complications majeures. Le patient est par ailleurs inséré socialement et il a un médecin traitant référencé auprès de la CPAM.

Il est orienté par l'IDE de premier contact pour être évalué par la cellule de télé-diagnostic. Le médecin et le psychologue vont approfondir l'évaluation, poser un diagnostic et rédiger un courrier de synthèse.

Le courrier de synthèse est envoyé par voie électronique ou postale au médecin généraliste référent du patient (ou un médecin de proximité en cas d'absence de médecin traitant), avec le résumé de l'évaluation alcoologique, les recommandations sur la prise en charge (conseils de réduction de consommation et prescription éventuelle de traitements) et une proposition de suivi régulier en consultation de médecine générale.

En cas de situation plus complexe ou ambiguë, un appel peut être passé par le médecin addictologue OZ au médecin traitant pour lui expliciter la prise en charge clinique adaptée et discuter des options de prise en charge.

Le patient est encouragé à poursuivre des consultations régulières chez son médecin généraliste, l'utilisation de l'outil applicatif OZ lui est conseillé en complément du suivi qu'il assure au cabinet.

→ Sévérité modérée et absence de médecin traitant référencé : évaluation et orientation vers une MSP

Le patient présente une consommation problématique mais sans signes de dépendance sévère ou de complications majeures. Le patient est par ailleurs inséré socialement mais il n'a pas de médecin généraliste.

Il est orienté par l'IDE de premier contact pour être évalué par la cellule de télé-diagnostic. Le médecin et le psychologue vont approfondir l'évaluation, poser un diagnostic et rédiger un courrier de synthèse.

Le courrier de synthèse est envoyé par voie électronique ou postale au médecin généraliste référent du patient (ou un médecin de proximité en cas d'absence de médecin traitant), avec le résumé de l'évaluation alcoologique, les recommandations sur la prise en charge (conseils de réduction de consommation et prescription éventuelle de traitements) et une proposition de suivi régulier en consultation de médecine générale.

En cas de situation plus complexe ou ambiguë, un appel peut être passé par le médecin addictologue OZ au médecin traitant pour lui expliciter la prise en charge clinique adaptée et discuter des options de prise en charge.

Le patient est encouragé à poursuivre des consultations régulières chez son médecin généraliste, qui peut conseiller l'utilisation de l'outil applicatif OZ en complément du suivi qu'il assure au cabinet.

→ **Sévérité modérée à sévère : évaluation et orientation vers une équipe d'addictologie**

Le patient montre des signes de dépendance avec un impact significatif sur sa santé, mais ne nécessite pas une prise en charge hospitalière immédiate.

Cette orientation peut aussi être mobilisée pour des patients avec une problématique addictive modérée, mais une situation personnelle complexe ou de précarité.

Consultation d'orientation inter-équipe : une consultation d'orientation est organisée entre l'équipe de télé-diagnostic et une équipe d'addictologie locale (Equipe Addict, CSAPA), pour discuter des options de prise en charge, incluant :

- Sevrage ambulatoire supervisé.
- Thérapies comportementales et cognitives (TCC).
- Évaluation psychiatrique si nécessaire.

Un appel est passé à l'équipe d'addictologie pour organiser la première consultation du patient. Un courrier de liaison contenant les informations pertinentes (évaluation alcoologique, antécédents) est envoyé.

Le patient est orienté vers un suivi spécialisé en addictologie (consultations régulières, participation à des groupes, etc.).

→ **Sévérité sévère : orientation vers la filière spécialisée en addictologie (hospitalisation, prise en charge multidisciplinaire)**

Le patient présente des signes de dépendance grave avec des complications médicales, psychiatriques ou sociales nécessitant une prise en charge intensive.

Un adressage immédiat vers les urgences est organisé entre le médecin addictologue OZ et une structure hospitalière.

Un contact avec l'ELSA de l'hôpital, spécialisée en addictologie est pris téléphoniquement et un courrier de liaison détaillé, incluant les antécédents et l'évaluation alcoologique est transmis.

Orientation vers les acteurs de soin selon la filière de prise en charge

→ **Orientation vers le soin non spécialisé en addictologie**

Cette orientation s'adresse aux usagers ayant une consommation nocive d'alcool sans dépendance associée ni comorbidité psychiatrique. Elle mobilise des intervenants de santé tels que les médecins **généralistes, les psychiatres ou les psychologues cliniciens libéraux**.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) jouent un rôle clé dans l'accès à un suivi à long terme et l'ancrage du patient des soins continus à travers les médecins généralistes qui y travaillent en lien les autres professionnels.

Certains usagers, notamment ceux en situation de précarité, d'exclusion sociale ou présentant des besoins d'accompagnement médico-social global, peuvent être orientés vers un **Centre Médico-Social (CMS)**. Ces structures permettent une prise en charge holistique incluant l'accès aux soins médicaux de premier recours, le soutien social et l'orientation vers des dispositifs adaptés (hébergement, emploi, couverture sociale).

Les usagers en situation complexe, présentant une consommation d'alcool à risque et nécessitant un suivi renforcé en soins primaires, peuvent être adressés vers une **Équipe Addict'**. Ces équipes pluridisciplinaires,

intégrées aux cabinets médicaux, permettent une prise en charge coordonnée par un médecin généraliste, un psychologue et un travailleur social. Elles sont particulièrement indiquées pour les usagers en difficulté avec leur consommation d'alcool, mais ne nécessitant pas un suivi spécialisé en alcoologie.

→ **Orientation vers le soin ambulatoire spécialisé en addictologie**

Cette orientation concerne les usagers volontaires en situation de consommation d'alcool avec dépendance et/ou ayant une comorbidité psychiatrique nécessitant un accompagnement.

Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : Ces structures constituent un relais privilégié pour la prise en charge des usagers nécessitant un accompagnement approfondi (prise en charge médico-psychologique, sevrage ambulatoire, interventions socio-éducatives). Les usagers identifiés comme nécessitant un suivi prolongé peuvent être orientés vers ces centres, notamment lorsque des traitements médicamenteux de l'addiction sont nécessaires.

Les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues) : Pour les patients en situation de grande précarité ou de polyconsommation, une articulation avec ces structures permet une approche spécifique de réduction des risques et d'accompagnement vers le soin.

→ **Orientation vers le soin hospitalier spécialisé en addictologie**

Cette orientation concerne les usagers en situation de consommation d'alcool avec dépendance ayant des freins à un suivi ambulatoire en alcoologie. Ces derniers ont généralement une indication de sevrage hospitalier. L'usager est orienté de manière graduée, suivant sa situation clinique vers une Consultation Hospitalière en Addictologie ou vers une consultation d'admission en sevrage hospitalier (sevrage hospitalier simple ou complexe).

Cette orientation concerne les usagers en situation de **consommation d'alcool avec dépendance**, présentant des **freins à un suivi ambulatoire en addictologie** ou nécessitant une prise en charge plus intensive. Plusieurs situations cliniques peuvent justifier une hospitalisation :

- **Échecs répétés des prises en charge ambulatoires** (suivi en CSAPA, par un médecin généraliste ou un psychiatre, interventions en Équipe Addict').
- **Présence d'une comorbidité psychiatrique sévère** (dépression majeure avec risque suicidaire, troubles psychotiques, bipolarité non stabilisée).
- **Complications somatiques graves liées à la consommation d'alcool** (hépatopathie sévère, pancréatite aiguë, polynévrite alcoolique, atteinte neurologique sévère).
- **Nécessité d'un sevrage en milieu sécurisé** en raison d'un syndrome de sevrage complexe (risque de complications neurovégétatives, antécédents de sevrage compliqué avec délirium tremens ou crise d'épilepsie).
- **Situation sociale précaire** empêchant un suivi ambulatoire efficace (absence de domicile stable, isolement social, vulnérabilité majeure).

L'usager est orienté de manière graduée, en fonction de sa situation clinique, principalement vers **deux types de structures sanitaires** de la filière de soin en addictologie que sont les **consultations hospitalières en addictologie** et les **services hospitaliers de sevrage**.

Pour les patients nécessitant une **prise en charge spécialisée**, mais sans indication immédiate de sevrage hospitalier, une orientation vers une consultation hospitalière en addictologie est privilégiée.

Lorsque le sevrage ne peut être réalisé en ambulatoire en raison d'un **risque médical** de syndrome de sevrage, une hospitalisation est nécessaire.

→ Orientation vers le soin spécialisé en psychiatrie

Cette orientation concerne les usagers présentant une **consommation d'alcool avec comorbidité psychiatrique sévère** ou un **trouble psychiatrique majeur indépendant de l'addiction** nécessitant une prise en charge spécialisée en psychiatrie.

L'orientation vers un service psychiatrique peut être justifiée dans plusieurs situations :

- **Troubles de l'humeur sévères** (dépression majeure avec risque suicidaire, troubles bipolaires non stabilisés).
- **Troubles psychotiques** (schizophrénie, trouble schizo-affectif, épisode délirant aigu).
- **Troubles anxieux sévères** avec impact majeur sur le fonctionnement quotidien.
- **Comportements suicidaires récents** ou idées suicidaires actives nécessitant une évaluation approfondie.
- **Trouble de la personnalité sévère** avec comportements impulsifs et auto-agressifs en lien avec l'usage d'alcool.
- **Troubles cognitifs secondaires à l'alcool** (syndrome de Korsakoff, troubles neurocognitifs).

Suivant la sévérité, une possibilité d'orientation vers un psychiatre libéral, un **Centre Médico-Psychologique (CMP)** ou une hospitalisation de secteur pour les patients présentant un **épisode psychiatrique aigu nécessitant une hospitalisation**.

→ Orientation vers un intervenant ambulatoire non spécialisé dans le soin

En fonction des problématiques identifiées lors du diagnostic de situation, ces intervenants peuvent être des travailleurs sociaux, des professionnels du secteur de l'insertion, de l'hébergement, de la justice ou de la précarité.

Annexe 2 : **Historique du projet : le pilote en Région IDF "Oz Ensemble"**.

Histoire du projet :

Oz Ensemble a été porté par l'association CaPASSCité depuis fin 2019, date à laquelle l'association a remporté un appel à projet de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France. Ce projet a été accompagné par la Fabrique du Numérique des Ministères Sociaux dans la conception et le développement de l'application mobile Oz Ensemble par une équipe dédiée et autonome en vue de répondre à un problème de politique publique dans une approche incrémentale.

Oz Ensemble s'est construit sur la base de l'expertise des usagers, des patients experts, des partenaires et des membres des réseaux de soins en alcoologie au cours de focus groupes, de réunions d'investigation partenaire et de groupes de travail avec les sociétés savantes.

Ce développement, amorcé suite à l'appel à innovateurs de l'ARS IDF en 2019. L'outil répond à des besoins identifiés : **prise de conscience tardive, désir d'autonomie dans la gestion de la consommation, lourdeur des dispositifs classiques et délais d'accès aux soins**. Les notes des usagers (4,8/5 sur les stores) confirment l'adhésion au modèle.

Oz Ensemble comprenait trois composantes en interaction, représentées par :

- Une **application mobile** téléchargeable gratuitement, librement et directement par les usagers dans les stores iOS et Android
- Une **cellule de premier contact** qui assure un premier échange à distance sous 48 heures pour les usagers qui le souhaitent présentant une consommation supérieure aux repères définis par Santé Publique France. Les patients ayant une consommation nocive ou avec dépendance et/ou une situation complexe se voient proposer une prise en charge par la cellule de télé-diagnostic.
- Une **cellule de télé-suivi** qui assure un diagnostic de situation médico-psychologique et social ainsi qu'un suivi de 6 mois à visée de réduction/sevrage des consommations d'alcool, renouvelable une fois.

○ Le pilote Oz Ensemble en Ile-de-France :

Oz Ensemble intègre des outils numériques et une approche pluriprofessionnelle de la consommation d'alcool à risque, nocive ou de la dépendance.

Ce dispositif a été développé avec les usagers, est centré sur eux et est intégré dans les réseaux d'addictologie afin de **faciliter leur repérage, leur engagement et leur orientation** selon le modèle d'intervention validé de la Réduction Des Risques. Il vise à proposer une solution souple, réactive, réduisant la peur du jugement, alliant proximité et disponibilité pour faciliter la prise de conscience des usagers afin également d'aider les professionnels de santé à intervenir plus précocement et de manière plus efficace sur les consommations d'alcool. Oz Ensemble offre notamment une porte d'entrée distancielle, gratuite, anonyme, accessible de manière permanente en population générale et non stigmatisante qui complète les modalités d'entrée dans le réseau de soin reposant sur les premiers recours habituels (médecine ambulatoire, infirmiers, pharmaciens, travailleurs sociaux, groupes d'entraide, justice).

Le numérique trouve son intérêt dans sa capacité à toucher la population générale tout en évitant l'écueil de nombreuses barrières telles que la peur de la stigmatisation, la lourdeur ressentie des programmes d'accompagnement présentiel ou le manque d'autonomie des usagers dans leur prise en charge. Le numérique offre également la possibilité de renforcer significativement le repérage autonome du trouble d'usage d'alcool de manière systématique tel que recommandé par le plan national de mobilisation contre les addictions (Objectifs 6.1.2, 6.4.1, 6.4.2).

Complété par la cellule de 1^{er} appel, la cellule de télé-diagnostic et celle de télé-suivi, le dispositif Oz Ensemble représente également une nouvelle organisation avec une modalité d'intervention hors les murs permettant d'atteindre les personnes qui n'accèdent pas spontanément aux services, au regard de la diversité des publics, des pratiques et des environnements de consommation. Oz Ensemble offre la possibilité d'évaluer des situations de consommation à distance satisfaisant aux mêmes critères de qualité qu'en ambulatoire classique dans les structures d'alcoologie présentieles. Cela permet de compléter l'offre de soins dans les zones où l'accès aux soins en alcoologie est complexe, telles que les zones de montagne, les endroits nécessitant la conduite d'un véhicule motorisé ou les déserts médicaux.

La capacité des solutions numériques à favoriser l'engagement et l'orientation vers des dispositifs adaptés des personnes ayant une consommation d'alcool à risque a déjà été démontrée par plusieurs réalisations internationales. Par exemple, l'application pour smartphones A-CHESS, développée par l'Université de Madison aux États-Unis, permet de mieux prévenir les rechutes des personnes alcoolodépendantes grâce à des modules d'éducation thérapeutique. Ajoutée à la prise en charge classique, elle permet de diminuer de 57% les rechutes.

Au Danemark, la téléconsultation, utilisée en complément du suivi habituel dans le but d'autonomiser les patients et de favoriser leur adhésion thérapeutique pendant le sevrage des substances psychoactives permet d'augmenter l'adhésion de 45% à 70%.

Les principaux indicateurs quantitatifs du parcours de soin Oz Ensemble dans le cadre de son expérimentation menée en Ile-De-France, avec le soutien de l'ARS IDF, la Fabrique du Numérique du Ministère des Affaires Sociales, la DGS et le MILDECA, entre 2019 et sa clôture en 2024 sont les suivants :

- L'application a enregistré plus de 100 000 téléchargements uniques.
- La cellule de premier contact a réalisé plus de 1 800 évaluations,
- La cellule de télé-diagnostic a réalisé 1 094 évaluations médico-psycho-sociales et a assuré le suivi de 600 usagers alors que 391 usagers ont été orientés.
- Chaque jour, c'était plus de 3 600 personnes qui se connectaient sur l'application Oz Ensemble. Les résultats montrent que cette utilisation s'est majorée au cours du temps depuis le démarrage de l'expérimentation.

L'expérience pilote de Oz Ensemble, en cohérence avec la stratégie nationale du numérique en santé, offre l'expérimentation d'une intégration de la e-Santé pour l'amélioration de l'engagement des usagers, de l'accessibilité des soins par le numérique, de la coordination des soins et du parcours des usagers. Oz Ensemble a reçu le grand prix du Congrès de l'Albatros dans la catégorie « Digital et Addictions » pour son innovation organisationnelle en 2023.

Population touchée principalement par le dispositif Oz Ensemble, en IDF :

Depuis 2019, au niveau de la région IDF, il est constaté que l'expérimentation touche des personnes souffrant de troubles liés à l'usage d'alcool, soit n'ayant jamais eu un suivi antérieur en alcoologie (80%) ou déjà engagées dans un parcours de soins (20%). Les patients qui ont contacté la cellule de soin sont ceux qui ne consultent pas au sein de la filière de soin en addictologie traditionnelle : des femmes (70%), âgée de 35 ans à 45 ans (64%), en situation d'emploi précaire (54%) et n'ayant pas de médecin traitant (80%). Cette population inclut des patient(e)s à haut risque de complications médicales dues à la consommation excessive d'alcool, ainsi que ceux présentant des comorbidités psychiques ou sociales.

Annexe 3 : Fiche d'évaluation

DOSSIER MEDICAL (*CONFIDENTIEL*)

A compléter par le médecin

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Coordonnées du médecin adressant le patient :

NOM :

PRENOM :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

Adresse email :

Si différent, coordonnées du médecin traitant :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

Adresse email :

1. ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

- Personnels :

Médicaux :	Chirurgicaux :	Gynécologique :

- Familiaux :

--

- Allergies :

- Mode de vie :

2. ANTECEDENTS ACCIDENTS/AGRESSION/VIOLENCES

--

3. SEROLOGIES

	HIV	HVB	HVC
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

4. VOLET PSYCHIATRIQUE

- Historique psychiatrique personnel :

--

- Pathologie psychiatrique (hors addiction) stabilisée avec traitement ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, depuis quand ?

- Suivi psychiatrique en cours : ☐ Non ☐ Oui

- => Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin :

NOM :

PRENOM :

Coordonnées/structure :

- Traitement psychiatrique en cours : ☐ Non ☐ Oui

- => Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin prescripteur si différent du médecin chargé du suivi psychiatrique :

NOM :

Coordonnées/structure :

- Antécédents psychiatriques familiaux :

--

5. HOSPITALISATIONS

	Dates	Nombres	Lieux	Commentaires
☐ TS				
☐ Hospitalisation en psychiatrie ☐ Sevrage ☐ Maladie Psy				
☐ SPDT Soins psychiatriques à la demande d'un tiers				
☐ SPDRE Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat				

6. TRAITEMENTS EN COURS (dont addictologie)

Médicaments	Indications	Date de commencement du traitement	Posologie

ADDICTIONS

Historique des consommations :

Autres produits :

PRODUIT	Diagnostic addictologique	Type de conso	Age de début	Consommation active/ date de rémission	Commentaires

Complications somatiques et sociales liées à l'alcool :

Prises en charge addictologique passées et en cours :

Dates	En ambulatoire	En résidentiel

--	--	--

Quels sont les objectifs de soin recherchés par le demandeur ?

--

CONCLUSION

- Score AUDIT et Export journal consommation OZ Ensemble :
- Critères DSM 5 :
- Réfèrent RCP :

--

Date, signature et cachet du médecin :

FICHE ETAT PSYCHOLOGIQUE

à compléter par le psychologue

NOM :

PRENOM :

Repérage des éventuelles fragilités psychiques actuelles (cochez et précisez) :

	Dépression	
	Anxiété - Stress	
	Emotionnelles	
	Troubles cognitifs	
	Relations sociales et familiales	
	Eléments psycho traumatiques identifiés	
	Eléments délirants	

- Suivi psychologique passé et en cours :

NOM du psychologue :

Coordonnées/structure :

CONCLUSION

-Score SF8 :

-Documents de suivi à récupérer :

Date et signature :

12