

**Evaluation  
de dispositif de santé**

**EVALUATION DES EQUIPES DE  
LIAISON ET DE SOINS EN  
ADDICTOLOGIE EN PAYS DE LA LOIRE**

**EVALUATION INTERMEDIAIRE DU PROJET REGIONAL  
DE SANTE DES PAYS DE LA LOIRE 2012-2016**

Rapport final

Xavier BRUN

Dr Jean-Paul BOULE

**Direction de l'Efficienc e de l'Offre  
Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs**

AVRIL 2017



Avertissement

## Evaluation des dispositifs et politiques publiques

### RAPPORT D'EVALUATION

Depuis sa création, l'Agence Régionale de Santé apporte une attention particulière à l'évaluation de l'impact des dispositifs et politiques régionales mises en œuvre.

Le Département d'Evaluation des Politiques de Santé de la Direction de l'Efficiencia de l'Offre porte les travaux conduits au niveau régional dont la récente évaluation des dispositifs.

Vous trouverez, ci-après, le rapport d'évaluation. Les recommandations formulées n'engagent pas la Direction Générale de l'ARS qui arrêtera ses orientations après échange avec les acteurs.

Vous en souhaitant bonne lecture,

Cécile COURREGES

Directrice Générale



## **REMERCIEMENTS**

*L'équipe d'évaluation tient à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué, par le temps accordé dans le cadre d'entretien et les documents fournis, à la production de ce rapport.*

*Elle adresse ses remerciements tout particuliers aux ELSA rencontrées sur site pour l'organisation des entretiens avec les équipes concernées, ainsi qu'aux équipes qui ont accepté de tester le projet d'enquête auprès des responsables d'ELSA.*



## SYNTHESE

---

### CONTEXTE ET MOTIF DE L'ÉVALUATION

---

La région Pays de la Loire est caractérisée par une augmentation de la prévalence des problématiques addictives ces dernières années, avec une situation proche de la moyenne nationale hormis en matière de consommation d'alcool, pour laquelle la région est dans une situation péjorative.

Dans ce contexte, l'ARS a amorcé en 2013 des travaux sur l'offre régionale en addictologie et, après la réorganisation des réseaux et des dispositifs médico-sociaux (CSAPA), l'attention de l'Agence s'est portée sur l'addictologie hospitalière.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 prévoit de « Renforcer et améliorer la couverture territoriale et populationnelle des équipes de liaison et de soins en addictologie ». Cela recouvre notamment les établissements de santé pourvus d'un service d'urgence, mais aussi la psychiatrie, ainsi que les populations pénitentiaires. Des crédits ont été délégués dans ce cadre.

En apportant des éléments de clarification, l'évaluation des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) avait pour objectif de contribuer à la définition d'une stratégie régionale sur le rôle et le positionnement de ces équipes dans l'offre de soins en addictologie et à la détermination de principes d'allocation de ressources à ces équipes.

---

### METHODE

---

L'évaluation devait répondre aux trois questions suivantes.

- 1) Quels sont les éléments d'appréciation de la réalisation des missions attendues des ELSA et de leurs modalités d'intervention ?
- 2) Dans quelle mesure l'action des ELSA améliore – t – elle les interventions proposées aux personnes présentant une problématique addictive ?
- 3) Le positionnement des ELSA dans l'offre régionale en addictologie, sanitaire et médico-sociale, est-il favorable à une prise en charge coordonnée des personnes présentant une problématique addictive ?

Sur la base d'un référentiel déclinant ces questions, l'équipe d'évaluation a mené une pluralité d'investigations (analyse de documents et de données, enquêtes auprès des acteurs, visites sur sites dans la moitié des ELSA de la région complétées d'entretiens individuels ou collectifs). L'analyse croisée des informations recueillies a permis d'apporter des réponses aux questions évaluatives et de proposer des recommandations conformément aux finalités attendues de cette démarche.

***1\_Quels sont les éléments d'appréciation de la réalisation des missions attendues des ELSA et de leurs modalités d'intervention ?***

Les ELSA ne couvrent que partiellement les établissements de santé de la région autorisés en médecine, chirurgie ou obstétrique. En particulier, 5 établissements de santé dotés d'un service des urgences ne bénéficient pas de l'intervention d'une ELSA, alors que ces services sont ciblés de manière privilégiée par les instructions nationales. Les investigations ont également révélé un besoin de clarification et de renforcement des interventions de liaison addictologique dans les services d'obstétrique. Enfin, nonobstant une visibilité inégale des ELSA en tant que telle, la possibilité et les moyens de recourir à une compétence addictologique sont en général repérés par les services soignants.

Hormis la participation aux travaux de recherche, les différentes missions des ELSA sont investies de manière équivalente par chaque équipe. En revanche, toutes ne les investissent pas avec la même intensité (notamment l'élaboration de protocoles) ou de la même manière (exemple de la formation).

La polyvalence des ELSA, en termes d'addictions prises en charge, n'est pas générale, les addictions sans produit n'étant notamment pas prises en compte par toutes les ELSA.

Aucune ELSA ne réunit en son sein toutes les professions visées par la circulaire de 2008, la taille des équipes est variable, et le ratio file active « réelle » / ETP présente de très fortes variations. De fait, les critères d'allocation de ressources aux ELSA ne tiennent compte à ce jour (en MIG) ni de données épidémiologiques, ni du niveau d'activité réelle.

Enfin, une majorité d'ELSA fait état de moyens logistiques insuffisants pour mener leurs missions de manière satisfaisante, notamment pour les équipes intervenant sur plusieurs sites.

***2\_Dans quelle mesure l'action des ELSA améliore – t – elle les interventions proposées aux personnes présentant une problématique addictive ?***

La disponibilité, la technicité et la connaissance de l'offre addictologique reconnues aux ELSA ont pour effet identifié d'améliorer le parcours des personnes présentant des problématiques addictives et des consommations à risque. Si ces dimensions n'épuisent pas leur apport, leur plus-value est tout particulièrement sensible en ce qui concerne l'engagement des patients dans une démarche de soin, d'une part, et l'orientation du patient en sortie d'hospitalisation vers une réponse adaptée à ses besoins et à sa demande, d'autre part.

Dans l'initialisation de l'accompagnement en addictologie, la plus – value de l'ELSA se situe moins dans un repérage qui est le plus souvent fait par les services d'accueil du patient, et sur la foi duquel ils en appellent à l'équipe, que sur l'engagement du patient dans une réflexion sur ses consommations et son accompagnement vers une démarche de soin (notamment par la conduite d'entretiens motivationnels). Cette dimension de l'intervention des ELSA est l'une de celles dont il est le plus fréquemment reconnu qu'elle a un impact fort sur le parcours des patients.

L'ELSA peut faciliter l'organisation d'une prise en charge globale en cours d'hospitalisation, y compris en mobilisant les compétences d'autres services, et apporter un soutien aux services en matière de substitution (en particulier sur les traitements de substitution aux opiacés).

### ***3\_Le positionnement des ELSA dans l'offre régionale en addictologie, sanitaire et médico-sociale, est-il favorable à une prise en charge coordonnée des personnes présentant une problématique addictive ?***

Le positionnement des ELSA est plutôt favorable au parcours des personnes présentant une problématique addictive, mais certains aspects (tenant aux ELSA ou à l'offre en addictologie en général) appellent à clarification.

Les ELSA, par leur activité de soins, peuvent présenter des missions communes avec d'autres acteurs de l'offre en addictologie, et les frontières entre activité de l'ELSA et consultation addictologique ne sont, notamment, pas toujours étanches. Il n'en reste pas moins que l'ELSA, par l'activité de liaison *stricto sensu*, se singularise des autres acteurs et s'inscrit en complémentarité, comme premier maillon d'une chaîne de prise en charge lorsqu'elle intervient auprès de patients non toujours demandeurs.

Equipes de liaison intra-hospitalières, les ELSA permettent de faire le lien avec les autres acteurs externes spécialisés en addictologie, pour lesquels elles sont bien identifiées. En revanche, la période de transition que connaît actuellement l'organisation de l'offre addictologique ne permet pas de statuer sur leur contribution aux travaux de la communauté des acteurs. La pratique de transmissions d'informations en sortie d'hospitalisation aux acteurs non spécialisés d'aval apparaît plutôt satisfaisante, mais elle est indissociable de la pratique des services où les patients sont hospitalisés.

---

#### RECOMMANDATIONS DE LA MISSION D'ÉVALUATION

---

L'équipe d'évaluation, au regard de son analyse du dispositif ELSA en région Pays de la Loire, préconise à l'ARS de renforcer de manière volontariste le repérage, l'évaluation et l'orientation des patients des établissements de santé de la région présentant des conduites addictives ou des consommations à risque.

Cinq recommandations s'intègrent dans cette ligne générale:

A\_ Assurer une vigilance de l'ARS sur l'utilisation des crédits en addictologie et l'activité des services

B\_ Harmoniser les règles de financement des équipes de liaison et enrichir les critères d'allocation de ressources

C\_ Appliquer les préconisations nationales sur la couverture des services d'urgence par les ELSA

D\_ Renforcer le repérage et l'orientation addictologique en maternité

E\_ Accompagner la clarification des parcours en addictologie dans les territoires, plus spécifiquement du positionnement des ELSA, de manière articulée avec la démarche GHT en cours



## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	9
<b>A. CONTEXTE DE L’EVALUATION</b> .....	9
<b>B. COMMANDE DE L’EVALUATION</b> .....	10
<b>C. PILOTAGE ET METHODE</b> .....	10
<b>D. LES ELSA EN PAYS DE LA LOIRE : VUE D’ENSEMBLE</b> .....	11
• <i>Une hétérogénéité de situations</i> .....	11
• <i>16 ELSA identifiées dans le cadre de l’évaluation</i> .....	12
• <i>Liens organiques entre ELSA et psychiatrie</i> .....	12
• <i>Diversité des modalités de financement</i> .....	13
<b>E. PRECISIONS DE LECTURE</b> .....	13
<b>1. QUELS SONT LES ELEMENTS D’APPRECIATION DE LA REALISATION DES MISSIONS ATTENDUES DES ELSA ET DE LEURS MODALITES D’INTERVENTION ?</b> .....	15
<b>1.1 DANS QUELLE MESURE LES ELSA APPORTENT-ELLES UNE REPOSE EN ADDICTOLOGIE DANS LES SERVICES HOSPITALIERS N’AYANT PAS UNE COMPETENCE EN ADDICTOLOGIE ?</b> .....	15
<b>1.1.1</b> <i>Les ELSA n’interviennent pas dans tous les établissements de santé ne disposant pas d’un service spécialisé en addictologie</i> .....	15
<b>1.1.2</b> <i>Les services d’urgence de la région ne bénéficient pas tous de l’intervention d’une ELSA</i> .....	17
<b>1.1.3</b> <i>Globalement, les ELSA interviennent dans les services ciblés par les instructions nationales, mais le déploiement de la liaison addictologique dans les maternités apparaît perfectible</i> .....	19
<b>1.1.4</b> <i>La visibilité des services à orientation addictologique est assurée dans les services potentiellement requérants, mais pas toujours l’ELSA en tant que telle</i> .....	23
<b>1.1.5</b> <i>Si elles diffèrent d’une équipe à l’autre, compte tenu notamment d’une certaine porosité entre ELSA et consultation addictologique, les modalités de recours à la compétence addictologique sont néanmoins connues</i> .....	26
<b>1.2 LES ELSA SONT – ELLES EN MESURE DE REALISER L’ENSEMBLE DE LEURS MISSIONS ?</b> .....	27
<b>1.2.1</b> <i>Les ELSA réalisent l’ensemble des missions confiées par les circulaires de 2000 et 2008, même si leur participation aux travaux de recherche est marginale, et si certaines activités sont inégalement investies par les ELSA</i> .....	27
<b>1.2.2</b> <i>L’investissement des ELSA dans la formation : un bilan contrasté pour une pratique multiforme</i> .....	29
<b>1.2.3</b> <i>Pour partie connus, les critères d’allocation de ressources aux ELSA tiennent compte indirectement de la situation démographique, et aucunement des caractéristiques épidémiologiques et de l’activité réelle</i> .....	33

1.2.4	<i>Aucune ELSA ne réunit toutes les qualifications requises par la circulaire de 2008, la composition et le volume des équipes étant hétérogènes</i>	35
1.2.5	<i>Tous profils confondus, le volume des équipes présente un décalage avec la cible du calibrage, et le ratio file active / effectif présente de très fortes inégalités</i>	37
1.2.6	<i>La majorité des ELSA font état d'insuffisances de moyens logistiques pour assurer leurs missions, en particulier pour celles qui couvrent plusieurs sites</i>	38
<b>2.</b>	<b>DANS QUELLE MESURE L'ACTION DES ELSA AMELIORE – T – ELLE LES INTERVENTIONS PROPOSEES AUX PERSONNES PRESENTANT UNE PROBLEMATIQUE ADDICTIVE ?</b>	<b>41</b>
2.1	<b>QUELLE EST LA PLUS-VALUE DES ELSA DANS LE REPERAGE ET L'AMORCE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRESENTANT DES PROBLEMATIQUES ADDICTIVES ?</b>	<b>41</b>
2.1.1	<i>Le repérage des situations est le plus souvent le fait des services, si bien que la plus-value des ELSA en termes d'évaluation dépend de la façon dont elles favorisent leur saisine par les services</i>	41
2.1.2	<i>L'intervention des ELSA facilite notablement l'engagement des patients dans une démarche de soin</i>	46
2.1.3	<i>Les ELSA améliorent l'élaboration du projet personnalisé d'interventions, mais pas en termes de projet formalisé</i>	48
2.2	<b>QUELLE EST LA PLUS-VALUE DES ELSA DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRESENTANT DES PROBLEMATIQUES ADDICTIVES, NOTAMMENT LES INTERVENTIONS PRECOSES ?</b>	<b>49</b>
2.2.1	<i>Les ELSA peuvent contribuer à organiser une prise en charge médico-psychosociale en cours d'hospitalisation</i>	49
2.2.2.	<i>L'intervention des ELSA facilite l'organisation de la réduction des conduites à risque et la mise en place des traitements de substitution par les services, mais inégalement selon les substances et les services</i>	50
2.2.3.	<i>L'organisation de la sortie des patients est le domaine dans lequel la plus-value des ELSA est la plus unanimement reconnue</i>	52
<b>3.</b>	<b>LE POSITIONNEMENT DES ELSA DANS L'OFFRE REGIONALE EN ADDICTOLOGIE, SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE, EST-IL FAVORABLE A UNE PRISE EN CHARGE COORDONNEE DES PERSONNES PRESENTANT UNE PROBLEMATIQUE ADDICTIVE ?</b>	<b>55</b>
3.1	<b>LES ELSA INTERVIENNENT – ELLES EN COMPLEMENTARITE DES AUTRES ACTEURS DE L'OFFRE EN ADDICTOLOGIE, EN INTRA-HOSPITALIER COMME EN DEHORS DE L'HOPITAL ?</b>	<b>55</b>
3.1.1.	<i>Il n'y a pas de coordination régionale des ELSA, mais des pratiques d'échange dans certains départements</i>	55
3.1.2.	<i>La distinction entre ELSA et consultations en addictologie est souvent peu nette, la liaison stricto sensu étant cependant l'apanage des ELSA</i>	55
3.1.3.	<i>Le contexte d'intervention est le principal critère qui distingue les ELSA des structures médico-sociales d'addictologie, même s'il peut localement se doubler d'autres éléments</i>	57
3.1.4.	<i>Au sein de l'offre addictologique, et en dépit de la diversité de leurs pratiques, la singularité des ELSA tient dans la combinaison du contexte hospitalier de son</i>	

<i>action et de la capacité à se rendre auprès de patients non demandeurs d'accompagnement</i> .....	58
<b>3.2 L'ARTICULATION DES ELSA AVEC LES AUTRES ACTEURS DE L'OFFRE EN ADDICTOLOGIE EST-ELLE SUFFISANTE ?</b> .....	58
<b>3.2.1. Les ELSA apparaissent globalement bien identifiées par les autres acteurs de l'offre en addictologie, même si certains souhaiteraient des échanges plus réguliers.</b> 59	
<b>3.2.2. Une intégration variable des ELSA dans la communauté des acteurs en addictologie suite aux évolutions récentes du paysage</b> .....	60
<b>3.2.3. Un relai vers les autres acteurs de santé pour assurer la continuité généralement assuré pour les patients accompagnés par les ELSA</b> .....	61
<b>CONCLUSION</b> .....	64
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	65
<b>A. ASSURER UNE VIGILANCE DE L'ARS SUR L'UTILISATION DES CREDITS EN ADDICTOLOGIE ET L'ACTIVITE DES SERVICES</b> .....	65
<b>B. HARMONISER LES REGLES DE FINANCEMENT DES EQUIPES DE LIAISON ET ENRICHIR LES CRITERES D'ALLOCATION DE RESSOURCES</b> .....	66
<b>C. APPLIQUER LES PRECONISATIONS NATIONALES SUR LA COUVERTURE DES SERVICES D'URGENCE PAR LES ELSA</b> .....	66
<b>D. RENFORCER LE REPERAGE ET L'ORIENTATION ADDICTOLOGIQUE EN MATERNITE</b> 67	
<b>E. ACCOMPAGNER LA CLARIFICATION DES PARCOURS EN ADDICTOLOGIE DANS LES TERRITOIRES, PLUS SPECIFIQUEMENT DU POSITIONNEMENT DES ELSA, DE MANIERE ARTICULEE AVEC LA DEMARCHE GHT EN COURS</b> .....	67
<b>ANNEXES</b> .....	69
<i>Annexe 1 - Cahier des charges de l'évaluation</i> .....	71
<i>Annexe 2 – Déroulé de la démarche d'évaluation</i> .....	77
<i>Annexe 3 – Référentiel de l'évaluation</i> .....	79
<i>Annexe 4– Réponses détaillées aux questions évaluatives</i> .....	85
<i>Annexe 5– Liste des sources</i> .....	99
<b>A. Personnes entendues dans le cadre des investigations</b> .....	99
<b>B. Enquêtes auto-administrées via la plateforme d'enquête SOLEN</b> .....	104
<b>C. Exploitation documentaire</b> .....	105
<b>D. Exploitation de données</b> .....	106
<b>E. Autres</b> .....	106
<i>Annexe 6– Les missions des ELSA fixées par les circulaires nationales</i> .....	107
<i>Annexe 7 - Enquête multi-sources auprès des responsables d'ELSA</i> .....	109
<b>1. ELEMENTS DE METHODE</b> .....	109
<b>2. RESULTATS</b> .....	110
<i>Annexe 8 – Table des sigles et abréviations</i> .....	121



## INTRODUCTION

### A. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Sur le constat de réponses hospitalières aux problèmes des personnes ayant des comportements addictifs en deçà des besoins, la circulaire du 8 septembre 2000<sup>1</sup> redéfinissait la place et le rôle des établissements de santé en matière d'addictologie et prévoyait le renforcement de leurs moyens : renforcement ou création d'équipes de liaison et de soins en addictologie et augmentation des possibilités d'hospitalisations pour sevrage, bilan et soins.

La circulaire du 26 septembre 2008<sup>2</sup> décrit l'organisation des filières hospitalières en addictologie et leurs composantes. Elle établit un référentiel d'organisation des soins pour les ELSA qui redéfinit ainsi leurs missions :

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

Les données publiées par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire<sup>3</sup> documentent la situation régionale en matière d'addictions pour l'année 2010. Elles mettent notamment en exergue une situation régionale péjorative en matière de consommation d'alcool, un écart favorable à la moyenne nationale en matière de consommation de tabac tendant à se réduire et, en ce qui concerne les drogues illicites, une situation en général plus favorable qu'au niveau national. Des données plus récentes de l'ORS<sup>4</sup> mettent en exergue une augmentation des consommations, toutes substances confondues, entre 2010 et 2014, similaire à ce qui s'observe au niveau national. S'agissant des consommations les plus répandues, il est observé que l'écart positif avec la moyenne nationale dont bénéficiait la région en matière de consommation de tabac tend à se réduire, et que la consommation d'alcool demeure plus élevée dans la région.

L'amélioration du parcours des personnes confrontées à des addictions est une priorité de l'ARS Pays de la Loire. La réorganisation de l'offre régionale en addictologie a été amorcée en 2013. Dans ce contexte, le positionnement de l'offre hospitalière en addictologie, et en particulier des ELSA, est un maillon du parcours que l'ARS et les parties prenantes souhaitent clarifier. Cela suppose d'affiner la connaissance de ces dispositifs, de leur activité et de leurs articulations avec les autres acteurs de l'offre en addictologie, sachant que les ELSA de la région présentent une certaine diversité, notamment en termes d'établissement d'implantation ou de modalités de financement, héritée de l'histoire.

Si le Projet Régional de Santé (PRS) ne cite les ELSA que de façon marginale, il comporte plusieurs objectifs qui font échos aux missions de ces équipes ou les impliquent. Ainsi, c'est particulièrement le cas de l'objectif 8 du schéma régional de prévention : « Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée ». Il comporte une déclinaison opérationnelle visant à identifier les besoins de prévention lors de chaque hospitalisation, entre autres par le repérage des comportements à risque nécessitant une réponse

---

<sup>1</sup> Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/O2 no 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

<sup>3</sup> *La santé observée*, édition 2012 – données pour l'année 2010.

<sup>4</sup> *La santé observée*, édition 2014

coordonnée avec les acteurs du premier recours et de l'accompagnement médico-social, et par la proposition pour chaque patient d'une offre en promotion de la santé privilégiant une orientation vers les acteurs du premier recours ou les acteurs spécialisés en prévention. Ce sont des missions que les circulaires susvisées confient aux ELSA.

L'évaluation des ELSA s'inscrit également dans le contexte du Plan d'actions gouvernemental 2013-2015 de lutte contre les drogues et les conduites addictives, dont la mesure 28 comporte plusieurs actions concernant les ELSA :

- Evaluer le maillage régional des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- Repréciser leurs missions et indicateurs d'activité
- Elaborer, avec l'appui des ARS, un plan de développement des ELSA

Enfin, l'évaluation des ELSA s'inscrit dans la continuité d'une série d'évaluations réalisées par l'ARS sur des dispositifs de type équipe mobile.

## **B. COMMANDE DE L'EVALUATION**

En apportant des éléments de clarification, l'évaluation avait pour objectif de contribuer à la définition d'une stratégie régionale sur le rôle et le positionnement des ELSA dans l'offre en addictologie et à la détermination de principes d'allocation de ressources à ces équipes.

L'évaluation devait répondre aux 3 questions suivantes.

- 1\_Quels sont les éléments d'appréciation de la réalisation des missions attendues des ELSA et de leurs modalités d'intervention ?
- 2\_Dans quelle mesure l'action des ELSA améliore – t – elle les interventions proposées aux personnes présentant une problématique addictive ?
- 3\_Le positionnement des ELSA dans l'offre régionale en addictologie, sanitaire et médico-sociale, est-il favorable à une prise en charge coordonnée des personnes présentant une problématique addictive ?

Le détail du questionnement évaluatif figure dans le cahier des charges de l'évaluation, en annexe 1 du présent rapport.

L'objet de cette évaluation, comme il a été précisé à tous les stades de la démarche aux interlocuteurs de l'équipe d'évaluation, était bien le dispositif ELSA, compris comme l'offre de prestation de l'ensemble des équipes de la région, et non une évaluation de chacune des équipes. Sans s'interdire d'illustrer et de préciser le propos par des situations observées dans certaines équipes, il s'agissait d'apporter une analyse régionale, globale, sur le dispositif.

## **C. PILOTAGE ET METHODE**

Sous la responsabilité de Monsieur GRIMONPREZ, Directeur de l'Efficienc e de l'Offre à l'ARS Pays de la Loire, l'évaluation a été confiée au Département d'Evaluation des Politiques et dispositifs. Elle a été réalisée par deux membres de ce département : Monsieur Xavier BRUN (coordonnateur de la mission) et Monsieur le Docteur Jean-Paul BOULÉ.

Sur la base du cahier des charges (voir annexe 1), le référentiel de l'évaluation a été co-construit par l'équipe d'évaluation et un groupe de travail réuni autour de Madame le Docteur de RUSUNAN, chef de projet du groupe transversal « Qualité de vie des personnes vivant avec une addiction » de l'ARS.

Le détail du déroulé de la démarche figure en annexe 2 du présent rapport.

Pour mémoire, les investigations menées ont été les suivantes :

- Entretien collectif d'initialisation, ayant réuni 31 personnes ;
- Analyse documentaire (instructions nationales, code de la santé publique, rapports d'activité des ELSA...)
- Analyse de données (sources : SAE, FINESS, résultats régionaux de l'enquête DGOS 2013...)
- 3 enquêtes administrées par voie électronique : auprès des services d'urgence hospitaliers, auprès des CSAPA et CAARUD, auprès des responsables d'ELSA
- Approche qualitative sur la moitié des ELSA (8/16) : rencontres avec les équipes ELSA, et échanges en complément avec des services bénéficiaires ou partenaires des ELSA, y compris hors site. Dans ce cadre, 37 entretiens menés et 88 personnes entendues
- Entretiens individuels en complément de ces investigations, avec 11 personnes
- Participation à la journée nationale de l'association ELSA France le 23/09/2016

La liste des personnes entendues et des documents consultés figure en annexe 5 au présent rapport.

L'ensemble des informations recueillies ont été analysées de manière croisée au regard des critères figurant dans le référentiel d'évaluation (voir annexe 3) et ont permis de dégager les principaux constats et conclusions. L'équipe d'évaluation a construit des propositions de recommandations, qui ont été discutées avec les chargés de projet de l'ARS en charge du dossier.

Les principaux constats et les recommandations de l'évaluation ont été soumis au Comité de Direction de l'ARS le 10 octobre 2016.

Une rencontre Qualitefficiency a été organisée par l'ARS le 15 novembre 2016, à laquelle étaient conviées toutes les équipes ELSA ainsi que les Directions des établissements où elles sont implantées. Outre la restitution des travaux d'évaluation et un échange avec les équipes présentes sur les résultats de ces travaux, elle a été l'occasion pour l'ARS de présenter les suites envisagées.

#### **D. LES ELSA EN PAYS DE LA LOIRE : VUE D'ENSEMBLE**

- ***Une hétérogénéité de situations***

Les ELSA de la région présentent une grande diversité :

- Ancienneté des équipes
- Types d'établissements porteurs (CHU, CH, CHS/EPSM)
- Positionnement de la liaison par rapport aux autres services hospitaliers en addictologie (notamment consultation hospitalière en addictologie) : intégration, personnels communs, séparation de services et d'équipes
- Modalités d'intervention dans les services (permanences physiques, passages réguliers, intervention sur demande)
- Pratiques et durées d'accompagnement (entretiens motivationnels, début de suivi, accompagnement post-hospitalier en transition...)
- Répartition des rôles avec les services accueillant (complémentarité, appui, substitution)

Ainsi, si les investigations (études de données, enquêtes...) ont permis de dégager quelques éléments chiffrés, les aspects qualitatifs sont des illustrations de constats faits sur certains sites, dans le cadre de visites auprès de la moitié des ELSA de la région, où des équipes bénéficiaires à plusieurs niveaux de

leur intervention ont, elles aussi, été entendues. Les appréciations qui en ressortent ne valent donc pas nécessairement pour chacune des équipes de la région. Elles illustrent des situations favorables ou moins favorables relatées par les interlocuteurs entendus, des perceptions qui enrichissent les constats quantifiés.

- **16 ELSA identifiées dans le cadre de l'évaluation**

La vérification des données disponibles à l'ARS a permis d'établir un nombre de 16 ELSA fonctionnant effectivement en Pays de la Loire<sup>5</sup>.

Département	Etablissement d'implantation
44	CH St Nazaire
	CHS Blain (mutualisée avec le CH de Châteaubriant et le CH d'Ancenis)
	CHS G. Daumezon
	CHU Nantes
49	CH Cholet
	CH Saumur
	CHU Angers
	Clinique de l'Anjou
53	CH Haut Anjou
	CH Laval
	CH Nord Mayenne
72	CH Le Mans
	CHS Allonnes
85	CH des Sables d'Olonne-CHCL
	CH Fontenay le Comte
	CHD La Roche/Yon

A noter : Deux établissements qui perçoivent un financement de l'ARS dans le cadre des MIG<sup>6</sup> présentent une situation particulière :

- pour l'un deux, l'ELSA n'est pas en place. Cet établissement n'a pas été pris en compte dans ce travail d'évaluation.
- pour l'autre, c'est une ELSA informelle, un groupe de travail regroupant plusieurs professionnels formés de l'établissement (notamment à la tabacologie). Cet établissement a été pris en compte dans le travail d'évaluation.

En ce qui concerne le statut des établissements porteurs, seule une ELSA de la région est dans un établissement de santé privé, tous les autres sont portées par des établissements publics (CHU, CHS/EPSM ou CH).

- **Liens organiques entre ELSA et psychiatrie**

La région présente une proportion d'ELSA portées par des établissements de santé mentale légèrement supérieure à la moyenne nationale.

	Etablissement MCO	Etablissement psychiatrique
Pays de la Loire	13/16 (81%)	3/16 (19 %)
France entière	304/357 (85%)	53/367 (15%)

<sup>5</sup> Ont été relevés des financements alloués pour la mise en place d'une ELSA sans que celle-ci soit effectivement créée conformément aux dispositions de la circulaire de 2008

<sup>6</sup> Financement de Missions d'Intérêt Général (MIG)

A noter que certaines équipes, implantées dans des établissements de santé non spécialisés en santé mentale, sont incluses dans des pôles ou services en charge de la santé mentale dans ces établissements.

- ***Diversité des modalités de financement***

Le financement des ELSA est hétérogène :

- 12 bénéficient d'un financement au titre des missions d'intérêt général (MIG), désormais abondé par le Fonds d'Intervention Régional (FIR)
- les 4 autres sont financées en Dotation Annuelle de Financement (DAF).

## **E. PRECISIONS DE LECTURE**

Le présent rapport suit, dans les grandes lignes, la trame du référentiel d'évaluation :

- Les parties (X) correspondent aux questions évaluatives
- Les chapitres (X.X) correspondent aux sous-questions évaluatives En introduction de chaque chapitre, un encadré orangé rappelle les critères d'évaluation que fixait le référentiel
- Le libellé des sections (X.X.X) correspond à l'appréciation portée au regard des critères d'évaluation
- Les paragraphes (en gras, avec une puce ronde) correspondent aux constats élémentaires sur lesquels s'appuient le raisonnement et les jugements portés

Toutefois, plusieurs ajustements ont été apportés à cette structure

- L'importance de la question de la place des ELSA dans le domaine de la formation en addictologie a amené à introduire, dans le chapitre 2, une section spécifique (1.2.2). La numérotation des sections suivantes est donc décalée par rapport à l'ordre du référentiel.
- Dans la partie 2, les découpages construits dans le cadre du référentiel se sont avérés insuffisamment opérants pour caractériser la plus-value des ELSA. En conséquence, cette partie est émancipée de ce cadre afin de mieux mettre en lumière les conclusions tirées des investigations.

En outre, l'équipe d'évaluation a jugé utile de consacrer des « zooms » à certaines questions (encadrés jaunes clairs).



## 1. QUELS SONT LES ELEMENTS D'APPRECIATION DE LA REALISATION DES MISSIONS ATTENDUES DES ELSA ET DE LEURS MODALITES D'INTERVENTION ?

### 1.1 DANS QUELLE MESURE LES ELSA APPORTENT-ELLES UNE REPOSE EN ADDICTOLOGIE DANS LES SERVICES HOSPITALIERS N'AYANT PAS UNE COMPETENCE EN ADDICTOLOGIE ?

CRITERES D'EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"><li>- Des ELSA interviennent dans tous les établissements de santé ne disposant pas d'un service spécialisé en addictologie</li><li>- Des ELSA interviennent dans tous les services d'urgence de la région</li><li>- Quel que soit l'établissement, les ELSA interviennent dans les services ciblés par les instructions nationales autres que les urgences (maternité-obstétrique, gastro-entérologie, neurologie, infectiologie, médecine interne, psychiatrie)</li><li>- La visibilité des ELSA est assurée dans les services potentiellement requérants (projet d'établissement, communication sur les ELSA)</li><li>- Les modalités de saisine des ELSA sont claires et connues (procédures intra et extra – hospitalières)</li></ul>

#### Conclusion 1 :

Les ELSA ne couvrent que partiellement les établissements de santé de la région autorisés en médecine, chirurgie ou obstétrique. En particulier, 5 établissements de santé dotés d'un service des urgences ne bénéficient pas de l'intervention d'une ELSA, alors que ces services sont ciblés de manière privilégiée par les instructions nationales. Enfin, les investigations ont révélé un besoin de clarification et de renforcement des interventions de liaison addictologique dans les services d'obstétrique.

#### *1.1.1 Les ELSA n'interviennent pas dans tous les établissements de santé ne disposant pas d'un service spécialisé en addictologie*

- **La région compte 16 sites hospitaliers sièges d'ELSA, mais la moitié des ELSA de la région interviennent sur d'autres sites que le leur**

La région comporte 16 ELSA, portées par 18 établissements de santé<sup>7</sup>.

La moitié des 16 ELSA de la région interviennent sur d'autres sites que celui où elles sont implantées (6 dans d'autres établissements et 2 dans d'autres sites de leur établissement de rattachement).

Pour les 6 ELSA qui interviennent dans d'autres établissements que le leur (y compris l'ELSA mutualisée Blain – Châteaubriant – Ancenis), 5 indiquent que le cadre de leur intervention est formalisé par un écrit avec tous les autres établissements concernés, 1 que ce n'est le cas qu'avec certains de ces établissements. Aucune, en conséquence, ne déclare intervenir sans cadre d'intervention écrit avec quelque établissement que ce soit.

- **Une couverture partielle des établissements MCO par une ELSA**

La liste de tous les sites hospitaliers autorisés en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique de la région a été comparée à la liste des établissements où une ELSA intervient.

<sup>7</sup> Une ELSA, en Loire – Atlantique, est mutualisée entre le CHS de Blain, le CH d'Ancenis et le CH de Châteaubriant.

Il en ressort que 44 des 75 sites hospitaliers ne bénéficient pas de l'intervention d'une ELSA – soit 59%.

- **A l'inverse, une couverture par des ELSA de sites n'accueillant pas d'activité MCO**

Plusieurs sites hospitaliers où des ELSA interviennent n'ont pas d'activité en MCO : 2 centres de soins de suite et de réadaptation, et 4 ex-hôpitaux locaux.

- **Une forte différence de couverture entre établissements publics et privés (MCO)**

Sont couverts par l'intervention d'une ELSA :

- 4 établissements sur 30 dans le secteur privé (13%)
- 28 établissements sur 45 dans le secteur public (62%)

A noter cependant que, hormis l'établissement privé qui dispose de sa propre ELSA, les autres établissements de ce type sont bénéficiaires de l'intervention d'ELSA d'établissements publics.

- **Les établissements MCO qui ne sont pas couverts ne disposent pas d'une offre en addictologie, dans la majorité des cas.**

Il ressort des données de calibrage des MIG « consultation addictologique » et « ELSA » 2015 que seuls 4 établissements MCO non couverts par une ELSA disposent d'une consultation hospitalière d'addictologie.

De fait, la logique de construction des filières en addictologie semble avoir favorisé le regroupement des différents éléments de la filière sur les mêmes établissements – sans préjudice de consultations avancées dans des établissements proches, comme l'évaluation a permis de le constater. De fait, l'annexe I de la circulaire du 26 septembre 2008 préconisait, s'agissant des différentes composantes du niveau 1 de la filière hospitalière en addictologie : *« Les moyens doivent être regroupés au sein d'une unité fonctionnelle pour les établissements publics de santé et d'une unité individualisée pour les autres établissements de santé (Fehap), afin de permettre leur mutualisation. »*

Il ressort des données de calibrage des MIG pour 2015 que, sur les 22 établissements bénéficiaires de la MIG « consultation addictologique », 16 disposent d'une ELSA, et 2 bénéficient de l'intervention de l'ELSA d'un autre établissement.

A noter, néanmoins, que des professionnels qualifiés en addictologie interviennent dans les structures ne bénéficiant pas d'un service dédié à l'addictologie.

Parfois, des équipes d'addictologie interviennent dans les mêmes établissements à la fois sous la forme d'une consultation addictologique et sous la forme de la liaison hospitalière (les personnels assurant ces missions peuvent être pour partie membres de l'ELSA). Dans ce cas de figure, ils peuvent être amenés, pendant leur temps de présence au titre des consultations, à assurer une activité de liaison « en dépannage ».

### **ZOOM : de la télémédecine en liaison addictologique ?**

Devant le constat des difficultés à couvrir l'ensemble des établissements de santé de la région par l'intervention physique d'une ELSA, et compte tenu de l'intérêt qu'il y aurait à améliorer l'accès à une compétence addictologique dans une région très concernée par ces questions, l'équipe d'évaluation s'est interrogée sur l'opportunité de mobiliser la télémédecine à cette fin.

Cette hypothèse ayant émergé assez tardivement dans le déroulement des investigations, leur avis n'a pu être demandé qu'à un nombre restreint d'acteurs. De fait, il ne se dégage pas de consensus sur la pertinence de cette solution. Les arguments recueillis peuvent être résumés comme suit :

- La télémédecine permettrait un contact de l'ELSA avec les sites distants, et éviterait qu'une infirmière formée en addictologie se déplace uniquement pour un patient, ce qui peut arriver.
- De même, elle pourrait permettre de faciliter le contact direct entre le médecin en charge du patient et le médecin addictologue (ce qui pourrait être utile car il peut arriver que la légitimité des paramédicaux en addictologie pour donner des conseils à un médecin soit questionnée).
- A l'inverse, de l'avis de deux médecins d'ELSA, une partie de l'approche diagnostique passe aussi par l'observation de signes physiques, notamment pour les personnes en situation de déni (manière dont la personne se comporte, soin d'elle – même et de son apparence). Des interventions en télémédecine ne permettraient pas forcément cela. Une partie des possibilités d'observation seraient obérées par la téléconsultation, et donc pourrait nuire au diagnostic.

Une utilisation de la télémédecine en liaison addictologique en Limousin a été présentée lors de la journée organisée par ELSA France en septembre 2016. Toutefois, elle s'inscrit dans un contexte précis (temps médical réduit, pluralité de sites et distances importantes entre les différents sites, présence sur les différents sites de temps infirmier). En outre, son utilisation est limitée à des cas bien ciblés : ce sont des téléconsultations médicales, jamais en primo-consultation, le patient est accompagné d'un infirmier de l'équipe addictologique avec lequel il est possible d'échanger à l'issue de l'entretien avec le médecin addictologue.

### *1.1.2 Les services d'urgence de la région ne bénéficient pas tous de l'intervention d'une ELSA*

Sur la base d'une exploitation des résumés de passage aux urgences en 2013, la CIRE<sup>8</sup> des Pays de la Loire a mis en évidence que l'alcool était le 6ème diagnostic le plus fréquemment retenu par les services d'urgence pour la tranche d'âge 15-74 ans (soit un peu moins de 5% des passages étudiés).

Des publications nationales<sup>9</sup> apportent des précisions sur les hospitalisations suite à un passage aux urgences pour des troubles liés à l'alcool. Ainsi, en France, en 2012, sur l'ensemble des patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour une pathologie liée à l'alcool, la part des patients en provenance des urgences était de :

- 22,1% pour l'alcool-dépendance ;
  - 46% pour les co-morbidités liées à l'alcool ;
  - 90% pour les intoxications alcooliques aiguës.
- **Les ELSA n'interviennent pas dans tous les établissements de la région ayant une activité autorisée de médecine d'urgence**

Le répertoire FINESS permet d'identifier 23 établissements autorisés pour l'activité de médecine d'urgence :

- 13 dans lesquels l'ELSA qui intervient est celle de l'établissement de santé lui-même.
- 5 dans lesquels l'ELSA qui intervient est celle d'un autre établissement de santé, ou mutualisée avec d'autres établissements de santé. Les deux ELSA intervenant dans des services d'urgence d'autres établissements (y compris l'ELSA Blain-Ancenis-Châteaubriant) indiquent que cette intervention est organisée par une convention inter-établissements.
- 5 dans lesquels aucune ELSA n'intervient. Pour l'un de ces établissements, une dotation a été allouée pour la création d'une ELSA, mais l'équipe n'a pas encore été mise en place.

<sup>8</sup> Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie

<sup>9</sup> INVS, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 7 juillet 2015

On constate donc une couverture incomplète des établissements sièges de services d'urgence de la région par les ELSA, les 5 établissements non couverts assurant ensemble de l'ordre de 17% des passages aux urgences en 2015<sup>10</sup>.

D'un département à l'autre, la situation n'est pas identique.

Département	Nombre d'établissement avec services d'urgence	dont implantés dans un établissement où l'ELSA n'intervient pas	Poids dans les passages aux urgences du département de ceux réalisés dans des établissements où aucune ELSA n'intervient.
44	5	1	13 %
49	5	0	0 %
53	3	0	0 %
72	5	2	40 %
85	5	2	27 %

*Lecture : En Loire –Atlantique, 13% des passages aux urgences sont réalisés dans des établissements où aucune ELSA n'intervient.*

- **Les créneaux d'intervention des ELSA sont jugés perfectibles par une majorité des services d'urgence**

L'enquête réalisée auprès des services d'urgence leur demandait d'indiquer :

- les créneaux (jours et heures) auxquels la présence physique de l'ELSA au sein des urgences était particulièrement souhaitable pour répondre aux besoins de prise en charge des patients concernés ;
- si, actuellement, l'ELSA était présente sur ces créneaux.

Bien que les réponses à la question sur les créneaux soient disparates (réalité souhaitée ou constatée, selon les réponses), plusieurs éléments saillants peuvent être dégagés.

Ainsi, il ressort une préférence pour le **matin** (9 services d'urgence sur 14, dont 1 indiquant que cela fonctionne ainsi actuellement). Quand un créneau plus précis est indiqué, c'est soit sur toute la matinée à partir de 8h00 (3 services), soit en fin de matinée (2 services). Par ailleurs, 2 services d'urgence formulent le souhait d'une venue de l'ELSA à la demande, sur appel, en journée.

En ce qui concerne les **jours**, les situations sont plus **variées** :

- intervention quotidienne (3 services d'urgence, dont 1 incluant explicitement le week end, plus 1 faisant état d'un passage quotidien existant),
- accent mis sur le lundi (1 service),
- accent mis sur le vendredi (1 service – problématique des lendemains de soirées étudiantes).

Les services d'urgence jugent en majorité (62%) que les ELSA ne sont que partiellement présentes dans les créneaux où leur présence physique est jugée particulièrement souhaitable.

Néanmoins, 4 services sur 13 considèrent qu'elles sont présentes sur ces créneaux, et seul 1 service sur 13 considère qu'elles ne le sont pas.

<sup>10</sup> Source sur les passages aux urgences : données SAE 2015

En résumé, si la situation n'est pas complètement péjorative, il y a sans doute des marges d'amélioration sur les créneaux de présence physique des ELSA dans les services d'urgence.

Ceci est confirmé par les indications des services bénéficiant d'une ELSA sur les points à améliorer dans leur organisation actuelle et les mesures pour y parvenir : dans le cadre de l'enquête, 7 des 14 services concernés visent une augmentation du temps de présence et/ ou des moyens de l'ELSA, 2 visant particulièrement la couverture des week-ends. 2 services ne visant pas cela font état, au titre des points forts, d'un passage systématique de l'ELSA aux urgences ou de sa disponibilité.

#### **ZOOM : ELSA n'intervenant ni soir, ni week-end : quel impact ?**

Dans le cas où un patient est hospitalisé, les services d'accueil arrivent en général à s'organiser avec l'ELSA pour qu'il puisse être vu durant son séjour. De ce fait, l'absence de l'ELSA le soir et le week-end ne pose a priori pas de difficulté dans ce cas de figure.

En revanche, l'absence des ELSA le soir et le week-end apparaît problématique pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation. En particulier, il est fréquent que les jeunes, arrivés aux urgences suite à des consommations excessives, ne puissent être rencontrés par des professionnels en addictologie. Or, leur passage aux urgences est l'un des rares moments où un premier contact peut être établi avec ces jeunes, pour amorcer une réflexion sur leur consommation.

Ceci étant, l'intérêt de la présence de l'ELSA le soir est *a priori* mineur : les patients ne sont pas en état d'être vus par l'ELSA ; c'est la prise en charge somatique qui prime, ce que les services d'urgence font de manière autonome. La présence de l'ELSA en soirée peut être un facteur sécurisant pour les équipes, mais a peu d'intérêt en termes de contact avec le patient. En revanche, il importe que les patients puissent être vus par l'ELSA le lendemain matin. L'enjeu principal est donc la présence de l'ELSA les samedis et dimanches matin.

A noter que la seule ELSA de la région qui assurait une couverture le week-end a cessé de le faire au cours de l'année 2016.

#### **1.1.3 Globalement, les ELSA interviennent dans les services ciblés par les instructions nationales, mais le déploiement de la liaison addictologique dans les maternités apparaît perfectible**

- **Les ELSA couvrent globalement les services ciblés par les instructions nationales**

Pour mémoire, outre les urgences, les instructions nationales (circulaires de 2000 et 2008, guides d'aides à la contractualisation, circulaires FIR) visent particulièrement les services suivants pour l'intervention des ELSA :

- maternité-obstétrique
- gastro-entérologie
- neurologie
- infectiologie
- médecine interne
- psychiatrie

Le tableau suivant présente les services dans lesquels les ELSA interviennent le plus souvent, du rang 1 à 5.

Dans ce tableau, les sites de Blain, Ancenis et Châteaubriant ont été comptés distinctement (d'où un total sur 18, et non sur 16).

	rang 1	rang 2	rang 3	rang 4	rang 5	rangs 1 à 5
Urgences - UHCD et réanimation	9	2	4	2	1	18
Médecine	5	5	3	1	1	15
Psychiatrie	2	2	4	3	3	14
Neurologie-cardiologie	0	4	2	2	1	9
MPR-SSR	0	0	1	4	3	8
Gynéco-obstétrique-Maternité	1	1	2	0	3	7
Hépatogastroentérologie (HGE)	0	4	0	3	0	7
Chirurgie-orthopédie	0	0	0	1	3	4
Pneumologie	1	0	1	0	1	3
Cancérologie	0	0	0	1	0	1
Endocrinologie	0	0	0	1	0	1
ORL	0	0	1	0	0	1

Sous réserve d'une analyse plus fine, mettant en lien les services où l'ELSA intervient principalement et les services existants dans les établissements où elles interviennent (il n'y a pas de service de cancérologie partout, par exemple), les constats suivants peuvent être dressés.

Les trois services où les ELSA interviennent le plus sont les urgences (étendues aux UHCD et services de réanimation), les services de médecine et la psychiatrie. Les services de Gynécologie-Obstétrique-Maternité occupent en revanche une place secondaire en dépit de leur ciblage par les instructions nationales.

En ce qui concerne la psychiatrie, ce constat doit néanmoins être mis en lien avec le fait que certaines ELSA n'interviennent pour l'essentiel que dans des services de psychiatrie, étant implantées dans un établissement de santé mentale.

A l'inverse, les services de médecine physique et réadaptation et les services de soins de suite et de réadaptation (MPR-SSR) figurent parmi les services d'intervention les plus fréquents pour la moitié des ELSA, bien qu'ils ne soient pas explicitement visés par les instructions nationales.

- **Le cas de la couverture addictologique en maternité : des besoins et un contexte particuliers appelant une réponse spécifique**

Comme indiqué plus haut, moins de la moitié des ELSA placent ces services parmi les 5 où elles interviennent le plus fréquemment. En outre, alors que ces services sont particulièrement visés par les instructions nationales, ils ne sont classés en rang 1 ou 2 que par 2 ELSA sur les 16 que compte la région.

Les entretiens menés ont permis d'explicitier en partie ce phénomène et d'identifier plusieurs traits singuliers des maternités par rapport aux autres services visés dans les instructions nationales ciblant l'intervention des ELSA.

A noter que, parmi les maternités rencontrées dans le cadre des entretiens, certaines déclaraient avoir davantage de liens sur la question des addictions avec le Réseau Sécurité Naissance (outils, formations y compris à l'entretien motivationnel) qu'avec l'ELSA de leur établissement.

❖ ***La survivance forte de tabous des équipes et des patientes autour des addictions pendant la grossesse***

Le tabou des patientes sur ces questions a été évoqué lors des entretiens : honte, culpabilité, parfois déni ou dénégation liée à des représentations de l'alcool (« *bière, vin et cidre, ce n'est pas de l'alcool* »).

De même, a été fait état d'une gêne des professionnels, et en particulier des gynécologues, à intégrer cette problématique dans leurs pratiques auprès des femmes enceintes.

Enfin, la variation des comportements en fonction des produits suggère un fort impact des représentations sociales sur les comportements des personnels : la consommation de tabac est réputée être évoquée facilement, ce qui est beaucoup moins le cas pour la consommation d'alcool ou de drogue.

L'ensemble de ces éléments a pour effet (déclaré) un repérage insuffisant des situations d'addictions et de consommations chez ces patientes.

Le réseau sécurité naissance, et notamment sa commission « nutrition et addiction », a mis en place un questionnaire qui, dans un cadre plus large, amène les professionnels à aborder la question des consommations, notamment d'alcool. Un système de « réglette » pointe l'orientation à proposer aux patientes en fonction de leur réponse.

Si cet outil peut favoriser le repérage, ce n'est qu'à condition :

- qu'il soit déployé dans les services ;
- qu'il soit effectivement utilisé (que les questions d'addiction soient effectivement posées pendant l'entretien).

❖ ***Une connaissance insuffisante de ces services sur la conduite à tenir en cas de repérage***

Il a été plusieurs fois signalé lors des entretiens que, pour certaines équipes, un autre frein à poser la question des addictions était la méconnaissance des personnels sur l'orientation à donner aux patientes concernées.

Ainsi, des cas ont été signalés de services qui avaient mis en place un repérage, mais où celui-ci n'était pas nécessairement suivi d'orientations adaptées.

❖ ***Une nécessité de forte réactivité liée à la durée de présence des patientes qui questionne l'opportunité du modèle d'intervention de l'ELSA « sur demande »***

Jusqu'à l'accouchement, les patientes viennent en suivi, mais ne sont généralement pas hospitalisées. Les services hospitaliers disposent donc d'un temps très court pour travailler la question de leurs consommations avec les patientes.

Or, dans le cadre des grossesses, l'intervention précoce est d'autant plus nécessaire que les consommations affectent non seulement la patiente, mais font courir des risques à l'enfant à naître (ce qui est d'ailleurs un facteur du sentiment de honte des patientes concernées, avec la crainte du jugement d'être une « mauvaise mère »).

Dans les situations où l'ELSA intervient exclusivement « à la demande », sauf réactivité très élevée de l'ELSA, il apparaît difficile que toutes les patientes potentiellement concernées puissent être vues. Ce modèle d'intervention apparaît donc assez inadapté en maternité.

A ce problème s'ajoute le fait que les suivis de grossesses ne sont pas tous réalisés en milieu hospitalier, ce qui pose la question d'un dispositif qui pourrait impliquer les professionnels exerçant en libéral.

❖ *Des sages-femmes formées à l'addictologie dans les maternités : des expériences jugées positives à l'unanimité*

Certains établissements de la région ont fait le choix de positionner dans ces services des sages-femmes formées à l'addictologie – parfois relevant de l'équipe ELSA. Certaines de ces expériences ont pris fin ou sont suspendues (non remplacement des sages-femmes formées en cas de départ ou d'absence).

Les équipes qui ont connu ce fonctionnement ont souligné l'efficacité particulière de la présence, dans le service, d'une sage-femme formée sur les questions d'addiction, pouvant aborder la question avec les patientes et pouvant, soit assurer toute la mission de liaison en addictologie, soit favoriser l'orientation vers l'ELSA.

Les éléments recueillis lors de l'évaluation ne permettent pas de déterminer combien de maternités disposent de sages-femmes formées spécifiquement aux questions d'addiction, quand celles-ci ne relèvent pas de l'équipe ELSA (ce qui n'est le cas que pour deux ELSA de la région).

A noter que des organisations ont été expérimentées, à Lille et à Toulouse, reposant sur un double dispositif :

- questionnaire auto-administré remis aux patientes en salle d'attente (*a priori* favorable à la déclaration par les patientes de leurs consommations, davantage que directement en entretien)
- présence de sages-femmes formées à l'addictologie dans les services de gynécologie-maternité-obstétrique (avec une meilleure orientation des patientes présentant ce type de problématiques).

Si le champ de leur intervention et l'articulation avec l'ELSA sont des points à clarifier, les acteurs interrogés ne doutent pas de l'effet positif de cette pratique en termes de repérage des situations.

**ZOOM : Que font les services lorsque l'ELSA n'est pas présente ?**

Les constats dressés précédemment mettent en lumière que les ELSA ne sont pas partout et tout le temps présentes dans les établissements de santé de la région.

Pour autant, il ne faut pas en déduire qu'aucune démarche n'est entreprise en l'absence des ELSA.

Parmi les pratiques rencontrées lors des investigations, peuvent ainsi être évoquées :

- la remise au patient d'un « flyer » ou livret comportant les coordonnées de l'ELSA (cas fréquent)
- un système de fiche permettant d'informer l'ELSA du passage d'un patient repéré, avec les coordonnées de ce dernier afin que l'ELSA puisse le recontacter
- un rendez-vous avec l'ELSA fixé au patient
- le recours à une ressource interne à l'établissement (personne qualifiée en addictologie) ou en externe (personnel d'un CSAPA en proximité, par exemple)

Hormis ce dernier cas de figure, il est à noter que les pratiques des services visent à créer le contact entre le patient et l'ELSA.

A noter que les sites distants interrogés pensent possible de disposer d'un appui de l'ELSA par téléphone, mais n'ont pas souvenir que cela ait été fait.

En ce qui concerne la prise en charge des problématiques somatiques liées aux addictions, elle est souvent réputée être acquise par les services, même si des marges de progrès subsistent compte tenu de pratiques inadaptées mentionnées dans le cadre des investigations.

#### ***1.1.4 La visibilité des services à orientation addictologique est assurée dans les services potentiellement requérants, mais pas toujours l'ELSA en tant que telle***

Au-delà de la disponibilité d'une ELSA, l'un des enjeux de la liaison addictologique est que les services en identifient l'existence.

Globalement, la fonction addictologique est bien repérée par les services interrogés mais pas toujours l'ELSA, ce qui est lié au fait qu'une partie des ELSA sont insérées dans un service plus large d'addictologie (liaison et consultations).

- **Une visibilité institutionnelle assurée dans la grande majorité des cas**

La quasi-totalité des ELSA indiquent être mentionnées dans le projet de leur établissement de santé. 15/16 ELSA indiquent que l'équipe est mentionnée dans le projet de l'établissement de santé où elles sont implantées. Une seule indique ne pas savoir ce qu'il en est.

15 ELSA sur 16 indiquent produire chaque année un rapport d'activité (une seule indique ne pas produire de rapport d'activité annuel). Dans 11 cas sur 15, ce rapport est spécifique à l'ELSA et, dans les 4 autres cas, ce rapport est intégré dans un rapport plus large, pouvant comporter des précisions sur la liaison proprement dite.

Le périmètre de diffusion de ces rapports est toutefois très variable. Les destinataires les plus souvent cités sont la direction de l'établissement (8 ELSA), le pôle dont elle relève (6 ELSA), l'ARS (5 ELSA), ou encore une diffusion dans l'ensemble de l'établissement (3 ELSA). Les autres destinataires mentionnés sont le président de la CME de l'établissement, certains services ciblés... Seul un responsable d'ELSA indique que, à sa connaissance, le rapport d'activité n'est diffusé à personne.

Enfin, le positionnement de l'ELSA dans l'organigramme est jugé favorable à la visibilité de l'équipe dans la grande majorité des cas (13/16).

- **Une perception positive des responsables d'ELSA sur l'identification de l'ELSA et de ses missions en interne à l'établissement comme dans les établissements tiers où elles interviennent**

Il ressort de l'enquête auprès des responsables d'ELSA qu'ils jugent l'équipe et ses missions bien identifiées en interne à leur établissement : 7/16 estiment que c'est tout à fait le cas, 8/16 que c'est plutôt le cas, et 1/16 que ce n'est plutôt pas le cas. Aucune n'estime que ce n'est pas du tout le cas.

Selon cette même enquête, ils jugent l'équipe et ses missions bien identifiées, pour les 6 ELSA concernées, au sein des *établissements tiers* où elles interviennent :

- 3/6 estiment que c'est tout à fait le cas,
- 2/6 que c'est plutôt le cas.
- 1/6 que ce n'est plutôt pas le cas (et elle a fourni la même réponse en ce qui concerne l'interne à l'établissement).
- Aucune ne considère que ce n'est pas du tout le cas.

- **Si les ELSA ne sont pas toujours repérées en tant que telles, la compétence addictologique est identifiée par la plupart des services hospitaliers rencontrés**

L'ELSA et ses missions sont généralement bien connues dans les services rencontrés, y compris ceux qui travaillent le moins avec les ELSA, à une ou deux exceptions près.

Si la visibilité institutionnelle des ELSA apparaît assurée (*cf. supra*), plusieurs nuances doivent être apportées.

L'ELSA n'est pas forcément identifiée en tant que telle par les services, mais souvent plus le service d'addictologie. Ceci est lié au fait : qu'il s'agit assez souvent d'un service unique ; que même quand il s'agit de services distincts, il s'agit des mêmes personnes; enfin, la distinction entre consultations de l'ELSA et consultations d'addictologie n'est pas toujours très nette.

Persistent des perceptions parfois fausses du rôle de l'ELSA (ex. coordination au long cours des soins), qui peuvent découler du constat précédent, mais aussi de la pratique de certaines ELSA qui accompagnent le patient tout au long du séjour, constituant pratiquement le seul apport proprement addictologique lors d'hospitalisations pour sevrage voire, pour certaines, poursuivent l'accompagnement de la personne après sa sortie d'hospitalisation.

L'articulation entre équipes psychiatriques de liaison et ELSA n'est pas forcément maîtrisée par tous les services tiers, mais des protocoles ont été mis en place dans certains établissements, destinés notamment au service des urgences, pour préciser les conduites à tenir. Au – delà du regroupement de l'ELSA et de la consultation addictologique, il a été fait état lors des investigations d'un regroupement dans une même équipe des activités de liaison addictologique et de liaison psychiatrique.

- **Parmi les leviers de l'ELSA pour assurer sa visibilité, un enjeu central de la présence physique dans les services**

Certaines ELSA ont créé des « *flyers* » disposés dans les services (notamment aux urgences), qui sont volontiers remis par les services d'accueil des patients lorsque les ELSA ne peuvent les voir avant les sorties de l'hôpital (week-ends et jours fériés, mais aussi créneaux où l'ELSA n'est pas sur le site hospitalier concerné). Il a pu être relevé que, autant que la remise du document au patient, c'est la manière dont cela était fait (bienveillance, attitude non jugeante) qui pouvait être déterminante en termes de décision du patient de contacter l'équipe à distance. Ceci suppose que, au minimum, une sensibilisation des équipes ait été faite en matière d'approche du patient présentant des conduites addictives ou comportements à risques.

De fait, les formations et informations assurées par les ELSA dans les établissements de santé comportent en général des éléments sur les missions de l'ELSA et la manière de formuler une demande. 9 ELSA sur 16 indiquaient avoir proposé des interventions collectives auprès des équipes en 2015 (présentation de l'ELSA, sensibilisation...). Pour les 8 ELSA qui étaient en mesure de quantifier ces interventions, c'est une moyenne de 23 heures par ELSA qui est constatée, avec toutefois de fortes variations (de 1 heure à 50 heures).

Des actions de communication ont en outre été menées par les ELSA, tout particulièrement auprès des personnels en formation (IFSI, IFAS, interventions auprès des internes...). Les réponses des ELSA à la question « L'ELSA a-t-elle mené des actions de communication (pour faire connaître l'équipe et ses missions) ces trois dernières années ? » sont retracées dans le tableau ci-après (plusieurs réponses étaient possibles).

En interne à l'établissement	12 /16
Auprès de certains services ciblés de l'établissement	9 /16
Auprès d'autres établissements où elle intervient	4 /16
Auprès de certains services ciblés des autres établissements où elle intervient	3 /16
Auprès des structures médico-sociales spécialisées dans le domaine des addictions (CSAPA, CAARUD)	10 /16
Auprès des professionnels en formation (internes en médecine, IFSI, IFAS...)	15 /16
Auprès des médecins généralistes de ville	5 /16
Auprès d'autres acteurs	7 /16
L'ELSA n'a mené aucune action de communication de ce type	0 /16

Il ressort néanmoins des investigations menées que la présence des membres des ELSA, dans les services, est le levier le plus puissant pour assurer leur visibilité, la compréhension de leurs missions et l'appropriation de réflexes dans les services. L'importance d' « occuper le terrain » a d'ailleurs été évoquée par plusieurs intervenants lors de la journée nationale tenue par ELSA France.

Les entretiens menés dans le cadre de la présente évaluation permettent de dresser les constats suivants, fondés sur l'appréciation des acteurs.

L'un des défis des ELSA, notamment dans les services connaissant un turn-over important (aux urgences, en particulier), est de faire en sorte que les équipes aient des attitudes adaptées, non jugeantes, à l'égard des personnes confrontées à des addictions, et que ces équipes aient le réflexe de contacter l'ELSA ou, lorsqu'elle n'est pas disponible, de programmer une rencontre avec les patients.

Nombre d'interlocuteurs considèrent que l'acquisition de ce double réflexe dans les équipes est favorisée par le contact régulier de l'ELSA avec les services, selon des modalités variables :

- présence sur des créneaux horaires réguliers dans le service ;
- passages réguliers (au mieux quotidiens) pour demander aux équipes si elles ont des patients justifiant un contact avec l'ELSA ;
- participation de l'ELSA aux réunions de staff des équipes ;
- temps de briefing / débriefing autour de la rencontre de l'ELSA avec un patient.

Le réflexe de saisine de l'ELSA ne paraît pas partout et toujours acquis de manière pérenne. A été mentionnée par plusieurs ELSA la nécessité non seulement d'aller dans les services, mais d'y retourner régulièrement car les équipes se renouvellent dans l'établissement (notamment certains services accueillant beaucoup d'internes).

*A contrario*, ont pu être signalées des situations où l'absence durable de l'infirmière de l'ELSA dans un service s'était accompagnée d'une diminution significative du nombre de fiches de signalement dressées à l'attention de l'ELSA.

Au moins autant que l'identification de l'ELSA en tant que telle, c'est l'identification des personnes qui y travaillent qui est jugée efficace. Certaines ELSA veillent ainsi à ce que, dans la mesure du possible, ce soit toujours les mêmes personnels de l'ELSA qui interviennent auprès des mêmes services. C'est tout particulièrement le cas pour les sites distants (autres établissements de santé ou autres sites du même établissement). Cette forme de personnalisation de l'ELSA est également suggérée par les termes employés par plusieurs responsables d'ELSA pour se féliciter d'une bonne intégration d'un personnel ELSA dans le fonctionnement d'un autre service : « il / elle est considéré comme faisant partie de l'équipe ». Ce même registre a pu être employé par des services où une personne de l'ELSA intervient.

*1.1.5 Si elles diffèrent d'une équipe à l'autre, compte tenu notamment d'une certaine porosité entre ELSA et consultation addictologique, les modalités de recours à la compétence addictologique sont néanmoins connues*

- **Des modalités de saisine hétérogènes et certaines confusions entre ELSA et consultation addictologique**

Comme évoqué précédemment, malgré la mobilisation des outils institutionnels, une certaine confusion persiste entre ELSA et autres services d'addictologie. Les causes identifiées sont l'existence de services d'addictologie uniques couvrant les différentes missions, le partage des personnels entre celles-ci (que le service soit unique ou non), et une différence parfois subtile entre consultations de liaison et consultations de suivi.

Néanmoins, il n'apparaît pas que ce brouillage constitue un frein au recours des services à une compétence addictologique en liaison.

Les modalités de saisine des ELSA sont hétérogènes :

- l'appel téléphonique d'un soignant à l'ELSA
- appel téléphonique d'un médecin à l'ELSA
- demandes sur formulaires ou bons signés par le médecin du service demandeur
- demande via le système d'information de l'établissement
- prise de rendez-vous dans la perspective de la permanence assurée par un membre de l'ELSA sur un site distant.

Les établissements confrontés à des confusions entre ELSA et autres services addictologiques ont pu mettre en place des stratégies de résolution : secrétariat unique orientant la demande entre les différents services, dissociation géographique entre les consultations assurées dans le cadre de la liaison et les consultations externes...

- **Sans toutefois que cela fasse obstacle à l'accès à une compétence en addictologie**

En tout état de cause, il ne ressort pas des investigations que ces confusions éventuelles constituent un obstacle à ce qu'un service puisse accéder à une compétence en addictologie lorsque celle-ci est requise.

Il n'a pas été constaté de situations où les modalités de saisine sont complètement inconnues, hormis pour quelques situations dans le cadre de l'enquête menées auprès des services d'urgence.

En majorité (72%), les services d'urgence estiment avoir une connaissance suffisante des modalités de saisine de l'ELSA et du type de prestations qu'elle apporte. A noter que l'existence ou non d'un protocole n'a pas d'influence (même nombre de réponses) en ce qui concerne la connaissance des modalités de saisine. De même, il n'y a pas de lien avec le fait que l'ELSA soit située dans un autre établissement de santé : les 3 services d'urgence jugeant ne pas avoir une connaissance suffisante des modalités de saisine de l'ELSA et de ses prestations ont une ELSA au sein de leur l'établissement.

## 1.2 LES ELSA SONT – ELLES EN MESURE DE REALISER L'ENSEMBLE DE LEURS MISSIONS ?

CRITERES D'EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"><li>- Les ELSA réalisent l'ensemble des missions confiées par les circulaires de 2000 et 2008</li><li>- Les ELSA disposent d'un budget proportionnel à la situation démographique et épidémiologique de leur zone d'intervention</li><li>- Toutes les qualifications requises par la circulaire de 2008 sont réunies dans les ELSA</li><li>- Le nombre de professionnels dans les différentes catégories est adapté pour assurer l'ensemble des fonctions</li><li>- Les ELSA disposent de moyens logistiques suffisants pour exercer leurs missions, notamment au profit de sites distants</li></ul>

### Conclusion 2 :

Hormis la participation aux travaux de recherche, les différentes missions des ELSA sont investies de manière équivalente par chaque équipe. En revanche, toutes ne les investissent pas avec la même intensité (notamment l'élaboration de protocoles) ou de la même manière (exemple de la formation).

La polyvalence des ELSA, en termes d'addictions prises en charge, n'est pas générale, les addictions sans produit n'étant notamment pas prises en compte par toutes les ELSA.

Aucune ELSA ne réunit en son sein toutes les professions visées par la circulaire de 2008, la taille des équipes est variable, et le ratio file active « réelle » / ETP présente de très fortes variations. De fait, les critères d'allocation de ressources aux ELSA ne tiennent compte à ce jour (en MIG) ni de données épidémiologiques, ni du niveau d'activité réelle.

Enfin, une majorité d'ELSA fait état de moyens logistiques insuffisants pour mener leurs missions de manière satisfaisante, notamment pour les équipes intervenant sur plusieurs sites.

### *1.2.1 Les ELSA réalisent l'ensemble des missions confiées par les circulaires de 2000 et 2008, même si leur participation aux travaux de recherche est marginale, et si certaines activités sont inégalement investies par les ELSA*

- **Hormis la participation à la recherche, aucune mission des ELSA n'est considérée particulièrement sous-investie par les responsables des équipes**

Les circulaires de 2000 et 2008 assignent 12 missions aux ELSA, rappelées en annexe 6 au présent rapport.

La quantification précise de l'activité des ELSA au niveau régional est rendue complexe par la diversité des pratiques, des incertitudes sur la ligne de partage entre actions de la liaison et actions de la consultation addictologique, lorsqu'une même équipe a en charge les deux activités et l'hétérogénéité des rapports d'activité (très disparates dans leur présentation, ils n'autorisent pas aisément de consolidation et/ ou de comparaison entre équipes).

L'enquête menée auprès des responsables d'ELSA dans le cadre de l'évaluation a d'abord cherché à identifier l'investissement relatif de chaque ELSA dans chacune des 12 missions susvisées.

Plus précisément, il était demandé aux responsables d'ELSA d'estimer l'investissement relatif de l'ELSA (en termes de mobilisation de ressources) dans les différentes missions fixées par les circulaires nationales, de ++ (missions les plus investies) à -- (missions les moins investies).

Présentation du nombre d'ELSA par cotation sur les différentes missions :

	++	+	-	--
Contribution à l'évaluation de l'addiction	12	4	0	0
Préparation de la sortie de l'hospitalisation et orientation de la personne vers le dispositif spécialisé en addictologie	10	6	0	0
Aide aux équipes soignantes pour la réalisation des sevrages et la mise en place des traitements de substitution	10	4	2	0
Contribution à la mise en place d'une prise en charge médico-psycho-sociale au cours de l'hospitalisation	9	6	1	0
Contribution à l'élaboration du projet de soins	8	6	2	0
Articulation et coordination avec les autres acteurs sanitaires et sociaux concernés (y compris partage des informations avec l'accord du patient)	8	5	3	0
Elaboration de protocoles pour les services n'ayant pas une orientation addictologique	7	5	3	1
Travail en lien avec les équipes d'addictologie du territoire de santé dans le cadre de la coordination des soins	6	6	4	0
Sensibilisation et formation des équipes de soins à l'addictologie	5	8	3	0
Education à la santé en addictologie pour les patients et les personnels hospitaliers	2	9	5	0
Participation aux travaux de recherche en addictologie	0	0	8	7

Chaque équipe ayant un barème propre d'estimation de son investissement, les données ont été retravaillées par l'équipe d'évaluation de sorte de pouvoir déterminer le poids de chaque mission dans l'investissement de chaque ELSA.

Les conclusions suivantes peuvent être tirées.

Globalement, les ELSA investissent de manière assez homogène l'ensemble de leurs missions, si l'on excepte la participation aux travaux de recherche en addictologie.

Deux missions apparaissent globalement plus investies :

- La **contribution à l'évaluation de l'addiction** est la mission la plus investie, et de manière la plus convergente entre les différentes ELSA.
- La **préparation de la sortie de l'hospitalisation et l'orientation de la personne** vers le dispositif spécialisé en addictologie est la seconde mission la plus investie, même cela est un peu plus variable que pour l'évaluation de l'addiction

... et deux missions globalement moins investies :

- **L'éducation à la santé en addictologie** pour les patients et les personnels hospitaliers.
- Et surtout, la **participation aux travaux de recherche en addictologie**, la moins investie, qu'aucune ELSA n'a côté en « + + » ou « + ».

A noter, enfin, une mission sur laquelle les différences d'investissement sont les plus fortes : **l'élaboration de protocoles** pour les services n'ayant pas une orientation addictologique, 25% des ELSA ayant par ailleurs qualifié l'investissement dans cette mission « - » ou « - - ».

- **La polyvalence des ELSA n'est pas générale et absolue, avec un investissement moindre dans les addictions sans produits**

Les instructions nationales précisent que les ELSA ont vocation à prendre en charge tous les types d'addiction.

12 ELSA sur 16 indiquent prendre en charge tous les types d'addictions.

11 sur 16 indiquent prendre en charge les poly-addictions.

Pour les 8 ELSA qui fournissent le détail par type d'addictions (qu'elles aient ou non déclaré prendre en charge tous les types) :

- toutes déclarent prendre en charge tabac et cannabis
- 7 les opiacés
- 6 les médicaments détournés de leur usage
- Cocaïne, amphétamines et assimilés et autres drogues illicites sont prises en charge chacune par 5 ELSA
- 5 ELSA signalent prendre en charge les troubles des conduites alimentaires.
- 2 ELSA seulement, enfin, signalent prendre en charge les autres addictions sans produit (jeu, sexe...)

De fait, l'alcool est pris en charge par toutes les équipes rencontrées. Il est, avec le tabac, la pratique addictive à laquelle les services sont le plus souvent confrontés. Les chiffres des rapports d'activité disponibles pointent que, face à ces deux produits, le poids des usages de drogues illicites est tout à fait mineur.

A noter cependant que certaines ELSA (en CHS, notamment) sont plus confrontées que les autres à la toxicomanie (cause ou conséquence de leur pathologie psychiatrique, des liens existent comme, par exemple, entre usage de cannabis et schizophrénie).

### ***1.2.2 L'investissement des ELSA dans la formation : un bilan contrasté pour une pratique multiforme***

- **Une mission de formation que les textes confient à une pluralité d'acteurs**

La mission de formation en addictologie n'est pas l'apanage des ELSA, puisque tant la circulaire de 2008 que les dispositions du code de la santé publique identifient un rôle en matière de formation :

- du court séjour addictologique,
- de l'ELSA,
- de la consultation hospitalière en addictologie,
- de l'hôpital de jour en addictologie,
- des CSAPA.

### **ZOOM : les acteurs de la formation en addictologie dans les textes**

« Le court séjour participe à la recherche en addictologie et à la formation en addictologie des personnels des établissements de santé. » (annexe II circ. 2008)

« *Autres missions [des ELSA]*

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

Les objectifs sont d'introduire ou de renforcer une culture addictologique dans les établissements de santé et visent à l'introduction ou au renforcement d'un savoir-faire des soignants dans la prise en charge des patients ayant un problème addictif. Diverses actions peuvent être menées : formation continue en addictologie ouverte à toute catégorie de personnel, formations ciblées pour les intervenants de services spécifiques (urgences, gynéco-obstétrique, néonatalogie, cancérologie, psychiatrie), élaboration de protocoles (protocoles de repérage des conduites addictives, protocoles de prise en charge addictologique, des sevrages et surdosages). » (annexe III circ. 2008)

« *Autres missions [de la consultation hospitalière en addictologie]*

*Participation (...)* à la formation des personnels des établissements de santé en addictologie (formation initiale et continue et notamment lieu de stage pour les étudiants des filières médicales et de santé). » (annexe IV circ. 2008)

« L'hôpital de jour en addictologie participe à la recherche en addictologie et à la formation en addictologie des personnels des établissements de santé. » (annexe V circ. 2008)

« Les centres [CSAPA] peuvent participer à des actions de prévention, de formation, de recherche en matière de pratiques addictives. Ils peuvent également les mettre en œuvre. Lorsque ces actions sont organisées par des personnes morales, celles-ci rémunèrent l'intervention du centre. » (Code de la Santé Publique, article D3411-8).

- **Une connaissance partielle de l'investissement des ELSA dans le domaine de la formation, qui apparaît assez hétérogène tant en terme de fréquence que de modalités**

La mobilisation des ELSA en termes de formation est complexe à quantifier au niveau régional :

- les unités de compte utilisées dans les rapports d'activité sont hétérogènes (nombre de journées ou demi-journées, nombre d'heures, nombre de personnes formées...)
- la distinction entre formation et information n'est pas toujours claire
- une partie de l'activité de formation se fait de manière informelle.

L'enquête menée auprès des responsables d'ELSA dans le cadre de l'évaluation avait pour objectif de contourner une partie de ces difficultés, en proposant un cadre commun de décompte de ces activités.

3 ELSA ne suivent pas le nombre d'heures de formation prodiguées par l'équipe.

Pour les 13 autres, cet investissement est extrêmement variable :

- 2 ELSA ne déclarent aucune heure de formation donnée (dont l'une en raison de l'absence d'un médecin en 2015)
- Pour les autres, le nombre d'heures s'échelonne de 10 à 300 (à noter que ce dernier nombre est déclaré par une ELSA de Mayenne, département dans lequel les 3 ELSA ont mutualisé leur dispositif de formation)

*In fine*, la médiane s'établit à 51 heures de formation données par les ELSA de la région en 2015 (et, au total, 967 heures).

De même que les volumes, la fréquence des formations délivrées par les ELSA, sur un échantillon de thèmes, est hétérogène.

Les responsables d'ELSA ont été interrogés sur la fréquence des formations données par l'ELSA aux autres équipes sur une série de thèmes. Le tableau résume les résultats de cette interrogation (*lecture : 9 ELSA sur 16 disent ne prodiguer qu'occasionnellement des formations à d'autres services en matière de repérage des situations*).

L'ELSA prodigue – t – elle des formations aux autres services...		Très fréquemment	Assez souvent	Occasionnellement	Jamais	total
	sur le repérage des situations ?	3	3	9	1	16
	sur l'évaluation des situations ?	3	4	7	2	16
	sur l'engagement des patients dans une démarche de soin (entretien motivationnel ou autre) ?	4	3	7	2	16
	sur l'élaboration du projet personnalisé d'intervention ?	2	2	7	4	15
	sur la réduction des conduites à risque et la mise en place des traitements de substitution ?	3	4	8	1	16
	pour favoriser l'organisation de la sortie des patients (par exemple, sur l'existence et les missions des acteurs non hospitaliers en matière d'addictions...) ?	4	3	7	2	16

Cette lecture par thème ne fait pas ressortir de thème de formation particulièrement surinvesti ; au plus, semble-t-il, une fréquence plutôt plus faible des formations concernant l'élaboration du projet personnalisé d'intervention. Elle suggère en revanche que l'activité de formation des équipes par les ELSA sur ces différents thèmes est en majoritairement du registre de l'occasionnel.

Une analyse par ELSA de la fréquence des formations prodiguées sur ces différents thèmes montre que :

- 8 ELSA /16 ne prodiguent ces formations qu'occasionnellement ou jamais ;
- à l'inverse, 2 ELSA/16 prodiguent ces formations très fréquemment ou assez souvent ;
- pour les autres ELSA, la situation est moins tranchée.

Dans le cadre des entretiens, il est ressorti que les interventions d'information et de sensibilisation des ELSA portaient fréquemment sur les addictions en général, les comportements à adopter pour aborder le patient, les missions de l'ELSA et la manière de la saisir.

De manière complémentaire, plusieurs ELSA ont déclaré l'organisation de formations de l'ordre de 2-3 jours ouvertes à l'ensemble des équipes de l'établissement. Au vu des témoignages recueillis, ces formations sont assez demandées, et la participation tend à buter davantage sur la possibilité des services de libérer leurs personnels pour y participer qu'à une incapacité des ELSA de les proposer.

A noter que certains établissements ont inscrit l'addictologie dans le cadre du développement professionnel continu. Si cela permet une reconnaissance de ces formations, cela suppose également qu'elles soient délivrées par des organismes agréés à cette fin.

A côté de ces temps de formation bien identifiée, les ELSA échangent pratiquement toutes avec les équipes avant de rencontrer le patient et/ou après l'avoir rencontré. Ces échanges sont réputés participer à la transmission de compétences vers les équipes, à un niveau très pratique.

Le tableau ci-dessous illustre la fréquence très répandue de cette pratique.

<i>Echangez-vous avec les équipes sur la situation des patients ?</i>					
	Jamais	Occasionnel- lement	Le plus souvent	Systématique- ment	<i>Dénom.</i>
En amont de l'entretien avec le patient et/ou son entourage	0	2	4	10	<b>16</b>
En aval de l'entretien avec le patient et/ou son entourage	0	1	7	8	<b>16</b>
En amont et en aval (si cotation identique pour les 2 situations)	0	1	4	8	<b>16</b>

- **Des marges de progrès en matière de formation des services d'urgence**

Il ressort de l'enquête menée auprès des services d'urgence de la région que la formation de ces équipes aux questions d'addictologie est perfectible.

Les formations suivies par les équipes des urgences sur les thèmes relatifs à l'addictologie apparaissent globalement bien connus (seulement 2 à 3 réponses « ne sait pas » par item).

Hormis sur la thématique du repérage (7 services d'urgence déclarent une formation), la formation sur ces thèmes n'apparaît pas très développée.

Parmi les répondants, 5 services d'urgence ne déclarent aucune formation sur les différents thèmes visés au cours des trois années précédentes.

L'intérêt de la formation des personnels des urgences sur les questions d'addictions et de consommations à risque est important : d'une part, en raison d'un *turn-over* en général réputé élevé dans ces équipes, d'autre part, en raison de l'indisponibilité des ELSA en soirée et le week-end, périodes où les services des urgences peuvent être confrontés à ce type de situations et pourrait, sous réserve d'une formation adéquate, aller au-delà du seul traitement somatique.

- **Un niveau de mutualisation assez faible en matière de formation**

L'équipe d'évaluation s'est interrogée sur les possibles mutualisations dans le domaine de la formation, qui semble assez propice à cet exercice (mutualisation de supports d'intervention ou de compétences, entre ELSA mais aussi d'autres structures).

De fait, le niveau de mutualisation apparaît assez faible.

En Mayenne, les 3 ELSA ont mutualisé leur dispositif de formation. Celles-ci sont prodiguées par des personnels des 3 ELSA dans les établissements du département. Mais cette mutualisation des supports et des équipes dans le cadre de la formation n'est pas observée à l'échelle régionale, puisqu'il n'y a pas d'échanges réunissant l'ensemble des ELSA à ce niveau (*cf. infra* §3.1.1.). Par ailleurs, ce type de mutualisation ne se retrouve pas au sein des autres départements de la région.

De même, les interactions avec les structures médico-sociales d'addictologie sur les questions de formation sont occasionnelles, qu'il s'agisse pour l'ELSA de former des personnels de ces structures, ou de mener conjointement avec elles des actions de formation au bénéfice de tiers.

Enfin, les formations à l'entretien motivationnel proposées par le biais du Réseau Sécurité Naissance n'apparaissent pas avoir été articulées avec les formations proposées par les ELSA.

### ***1.2.3 Pour partie connus, les critères d'allocation de ressources aux ELSA tiennent compte indirectement de la situation démographique, et aucunement des caractéristiques épidémiologiques et de l'activité réelle***

- **Une connaissance parcellaire des critères d'allocation des ressources aux ELSA de la région, qui connaissent deux modalités de tarification**

Une partie des ELSA de la région est financée sur des crédits hospitaliers de type « MIG » (Missions d'Intérêt Général), une autre partie par une DAF (Dotation Annuelle de Fonctionnement).

En ce qui concerne les crédits MIG (depuis peu intégrés, en ce qui concerne les ELSA, dans le Fonds d'Intervention Régional de l'ARS), les montants alloués sont déterminés à partir de calibrages dont les critères et les mécanismes d'allocation de ressources sont explicites. Ces dotations sont identifiées dans les notifications aux établissements de santé, et le montant est revu annuellement en fonction des déclarations remontées par les établissements.

En ce qui concerne les équipes financées en DAF, le montant alloué l'est au sein d'une enveloppe globale allouée à l'établissement, sans identification dans la durée des montants alloués au titre de l'ELSA. De fait, les dotations des ELSA qui sont dans ce cas de figure relèvent de décisions historiques, dont les critères ne sont pas connus.

L'équipe d'évaluation relève donc un flou dans les allocations de ressources aux ELSA, liées à la pluralité des modalités de tarification (MIG, DAF), et à l'existence de dotations historiques qui n'apparaissent pas avoir été remises en cause sur la période récente. En outre, l'équipe d'évaluation a dressé le constat de dotations allouées en MIG depuis plusieurs années à des équipes non encore constituées ou de format atypique.

L'ARS a toutefois amorcé des travaux pour expertiser les différences de dotations entre ELSA : travail de comparaison entre financements alloués aux équipes et ce que devrait être leur dotation théorique compte tenu des critères de calibrage de la MIG, estimation des montants correspondants aux ELSA dans le cadre des travaux sur la DAF en psychiatrie...

- **Le financement des ELSA émergeant en MIG tient compte indirectement de la situation démographique, mais nullement de données épidémiologiques**

La circulaire de 2000 précisait que la taille de l'équipe devait être proportionnelle à la taille de l'établissement et aux données épidémiologiques de la région.

Comme indiqué *supra*, les critères ayant présidé à l'attribution des crédits en DAF ne sont pas connus, pas plus que leur montant précis dans certains cas.

Pour les ELSA tarifées en MIG, les critères d'allocation de ressources en usage sont :

- Le volume d'activité MCO de l'établissement où l'ELSA est implantée (en nombre de séjours), à partir de données PMSI
- L'intervention sur d'autres sites si cette intervention fait l'objet d'une convention (majoration de 10% de la dotation de base pour chaque site couvert)

Les frais de structure sont alloués de manière forfaitaire (application d'un taux aux ressources allouées pour le personnel selon les critères susvisés).

Les autres données suivies par l'ARS et demandées aux établissements (file active réelle, nombre de formations données...) n'entrent pas en ligne de compte dans le calcul des dotations.

Compte tenu de ce qui précède, le critère démographique visé par la circulaire de 2000 peut être considéré comme pris en compte, au moins indirectement, via le volume d'activité MCO de l'établissement, dont on fait l'hypothèse qu'il est représentatif de la population installée dans la zone d'attraction de l'établissement de santé.

En revanche, les critères épidémiologiques ne sont pas pris en compte.

- **Des pistes pour faire évoluer les critères d'allocation dont l'analyse est à approfondir, mais une évolution qui suppose en tout état de cause un financement en MIG de toutes les ELSA**

Les critères actuellement en vigueur présentent trois insuffisances majeures :

- ils sont inconnus pour les équipes financées en DAF ; aucun mécanisme ne permet de s'assurer de l'équité de traitement entre ces équipes et celles financées en MIG ;
- même pour les établissements en MIG, ils sont déconnectés de l'activité réelle des ELSA puisque c'est le volume d'activité MCO de l'ensemble de l'établissement qui est pris en compte ;
- ils ne tiennent pas compte des données épidémiologiques des territoires où sont implantées les ELSA, ce qui est susceptible de générer une inadéquation de moyens si certains espaces de la région sont caractérisés par une prévalence particulière des problématiques addictives ou consommations à risque.

L'équipe d'évaluation a interrogé les ELSA sur les critères qu'il leur paraîtrait pertinent de prendre en compte pour calibrer les ressources de ces équipes de leurs ressources. Ont été évoqués :

- la taille des établissements,
- le nombre de lits de l'établissement
- le nombre de services où l'ELSA intervient
- les besoins de prise en charge sociale
- les problématiques sociales dans la zone d'attraction de l'établissement (à la condition de pouvoir les objectiver, par exemple en fonction des bénéficiaires de minima sociaux)
- l'existence de structures d'aval (CSAPA...) en proximité (celle-ci pouvant déterminer les relais de prise en charge et, en retour, la durée d'accompagnement des patients par l'ELSA)
- la démographie en médecine générale (pour les mêmes raisons qu'en matière de structures d'aval, selon le principe que, en addictologie, il n'est pas envisageable qu'un patient doive attendre trop longtemps pour consulter son médecin généraliste, suite à la dynamique impulsée lors de son hospitalisation)
- les données épidémiologiques, notamment concernant les jeunes (avec les questions des passages aux urgences en ivresse aigüe, notamment)
- les données épidémiologiques en psychiatrie.

La prise en compte de l'ensemble de ces critères aboutirait sans doute à une équation peu lisible.

En outre, sur certains critères, des questions de faisabilité sont à résoudre. Ainsi, notamment, de la prise en compte de données épidémiologiques à un niveau infra-départemental (*a fortiori* par zones d'attraction des établissements de santé). Celle-ci peut se heurter à la disponibilité des données. Sous réserve de vérifications complémentaires, les données disponibles en infra-départemental<sup>11</sup> sont des

---

<sup>11</sup> Cf. Diagnostics flash par territoires de santé de proximité, ARS Pays de la Loire, 2013

données de mortalité liés à certains cancers pour lesquels les consommations sont des facteurs de risque identifiés (ex. cancers des voies aéro-digestives supérieures, vessie...). Mais ces taux sont la conséquence à long terme de pratiques addictives ; ces dernières n'en sont d'ailleurs pas nécessairement la cause exclusive. Il manque donc *a priori* des données « fraîches », rapidement disponibles, permettant de suivre en infra – territorial d'éventuelles différences de risques et d'adapter en conséquence les dotations des équipes.

La prise en compte de l'activité réelle des ELSA permettrait sans doute d'introduire davantage d'équité dans les allocations de ressources. Néanmoins, une tarification assise sur l'activité « au réel », pourrait avoir un effet pervers : si une ELSA, une année donnée (ex. arrêt d'un personnel, postes vacants...) produit moins d'activité, ses ressources seraient durablement diminuées alors même que le besoin est toujours là. Cela est également vrai, *a fortiori*, d'équipes récentes ou nouvellement créées, qui n'ont pas encore atteint leur rythme de croisière. Ces arguments plaident pour que la prise en compte de l'activité réelle soit un critère parmi d'autres, et pas nécessairement prépondérant, pour l'allocation de ressources à ces équipes.

Enfin, il apparaît difficile à l'équipe d'évaluation de repenser l'allocation de ressources aux ELSA sans aborder, concomitamment, les ressources allouées pour les consultations addictologiques. En effet, comme indiqué *supra*, la distinction entre les deux activités n'est pas toujours aisée (équipes uniques, personnels communs quand les équipes sont disjointes...). De fait, des phénomènes de « vases communicants » entre ELSA et consultation addictologique ont pu être relevés, notamment en ce qui concerne le temps médical. Les patients en consultation d'addictologie ne se présentant pas toujours aux rendez-vous, il arrive que le temps médical libéré soit utilisé par le médecin pour des missions relevant de la liaison. Si elle n'a pas été évoquée auprès de la mission d'évaluation, la réciprocité peut aussi être vraie, en fonction du besoin constaté.

En tout état de cause, pour avancer vers une tarification harmonisée des ELSA, la première condition, techniquement, est que le cadre de leurs financements soit harmonisé sous une forme permettant d'identifier les montants alloués et de moduler leur évolution en fonction des critères retenus. Cette hypothèse tend naturellement vers une tarification en Mission d'Intérêt Général de toutes les ELSA, avec un financement par le Fonds d'Intervention Régional de l'ARS.

#### ***1.2.4 Aucune ELSA ne réunit toutes les qualifications requises par la circulaire de 2008, la composition et le volume des équipes étant hétérogènes***

- **Aucune ELSA de la région ne réunit l'ensemble des profils visés par la circulaire de 2008**

La circulaire de 2008 prévoit la composition suivante pour les ELSA :

- Médecin
- Infirmiers
- Psychologues
- Assistante sociale
- Diététicien

A l'examen de la composition des ELSA de la région, aucune ne réunit l'ensemble des profils visés par la circulaire :

- seule une ELSA de la région dispose d'un temps de diététicien en propre (mais n'a pas de temps d'assistante sociale en propre) ;
- 7 ELSA disposent de l'ensemble des personnels visés (diététicien exclus) ;
- 7 ELSA ne disposent pas en propre d'un temps d'assistante sociale.

Le tableau ci-dessous précise, le nombre d'équipes comprenant les différents profils (y compris ceux non prévus par la circulaire).

Médecin	15 ELSA
dont psychiatre	3 ELSA
Infirmier	16 ELSA
Psychologue	12 ELSA
Assistante sociale	9 ELSA
Diététicien	1 ELSA
Secrétaire	15 ELSA (parfois mutualisée)
Cadre de Santé	3 ELSA (0,1 ETP maximum)
Sage-femme	1 ELSA
Internes	1 ELSA

L'opportunité pour l'ELSA de disposer d'un temps de diététicien ne fait pas l'unanimité. Pour autant, l'intérêt de pouvoir faire appel à une telle compétence a été souligné pour certaines prises en charge (troubles des conduites alimentaires, mais aussi accompagnement diététique à l'arrêt du tabac). Une autre explication de l'absence très fréquente de ce profil peut trouver sa source dans la définition de la MIG. En effet, la composition cible de l'équipe ne comprend de temps de diététicien qu'à partir du forfait intermédiaire. Autrement dit, le calibrage de la MIG ne prévoit pas que les plus petites ELSA puissent disposer d'un temps de diététicien. Dans les faits, certaines ELSA ne disposant pas de ce profil déclarent faire appel, en tant que de besoin, aux compétences présentes dans l'établissement.

S'agissant des assistantes sociales, leur utilité pour la prise en charge des patients n'est pas contestée (notamment en ce qui concerne les liens avec les dispositifs extra-hospitaliers). Pour autant, toutes les ELSA ne disposent pas de temps dédiés. Dans les faits, il est fait appel aux assistantes sociales référentes des services où les patients sont hospitalisés pour apporter leur prestation sur sollicitation de l'ELSA ou en coordination avec elle. Même dans le cas où une ELSA dispose de ce profil, l'assistante sociale ne se déplace pas toujours sur tous les sites distants couverts par l'équipe.

L'inconvénient du recours aux personnels des autres services (diététicien, mais surtout assistante sociale) est qu'il dépend de la disponibilité de ces personnels. A titre d'exemple, dans des établissements ne comportant que deux assistantes sociales, et dont la patientèle est composée de nombreuses personnes âgées (avec ce que cela implique sur le plan de charge des assistantes sociales), les patients accompagnés par l'ELSA ne bénéficient sans doute pas d'un accompagnement social aussi important que pour les ELSA disposant d'un temps d'assistante sociale dédié.

A noter, enfin, que si certains profils sont absents de l'ELSA en tant que telle, ils sont présents au sein de l'unité ou du service d'addictologie dont elle relève, et peuvent être mobilisés en tant que de besoins (ex. psychologue, médecin).

- **La composition des équipes est hétérogène**

Au-delà de l'absence complète de certains profils, exposée ci-dessus, l'hétérogénéité des équipes tient aux répartitions des quotités de temps entre les profils.

Le tableau ci-dessous présente, par profil, les nombres minimum, moyens et maximum d'ETP dans les ELSA de la région<sup>12</sup>, ainsi que le nombre total d'ETP en région

<sup>12</sup> Données ne prenant pas en compte les effectifs nuls.

	ETP mini	ETP moyen	ETP maxi	Total ETP
Médecins (y compris psychiatres)	0,1	0,47	1,4	7,04
Infirmiers	0,4	1,23	2,10	19,65
Psychologues	0,1	0,31	1	3,7
Assistante sociales	0,1	0,27	0,9	2,45
Diététiciens	0,15	0,15	0,15	0,15
Secrétaires	0,1	0,31	1	4,3
Cadres de Santé	0,05	0,08	0,1	0,25
Sages-femmes	0,1	0,1	0,1	0,2

Seul invariant dans ce tableau : la place prépondérante des personnels infirmiers, constat qui se retrouve également au niveau national. En Pays de la Loire, ils représentent 52% de l'ensemble des ETP des ELSA, et c'est sur ce profil que repose l'essentiel de l'activité de liaison.

- **Quelques marges de progrès sur la formation des membres des ELSA à l'addictologie**

La circulaire de 2008 précise que les personnels des ELSA doivent être formés à l'addictologie.

A une exception près (29% soit 2 personnes sur 7), la proportion des personnels d'ELSA ayant reçu une formation spécifique à l'addictologie est toujours supérieur à 60% des membres de l'équipe.

Elle est de 100 % pour 7 ELSA sur 16.

La situation présente donc quelques marges de progrès. Sous réserve d'une analyse des postes qu'occupent les personnes non formées, ce sont 18 personnels des ELSA de la région qui devraient bénéficier d'une formation en addictologie.

### *1.2.5 Tous profils confondus, le volume des équipes présente un décalage avec la cible du calibrage, et le ratio file active / effectif présente de très fortes inégalités*

- **Un décalage entre la composition cible des calibrages MIG et la composition réelle des équipes**

En ETP total, au regard des cibles prévues dans les calibrages, la plupart des ELSA apparaissent sous-dotées.

Le calibrage de la MIG ELSA, prévoit trois types de forfaits :

- Le forfait de base vise le financement de temps de médecin, d'infirmier, de psychologue et d'assistante sociale (1,3 ETP en tout)
- Le forfait intermédiaire (4,5 ETP en tout) et le forfait supérieur (5,8 ETP en tout) prévoient, outre une augmentation du temps des personnels susvisés, l'introduction d'un temps de diététicien
- Par ailleurs, une modalité permet d'augmenter les temps de médecin et d'infirmier au-delà d'un certain seuil.
- Enfin, une bonification forfaitaire de 10% de la dotation par établissement couvert est allouée aux ELSA exerçant leur mission dans d'autres établissements, sous réserve de l'existence d'une convention.

La comparaison de la composition des ELSA de la région avec les quotités d'équivalents temps plein visés par le calibrage MIG permet de constater que :

- Dans 5 ELSA de la région, le total d'ETP (toutes catégories confondues) est inférieur à ce que prévoit le forfait de base (1,3 ETP). Seule une de ces équipes n'est pas financée en MIG.
- 8 ELSA ont entre 1,3 et 3,45 ETP (soit la quotité correspondant au forfait de base)

- 3 ELSA entre 3,45 et 5,8 ETP (soit la quotité correspondant au forfait intermédiaire)

L'ELSA la mieux dotée en personnel réunit 4,5 ETP, tous profils confondus. Autrement dit, au mieux, les ELSA présentent un effectif correspondant à ce que prévoit le forfait intermédiaire MIG.

Enfin, il faut relever que cet exercice de comparaison ne tient pas compte des différences entre ELSA mono-établissement et ELSA multi-établissements ; il est probable que les écarts au calibrage théorique MIG soient plus importants. A ce titre, d'ailleurs, le calibrage MIG ne prévoit pas explicitement (et semblerait exclure implicitement en mentionnant l'existence d'une convention) une valorisation des interventions d'ELSA sur plusieurs sites d'un même établissement.

Les causes de ces décalages demeurent à expertiser dans le détail. Le raisonnement en nombre total d'ETP développé ici ne permet pas de tenir compte des différentiels de coût en fonction des profils visés. Ce décalage n'en inspire pas moins une nécessaire vigilance de l'ARS sur la cohérence entre ressources allouées, composition des équipes et niveau d'activité.

- **De fortes inégalités en termes de ratio file active/ effectif**

En termes de volume des équipes, les différences sont importantes (tous profils confondus, de 0,8 à 4,5 ETP, la médiane se situant à 2,45 – écart type de 1,16).

Le ratio file active / effectif (toutes catégories de personnels) est extrêmement variable d'une équipe à l'autre, variant de 68 à 523 (médiane régionale à 264, moyenne à 256).

Spécifiquement pour les IDE, il s'étale de 108 à 968 (médiane à 499, moyenne à 509).

A ces inégalités s'ajoutent des différences en termes de nombre d'actes par patients (nombre d'actes/ file active) : il s'échelonne de 1 à 6,6 (médiane à 1,7 ; moyenne à 2,6). Si ces écarts témoignent de différences de pratiques entre les équipes, ils indiquent également que les différences de charge en nombre d'actes par professionnel peuvent être supérieures encore à celles de file active par professionnel.

### *1.2.6 La majorité des ELSA font état d'insuffisances de moyens logistiques pour assurer leurs missions, en particulier pour celles qui couvrent plusieurs sites*

- **Les 2/3 des ELSA jugent insuffisants leurs moyens logistiques**

Les 2/3 des ELSA ont une appréciation péjorative de leurs moyens logistiques (locaux, véhicules, outils informatiques et logiciels métiers adaptés, outils professionnels pour le repérage et l'évaluation), et de l'impact sur leurs interventions, tant sur site que hors site.

6 ELSA estiment les moyens matériels dont elles disposent pour mener leurs missions très satisfaisants ou satisfaisants. Elles sont 9 à les trouver insuffisants, et 1 très insuffisants.

- **Locaux et outils informatiques sont les moyens jugés le plus souvent insuffisants**

Le tableau ci-dessous recense les moyens matériels jugés manquants, le nombre d'ELSA le mettant en exergue et les impacts identifiés par les ELSA sur l'exercice de leurs missions.

Type de moyens logistiques	Nombre d'ELSA	Enjeux / problématiques
Bureaux	4	Garantie de confidentialité des entretiens quand le patient est dans une chambre à deux lits Lieu nécessaire pour les travaux de synthèse et de recherche
Matériel informatique (vidéo-projecteurs, ordinateurs portables, tablettes...)	4	Information/ sensibilisation des équipes, organisation d'actions de formation concomitamment sur plusieurs sites Précision et rapidité du remplissage des données Rédaction des comptes – rendus
Logiciel métier / outil de recueil de l'activité	3	Rapport d'activité limité ou trop long à réaliser
Véhicules	2	Suivi moindre des patients hospitalisés sur sites distants Nombre insuffisant pour des équipes dont plus d'un membre doit se déplacer simultanément sur site distant
Moyens de communication (téléphonie fixe et mobile)	2	Saisines de l'ELSA par site distant non reçues, contacts moins aisés entre membres de l'ELSA qui sont sur des sites différents...
Outils professionnels (tests psycho, CO testeurs...)	2	Tests non faits en cours d'hospitalisation, alors qu'ils permettraient d'adapter le projet de soins ultérieur
Dossier spécifique addictologie dans le dossier patient de l'hôpital	1	Problème d'accès pour les membres de l'ELSA non médecins Visibilité/ accessibilité aisée aux évaluations de l'ELSA



## 2. DANS QUELLE MESURE L'ACTION DES ELSA AMELIORE – T – ELLE LES INTERVENTIONS PROPOSEES AUX PERSONNES PRESENTANT UNE PROBLEMATIQUE ADDICTIVE ?

Le référentiel d'évaluation prévoyait le traitement de cette question selon un découpage calé sur un parcours addictologique théorique du patient en intra-hospitalier, du repérage de la problématique d'addiction ou de consommation à risque à l'organisation de la sortie du patient. L'objectif était d'identifier la plus – valeur de l'intervention de l'ELSA et l'impact plus ou moins fort sur le parcours du patient à chacune des étapes suivantes :

- repérage des situations de problématiques addictives ;
- évaluation des situations (évaluation globale sanitaire, éducative, psychologique et sociale) ;
- engagement des patients dans une démarche de soin ;
- élaboration du projet personnalisé d'interventions ;
- organisation d'une prise en charge médico-psycho-sociale en cours d'hospitalisation ;
- organisation de la réduction des conduites à risque et mise en place des traitements de substitution par les services ;
- l'organisation de la sortie des patients.

La réalité de l'exercice des ELSA, tel qu'elle a été constatée par l'équipe d'évaluation, l'a conduit à regrouper certains de ces items pour renforcer la lisibilité des constats et, dans certains cas, éviter les redites.

### 2.1 QUELLE EST LA PLUS-VALUE DES ELSA DANS LE REPERAGE ET L'AMORCE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRESENTANT DES PROBLEMATIQUES ADDICTIVES ?

CRITERES D'EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"><li>- Par leur intervention (directe ou indirecte), les ELSA améliorent le repérage des situations de problématiques addictives (quali/quantit)</li><li>- Par leur intervention (directe ou indirecte), les ELSA améliorent l'évaluation des situations (évaluation globale sanitaire, éducative, psychologique et sociale)</li><li>- L'intervention des ELSA facilite l'engagement des patients dans une démarche de soin</li><li>- Les ELSA améliorent l'élaboration du projet personnalisé d'interventions (contenu, délai...)</li></ul>

#### Conclusion 3 :

**Dans l'initialisation de l'accompagnement en addictologie, la plus – valeur de l'ELSA se situe moins dans un repérage qui est le plus souvent fait par les services d'accueil du patient, et sur la foi duquel ils en appellent à l'équipe, que sur l'engagement du patient dans une réflexion sur ses consommations et son accompagnement vers une démarche de soin (notamment par la conduite d'entretiens motivationnels). Cette dimension de l'intervention des ELSA est l'une de celles dont il est le plus fréquemment reconnu qu'elle a un impact fort sur le parcours des patients.**

#### *2.1.1 Le repérage des situations est le plus souvent le fait des services, si bien que la plus- valeur des ELSA en termes d'évaluation dépend de la façon dont elles favorisent leur saisine par les services*

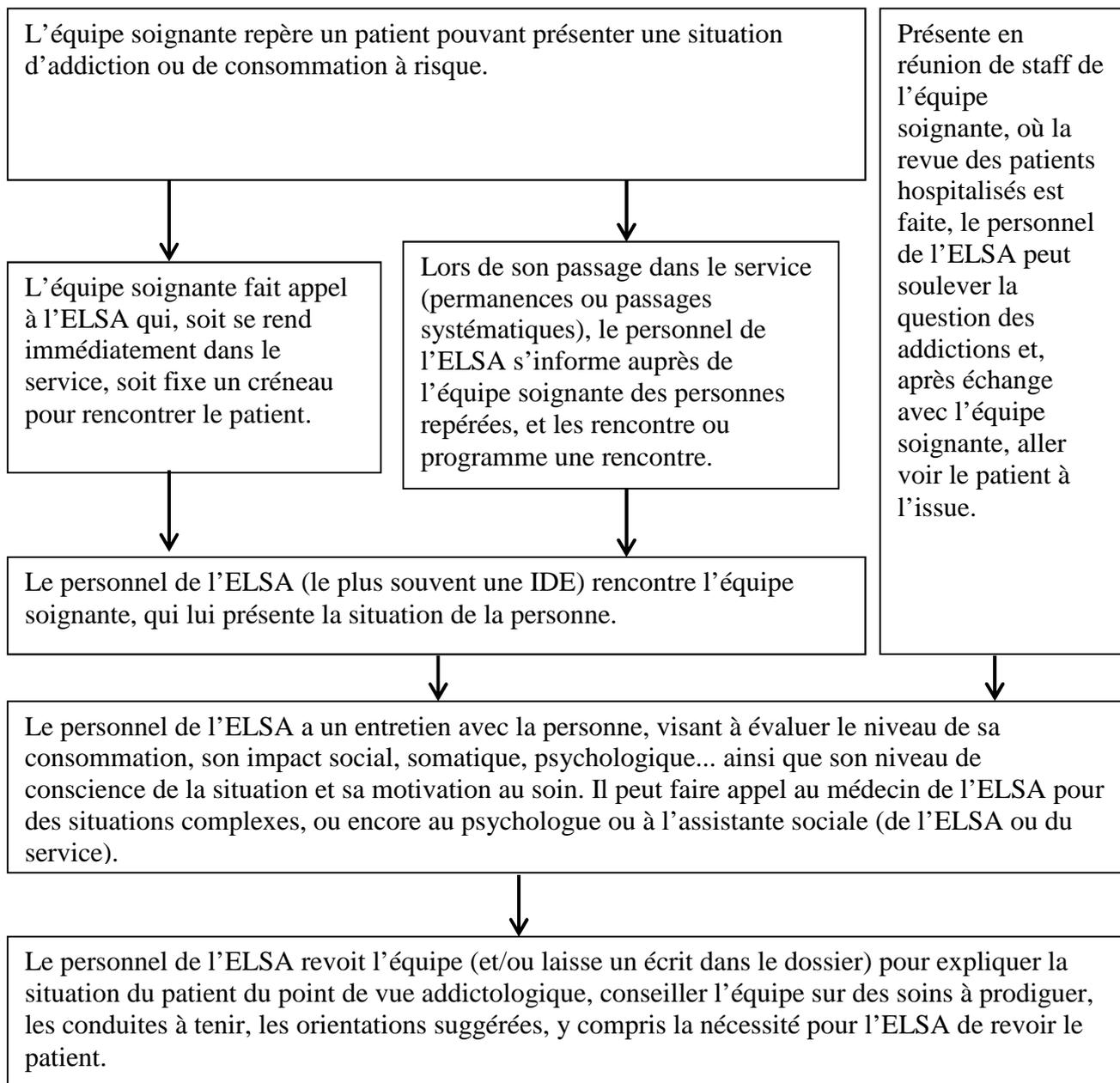
- **Un repérage reposant dans la plupart des cas sur les équipes soignantes.**

Le repérage des situations repose le plus souvent sur les services soignants eux-mêmes. C'est lorsqu'ils observent une situation problématique qu'ils contactent l'ELSA.

En conséquence, le rôle de l'ELSA en matière de repérage s'inscrit à plusieurs niveaux :

- Repérage par les ELSA elles-mêmes si elles assurent une permanence dans un service (ex. aux urgences) ou participent aux réunions de staff.
- Sensibilisation/ formation des équipes au repérage
- Transmission aux équipes (ou co-élaboration avec elles) de protocoles en matière de repérage

S'il peut connaître des variations en fonction des équipes, l'accompagnement d'un patient, du repérage au premier entretien avec l'ELSA est dans les grandes lignes le suivant :



L'une des caractéristiques des ELSA, qui les distingue des autres acteurs en addictologie (hospitaliers ou médico-sociaux) est le fait qu'elles interviennent aussi auprès de patients non demandeurs. Toutefois, cela dépend aussi de la saisine de l'ELSA par les équipes soignantes. Or, certaines ne

contactent pas l'ELSA si le patient n'est pas d'accord – ce qui n'empêche toutefois pas les services d'informer le patient de l'existence de cette équipe et de lui proposer de la rencontrer.

- **La présence physique (permanences ou passages réguliers) de l'ELSA dans les services : un facteur important pour le repérage constaté dans plupart des ELSA**

L'évaluation des situations est faite par les ELSA elles-mêmes, dans la mesure où elles peuvent voir les patients avant leur sortie d'hospitalisation. Cette possibilité est accrue par les passages systématiques ou la présence sur des créneaux horaires.

Interrogées sur les critères de priorité de leur intervention en cas de demandes concomitantes (et même s'il a été rapporté que ces cas de figure étaient peu fréquents), une majorité d'ELSA a mis en avant la durée de présence du patient dans l'établissement / la date de sortie prévue.

L'évaluation des situations est donc fonction de la possibilité pour l'ELSA de se rendre auprès d'un patient avant qu'il ne sorte de l'hôpital.

Cette dimension pose la question des services où les durées de présence sont courtes (ex. urgences) et/ou fractionnées (gynécologie-obstétrique). Il souligne aussi combien il est important que les différentes équipes acquièrent des notions de repérage et des réflexes de saisine de l'ELSA, ce que la présence physique des ELSA dans les services favorise.

La moitié des ELSA assurent des permanences physiques au sein d'autres services de leur établissement, et plus des 2/3 assurent des passages systématiques (quotidiens) dans certains services :

8 ELSA sur 15 (1 non réponse) assurent des permanences physiques au sein d'autres services de leur établissement (présence sur site dans un créneau horaire défini).

11 ELSA sur 16 assurent des passages systématiques (quotidiens) au sein d'autres services de leur établissement.

2 des 16 ELSA n'assurent ni permanences physiques, ni passages systématiques dans d'autres services de leur établissement.

Par ailleurs, 3 des 6 ELSA intervenant dans d'autres établissements y assurent des permanences physiques dans certains services (présence sur site dans un créneau horaire défini).

La nécessité de passages répétés est soulignée, compte tenu du *turn over* des équipes, notamment dans certains services (aux urgences, tout particulièrement).

### **ZOOM : Spécificités du repérage des jeunes aux urgences**

Le repérage des jeunes présentant des consommations à risque aux urgences comporte une particularité. Il s'agit en effet de situations où, *a priori*, les conduites addictives ne sont pas installées, et où des actions de type repérage et information précoce sur les risques somatiques, psychologiques et sociaux peuvent être pertinentes.

A la différence de patients chronicisés, qui ont plus de probabilité de revenir à l'hôpital, ces jeunes peuvent n'être vus qu'à l'occasion d'un passage unique suite à une consommation ponctuelle excessive. Le risque de perte de vue est donc plus important pour ces jeunes patients. Enfin, les parents de ces jeunes peuvent venir les chercher dans la nuit et les ramener chez eux une fois la prise en charge somatique achevée, sans qu'un contact avec l'ELSA ait pu avoir lieu.

A l'inverse des patients chronicisés, il s'agit donc davantage d'une démarche préventive et d'éducation à la santé.

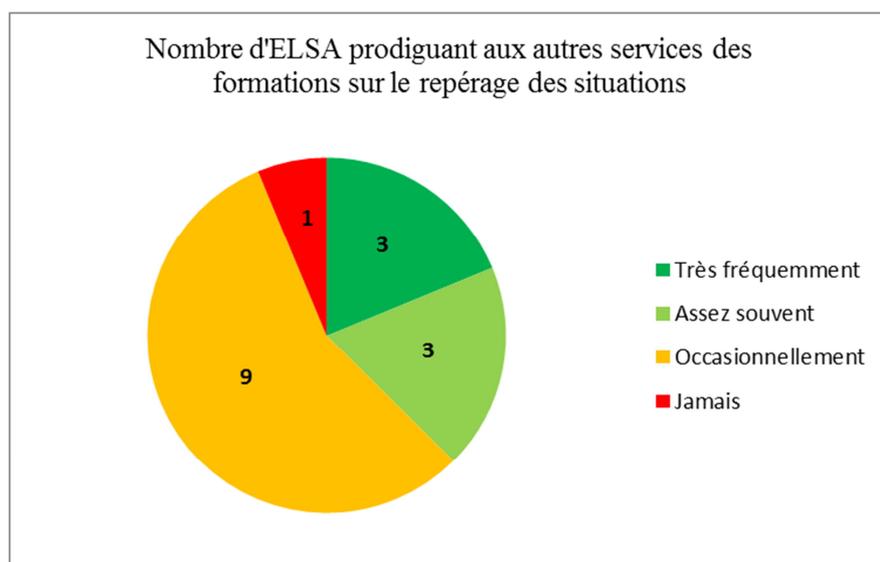
A noter, enfin, un profil de consommation *a priori* un peu différent chez les jeunes par rapport aux publics plus âgés (davantage de cannabis, des pratiques de consommation en évolution...).

Certaines ELSA participent aux réunions de staff des équipes soignantes. A cette occasion, elles peuvent soulever la question de la problématique addictologique auprès de l'équipe et, le cas échéant, aller rencontrer les personnes pouvant être concernées à l'issue de la réunion de staff.

En termes qualitatifs, 13 ELSA se sont exprimées sur la plus – value de cette présence (permanences ou passages systématiques), dont ressortent les éléments suivants :

- Une meilleure visibilité de l'ELSA et de ses missions par les équipes, qui favorise la saisie de l'ELSA (« **fidélisation** ») ;
- Une amélioration du **repérage**, soit par l'ELSA elle-même quand elle est présente, soit par les équipes que le passage de l'ELSA motive à cette fin (intégration de réflexes professionnels). En conséquence, une diminution des « perdus de vue », et ce notamment dans les services d'urgence ;
- Une **précocité du repérage** et de l'intervention auprès des patients, et prévention notamment pour les jeunes ;
- Une **disponibilité et réactivité** de l'ELSA favorisant l'accessibilité des personnes à un accompagnement en addictologie immédiat et personnalisé ;
- Une **intégration de l'ELSA** dans l'organisation des équipes soignantes, contribuant à faire entrer dans le fonctionnement courant la prise en charge des problématiques addictologiques et la déstigmatisation des patients. Les équipes peuvent programmer des hospitalisations en fonction des jours de passage de l'ELSA ;
- Une **montée en compétence des services soignants** sur les questions d'addictologie (formation des personnels en fonction de leur disponibilité, échanges informels sur les situations qui leur posent problèmes, accompagnement des équipes dans les soins des patients).
- **Une situation perfectible en matière de formation des services au repérage, mais pouvant être compensée par d'autres leviers**

Dans la mesure où le repérage des situations est ce qui va déclencher la saisie de l'ELSA, la fréquence des formations sur ce thème aux équipes soignantes apparaît peu élevée, comme l'illustre le graphique suivant



Certes, il a pu être signalé que, pour certains produits (alcool, notamment), le repérage d'une sensibilité du patient peut ne pas nécessiter de formations particulières. Cependant, l'expertise de l'ELSA sur le repérage permet d'appeler l'attention des équipes sur certains patients qu'ils auraient exclus d'un repérage compte tenu de leur âge par exemple (ex. consommateurs de cannabis de 60 ans

et plus). Un médecin d'ELSA a précisé qu'il avait impulsé l'utilisation dans les services des bandelettes urinaires multi-toxiques, compte tenu des consommations constatées dans une partie de la patientèle.

Toutefois, le levier de la formation n'est pas le seul à disposition des ELSA pour accroître la compétence des équipes dans ce domaine et favoriser la saisine de l'ELSA.

Outre la pédagogie au quotidien découlant de la présence ou des passages dans les services, les ELSA ont investi la création d'outils et de protocoles en matière de repérage.

Ainsi, 12 ELSA indiquent avoir diffusé des outils aux autres services pour le repérage des situations (c'est en cours pour l'une d'elle). 3 indiquent avoir créé de tels outils mais ne les ont pas diffusés. La situation est donc plutôt satisfaisante.

Dans ce contexte favorable, l'enjeu est la bonne compréhension et l'appropriation des protocoles par les équipes elles-mêmes (l'un des responsables d'ELSA a ainsi fait valoir qu'il était préférable de co-élaborer les protocoles avec les équipes).

- **L'évaluation globale des situations : des ELSA effectrices et / ou coordinatrice**

Aucune ELSA de la région (cf. §1.2.4.) ne comporte l'ensemble des profils de personnels prévus par les textes nationaux. Cette circonstance questionne la capacité des ELSA à procéder à l'évaluation des situations dans l'ensemble de leurs composantes : sanitaire, éducative, psychologique et sociale.

Les équipes d'ELSA ont pour certaines explicité que l'approche addictologique était en elle – même globale, et que lors d'un entretien avec un patient l'ensemble des problématiques sont évoquées, quel que soit le personnel qui intervient en première intention, pourvu qu'il soit formé en addictologie.

En second recours, les personnels de l'ELSA au contact du patient (le plus souvent des personnels infirmiers) peuvent mobiliser les compétences nécessaires pour approfondir certains aspects soit au sein de l'équipe, soit auprès du service accueillant le patient (fréquemment le cas pour les assistantes sociales), voire auprès d'autres services de l'établissement (ex. pour diététicien).

Il n'en reste pas moins que l'absence fréquente de temps d'assistante sociale dédiée dans les ELSA fait craindre une approche sociale insuffisante si les assistantes sociales des autres services sont peu nombreuses et déjà largement sollicitées par d'autres publics nécessitant un travail social (ex. personnes âgées). Cette remarque vaut également pour les psychologues, les diététiciens, mais aussi les médecins (certains services rencontrés regrettent de ne pas avoir de contacts avec le médecin de l'ELSA ou d'évaluation médicale de situations).

A l'inverse, la double qualification de certains personnels des ELSA (ex. psychiatrie et addictologie) peut faciliter cette approche globale.

Par ailleurs, l'ELSA peut proposer aux équipes des outils (formations ou protocoles) pour évaluer au moins en partie la situation de la personne.

- **La formation des services à l'évaluation des situations : un enjeu limité à certains services, mais qui pourrait prendre de l'ampleur**

En ce qui concerne la formation des équipes à l'évaluation des situations, la situation apparaît perfectible au premier abord. La répartition en termes de fréquence de ces formations (très fréquemment, assez souvent...) est sensiblement la même qu'en matière de formation au repérage.

La portée de ce constat doit cependant être pondérée. En effet, l'évaluation globale des situations et de leur retentissement est une compétence de l'ELSA. La question de la formation des équipes ne se pose que lorsque l'ELSA est indisponible. Or, pour les services d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour permet *a priori* aux ELSA de rencontrer (et d'évaluer) les patients qui leur sont signalés. L'enjeu d'une formation à l'évaluation concerne donc principalement les services d'urgence et les services de gynécologie – obstétrique – ou d'autres services à durée de passage courte.

Si la situation n'a pas été exposée dans le cadre des investigations, il ne faut pas exclure que le développement du «virage ambulatoire» et la réduction des durées de séjour amènent à poser la question d'une formation plus soutenue des différentes équipes, puisque les ELSA n'auront pas forcément les moyens de répondre à toutes situations sur des présences courtes dans les établissements, nonobstant la réactivité et la disponibilité qui leur est reconnue par les services bénéficiaires.

- **Une diffusion d'outils d'évaluation aux services concernant la moitié des ELSA**

9 ELSA indiquent avoir diffusé des outils aux autres services pour l'évaluation des situations. 3 indiquent ne pas l'avoir fait mais avoir créé de tels outils (c'est en cours pour l'une d'elle). 3 ELSA, enfin, indiquent ne pas avoir créé de tels outils.

Ces chiffres appellent toutefois un commentaire. Les outils sur l'évaluation peuvent recouvrir une diversité de finalités : tests visant à évaluer le niveau et type d'addiction de la personne (Fagerström sur le tabac, d'autres échelles pour l'alcool et les drogues...), tests visant à repérer les risques liés au sevrage et prévenir les incidents (Cushman pour l'alcool)...

A noter que certains services rencontrés se disent à l'aise avec l'utilisation de certains tests (Cushman pour l'alcool, Fagerström pour le tabac).

### ***2.1.2 L'intervention des ELSA facilite notablement l'engagement des patients dans une démarche de soin***

- **Une mission cruciale pour laquelle les ELSA ont une technicité particulière**

L'engagement des patients dans une démarche de soin peut être considéré comme la finalité opérationnelle des ELSA. Repérage et évaluation n'ont d'intérêt que s'ils permettent de provoquer une réflexion du patient sur ses consommations et le font progresser vers une démarche de soin. Cette recherche d'engagement est cruciale, aussi, dans la mesure où les ELSA sont les seuls acteurs de la filière addictologique hospitalière à se rendre auprès de patients non demandeurs, et parfois dans le déni de leur problématique. De ce fait, elles ont vocation à être le point d'entrée des patients hospitalisés dans un parcours d'accompagnement addictologique.

La contribution à l'élaboration du projet de soins, traduisant l'engagement dans une démarche de soin, est jugée par la grande majorité des ELSA comme une des missions pour lesquelles elles mobilisent le plus de ressources : 14 d'entre elles cotent leur investissement relatif sur ce point à « + + » ou « + ». Ces chiffres sont néanmoins à mettre en perspective avec l'investissement assez homogène des ELSA dans leurs différentes missions (cf. § 1.2.1.).

L'entretien motivationnel est une technique spécifique mobilisée par les ELSA, à laquelle les services tiers ne sont généralement pas formés (même si le Réseau Sécurité Naissance propose des formations à ses membres). La maîtrise de cette technique est l'une des clefs de la plus-value des ELSA dans la prise de conscience des patients et l'émergence d'un désir de changement.

L'attitude bienveillante et non jugeante des membres des ELSA vis-à-vis des patients présentant des conduites addictives ou consommation à risque est essentielle. Cette approche est un facteur de réussite de l'engagement du patient dans une démarche de soin, non seulement du fait de l'ELSA, mais aussi de l'ensemble des soignants. A titre d'illustration, certaines ELSA ont créé des « *flyers* » disposés dans les services (notamment aux urgences), qui sont volontiers remis aux patients lorsque les ELSA ne peuvent les voir avant leur sortie de l'hôpital (week-ends et jours fériés, mais aussi créneaux où l'ELSA n'est pas sur le site hospitalier concerné). Il a pu être relevé que, autant que la remise du document au patient, c'est la manière dont cela était fait (bienveillance, attitude non

jugeante) qui pouvait être déterminante en termes de décision du patient de contacter l'ELSA à distance.

- **Une mission où la plus-value des ELSA est particulièrement repérée**

L'équipe d'évaluation a interrogé les acteurs rencontrés sur l'évolution du regard des soignants vis-à-vis de ces patients. Les témoignages recueillis attestent d'une disparition quasi-complète des attitudes dépréciatives ou jugeantes des professionnels médicaux et paramédicaux vis-à-vis des patients concernés. Certaines ELSA imputent cette évolution à leur action. En revanche, peuvent subsister dans les services des manifestations de lassitude face à des patients qui reviennent régulièrement à l'hôpital pour des problèmes liés à leurs consommations.

De l'avis de certains services bénéficiaires, l'engagement des patients dans une démarche de soin est l'une des actions des ELSA dont l'impact est le plus repéré. En tout état de cause, c'est l'une des missions où l'ELSA est fréquemment jugée amener une plus-value. L'action de l'ELSA peut aussi être soutenue par l'action du service d'accueil : il a pu être exposé que, lorsque ce service a expliqué en préalable à la visite de l'ELSA ce qu'elle était, la démarche de l'ELSA en est facilitée.

Les limites de l'engagement du patient dans une démarche de soin sont inhérentes aux problématiques addictives. Il s'agit d'un cheminement, dont la linéarité n'est pas garantie. Le modèle Prochaska – DiClemente (cf. §3.1.2) présente une progression par étapes, mais leur succession n'est pas mécanique. De fait, la continuité du soutien apporté à la personne, de son accompagnement a pu être présentée comme un facteur de consolidation de l'engagement dans une démarche de soin, ce qui pose la question du relai en sortie d'hospitalisation (cf. *infra*, §2.2.3.). Le cheminement est de durée variable selon les personnes et leur problématique. Il serait en conséquence hasardeux de fixer une durée d'intervention ou un nombre d'interventions cible de l'ELSA pour parvenir à ce résultat. Il a pu être indiqué que la prise de conscience ne se faisait pas nécessairement lors de la première hospitalisation, du premier contact avec l'ELSA, mais pouvait survenir lors d'une réhospitalisation. Le fait que le patient ait rencontré l'équipe lors d'un passage précédent peut faciliter l'expression d'une demande d'aide.

### **ZOOM : Le modèle Prochaska-DiClemente**

Le modèle dit « de Prochaska » permet d'identifier le positionnement des patients vis-à-vis de leur consommation et de leur démarche d'arrêt. Il est présenté comme suit sur le site Internet de la Haute Autorité de Santé en matière de tabacologie<sup>13</sup> :

*« Le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes. Il suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de s'occuper d'arrêter de fumer.*

*Les étapes de changement décrites par Prochaska et DiClemente sont les suivantes :*

*-pré-intention : le sujet fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique ;*

*-intention : il pense à arrêter de fumer ;*

*-préparation : prise de décision : il planifie l'arrêt de fumer ;*

*-action : il est activement engagé dans le changement ;*

*-maintien / liberté : il a fait des changements, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute.*

<sup>13</sup> Source : site Internet HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_modele\\_prochaska\\_et\\_diclemente.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf)

*D'après cette théorie très connue, les programmes qui aident les gens à arrêter de fumer devraient être adaptés à l'étape de préparation au sevrage où ils se trouvent. Ils sont conçus pour les faire progresser d'étape en étape vers la réussite.*

*Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve (le cycle de Prochaska décrit ces étapes d'un changement de comportement). À chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés.»*

### **2.1.3 Les ELSA améliorent l'élaboration du projet personnalisé d'interventions, mais pas en termes de projet formalisé**

- **La contribution des ELSA à la formalisation de projets de soins est peu perceptible**

Les investigations n'ont pas permis de mettre en lumière un rôle des ELSA dans l'élaboration d'un projet personnalisé d'intervention formalisé et écrit.

La contribution formelle des ELSA au projet de soins se manifeste par les éléments qu'elles joignent au dossier du patient. Les ELSA ne se substituent pas aux services d'accueil : « *Le service dans lequel est hospitalisé le patient assure la responsabilité de la prise en charge de ce dernier.* »<sup>14</sup>. Elles sont dans une logique d'avis, de conseil.

En ce qui concerne la formation des services, l'élaboration du projet personnalisé d'intervention est, globalement, le thème de formation le moins souvent abordé par les ELSA (seulement occasionnellement ou jamais pour 11 ELSA sur 16).

- **En revanche, les missions des ELSA sont de nature à faciliter l'élaboration de ce projet**

Cependant, au vu des constats faits au titre des autres missions, il est probable que les ELSA aient un rôle facilitant dans ce cadre, en ayant « préparé le terrain » :

- par l'évaluation globale de la situation des patients qu'elles réalisent et/ ou coordonnent ;
- par le travail de prise de conscience du patient et d'accompagnement vers une démarche de soin ;
- par l'apport très important des ELSA sur les sorties d'hospitalisation, leur connaissance fine des possibilités de prise en charge en addictologie étant reconnue comme le gage d'une orientation au plus près des besoins et demandes du patient.

---

<sup>14</sup> Circulaire du 26 septembre 2008, annexe III

## 2.2 QUELLE EST LA PLUS-VALUE DES ELSA DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRESENTANT DES PROBLEMATIQUES ADDICTIVES, NOTAMMENT LES INTERVENTIONS PRECOCES ?

CRITERES D'EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"><li>- Les ELSA favorisent l'organisation d'une prise en charge médico-psycho-sociale en cours d'hospitalisation</li><li>- L'intervention des ELSA facilite l'organisation de la réduction des conduites à risque et la mise en place des traitements de substitution par les services</li><li>- L'intervention des ELSA apporte une plus-value dans l'organisation de la sortie des patients (connaissance des acteurs non hospitaliers, niveau d'accompagnement du patient de la simple orientation à la prise de rendez-vous, vérification de la continuité des soins...)</li></ul>

### Conclusion 4 :

**L'ELSA peut faciliter l'organisation d'une prise en charge globale en cours d'hospitalisation, y compris en mobilisant les compétences d'autres services, et apporter un soutien aux services en matière de substitution (en particulier sur les traitements de substitution aux opiacés). Mais c'est surtout dans l'organisation de la sortie des patients et leur orientation vers une offre d'aval la plus adaptée à leurs besoins et demandes que la plus-value des ELSA est unanimement reconnue.**

#### *2.2.1 Les ELSA peuvent contribuer à organiser une prise en charge médico-psycho-sociale en cours d'hospitalisation*

- **Une mobilisation des compétences par l'ELSA, au sein de l'équipe ou non**

Les constats dans ce domaine sont assez similaires à ceux dressés en matière d'évaluation des situations (cf. supra, § 2.1.1) : l'ELSA mobilise ses compétences propres et peut faire appel, compte tenu de l'évaluation globale qu'elle dresse du patient, aux compétences présentes dans l'établissement. Cela est notamment le cas en matière sociale compte tenu de l'absence fréquente de travailleurs sociaux dédiés aux ELSA (cf. § 1.2.4).

Comme certaines équipes rencontrées ont pu le rappeler, les ELSA ne font pas tout, toute seules. Elles peuvent mobiliser les acteurs des services pour certains aspects. Dans les sites visités par l'équipe d'évaluation, l'articulation avec les équipes de liaison en psychiatrie apparaît assez claire, en général régie par un principe de subsidiarité.

#### **ZOOM : L'articulation entre ELSA et psychiatrie, en particulier les équipes de liaison en psychiatrie**

La fonction de l'évaluation est de déterminer la problématique de la personne, son degré de motivation, et de proposer sur cette base une orientation adaptée. Une proportion (d'un niveau très variable selon les sites, mais pouvant atteindre ou dépasser 50%) des personnes vues par les ELSA peuvent présenter également des problématiques d'ordre psychiatrique. Cela pose la question de l'articulation et de la complémentarité entre les deux spécialités.

Dans les faits, on observe en général l'application d'un principe de subsidiarité pour les patients pouvant présenter à la fois des problématiques addictologiques et psychiatriques :

- Une double évaluation est faite, par l'ELSA et la psychiatrie
- En fonction de la problématique jugée dominante, l'une ou l'autre équipe prend en charge le patient, l'autre étant en appui.

Ce schéma général connaît toutefois des variations en fonction des sites.

Présentes aux heures de la permanence des soins, les équipes de liaison en psychiatrie peuvent dans certains cas procéder à une première évaluation des personnes pouvant présenter des

conduites addictives, mais ne se substituent pas complètement à l'ELSA, vers laquelle la personne est orientée (soit le lendemain, soit par remise d'un *flyer* comportant ses coordonnées).

Certains médecins d'ELSA ont à la fois une compétence en addictologie et en psychiatrie. Il peut arriver qu'ils procèdent à l'évaluation des patients sur le double registre. A noter qu'une partie des ELSA sont implantées dans des établissements ou pôles spécialisés en psychiatrie.

Enfin, un projet de fusion de l'ELSA avec l'équipe de liaison en psychiatrie a été présenté dans le cadre des investigations, posant d'une part la question des compétences requises pour l'une et l'autre activité, et d'autre part la question de la disponibilité de l'équipe pour conserver une réactivité aux demandes des services et une capacité à y assurer des passages réguliers.

- **L'ELSA a un rôle de conseil et d'appui, d'une durée variable selon les équipes**

L'ELSA est, elle-même, la composante qui peut apporter une dimension non strictement médicale à la prise en charge de la personne au cours de son hospitalisation. Les temps de briefing/ debriefing de l'ELSA avec le service d'accueil accompagnant l'entretien avec le patient lui-même sont une occasion pour l'ELSA de faire valoir ses problématiques non strictement somatiques.

Il faut rappeler (cf. § 2.1.3) que les ELSA ont auprès des services un rôle de conseil, d'orientation pour la prise en charge, et normalement ne se substituent pas à eux.

En outre, comme cela a déjà été précisé, la liaison est pratiquée de manière hétérogène par les différentes équipes, certaines limitant leur intervention à l'évaluation et l'orientation (avis aux services d'accueil), d'autres intervenant plus largement.

### ***2.2.2. L'intervention des ELSA facilite l'organisation de la réduction des conduites à risque et la mise en place des traitements de substitution par les services, mais inégalement selon les substances et les services***

En préambule, il faut préciser que si le rôle des ELSA en matière d'aide à la mise en place de traitements de substitution était prévu par les circulaires nationales, ce n'est pas le cas en matière de réduction des risques. Néanmoins, l'équipe d'évaluation a souhaité avoir un regard, fut-il rapide, sur les actions des ELSA dans ce domaine compte tenu de la place croissante du concept de réduction des risques et des dommages dans la prise en charge addictologique.

- **La place de l'appui à la substitution dans l'activité des ELSA : un constat en demi-teinte**

Les deux tiers des ELSA considèrent que l'aide aux équipes soignantes pour la réalisation de sevrages et la mise en place des traitements de substitution compte parmi les missions pour lesquelles elles mobilisent le plus de ressources. Ceci étant, il convient de rappeler (cf. § 1.2.1.) que les réponses à l'enquête auprès des responsables d'ELSA indiquent que ces équipes investissent de manière assez homogène l'ensemble de leurs missions.

Plus précisément, la mise en place de traitements de substitution occupe une place plutôt mineure dans l'activité de la plupart des ELSA mais tendrait à se maintenir ou à gagner en importance pour certaines d'entre elles : cette mission est déclarée prendre une place forte dans leur activité par 2/16 ELSA, une place moyenne dans 6/16 ELSA et une place faible dans 8/16 ELSA. 44% des ELSA estiment que cette mission tend à gagner en importance, et 56% qu'elle tend à se maintenir. Aucune n'indique qu'elle tendrait à perdre en importance.

Pour autant, interrogées sur les outils qu'elles avaient pu diffuser aux services, autres que ceux concernant le repérage et l'évaluation des situations, 8 ELSA évoquent la mise en place de protocoles de prise en charge des sevrages, en particulier à l'alcool (7 ELSA), mais aussi au tabac (5 ELSA) et aux opiacés (5 ELSA), incluant le cas échéant la prise en charge de la douleur.

- **La réduction des conduites à risque occupe une place non négligeable, et plutôt croissante, dans l'activité de la plupart des ELSA, mais la diffusion de cette approche dans les services n'apparaît pas évidente**

La « réduction des conduites à risque » définit des objectifs de réduction des consommations, sans en rechercher nécessairement l'arrêt total à brève échéance. Cherchant d'abord à limiter les dommages résultant de la consommation, cette pratique est en rupture avec le modèle préexistant, où prédominait l'objectif de sevrage complet.

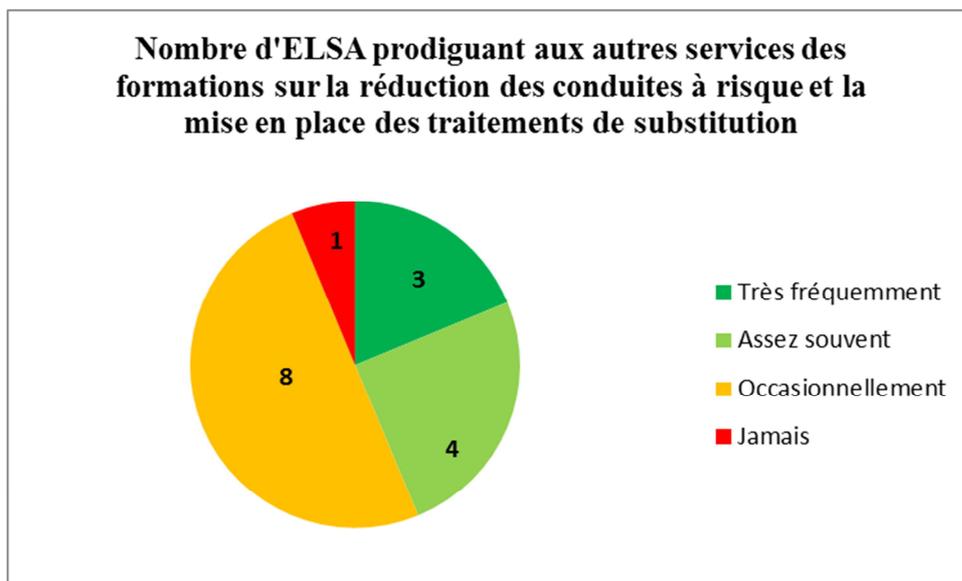
La mission de réduction des conduites à risque est déclarée prendre une place importante dans leur activité par 8/16 ELSA, une place moyenne dans 6/16 ELSA et une place faible dans 2/16 ELSA.

50% des ELSA estiment que cette mission tend à gagner en importance et 50% qu'elle tend à se maintenir. Aucune n'indique qu'elle tendrait à perdre en importance.

Il a pu être indiqué que l'approche en termes de réduction des risques avait mis longtemps à être partagée par toute la communauté addictologique, et serait probablement longue à développer chez les non-spécialistes. De fait, certaines conséquences visibles de cette approche (patient poly-addictif en sevrage d'une substance en consommant une autre devant l'établissement) peuvent interpeller les équipes soignantes.

- **Un niveau de maturité inégal des équipes soignantes en matière de substitution et de réduction des risques, amenant une intervention à géométrie variable des ELSA sur ces questions. Toutefois, l'administration des TSO est assez souvent un sujet justifiant l'appel de l'ELSA**

Il ressort de l'enquête auprès des responsables d'ELSA que des formations sont délivrées aux services sur la réduction des conduites à risque et la mise en place des traitements de substitution :



Cet investissement apparemment modéré est à nuancer, dans la mesure où la fréquence « occasionnelle » domine dans toutes les thématiques de formation sur lesquelles les ELSA ont été interrogées.

Les investigations ont permis de constater que certains services de soins déclarent être assez autonomes sur la prise en charge des sevrages et des risques y afférent.

Néanmoins, ce n'est pas le cas partout et, bien que rares *a priori*, des comportements jugés inadaptés par les ELSA (administration d'alcool à des patients pour prévenir la survenue de *delirium tremens*)

ou des incidents laissant à penser que la prise en charge n'a peut-être pas été optimale (admission de patients en réanimation suite à un *delirium tremens* sévère) ont pu être relatés.

En ce qui concerne la substitution nicotinique, si certains services demandent conseil aux ELSA, d'autres sont autonomes en la matière.

Globalement, c'est plus souvent en matière de traitements de substitution aux opiacées que les ELSA sont sollicitées, et notamment les médecins des équipes. Des questions d'interactions avec certains traitements (en psychiatrie, par exemple) peuvent nécessiter une concertation entre le médecin en charge du patient et le médecin de l'ELSA – voire le recours à l'expertise du CEIP.

### **2.2.3. *L'organisation de la sortie des patients est le domaine dans lequel la plus-value des ELSA est la plus unanimement reconnue***

- **Une valeur ajoutée liée à la connaissance fine des dispositifs et pratiques en addictologie**

La plus – value des ELSA dans l'organisation de la sortie des patients et leur orientation est mise en avant par la quasi-totalité des acteurs rencontrés. Elle est d'ailleurs souvent présentée comme le domaine dans lequel l'intervention des ELSA a le plus d'impact sur le parcours du patient.

Les investigations ont permis de cerner les sources de cette plus-value.

Cela tient, en premier lieu, à une connaissance des structures d'aval existantes, en proximité de l'établissement ou au-delà, qui dépasse le plus souvent celles des services où les patients sont pris en charge.

En second lieu, les ELSA ont une connaissance des différences d'approche et de modalités de travail des structures addictologiques – voire des personnes qui y travaillent permettant d'améliorer la pertinence de l'orientation (ie adéquation avec le projet du patient). Cette connaissance permet de travailler le relai extra-hospitalier avec le patient (mise en confiance par une description précise de ce qui pourra lui être proposé). Une ELSA a indiqué que des personnels du CSAPA pouvaient venir rencontrer le patient en cours d'hospitalisation pour établir un premier contact. Élément facilitateur : certains personnels des ELSA, dont on a vu que l'activité de liaison représentait très souvent moins d'un équivalent temps plein, travaillent aussi dans des structures d'aval hors établissements de santé (ex. CSAPA).

Enfin, il est reconnu aux ELSA une connaissance fine des modalités de prise en charge possibles, permettant d'adapter au mieux l'orientation à la demande de soins du patient, y compris selon des schémas atypiques. A titre d'illustration, une ELSA avait proposé pour un patient une modalité de sevrage en ambulatoire à laquelle le service où le patient était hospitalisé n'avait pas pensé et/ou qu'il ne croyait pas possible.

- **Des limites tenant à l'accessibilité aux solutions d'aval**

Plusieurs limites à l'effectivité de ce rôle d'orientation ont été évoquées dans le cadre des investigations.

C'est, en premier lieu, la disponibilité des places d'aval. Une partie des ELSA a signalé une augmentation des délais de prise en charge en CSAPA, ainsi qu'en consultation addictologique. Ceci d'ailleurs peut engendrer localement un détournement du dispositif ELSA, auquel des médecins généralistes recourent pour une consultation addictologique dans des délais plus courts. Autre conséquence : afin d'éviter le risque de rupture d'accompagnement (et de motivation du patient pour poursuivre une démarche de soin), certaines ELSA poursuivent leur accompagnement au-delà de la sortie d'hospitalisation, dans l'attente d'une prise de relai par la structure d'aval.

Ce sont, en second lieu, les conditions d'admission dans certains centres de post-cure. L'exigence d'un sevrage complet préalable du patient peut amener à devoir ré-hospitaliser le patient avant son admission en post-cure pour s'assurer qu'il est sevré.



### 3. LE POSITIONNEMENT DES ELSA DANS L'OFFRE REGIONALE EN ADDICTOLOGIE, SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE, EST-IL FAVORABLE A UNE PRISE EN CHARGE COORDONNEE DES PERSONNES PRESENTANT UNE PROBLEMATIQUE ADDICTIVE ?

#### 3.1 LES ELSA INTERVIENNENT – ELLES EN COMPLEMENTARITE DES AUTRES ACTEURS DE L'OFFRE EN ADDICTOLOGIE, EN INTRA-HOSPITALIER COMME EN DEHORS DE L'HOPITAL ?

CRITERES D'EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"><li>- Les ELSA se coordonnent entre elles</li><li>- Les missions et activités des ELSA sont distinctes de celles des autres acteurs hospitaliers en addictologie (rôle et public cible)</li><li>- Les missions et activités des ELSA sont distinctes de celles des acteurs médico-sociaux en addictologie (rôle et public cible)</li><li>- Les ELSA assurent des missions et activités qu'aucun autre acteur en addictologie ne peut assurer</li></ul>

#### Conclusion 5 :

L'ELSA, par leur activité de soins, peuvent présenter des missions communes avec d'autres acteurs de l'offre en addictologie, et les frontières entre activité de l'ELSA et consultation addictologique ne sont, notamment, pas toujours étanches. Il n'en reste pas moins que l'ELSA, par l'activité de liaison *stricto sensu*, se singularise des autres acteurs et s'inscrit en complémentarité, comme premier maillon d'une chaîne de prise en charge lorsqu'elle intervient auprès de patients non demandeurs.

##### *3.1.1. Il n'y a pas de coordination régionale des ELSA, mais des pratiques d'échange dans certains départements*

Il n'existe pas de coordination régionale entre les ELSA des Pays de la Loire. Il y a eu une réunion régionale organisée à Angers il y a une demi-douzaine d'années, mais la démarche n'a pas été renouvelée depuis lors.

Au niveau départemental, en revanche, des échanges ont lieu entre ELSA dans trois départements sur cinq (Loire – Atlantique, Mayenne et Sarthe), avec une fréquence et des contenus variables. A noter, en Mayenne, une dynamique notable de mutualisation en matière de formations, montées en commun par les 3 ELSA du département et assurées dans les trois établissements de santé par des membres des trois équipes.

Pour autant, une partie des ELSA rencontrées ont fait part de leur intérêt pour une rencontre régionale annuelle, limitée ou non aux ELSA, notamment pour échanger des pratiques et, pour certaines, limiter leur isolement. Cependant, des problèmes de disponibilité des équipes pour organiser ce type de coordination ont pu être évoqués.

##### *3.1.2. La distinction entre ELSA et consultations en addictologie est souvent peu nette, la liaison stricto sensu étant cependant l'apanage des ELSA*

- **La distinction entre ELSA et consultation hospitalière d'addictologie est souvent peu nette**

Les ELSA, par leur définition même, sont des équipes de liaison et de soins. Sur l'activité de soins, l'écart entre la pratique des ELSA et celle de services qui assurent exclusivement des soins (consultation addictologique, notamment) peut être subtil. De fait, la liaison au sens strict est l'activité qui différencie les ELSA des autres services à orientation addictologique.

Dans une perspective régionale, la distinction entre ELSA et activités de consultation addictologique est souvent peu nette, que ce soit en termes d'organisation, de pratiques, de suivi d'activité ou de perception des autres acteurs. A noter que les incertitudes sur cette frontière ne sont pas spécifiques aux Pays de la Loire.

En termes organisationnels, l'ELSA n'est pas toujours constituée en équipe distincte et identifiable en tant que telle au sein des établissements de santé. Une partie du flou provient du fait que l'activité des ELSA est, dans la majorité des cas, intriquée avec les autres activités hospitalières d'addictologie :

- dans 11 cas sur 16, l'ELSA est incluse dans l'unité ou le service d'addictologie (la liaison étant dans ce cas une missions parmi d'autres de l'unité ou service) et/ou c'est la même équipe qui assure la liaison et autres activités d'addictologie (consultations externes, voire sevrage) ;
- dans 4 cas sur 16, l'ELSA constitue une entité bien distincte des autres activités d'addictologie mais, même dans ce cas-là, certains personnels de l'ELSA partagent leur temps entre l'ELSA et d'autres services à orientation addictologique ;
- dans 1 cas sur 16, enfin, on peut qualifier l'ELSA d'informelle, en ce sens qu'il n'y a pas d'ELSA au sens propre, mais un « groupe de travail avec des professionnels formés sur un temps dédié ».

En termes de pratiques, la durée de l'accompagnement des patients par les ELSA ainsi que la nature de leur intervention diffèrent d'une équipe à l'autre. Comme il a été précisé *supra*, le nombre moyen d'actes par patients se situe entre 1 et 6,6 selon les équipes. Aux deux extrémités du gradient des pratiques observées, on trouve :

- d'un côté, des ELSA qui limitent leur intervention à la prise de contact du patient, une évaluation de ses besoins (en l'aidant à en prendre conscience), de ses demandes et une proposition d'orientation ; Le présupposé de cette approche, tel qu'il a pu être exposé par l'une des équipes, est de ne pas engager une alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe de liaison, qui pourrait compliquer le passage de relais ;
- à l'opposé, des ELSA qui, au-delà du triptyque évaluation – motivation – orientation, vont de fait amorcer la prise en charge du patient par des consultations itératives, y compris le cas échéant après la sortie d'hospitalisation lorsqu'un relai ne peut être pris immédiatement, afin d'aider le patient à maintenir sa dynamique de soin.

A noter que le nombre d'interventions auprès d'un patient donné n'est pas un indicateur d'une amorce de suivi par l'ELSA. En effet, l'engagement du patient dans une démarche de soin ne s'obtient pas forcément au bout d'un seul entretien. Des échanges itératifs avec l'ELSA peuvent être nécessaires pour faire prendre conscience au patient de la nécessité de traiter la question et de l'amener à s'engager dans une démarche de soin.

Sous ces réserves, une différence importante est pointée par plusieurs acteurs entre les consultations dans le cadre de la liaison et les consultations addictologiques :

- le degré de maturité du patient quant à sa demande : si l'ELSA peut intervenir auprès de patients non demandeurs, les patients s'adressant à la consultation addictologique ont en revanche un projet suffisamment mûr pour y prendre un rendez-vous, et s'y présenter effectivement (ce qui n'est pas toujours le cas) ;
- en second lieu, le premier entretien addictologique entre une personne et l'ELSA, d'une part, et une personne et la consultation addictologique, d'autre part, peuvent présenter des similitudes (évaluation du degré d'addiction du patient et de son retentissement somatique, psychologique et social) ; en revanche, la consultation d'addictologie s'inscrit clairement dans une perspective thérapeutique, et inclut le suivi du patient au long cours, ce qui n'est normalement pas le cas de l'ELSA.

En termes de suivi d'activité, le nombre de « consultations » est parfois une unité de compte commune, suivie globalement dans les unités polyvalentes (ELSA et consultation addictologique), ne

permettant pas de faire la distinction « en routine » entre activité de l'ELSA et activité de consultation addictologique.

En termes de perception par les équipes tierces, enfin, l'ELSA n'est pas toujours identifiée en tant que telle, et certains services rencontrés ne la (re)connaissent pas sous ce vocable, mais sous celui de « service d'addictologie ». En outre, certains acteurs tiers ont pu exprimer la perception d'un suivi au long cours des patients par les ELSA, ce qui n'est en théorie pas leur mission (*cf. supra*).

Un bémol doit être apporté à ce constat (régional) de distinction incertaine : il n'implique pas nécessairement que cette distinction soit floue pour les équipes soignantes, au sein de leur établissement.

- **La liaison, signe caractéristique des ELSA**

La seule mission qui soit bien distincte entre les missions de l'ELSA et celles des autres services, c'est précisément la liaison, entendue comme le fait de se rendre, sur demande d'un service, auprès d'un patient qui lui – même n'est pas forcément demandeur *a priori* d'une évaluation addictologique.

Elle inclut également le soutien technique des équipes hospitalières dans la prise en charge des personnes présentant ce type de problématique. La liaison s'inscrit, d'une certaine façon, dans une logique d'aller vers, au sein des établissements de santé.

### **3.1.3. *Le contexte d'intervention est le principal critère qui distingue les ELSA des structures médico-sociales d'addictologie, même s'il peut localement se doubler d'autres éléments***

- **Des missions pour partie similaires entre ELSA et structures médico-sociales**

La comparaison des textes régissant CSAPA et ELSA permet d'identifier des missions de ces structures pour partie similaires, sur l'approche addictologique et l'amorce de l'accompagnement, sur le caractère pluridisciplinaire des équipes et la prise en charge globale des personnes, mais aussi en termes de repérage précoce (mission non obligatoire des CSAPA).

Le code de la santé publique dispose ainsi que les « *Les CSAPA assurent pour les intéressés et leur entourage l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage. Dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs* ».

La principale – et évidente – différence entre structures médico-sociales en addictologie type CSAPA et ELSA est le cadre hospitalier d'intervention de ces dernières.

- **Des différences tenant principalement au lieu d'intervention et, dans une certaine mesure, au public pris en charge**

L'intervention en milieu intra-hospitalier, est jugée par certains acteurs particulièrement propice à l'engagement d'une réflexion de la personne sur ses consommations : elle est là parce qu'elle a un problème de santé, qui peut être lié (ou non) à ses consommations, mais qui est un temps où elle peut être attentive à sa santé, où elle est séparée de son cadre de vie et de ses habitudes. Egalement, le traitement hospitalier lui-même peut induire un sevrage de fait (personnes immobilisées, par exemple)

Seconde différence : le public n'est pas le même. Les usagers qui se rendent dans une structure médico-sociale sont normalement déjà dans une démarche de soin active, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour les ELSA (primo-contact du patient hospitalisé avec des spécialistes des addictions, intervention des ELSA auprès de patients qui ne sont pas nécessairement demandeurs). Tout particulièrement, les jeunes admis pour ivresses aiguës à l'hôpital ne sont probablement pas vus par d'autres structures que la liaison hospitalière.

Ces différences peuvent être nuancées à la marge :

- la prestation de services des CSAPA est ouverte aux personnes présentant des conduites addictives, mais également à leur entourage et, à ce titre, peut impliquer des personnes dont l'engagement dans une démarche de soin n'est pas encore assez avancé pour qu'elles se présentent elles-mêmes dans la structure ;
- dans le domaine des consultations, ont pu être signalées des répartitions de populations plus ou moins de fait entre addictologie hospitalière et champ médico-social (l'hôpital prenant en charge la problématique alcool, les drogues, notamment les opiacés, étant quant à elles davantage prises en charge par les CSAPA).
- en outre, quelques ELSA (parfois dans le cadre d'une organisation de proximité avec des acteurs d'addictologie locaux) ont pu investir des actions d'éducation à la santé dans des lycées – avec un CSAPA ou en remplacement d'un CSAPA indisponible.

En tout état de cause, en ce qui concerne la liaison addictologique intra-hospitalière proprement dite, il n'y a pas de doublons entre activité des ELSA et activités des CSAPA.

### ***3.1.4. Au sein de l'offre addictologique, et en dépit de la diversité de leurs pratiques, la singularité des ELSA tient dans la combinaison du contexte hospitalier de son action et de la capacité à se rendre auprès de patients non demandeurs d'accompagnement***

Au vu des comparaisons entre les ELSA et les autres structures addictologiques, détaillées ci-dessus, la singularité des ELSA dans l'offre addictologique est la suivante : les ELSA sont les seules structures addictologiques à se rendre, au sein de l'hôpital, auprès de patients pas nécessairement demandeurs d'accompagnement.

S'il existe une certaine porosité (*continuum* ?) dans les faits entre addictologie de liaison et consultation hospitalière, la liaison n'a pas vocation à assurer le suivi au long cours du patient.

Le cadre d'intervention (exclusivement hospitalier, à quelques rares exceptions près) ainsi que le public (celui des CSAPA est engagé dans une démarche de soin, pas celui de l'ELSA) sont les principaux éléments qui distinguent les ELSA des CSAPA médico-sociaux. Enfin, l'ELSA est le seul acteur en addictologie pouvant accéder aux jeunes en ivresse aigüe passant aux urgences hospitalières, s'ils ne sont déjà suivis par ailleurs.

### **3.2 L'ARTICULATION DES ELSA AVEC LES AUTRES ACTEURS DE L'OFFRE EN ADDICTOLOGIE EST-ELLE SUFFISANTE ?**

<b>CRITERES D'EVALUATION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Les ELSA sont bien identifiées par les autres acteurs de l'offre en addictologie</li><li>- Les ELSA participent effectivement aux échanges et travaux de la communauté des acteurs en addictologie de la région (fédération addiction, URRAA - union régionale de réseaux et d'associations en addictologie des Pays de la Loire...)</li><li>- Les ELSA assurent effectivement les relais avec les autres acteurs de santé pour assurer la continuité d'accompagnement du patient</li></ul>

#### **Conclusion 6 :**

**Les ELSA sont des acteurs bien identifiés de l'offre en addictologie, et plus particulièrement des acteurs spécialisés. En revanche, la période de transition que connaît actuellement l'organisation de l'offre addictologique ne permet pas de statuer sur leur contribution aux travaux de la communauté des acteurs. La pratique de transmissions d'informations en sortie d'hospitalisation aux acteurs non spécialisés d'aval apparaît plutôt satisfaisante, mais elle est indissociable de la pratique des services où les patients sont hospitalisés.**

**3.2.1. Les ELSA apparaissent globalement bien identifiées par les autres acteurs de l'offre en addictologie, même si certains souhaiteraient des échanges plus réguliers**

- **En général, les responsables d'ELSA jugent leur équipe bien identifiée par les autres acteurs**

Globalement, les responsables d'ELSA jugent leur équipe bien identifiée par les autres acteurs (presque tous en ce qui concerne les structures médico-sociales, la moitié en ce qui concerne les médecins généralistes – avec des contrastes selon les ELSA – et la moitié par le CEIP). Le tableau ci-dessous récapitule les réponses des responsables d'ELSA sur ces questions :

**Selon vous, l'ELSA et ses missions (auprès des patients ou des équipes) sont-elles bien identifiées ...**

	Pas du tout	Plutôt pas	Plutôt	Tout à fait	Ne sait pas
en interne à l'établissement		1/16	8/16	7/16	
par les autres établissements où elle intervient		1/6	2/6	3/6	
par les structures médico-sociales spécialisées dans le domaine des addictions (CSAPA, CAARUD)			5/16	10/16	1/16
par le Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP)		1/16	4/16	4/16	7/16
par les médecins généralistes de ville	1/16	3/16	6/16	3/16	3/16

Ces chiffres appellent plusieurs commentaires.

En ce qui concerne l'identification des ELSA par les médecins généralistes de ville, il convient d'abord de préciser qu'il n'a pas été possible de procéder à une enquête auprès de médecins généralistes dans le cadre de la présente évaluation. Dès lors, seule la perception des ELSA est documentée sur ce point. Ensuite, plusieurs équipes ont signalé qu'il arrivait que des médecins généralistes les contactent. Toutefois, ce n'est pas nécessairement l'ELSA en tant que telle qui est identifiée, mais la ressource hospitalière en addictologie en général, voire des médecins identifiés membres de l'équipe. *A contrario*, a pu être évoquée une situation où des médecins généralistes avaient bien identifié l'ELSA, mais comme une offre de consultation addictologique aux délais de réponse inférieurs à la consultation addictologique hospitalière. Enfin, sur ce point, la situation apparaît très contrastée d'une ELSA à l'autre.

- **Les structures médico-sociales estiment en majorité connaître les missions des ELSA, mais peuvent localement ressentir le besoin de davantage d'échanges**

S'agissant de l'identification des ELSA par les structures médico-sociales (CSAPA et CAARUD), une enquête a été menée auprès de ces structures pour documenter, notamment, la visibilité des ELSA ainsi que l'articulation et la complémentarité entre les ELSA et ces structures. En dépit d'un taux de réponse plutôt faible à l'enquête auprès de ces structures<sup>15</sup>, la perception des CSAPA et CAARUD met en perspective l'appréciation positive des responsables d'ELSA. La moitié des responsables de structures médico-sociales dit avoir des relations fréquentes avec les ELSA, l'autre moitié des relations rares ou occasionnelles. Certains CSAPA ont manifesté le vœu d'échanges plus fréquents et/ou formalisés avec les ELSA. Enfin, les 2/3 des répondants à l'enquête estiment avoir une connaissance correcte des missions des ELSA. Il convient de préciser qu'ELSA et CSAPA peuvent entretenir localement des partenariats fructueux, parfois lié au fait que certains professionnels travaillent à la fois dans les deux structures. Cette double appartenance apparaît féconde en termes de structuration des parcours des personnes et de coordination des acteurs.

### *3.2.2. Une intégration variable des ELSA dans la communauté des acteurs en addictologie suite aux évolutions récentes du paysage*

Les ELSA participaient pour nombre d'entre elles aux réseaux addictologie créés dans les Pays de la Loire. Certaines participaient également à la Commission Régionale Addiction, qui réunissait la diversité des acteurs en addictologie de la région. La disparition des réseaux (et de la commission régionale susvisée) a été peu comprise par les acteurs, qui ont le sentiment d'avoir perdu des lieux et occasions de coordinations.

Dans certains départements, les réseaux addiction perdurent de manière informelle, mais ne bénéficient plus de financements permettant aux acteurs de dégager un temps dédié. Dans d'autres territoires, les réseaux ont complètement cessé de fonctionner.

A noter que les statuts de l'URRAA réservaient l'adhésion à des associations et réseaux. En conséquence, aucun établissement de santé n'était adhérent à cette union. Via leur appartenance aux réseaux d'addictologie, certaines ELSA ont pu participer aux travaux de l'URRAA, jusqu'à la disparition desdits réseaux. Seul un quart des ELSA adhérait à cette union. La situation pourrait évoluer à l'avenir, notamment avec le portage par l'URRAA de la SRAE<sup>16</sup> Addictologie. Interrogées sur la manière dont elles envisageaient leur coopération avec cette structure, les ELSA étaient dans l'expectative, dans l'attente de sa mise en place effective. De même, compte tenu de la relative récence de leur repositionnement sur les fonctions de coopération autrefois dévolues aux réseaux, l'évolution de l'articulation avec les CSAPA n'était pas claire pour tous les interlocuteurs.

Plusieurs ELSA sont membres de la Fédération Addiction. Par ailleurs, certains membres des ELSA sont membres de l'Association Nationale des ELSA, à titre individuel. Il a été souligné toutefois que l'activité de cette association avait été relativement modérée ces dernières années, une relance étant toutefois observée sur la période récente avec, notamment, la tenue d'une journée nationale en septembre 2016 dans les locaux du Ministère de la Santé.

Enfin, une équipe a amorcé une réflexion, connexe à la mise en place des GHT, sur une organisation territoriale de l'addictologie, intégrant le champ médico-social et la médecine de ville.

Dans cette phase de transition, il est peu aisé de dresser une conclusion très nette sur la contribution des ELSA aux travaux de la communauté des acteurs en addictologie.

<sup>15</sup> 6 des 16 CSAPA et CAARUD de la région ont répondu à l'enquête dans le cadre de l'évaluation (soit 38%)

<sup>16</sup> Structure Régionale d'Appui et d'Expertise

### 3.2.3. *Un relai vers les autres acteurs de santé pour assurer la continuité généralement assuré pour les patients accompagnés par les ELSA*

- **Un investissement souvent satisfaisant des ELSA dans les activités contribuant à la continuité et la coordination des soins, mais des pratiques différenciées**

Il ressort de l'enquête auprès des responsables d'ELSA que les activités contribuant à la continuité et la coordination des soins sont bien investies par les ELSA :

- 12 ELSA porte une cotation « ++ » ou « + » sur leur investissement dans le travail en lien avec les équipes d'addictologie du territoire de santé dans le cadre de la coordination des soins ;
- 13 ELSA porte une cotation « ++ » ou « + » sur leur investissement dans l'articulation et coordination avec les autres acteurs sanitaires et sociaux concernés (y compris partage des informations avec l'accord du patient).

Cette appréciation positive peut être nuancée dans la mesure où :

- comme il a été précisé (§ 1.2.1), les cotations par les ELSA de leur investissement dans leurs différentes missions sont peu discriminantes ;
- comme il va être précisé (*infra*), les relais de l'ELSA avec les acteurs d'aval varient en fonction du type d'acteurs comme en fonction des équipes.

Les investigations menées par l'équipe d'évaluation ont visé à quantifier et qualifier les pratiques de transmission d'informations par les ELSA à la sortie du patient, dans une optique de continuité des soins, auprès de trois types d'acteurs:

- médecins de ville ;
- services sociaux non hospitaliers ;
- professionnels de santé mentale.

- **Une information des médecins traitants assez répandue, le plus souvent écrite, mais de fréquence inégale**

Pour pratiquement toutes les ELSA, une information est faite au médecin traitant du fait que le patient a été vu par l'équipe, mais selon une fréquence inégale, et des modalités variées – où l'écrit prédomine néanmoins.

L'information des médecins traitants d'un accompagnement de leur patient par l'ELSA est apportée dans 14/16 ELSA (deux réponses « jamais »), mais avec une fréquence variable :

- Systématiquement par 3 ELSA
- Le plus souvent par 6 ELSA
- Occasionnellement par 5 ELSA
- Jamais par 2 ELSA (mais l'une d'elle précise que le courrier de sortie fait par le médecin du service d'accueil mentionne le passage de l'ELSA)

En ce qui concerne les modalités de transmission, il y a un écrit dans 14 ELSA : mention de l'intervention ELSA dans le courrier de sortie que le service concerné adresse au médecin traitant (3 ELSA, dont 2 pour lesquelles c'est la seule transmission) et/ ou mel ou courrier de l'ELSA au médecin traitant (12 ELSA).

De fait, lors des entretiens avec les équipes, il n'est pas apparu d'information du médecin traitant par l'ELSA disjointe des comptes – rendus de sortie, soit que le courrier de sortie du service d'accueil en fasse mention, soit qu'un compte-rendu spécifique soit joint au courrier de sortie. En conséquence, la

fréquence de la transmission par l'ELSA d'informations aux acteurs d'aval est indissociable des pratiques des services où les patients sont hospitalisés.

Des appels téléphoniques au médecin traitant sont signalés par 5 ELSA (pour l'une d'entre elles, c'est la seule modalité de transmission au médecin traitant).

La nature des informations transmises aux médecins traitant est variable : ce peut être uniquement une mention que le patient a été vu par l'ELSA. En tout état de cause, plusieurs équipes ont mis en exergue le fait que les informations n'étaient transmises que si le patient y consentait.

- **Une information à la fois moins systématique et moins fréquentes des services sociaux extra-hospitaliers**

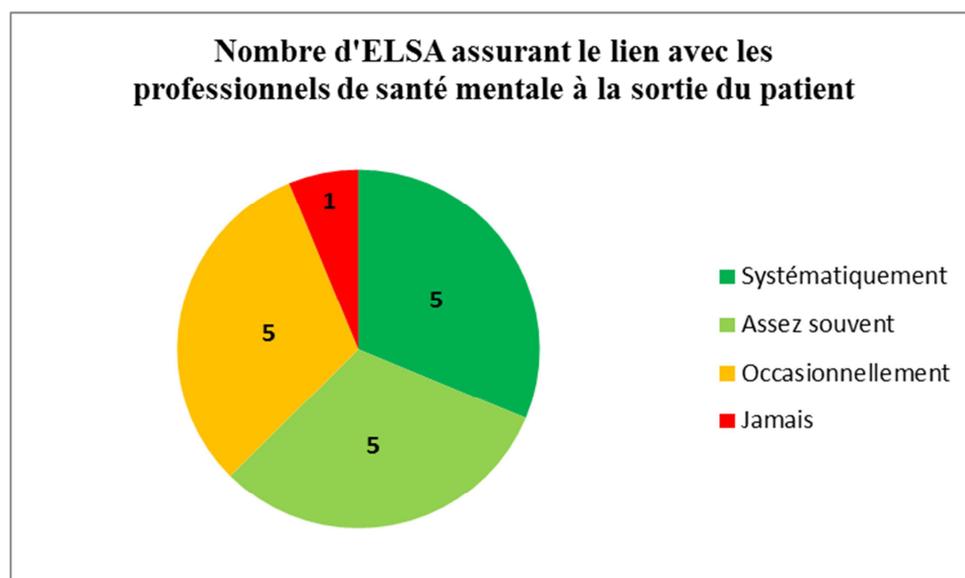
En ce qui concerne le lien avec les services sociaux non hospitaliers à la sortie du patient, les ELSA ne le réalisent, pour 2/3 d'entre elles, qu'occasionnellement. Cette indication est sans doute à mettre en lien avec le fait que la majorité des ELSA n'ont pas d'assistantes sociales (cf. § 1.2.4), et que ce sont fréquemment les assistantes sociales des services qui assurent ce volet de la prise en charge des patients.

Aucune ELSA ne déclare que le lien n'est jamais fait avec les services sociaux à la sortie du patient.

En ce qui concerne le contenu des informations échangées avec les services sociaux (connu pour 12 ELSA), il s'agit de questions essentiellement sociales pour 6 ELSA, de questions concernant essentiellement la problématique addictive et le projet de soins du patient pour 4 ELSA, et des informations concernant les deux champs pour 2 ELSA.

- **Des transmissions d'informations aux professionnels de santé mentale à la fois très répandue et d'une fréquence souvent élevée**

La quasi-totalité des ELSA dit assurer le lien avec les professionnels de santé mentale (psychiatrie de secteur, psychiatres en libéral, psychologues de ville) à la sortie du patient, avec une fréquence plutôt satisfaisante.



En ce qui concerne le type d'indications qui sont transmises à ces professionnels (connues pour 14 ELSA), cela peut concerner à la fois des éléments de constats (bilan addictologique, compte-rendu de l'intervention de l'ELSA) et des orientations ou relais de prise en charge pour le patient (projet ou demande de soins, mais aussi signalement d'un besoin de prise en charge du patient dans certains cas).

## CONCLUSION

La présente évaluation confirme la position singulière des ELSA dans l'offre addictologique, et leur intérêt pour l'entrée des personnes rencontrant des problématiques d'addiction ou de consommation à risque dans un parcours de soins adapté à leurs besoins et à leurs demandes. La possibilité, pour ces équipes, d'être le plus possible physiquement présentes dans les services soignants peut être considérée comme un facteur déterminant de leur action.

L'hétérogénéité des ELSA et de leurs moyens, telle qu'elle a été constatée, plaide pour une vigilance accrue de l'ARS pour que les moyens alloués soient davantage corrélés à la réalité des contextes d'exercice et des missions réalisées.

Des marges de progrès ont été mises en évidence en ce qui concerne l'apport d'une compétence addictologique dans les services d'urgence et les maternités, en faveur d'un meilleur repérage. Le maillage actuel des ELSA ne permet pas d'assurer une couverture suffisante de ces services.

Enfin, l'évaluation met en évidence un enjeu d'organisation des accompagnements en addictologie en aval de la sortie de l'hôpital, à la fois pour permettre de recentrer les ELSA sur leur cœur de mission et pour garantir la continuité d'accompagnement des patients dans une démarche de soin, une fois qu'ils s'y sont engagés. L'organisation de parcours en addictologie pose la question du rôle des différents intervenants (y compris la médecine de ville) et de leur articulation. Le présent rapport constitue une contribution à ce sujet, mais n'épuise naturellement pas l'ensemble de la problématique.

C'est sur l'ensemble de ces questions que portent les recommandations formulées par l'équipe d'évaluation à l'égard de l'ARS.

## RECOMMANDATIONS

L'équipe d'évaluation, au regard de son analyse du dispositif ELSA en région Pays de la Loire, préconise à l'égard de l'ARS Pays de la Loire la ligne stratégique générale suivante :

**Dans une région où les problématiques addictives sont un sujet particulièrement préoccupant de santé publique, renforcer de manière volontariste le repérage, l'évaluation et l'orientation des patients des établissements de santé de la région présentant des conduites addictives ou des consommations à risque.**

Les constats et conclusions de l'évaluation du dispositif ELSA amènent l'équipe d'évaluation à émettre 5 recommandations opérationnelles à destination de l'ARS.

Pour chacune d'entre – elles :

- Sont rappelés les constats sur lesquels elles s'appuient
- Sont précisés les enjeux auxquels elles répondent
- Sont proposées des modalités de mise en œuvre.

### **A. ASSURER UNE VIGILANCE DE L'ARS SUR L'UTILISATION DES CREDITS EN ADDICTOLOGIE ET L'ACTIVITE DES SERVICES**

*Constats :*

Les investigations ont révélé une connaissance de l'ARS perfectible en matière de taille, de composition et d'activité des ELSA.

Plus précisément, l'évaluation met en exergue que la taille des équipes, tous profils confondus, est en décalage avec les volumes ciblés par les calibrages MIG.

En outre, le volume d'activité de liaison était difficile à estimer pour certains établissements – voire l'existence effective des équipes.

La frontière est parfois poreuse entre activité de liaison et consultation addictologique (Equipes mixtes / postes partagés entre activité de liaison et consultation addictologique), voire entre ELSA et équipe de liaison en psychiatrie, alors que les consultations addictologiques sont financées par une MIG distincte de celle finançant les ELSA.

*Enjeu de la recommandation : efficacité*

*Modalités de mise en œuvre proposées :*

- ✓ Analyser finement les données d'activité, les budgets et la composition des équipes, en lien avec les établissements concernés (analyse à faire conjointement sur les activités liaison et consultation addictologique)
- ✓ Assurer un suivi dans le temps des données d'activité et de composition des équipes avec les établissements concernés

## **B. HARMONISER LES REGLES DE FINANCEMENT DES EQUIPES DE LIAISON ET ENRICHIR LES CRITERES D'ALLOCATION DE RESSOURCES**

*Constats :*

Les modalités de financement des ELSA sont hétérogènes.

Les critères d'allocation de ressources ne sont identifiables que pour une partie des ELSA seulement.

Enfin, même quand ils sont explicites, ces critères mériteraient d'être complétés pour prendre davantage en compte la réalité de l'exercice des ELSA (contexte & missions).

Il serait opportun de conforter les ELSA dans leurs missions phares, avec des financements équitables.

*Enjeu de la recommandation :* Équité et cohérence

*Modalités de mise en œuvre proposées :*

- ✓ Organiser le financement par le FIR, à moyen terme, de l'ensemble des ELSA
- ✓ Dans ce cadre, construire un indicateur de volume d'activité théorique cohérent sur les deux champs (MCO et PSY)
- ✓ Enrichir les critères d'allocation de ressources pour qu'ils s'appuient davantage (mais non exclusivement)
  - o sur l'activité réelle des ELSA (dans toutes leurs dimensions, y compris le soutien aux équipes soignantes et la formation)
  - o sur des données de contexte (épidémiologique, social, d'offre sanitaire et médico-sociale en addictologie)

## **C. APPLIQUER LES PRECONISATIONS NATIONALES SUR LA COUVERTURE DES SERVICES D'URGENCE PAR LES ELSA**

*Constats :*

Les services d'urgence sont particulièrement identifiés par les circulaires nationales comme des cibles d'intervention des ELSA.

En région Pays de la Loire, une partie des services d'urgence ne bénéficie pas de l'intervention d'une ELSA.

L'activité des services d'urgence où aucune ELSA n'intervient représentait, en 2015, 17 % des passages aux urgences de la région (proportion atteignant 40% dans certains départements).

*Enjeu de la recommandation :* Égalité et efficacité

*Modalités de mise en œuvre proposées :*

- ✓ Organiser et financer la couverture de tous les services d'urgence où aucune ELSA n'intervient aujourd'hui (sachant que la circulaire nationale de 2008 précise que ce peut être par une ELSA sur site ou par convention avec un autre établissement)
- ✓ Améliorer la couverture des services d'urgence déjà desservis par une ELSA (créneaux plus importants et/ou passages quotidiens plus systématiques)
- ✓ Expérimenter et évaluer les effets d'une couverture ELSA le week-end (en particulier sur le repérage et l'orientation des jeunes)

## D. RENFORCER LE REPERAGE ET L'ORIENTATION ADDICTOLOGIQUE EN MATERNITE

*Constats :*

Il y a des enjeux particuliers d'intervention précoce d'une compétence addictologique dans les maternités (risques à la fois pour les femmes enceintes et les enfants à naître).

La survivance forte de tabous des équipes et des patientes autour des addictions pendant la grossesse a été relatée lors des investigations, de même qu'une connaissance insuffisante de ces services sur la conduite à tenir en cas de repérage.

A également été pointée la nécessité d'une forte réactivité liée à la durée de présence des patientes, qui questionne l'opportunité du modèle d'intervention de l'ELSA « sur demande » dans le cadre d'un repérage le plus en amont possible.

Des expériences de sages-femmes formées à l'addictologie dans les maternités ont été menées en région et hors région, et elles sont jugées positives à l'unanimité.

Enfin, le Réseau Sécurité Naissance s'est investi dans la problématique des addictions chez les femmes enceintes.

*Enjeu de la recommandation :* Pertinence et efficacité

*Modalités de mise en œuvre proposées :*

- ✓ Fédérer les acteurs concernés par le sujet (ELSA, RSN...)
- ✓ Améliorer la capacité des maternités à repérer, évaluer et orienter les femmes ayant des problématiques addictives ou des consommations à risque. Expérimentation à financer en crédits non reconductibles, par exemple : formation de sages femmes référentes dans toutes les maternités où il n'y en a pas ; évaluer l'impact en termes de repérage et d'orientation interne / externe.

## E. ACCOMPAGNER LA CLARIFICATION DES PARCOURS EN ADDICTOLOGIE DANS LES TERRITOIRES, PLUS SPECIFIQUEMENT DU POSITIONNEMENT DES ELSA, DE MANIERE ARTICULEE AVEC LA DEMARCHE GHT EN COURS

*Constats :*

Certains projets médicaux de GHT étudient des « filières addictologiques ».

L'enjeu est de **sécuriser les facultés de réponse d'aval** concomitamment au renforcement de la fonction repérage – orientation des ELSA (enjeu majeur de continuité dans le parcours addictologique, pour que l'effet de motivation créé pendant l'hospitalisation ne s'essouffle pas faute de relai rapide) **et de clarifier le rôle des différents acteurs** (consultation hospitalière d'addictologie, CSAPA, médecine de ville).

*Enjeu de la recommandation :* Cohérence et fluidité des parcours, mais aussi efficience.

*Modalités de mise en œuvre proposées :*

Dans le prolongement des travaux menés par l'ARS ces dernières années :

- ✓ Veiller à l'intégration dans les projets des GHT de la thématique addictologique, en positionnant les ELSA sur leurs « missions phares » identifiées dans la présente évaluation
- ✓ Ouvrir cette réflexion sur l'aval du repérage en associant acteurs médico-sociaux, médecine de ville... notamment avec une réflexion sur l'offre en consultation addictologique (qui, où, comment, quels publics...), mais aussi les acteurs sociaux et éducatifs

- ✓ Penser l'accompagnement du « temps de latence » entre la sortie de l'hôpital et la prise de relai, en tenant compte de l'équipement local (structures médico-sociales, mais aussi médecins de ville dans les zones à démographie tendue)
- ✓ Clarifier les rôles des différents acteurs dans la formation en addictologie des équipes hospitalières : identifier notamment le rôle spécifique des ELSA en formation, cibler des thèmes de formation par les ELSA pour la montée en compétence des équipes hospitalières (notamment repérage, prévention et gestion des accidents de sevrage...) et inscrire ce volet dans le cahier des charges des activités des ELSA – et le lien avec les travaux sur les rapports d'activité
- ✓ Inviter les CHU à mobiliser les ELSA dans le cadre des travaux de recherche, dans le dialogue de gestion avec les CHU

## ANNEXES

<b>Annexe</b>	<b>Libellé</b>	<b>Page</b>
<b>1</b>	Cahier des charges de l'évaluation	71
<b>2</b>	Déroulé de la démarche d'évaluation	77
<b>3</b>	Référentiel « <i>in fine</i> »	79
<b>4</b>	Réponses détaillées aux questions évaluatives	85
<b>5</b>	Liste des sources	99
<b>6</b>	Missions des ELSA selon les circulaires nationales	107
<b>7</b>	Enquête multi-sources auprès des responsables d'ELSA	109
<b>8</b>	Table des sigles et abréviations	121



**DIRECTION DE L'EFFICIENCE DE L'OFFRE  
DEPARTEMENT EVALUATION DES POLITIQUES ET DES DISPOSITIFS**

Affaire suivie par Xavier BRUN  
[xavier.brun@ars.sante.fr](mailto:xavier.brun@ars.sante.fr)  
02 49 10 43 49

**CAHIER DES CHARGES D'EVALUATION  
DES EQUIPES HOSPITALIERES DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE  
(ELSA)  
JUILLET 2015**

**1. CONTEXTE ET MOTIFS DE L'EVALUATION**

La circulaire du 8 septembre 2000<sup>1</sup> dressait le constat que, malgré les efforts faits dans les années 1990, les réponses hospitalières aux problèmes des personnes ayant des comportements addictifs étaient en deçà des besoins. Elle faisait état de plusieurs insuffisances des établissements de santé sur ces questions :

- un repérage des situations trop peu développé,
- une prise en charge des jeunes ayant un usage nocif ou une dépendance limitée à l'accueil aux urgences au strict motif de consultation, sans que la question de sa consommation soit abordée et sans organiser de relais avec les acteurs extra-hospitaliers,
- un nombre trop faible de services d'urgence organisés pour apporter une réponse adaptée aux personnes ayant des problèmes d'alcool, en dépit du poids de ces problèmes dans les causes d'admission,
- une prise en charge hospitalière limitée au traitement des complications, un projet spécifique d'accompagnement étant rarement proposé,
- des relations insuffisantes avec les équipes de psychiatrie,
- une articulation trop faible de l'hôpital avec les principaux intervenants en charge des conduites addictives (intra et extra hospitaliers) et des ruptures fréquentes dans le suivi des personnes dépendantes,
- une mission de prévention promouvant les comportements favorables à la santé quasiment inexistante dans les établissements de santé.

---

<sup>1</sup> Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives

En conséquence, cette circulaire redéfinissait la place et le rôle des établissements de santé en matière d'addictologie et prévoyait le renforcement de leurs moyens : renforcement ou création d'équipes de liaison et de soins en addictologie et augmentation des possibilités d'hospitalisations pour sevrage, bilan et soins.

S'agissant de la liaison, l'objectif était de rapprocher les équipes travaillant dans les domaines de l'alcoologie, de la toxicomanie et de la tabacologie. Les établissements de santé devaient s'intégrer dans le dispositif général de prise en charge des dépendances afin de répondre au mieux aux demandes qui leur étaient faites et de favoriser un suivi médico-psycho-social, un fonctionnement en réseau étant souhaité. Etaient assignées aux ELSA les missions de former et d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de soins et de prise en charge, d'intervenir en tant que de besoin auprès des personnes hospitalisées et aux urgences, de développer les liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients, de mener des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement, et de participer au recueil d'information et à la mise en place d'indicateurs.

La circulaire du 26 septembre 2008<sup>2</sup> décrit l'organisation des filières hospitalières en addictologie et leurs composantes. Elle établit un référentiel d'organisation des soins pour les ELSA qui redéfinit ainsi leurs missions :

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

Les données publiées par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire<sup>3</sup> documentent la situation régionale en matière d'addictions pour l'année 2010.

Même si la mortalité régionale pour les pathologies directement liées à l'alcool est en recul, la mortalité liée à l'alcool chez les hommes est plus importante en région qu'au niveau national. Par ailleurs, les habitudes de consommation d'alcool chez les jeunes sont plus répandues dans les Pays de la Loire qu'en moyenne nationale.

En ce qui concerne le tabac, si la consommation dans la région était moindre qu'au niveau national (avec pour conséquence une situation un peu plus favorable de la mortalité liée au tabac), l'écart tend à se réduire. En tout état de cause, la proportion de fumeurs chez les jeunes est importante : en 2010, les fumeurs quotidiens représentaient 32% des 15-25 ans, et les fumeurs quotidiens présentant une dépendance moyenne ou forte, 11% de cette tranche d'âge.

S'agissant des drogues illicites, la région ne présentait en 2010 une situation péjorative par rapport au niveau national que pour l'expérimentation du cannabis chez les 15-25 ans (l'usage régulier étant en revanche inférieure à la moyenne nationale), et d'expérimentation et d'usage de poppers (étant précisé que l'interdiction totale à la vente de ces produits en 2011 devrait diminuer ces pratiques). Le taux d'expérimentation chez les 15-25 ans de substances illicites était en 2010 de 44% pour le cannabis, 14% pour les poppers, et de 3% ou moins pour les autres produits.

---

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/O2 no 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

<sup>3</sup> *La santé observée*, édition 2012 – données pour l'année 2010.

## 2. ENJEUX ET FINALITES DE L'EVALUATION

Si le Projet Régional de Santé ne cite les ELSA que de façon marginale, il comporte plusieurs objectifs qui font échos aux missions de ces équipes ou les impliquent. Ainsi, particulièrement :

- L'objectif 8 du schéma régional de prévention, « Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée », comporte une déclinaison opérationnelle visant à identifier les besoins de prévention lors de chaque hospitalisation, entre autres par le repérage des comportements à risque nécessitant une réponse coordonnée avec les acteurs du premier recours et de l'accompagnement médico-social, et par la proposition pour chaque patient d'une offre en promotion de la santé privilégiant une orientation vers les acteurs du premier recours ou les acteurs spécialisés en prévention. Ce sont des missions que les circulaires susvisées confient aux ELSA.

- L'objectif 24 du schéma régional de l'offre de soins, « Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés », cite l'addictologie comme l'une des thématiques où il convient de conforter, structurer ou finaliser des filières graduées et protocolisées. Les ELSA sont définies par la circulaire de 2008 comme une composante du premier niveau de la filière hospitalière en addictologie.

- L'objectif 19 du même schéma, « Assurer, par un parcours diversifié de formations initiale et continue, une meilleure réponse aux nouveaux besoins en compétences du système de santé », s'il ne vise pas explicitement l'addictologie, mentionne la prévention parmi les compétences à investir, et fait ainsi écho aux missions des ELSA en matière d'appui et de soutien aux équipes hospitalières sur cette thématique.

L'amélioration du parcours des personnes confrontées à des addictions est une priorité de l'ARS Pays de la Loire. La réorganisation de l'offre régionale en addictologie a été amorcée en 2013 par une restructuration territoriale et des missions des CSAPA ambulatoire et des ex-réseaux départementaux addiction. Dans ce contexte, le positionnement de l'offre hospitalière en addictologie, et en particulier des ELSA, est un maillon du parcours que l'ARS et les parties prenantes, souhaitent clarifier. Cela suppose d'affiner la connaissance de ces dispositifs, de leur activité et de leurs articulations avec les autres acteurs de l'offre en addictologie, sachant que les ELSA de la région présentent une certaine diversité, notamment en termes d'établissement d'implantation ou de modalités de financement, héritée de l'histoire.

La mesure 28 du Plan d'actions gouvernemental 2013-2015 de lutte contre les drogues et les conduites addictives comporte plusieurs actions concernant les ELSA, sous le pilotage du ministère en charge des affaires sociales et de la santé :

- Evaluer le maillage régional des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- Repréciser leurs missions et indicateurs d'activité
- Elaborer, avec l'appui des ARS, un plan de développement des ELSA

En apportant des éléments de clarification, l'évaluation devra contribuer à la définition d'une stratégie régionale sur le rôle et le positionnement des ELSA dans l'offre en addictologie et à la détermination de principes d'allocation de ressources à ces équipes.

Enfin, l'évaluation des ELSA s'inscrit dans la continuité d'une série d'évaluations réalisées par l'ARS sur des dispositifs de type équipe mobile.

### **3. QUESTIONS EVALUATIVES**

L'évaluation devra répondre aux questions évaluatives suivantes :

#### **1. Quels sont les éléments d'appréciation de la réalisation des missions attendues des ELSA et de leurs modalités d'intervention ?**

1.1 Dans quelle mesure les ELSA apportent-elles une réponse en addictologie dans les services hospitaliers n'ayant pas une compétence en addictologie ?

*Lieux d'implantation et d'intervention des ELSA, notamment*

1.2 Les ELSA sont – elles en mesure de réaliser l'ensemble de leurs missions ?

*Activité des ELSA, taille et composition des équipes*

#### **2. Dans quelle mesure l'action des ELSA améliore – t – elle les interventions proposées aux personnes présentant une problématique addictive ?**

2.1 Quelle est la plus-value des ELSA dans le repérage et l'amorce de la prise en charge des personnes présentant des problématiques addictives ?

*Du repérage des situations à l'élaboration du plan d'intervention.*

2.2 Quelle est la plus-value des ELSA dans la prise en charge des personnes présentant des problématiques addictives, notamment les interventions précoces ?

*De la mise en oeuvre des interventions intra-hospitalières à l'organisation de la sortie*

#### **3. Le positionnement des ELSA dans l'offre régionale en addictologie, sanitaire et médico-sociale, est-il favorable à une prise en charge coordonnée des personnes présentant une problématique addictive ?**

3.1 Les ELSA interviennent – elles en complémentarité des autres acteurs de l'offre en addictologie, en intra-hospitalier comme en dehors de l'hôpital ?

*Spécificité des ELSA par rapport aux autres acteurs (missions, activité et public)*

3.2 L'articulation des ELSA avec les autres acteurs de l'offre en addictologie est-elle suffisante ?

*Participation des ELSA à la communauté des acteurs, organisation de la continuité des interventions*

### **4. PRESTATION ATTENDUE**

#### **Indications méthodologiques**

Afin de modérer la sollicitation des acteurs de terrain, l'équipe d'évaluation devra mobiliser en première intention l'ensemble des données et informations disponibles au sein de l'ARS sur le sujet, en particulier les réponses à l'enquête pilotée par la DGOS en 2013, en les complétant en tant que de besoin.

Une enquête auprès de l'ensemble des ELSA pourra être envisagée si les informations disponibles en interne ne permettent pas de documenter suffisamment les différentes questions évaluatives.

Des contacts pourront être pris avec d'autres Agences Régionales de Santé, ainsi qu'avec les personnes en charge du dossier au niveau national.

Dans une logique de croisement des points de vue, des entretiens seront conduits avec des personnels des ELSA, mais aussi d'autres services hospitaliers, et des acteurs hors établissements de santé.

Les travaux devront être menés dans le respect des principes de la Charte de la Société Française d'Evaluation, notamment la confidentialité des données recueillies dans le cadre des investigations.

### **Résultats attendus : type de restitution**

Un livrable intermédiaire devra être produit afin d'apporter un premier éclairage pour l'allocation de crédits aux ELSA dès 2015.

Le rapport final de l'évaluation devra comporter les volets suivants :

- Synthèse (4 pages maximum) ;
- Présentation succincte de la méthodologie de l'évaluation, avec modalités et limites de l'évaluation, en termes de portée, de méthodes et de conclusions ;
- Constats et jugements argumentés en réponse aux questions évaluatives ;
- Recommandations stratégiques et opérationnelles permettant de contribuer à la définition d'une stratégie concernant le rôle et le positionnement des ELSA dans l'offre régionale en addictologie et à la détermination de principes d'allocation de ressources à ces équipes.

Des annexes pourront approfondir certains points de méthode ou d'analyse en tant que de besoin.

En lien avec le service en charge de la communication, un document de restitution permettant la communication des résultats devra être réalisé.

## **5. CONDITIONS DE REALISATION**

Le commanditaire de l'évaluation est le directeur de la Direction de l'Efficiences de l'Offre (DEO): F.GRIMONPREZ.

### **Pilotage de l'évaluation**

La réalisation de l'évaluation est confiée à une équipe d'évaluateurs du Département d'évaluation des politiques de santé et dispositifs (DEO) : Xavier BRUN, pilote de l'évaluation, et Jean-Paul BOULÉ.

L'équipe d'évaluation s'appuiera sur une instance d'évaluation pour les phases de cadrage et de formulation des conclusions et recommandations, composée de personnels de l'ARS travaillant sur les questions de conduites addictives et d'offre hospitalière et médico-sociale.

L'équipe d'évaluation sera amenée à solliciter les membres du groupe projet transversal «Personnes confrontées à des addictions », notamment pour l'accès aux données.

## **Calendrier**

Le livrable intermédiaire destiné à apporter un premier éclairage pour l'allocation de crédits aux ELSA devra être produit pour le début du mois de novembre 2015.

Le rapport final d'évaluation devra être produit pour le 31 mars 2016 au plus tard.

## *Annexe 2 – Déroulé de la démarche d'évaluation*

Sous la responsabilité de Monsieur GRIMONPREZ, Directeur de l'Efficiace de l'Offre à l'ARS Pays de la Loire, l'évaluation a été confiée au Département d'Evaluation des Politiques et dispositifs. Elle a été réalisée par deux membres de ce département : Monsieur Xavier BRUN (coordonnateur de la mission) et Monsieur le Docteur Jean-Paul BOULÉ.

Sur la base du cahier des charges, le référentiel de l'évaluation a été co-construit par l'équipe d'évaluation et un groupe de travail réuni autour de Madame le Docteur de RUSUNAN, chef de projet du groupe transversal « Qualité de vie des personnes vivant avec une addiction » de l'ARS.

Afin de mobiliser le moins possible les acteurs de terrain concernés par le dispositif ELSA, l'équipe d'évaluation a fait le choix d'exploiter ex ante l'ensemble des sources d'ores et déjà disponibles à l'ARS (circulaires nationales, code de la santé publique, répertoire FINESS, enquêtes SAE, réponses régionales à l'enquête 2013 de la DGOS concernant les filières addictologiques, données de calibrage des crédits MIG dédiés aux ELSA, travaux internes ARS sur les ELSA existantes, leur implantation et leur financement...). Les rapports d'activité des ELSA ont été demandés aux établissements de santé où elles sont implantées pour les années 2012 à 2014.

A l'issue de cette phase préparatoire, l'équipe d'évaluation a dressé le constat du caractère partiel, hétérogène et parfois contradictoire des informations disponibles. Elle a en conséquence construit un plan d'investigations permettant de disposer de données quantitatives homogènes sur les ELSA de la région, d'une part, et d'éléments qualitatifs concernant notamment les interactions entre les ELSA et les services bénéficiaires de leur intervention ou partenaires, d'autre part.

Les investigations ont débuté à l'automne 2015 par une enquête auprès des services d'urgence hospitalier de la région. Les résultats de cette enquête, complétés des données disponibles en amont, ont donné lieu à la rédaction d'un livrable intermédiaire.

Une seconde phase d'investigations, débutée début 2016, a été introduite par une présentation de la démarche d'évaluation à l'occasion d'une réunion regroupant la quasi-totalité des ELSA de la région. Un entretien collectif avec les représentants présents des ELSA a permis de documenter certaines questions, notamment relatives aux coopérations.

Plusieurs investigations complémentaires ont ensuite été menées :

- Deux enquêtes auto-administrées auprès des CSAPA et CAARUD, d'une part, auprès des responsables d'ELSA, d'autre part (à noter que 4 ELSA volontaires ont testé le questionnaire avant sa diffusion à l'ensemble des équipes) ;
- Des visites sur site auprès de la moitié des ELSA de la région (8/16), à l'occasion desquelles ont également été rencontrés des services partenaires (autres services orientés addictologie de l'établissement) et bénéficiaires de l'intervention des ELSA. Des entretiens téléphoniques ont complété ces échanges sur site.
- Plusieurs entretiens complémentaires auprès d'acteurs intéressés par les questions de pratiques addictives ont, enfin, été menés (ex. Réseau Sécurité Naissance, URRAA).
- Enfin, l'équipe d'évaluation a assisté à la journée nationale de l'Association ELSA France (tenue à Paris le 23 septembre 2016), ce qui a permis de mettre en perspective les constats réalisés en région avec la situation nationale.

L'ensemble des informations recueillies ont été analysées de manière croisée au regard des critères figurant dans le référentiel d'évaluation et ont permis de dégager les principaux constats et

conclusions. L'équipe d'évaluation a construit des propositions de recommandations, qui ont été discutées avec les chargés de projet de l'ARS en charge du dossier.

Les principaux constats et les recommandations de l'évaluation ont été soumis au Comité de Direction de l'ARS le 10 octobre 2016.

Une rencontre Qualitefficiency a été organisée par l'ARS le 15 novembre 2016, à laquelle étaient conviées toutes les équipes ELSA ainsi que les Directions des établissements où elles sont implantées. Outre la restitution des travaux d'évaluation et un échange avec les équipes présentes sur les résultats de ces travaux, elle a été l'occasion pour l'ARS de présenter les suites envisagées.

*Annexe 3 – Référentiel de l'évaluation*

QE	SQE	Critères	Indicateurs / questions
1_Quels sont les éléments d'appréciation de la réalisation des missions attendues des ELSA et de leurs modalités d'intervention ?	1.1_ Dans quelle mesure les ELSA apportent-elles une réponse en addictologie dans les services hospitaliers n'ayant pas une compétence en addictologie ?	C11-1.Des ELSA interviennent dans tous les établissements de santé ne disposant pas d'un service spécialisé en addictologie	-Information liminaire : positionnement « territorial » des ELSA : répartition actuelle et maillage -liste des établissements de santé de la région -identification des services spécialisés en addictologie -croisement avec les sites d'intervention des ELSA Degré de formalisation des relations entre ELSA et établissements bénéficiaires hors site (conventions...)
		C11-2.Des ELSA interviennent dans tous les services d'urgence de la région	Lieux d'implantation des ELSA et lieux d'intervention Existence de conventions inter-hospit entre éta sans ELSA et éta avec ELSA Quel manque/ problématique repéré par les services ne bénéficiant pas de l'intervention des ELSA ? quelles solutions palliatives mises en place ? Quels critères d'arbitrage des ELSA entre plusieurs saisines concurrentes (temporalité, proximité, services cibles...)?
		C11-3.Quel que soit l'établissement, les ELSA interviennent dans les services ciblés par les instructions nationales autres que les urgences (maternité-obstétrique, gastro-entérologie, neurologie, infectiologie, médecine interne, psychiatrie).	<i>Cf supra</i> Dans le traitement, faire le distinguo entre établissements ayant un service à orientation addicto et les autres.
		C11-4.La visibilité des ELSA est assurée dans les services potentiellement requérant (projet d'établissement, communication sur les ELSA)	Mention des ELSA dans les projets d'établissement des sites d'implantation Actions de communication menées par les ELSA Perception des services sur la connaissance de l'ELSA par les équipes Positionnement des ELSA dans l'organigramme de

QE	SQE	Critères	Indicateurs / questions
			l'établissement Existence et diffusion des rapports d'activité
		C11-5.Les modalités de saisine des ELSA sont claires et connues (procédures intra et extra – hospitalier)	Existence de procédures intra et inter-hospitalières Connaissance par les acteurs des modalités de saisine de l'ELSA
	1.2_ Les ELSA sont – elles en mesure de réaliser l'ensemble de leurs missions ?	C12-1.Les ELSA réalisent l'ensemble des missions confiées par les circulaires de 2000 et 2008	Investissement des ELSA par type de missions Existence éventuelle de missions réalisées par les ELSA et ne relevant pas de leurs attributions Explications sur les différences éventuelles d'investissement par les ELSA de leurs différentes missions Orientations des ELSA par types d'addictions (produits, conduites addictives incluant ou non les troubles alimentaires...).
		C12-2.Les ELSA disposent d'un budget proportionnel à la situation démographique et épidémiologique de leur zone d'intervention	Examen des critères de calibrage des MIG Existence de données épidémiologiques sur les questions d'addictions au niveau des « zones d'attraction » des établissements où les ELSA sont implantées
		C12-3.Toutes les qualifications requises par la circulaire de 2008 sont réunies dans les ELSA	Comparaison composition des équipes des ELSA vs indications de la circulaire de 2008. Formation à l'addictologie de tous les membres de l'équipe Impact de l'absence éventuelle de certaines compétences
		C12-4.Le nombre de professionnels dans les différentes catégories est adapté pour assurer l'ensemble des fonctions	Comparaison entre effectifs par catégorie et files actives Analyse par type de professionnel Perception des équipes sur les missions sous –investies faute de personnels
		C12-5.Les ELSA disposent de moyens logistiques suffisants pour exercer leurs missions, notamment au profit de sites distants	Identification des moyens matériels (véhicules, moyens de communication, matériels de soins) disponibles dans les ELSA Perception des équipes sur les manques éventuels

QE	SQE	Critères	Indicateurs / questions
2_ Dans quelle mesure l'action des ELSA améliore – t – elle les interventions proposées aux personnes présentant une problématique addictive ?	2.1_ Quelle est la plus-value des ELSA dans le repérage et l'amorce de la prise en charge des personnes présentant des problématiques addictives ?	C21-1.Par leur intervention (directe ou indirecte), les ELSA améliorent le repérage des situations de problématiques addictives (quali/quant)	Existence de formations Mise à disposition d'outils de repérage auprès des équipes Présence « en veille »des ELSA dans les autres services, notamment aux urgences Perception des équipes bénéficiaires et des ELSA sur l'impact en termes de repérage des patients
		C21-2.Par leur intervention (directe ou indirecte), les ELSA améliorent l'évaluation des situations (évaluation globale sanitaire, éducative, psychologique et sociale)	Existence de formations Perception des équipes bénéficiaires et des ELSA sur l'impact en termes de repérage des patients Existence d'outils d'évaluation mis à disposition par l'ELSA
		C21-3.L'intervention des ELSA facilite l'engagement des patients dans une démarche de soin.	Existence de formations Perception des équipes bénéficiaires et des ELSA sur l'impact en termes de repérage des patients
		C21-4.Les ELSA améliorent l'élaboration du projet personnalisé d'interventions (contenu, délai...)	Existence de formations Perception des équipes bénéficiaires et des ELSA sur l'impact en termes d'élaboration du projet de soins
	2.2_ Quelle est la plus-value des ELSA dans la prise en charge des personnes présentant des problématiques addictives, notamment les interventions précoces ?	C22-1.Les ELSA favorisent l'organisation d'une prise en charge médico-psycho-sociale en cours d'hospitalisation	Pluridisciplinarité des équipes des ELSA Perception des équipes bénéficiaires et des ELSA sur l'impact en termes d'organisation d'une prise en charge globale à l'hôpital Liens entre ELSA et services sociaux de l'établissement Prise en compte de la dimension psy et articulation les équipes de liaison en psychiatrie
		C22-2.L'intervention des ELSA facilitent l'organisation de la réduction des conduites à risque et la mise en place des traitements de substitution par les services	Existence de formations Poids de ce type d'intervention dans l'activité des ELSA et évolution Formations réalisées par les ELSA sur ce thème Perception des équipes bénéficiaires et des ELSA sur leur apport dans la mise en place des sevrages et les traitements de substitution

QE	SQE	Critères	Indicateurs / questions
		C22-3.L'intervention des ELSA apporte une plus-value dans l'organisation de la sortie des patients (connaissance des acteurs non hospitaliers, niveau d'accompagnement du patient de la simple orientation à la prise de rendez-vous, vérification de la continuité des soins...)	Existence de formations Acteurs externes en addicto connus par les services vs acteurs externes en addicto connus par les ELSA « Annuaire des correspondants » des ELSA Existence de contacts entre ELSA et médecins traitants Perception des équipes bénéficiaires et des ELSA sur leur apport dans l'organisation des sorties
3_Le positionnement des ELSA dans l'offre régionale en addictologie, sanitaire et médico-sociale, est-il favorable à une prise en charge coordonnée des personnes présentant une problématique addictive ?	3.1_Les ELSA interviennent – elles en complémentarité des autres acteurs de l'offre en addictologie, en intra-hospitalier comme en dehors de l'hôpital ?	C31-1.Les ELSA se coordonnent entre elles	Existence et nature des échanges entre les différentes ELSA de la région Existence et portage d'une coordination formalisée entre les ELSA de la région Adhésion des ELSA de la région à l'association nationale des ELSA
		C31-2.Les missions et activités des ELSA sont distinctes de celles des autres acteurs hospitaliers en addictologie (rôle ET public cible)	Identification des points de convergence / divergence entre ELSA et autres services hospitaliers à orientation addictologique (missions, pratiques, publics) Zoom, notamment, sur l'articulation entre les ELSA et les autres composantes du niveau 1 de la filière en addictologie
		C31-3.Les missions et activités des ELSA sont distinctes de celles des acteurs médico-sociaux en addictologie (rôle ET public cible)	Identification des points de convergence / divergence entre ELSA, CSAPA et CAARUD(missions, pratiques, publics)

QE	SQE	Critères	Indicateurs / questions
		C31-4. Les ELSA assurent des missions et activités qu'aucun autre acteur en addictologie ne peut assurer	Identification de missions que seules les ELSA assurent (y compris contexte et public)
	3.2_L'articulation des ELSA avec les autres acteurs de l'offre en addictologie est-elle suffisante ?	<p>C32-1. Les ELSA sont bien identifiées par les autres acteurs de l'offre en addictologie</p> <p>C32-2. Les ELSA participent effectivement aux échanges et travaux de la communauté des acteurs en addictologie de la région (fédération addiction, URRAA - union régionale de réseaux et d'associations en addictologie des pays de la Loire...)</p>	<p>Perception des autres acteurs de l'offre en addicto (MS)</p> <p>Perception des ELSA sur leur visibilité</p> <p>Existence d'actions de communication des ELSA vers les autres acteurs</p> <p>Insertion des ELSA dans le réseau d'acteurs</p> <p>Modalités de participation des ELSA aux travaux de la communauté régionale des acteurs de l'addictologie</p> <p>Participation à l'addictovigilance (liens avec le CEIP<sup>20</sup>)</p>

<sup>20</sup> CEIP : centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance. Implanté au CHU de Nantes.

QE	SQE	Critères	Indicateurs / questions
		C32-3. Les ELSA assurent effectivement les relais avec les autres acteurs de santé pour assurer la continuité d'accompagnement du patient	Fréquence et degré d'information du médecin de ville Relai et mise en lien avec les services sociaux le cas échéant Relai et mise en lien avec des acteurs de santé mentale, hospitaliers mais surtout ville

#### *Annexe 4– Réponses détaillées aux questions évaluatives*

##### ***Comment lire ces réponses détaillées aux questions évaluatives ?***

Les réponses aux questions évaluatives sont symétriques à la construction du référentiel d'évaluation, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Comme les questions évaluatives ont été détaillées en sous-questions évaluatives, la réponse à chaque question évaluative dérive de la réponse apportée aux sous-questions évaluatives.

Des critères ont été définis pour apporter la réponse aux sous-questions évaluatives. Ainsi, les jugements portés le sont en référence aux critères, et c'est la synthèse de ces jugements qui permet de répondre aux sous-questions évaluatives.

Les jugements (24 au total) sont assis sur des constats (une soixantaine au total), réalisés lors des investigations. Les constats forment l'argumentaire du jugement.

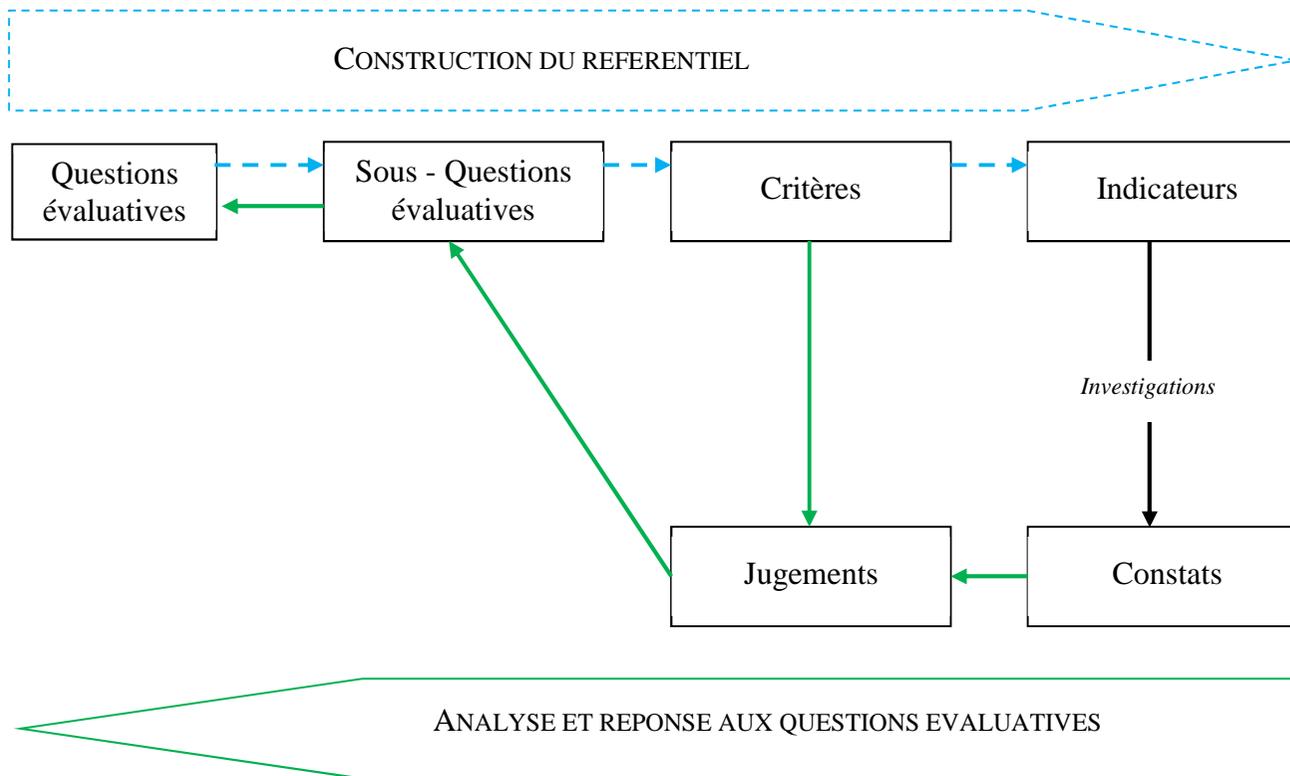
La réalité de l'exercice a pu amener à formuler un jugement unique à partir de plusieurs critères ; et parfois plusieurs jugements ont pu être formulés sur la base d'un critère.

Ce document récapitule l'ensemble de ces éléments, présentés sous la forme suivante :

Cxx-x: Critère	- <i>constat</i>   - <i>constat</i>   ...	<b>Jugement</b>
----------------	---	-----------------

A noter que la formulation de certains jugements inclut l'ensemble de l'argumentaire. Dans ces cas-là, les constats ne sont pas systématiquement repris dans le tableau.

**DE LA CONSTRUCTION DU REFERENTIEL  
A LA REPOSE AUX QUESTIONS EVALUATIVES**



**1\_ QUELS SONT LES ELEMENTS D'APPRECIATION DE LA REALISATION DES MISSIONS ATTENDUES DES ELSA ET DE LEURS MODALITES D'INTERVENTION ?**

*Les ELSA ne couvrent que partiellement les établissements de santé de la région autorisés en médecine, chirurgie ou obstétrique, et des marges de progrès existent tout particulièrement dans certains services (urgences, gynécologie obstétrique). Si la visibilité des ELSA en tant que telles est perfectible, elle ne fait en général pas obstacle à la connaissance par les services soignants d'une compétence addictologique à laquelle ils peuvent recourir.*

*Les ELSA investissent l'ensemble des missions qui leur sont dévolues par les instructions nationales, même si la recherche est généralement peu investie et que toutes les équipes ne sont pas complètement polyvalentes en termes d'addictions prises en charge. Néanmoins, les investigations ont mis en lumière une composition des équipes en décalage avec ce que prévoient les circulaires nationales, un volume très hétérogène des équipes (y compris rapporté à la file active) et en décalage avec les éléments de calibrage de leurs ressources. Ces derniers, dont la connaissance est partielle, ne tiennent pas assez compte en l'état des éléments d'environnement et d'activité des équipes.*

**1.1\_ Dans quelle mesure les ELSA apportent-elles une réponse en addictologie dans les services hospitaliers n'ayant pas une compétence en addictologie ?**

*Les ELSA ne couvrent que partiellement les établissements de santé de la région autorisés en médecine, chirurgie ou obstétrique. En particulier, 5 établissements de santé dotés d'un service des urgences ne bénéficient pas de l'intervention d'une ELSA, alors que ces services sont ciblés de manière privilégiée par les instructions nationales. Les investigations ont également révélé un besoin de clarification et de renforcement des interventions de liaison addictologique dans les services d'obstétrique. Enfin, nonobstant une visibilité inégale des ELSA en tant que telle, la possibilité et les moyens de recourir à une compétence addictologique sont en général repérés par les services soignants.*

C11-1.Des ELSA interviennent dans tous les établissements de santé ne disposant pas d'un service spécialisé en addictologie	<i>La région compte 16 sites hospitaliers sièges d'ELSA, mais la moitié des ELSA de la région interviennent sur d'autres sites que le leur</i>	<b>Les ELSA n'interviennent pas dans tous les établissements de santé ne disposant pas d'un service spécialisé en addictologie</b>
	<i>Une couverture partielle des établissements MCO par une ELSA</i>	
	<i>A l'inverse, une couverture par des ELSA de sites</i>	

	<i>n'accueillant pas d'activité MCO</i>	
	<i>Une forte différence de couverture entre établissements publics et privés (MCO)</i>	
	<i>Les établissements MCO qui ne sont pas couverts ne disposent pas d'une offre en addictologie, dans la majorité des cas.</i>	
C11-2.Des ELSA interviennent dans tous les services d'urgence de la région	<i>Les ELSA n'interviennent pas dans tous les établissements de la région ayant une activité autorisée de médecine d'urgence</i>	<b>Les services d'urgence de la région ne bénéficient pas tous de l'intervention d'une ELSA</b>
	<i>Les créneaux d'intervention des ELSA sont jugés perfectibles par une majorité des services d'urgence</i>	
C11-3.Quel que soit l'établissement, les ELSA interviennent dans les services ciblés par les instructions nationales autres que les urgences (maternité-obstétrique, gastro-entérologie, neurologie, infectiologie, médecine interne, psychiatrie).	<i>Les ELSA couvrent globalement les services ciblés par les instructions nationales</i>	<b>Globalement, les ELSA interviennent dans les services ciblés par les instructions nationales, mais le déploiement de la liaison addictologique dans les maternités apparaît perfectible</b>
	<i>Le cas de la couverture addictologique en maternité : des besoins et un contexte particuliers appelant une réponse spécifique</i>	
C11-4.La visibilité des ELSA est assurée dans les services potentiellement requérant (projet d'établissement, communication sur les ELSA)	<i>Une visibilité institutionnelle assurée dans la grande majorité des cas</i>	<b>La visibilité des services à orientation addictologique est assurée dans les services potentiellement requérants, mais pas toujours l'ELSA en tant que telle</b>
	<i>Une perception positive des responsables d'ELSA sur l'identification de l'ELSA et de ses missions en interne à l'établissement comme dans les</i>	

	<i>établissements tiers où elles interviennent</i>	
	<i>Si les ELSA ne sont pas toujours repérées en tant que telles, la compétence addictologique est identifiée par la plupart des services hospitaliers rencontrés</i>	
	<i>Parmi les leviers de l'ELSA pour assurer sa visibilité, un enjeu central de la présence physique dans les services</i>	
C11-5. Les modalités de saisine des ELSA sont claires et connues (procédures intra et extra – hospitalier)	<i>Des modalités de saisine hétérogènes et certaines confusions entre ELSA et consultation addictologique</i>	<b>Si elles diffèrent d'une équipe à l'autre, compte tenu notamment d'une certaine porosité entre ELSA et consultation addictologique, les modalités de recours à la compétence addictologique sont néanmoins connues</b>
	<i>Sans toutefois que cela fasse obstacle à l'accès à une compétence en addictologie</i>	

## 1.2\_ Les ELSA sont – elles en mesure de réaliser l'ensemble de leurs missions ?

*Hormis la participation aux travaux de recherche, les différentes missions des ELSA sont investies de manière équivalente par chaque équipe. En revanche, toutes ne les investissent pas avec la même intensité (notamment l'élaboration de protocoles) ou de la même manière (exemple de la formation).*

*La polyvalence des ELSA, en termes d'addictions prises en charge, n'est pas générale, les addictions sans produit n'étant notamment pas prises en compte par toutes les ELSA.*

*Aucune ELSA ne réunit en son sein toutes les professions visées par la circulaire de 2008, la taille des équipes est variable, et le ratio file active « réelle » / ETP présente de très fortes variations. De fait, les critères d'allocation de ressources aux ELSA ne tiennent compte à ce jour (en MIG) ni de données épidémiologiques, ni du niveau d'activité réelle.*

*Enfin, une majorité d'ELSA fait état de moyens logistiques insuffisants pour mener leurs missions de manière satisfaisante, notamment pour les équipes intervenant sur plusieurs sites.*

<p>C12-1. Les ELSA réalisent l'ensemble des missions confiées par les circulaires de 2000 et 2008</p>	<p><i>Hormis la participation à la recherche, aucune mission des ELSA n'est considérée particulièrement sous-investie par les responsables des équipes</i></p> <p><i>La polyvalence des ELSA n'est pas générale et absolue, avec un investissement moindre dans les addictions sans produits</i></p>	<p><b>Les ELSA réalisent l'ensemble des missions confiées par les circulaires de 2000 et 2008, même si leur participation aux travaux de recherche est marginale, et si certaines activités sont inégalement investies par les ELSA</b></p>
<p>Investissement des ELSA dans la formation des équipes soignantes (non prévu dans le référentiel initial)</p>	<p><i>Une mission de formation que les textes confient à une pluralité d'acteurs</i></p> <p><i>Une connaissance partielle de l'investissement des ELSA dans le domaine de la formation, qui apparaît assez hétérogène tant en terme de fréquence que de modalités</i></p> <p><i>Des marges de progrès en matière de formation des services d'urgence</i></p> <p><i>Un niveau de mutualisation assez faible en matière de formation</i></p>	<p><b>L'investissement des ELSA dans la formation : un bilan contrasté pour une pratique multiforme</b></p>
<p>C12-2. Les ELSA disposent d'un budget proportionnel à la situation démographique et épidémiologique de leur zone d'intervention</p>	<p><i>Une connaissance parcellaire des critères d'allocation des ressources aux ELSA de la région, qui connaissent deux modalités de tarification</i></p>	<p><b>Pour partie connus, les critères d'allocation de ressources aux ELSA tiennent compte indirectement de la situation démographique, et aucunement des caractéristiques</b></p>

	<p><i>Le financement des ELSA émargeant en MIG tient compte indirectement de la situation démographique, mais nullement de données épidémiologiques</i></p>	<b>épidémiologiques et de l'activité réelle</b>
	<p><i>Des pistes pour faire évoluer les critères d'allocation dont l'analyse est à approfondir, mais une évolution qui suppose en tout état de cause un financement en MIG de toutes les ELSA</i></p>	
C12-3.Toutes les qualifications requises par la circulaire de 2008 sont réunies dans les ELSA	<p><i>Aucune ELSA de la région ne réunit l'ensemble des profils visés par la circulaire de 2008</i></p>	<b>Aucune ELSA ne réunit toutes les qualifications requises par la circulaire de 2008, la composition et le volume des équipes étant hétérogènes</b>
	<p><i>La composition des équipes est hétérogène</i></p>	
	<p><i>Quelques marges de progrès sur la formation des membres des ELSA à l'addictologie</i></p>	
C12-4.Le nombre de professionnels dans les différentes catégories est adapté pour assurer l'ensemble des fonctions	<p><i>Un décalage entre la composition cible des calibrages MIG et la composition réelle des équipes</i></p>	<b>Tous profils confondus, le volume des équipes présente un décalage avec la cible du calibrage, et le ratio file active / effectif présente de très fortes inégalités</b>
	<p><i>De fortes inégalités en termes de ratio file active/ effectif</i></p>	
C12-5.Les ELSA disposent de moyens logistiques suffisants pour exercer leurs missions, notamment au profit de sites distants	<p><i>Les 2/3 des ELSA jugent insuffisants leurs moyens logistiques</i></p>	<b>La majorité des ELSA font état d'insuffisances de moyens logistiques pour assurer leurs missions, en particulier pour celles qui couvrent plusieurs sites</b>
	<p><i>Locaux et outils informatiques sont les moyens</i></p>	

	<i>jugés le plus souvent insuffisants</i>	
--	---	--

**2\_ DANS QUELLE MESURE L'ACTION DES ELSA AMELIORE – T – ELLE LES INTERVENTIONS PROPOSEES AUX PERSONNES PRESENTANT UNE PROBLEMATIQUE ADDICTIVE ?**

*La disponibilité, la technicité et la connaissance de l'offre addictologique reconnues aux ELSA ont pour effet identifié d'améliorer le parcours des personnes présentant des problématiques addictives et des consommations à risque. Si ces dimensions n'épuisent pas leur apport, leur plus-value est tout particulièrement sensible en ce qui concerne l'engagement des patients dans une démarche de soin, d'une part, et l'orientation du patient en sortie d'hospitalisation vers une réponse adaptée à ses besoins et à sa demande, d'autre part.*

**2.1\_ Quelle est la plus-value des ELSA dans le repérage et l'amorce de la prise en charge des personnes présentant des problématiques addictives ?**

*Dans l'initialisation de l'accompagnement en addictologie, la plus – value de l'ELSA se situe moins dans un repérage qui est le plus souvent fait par les services d'accueil du patient, et sur la foi duquel ils en appellent à l'équipe, que sur l'engagement du patient dans une réflexion sur ses consommations et son accompagnement vers une démarche de soin (notamment par la conduite d'entretiens motivationnels). Cette dimension de l'intervention des ELSA est l'une de celles dont il est le plus fréquemment reconnu qu'elle a un impact fort sur le parcours des patients.*

C21-1.Par leur intervention (directe ou indirecte), les ELSA améliorent le repérage des situations de problématiques addictives (quali/quant)	<i>Un repérage reposant dans la plupart des cas sur les équipes soignantes.</i>	<b>Le repérage des situations est le plus souvent le fait des services, si bien que la plus- value des ELSA en termes d'évaluation dépend de la façon dont elles favorisent leur saisine par les services</b>
C21-2.Par leur intervention (directe ou indirecte), les ELSA améliorent l'évaluation des situations (évaluation globale sanitaire, éducative, psychologique et sociale)	<i>La présence physique (permanences ou passages réguliers) de l'ELSA dans les services : un facteur important pour le repérage constaté dans plupart des ELSA</i>	
	<i>Une situation perfectible en matière de formation des services au repérage, mais pouvant être compensée par d'autres leviers</i>	

	<i>L'évaluation globale des situations : des ELSA effectrices et / ou coordinatrice</i>	
	<i>La formation des services à l'évaluation des situations : un enjeu limité à certains services, mais qui pourrait prendre de l'ampleur</i>	
	<i>Une diffusion d'outils d'évaluation aux services concernant la moitié des ELSA</i>	
C21-3.L'intervention des ELSA facilite l'engagement des patients dans une démarche de soin.	<i>Une mission cruciale pour laquelle les ELSA ont une technicité particulière</i>	<b>L'intervention des ELSA facilite notablement l'engagement des patients dans une démarche de soin</b>
	<i>Une mission où la plus-value des ELSA est particulièrement repérée</i>	
C21-4.Les ELSA améliorent l'élaboration du projet personnalisé d'interventions—(contenu, délai...)	<i>La contribution des ELSA à la formalisation de projets de soins est peu perceptible</i>	<b>Les ELSA améliorent l'élaboration du projet personnalisé d'interventions, mais pas en termes de projet formalisé</b>
	<i>En revanche, les missions des ELSA sont de nature à faciliter l'élaboration de ce projet</i>	

## 2.2\_ Quelle est la plus-value des ELSA dans la prise en charge des personnes présentant des problématiques addictives, notamment les interventions précoces ?

*L'ELSA peut faciliter l'organisation d'une prise en charge globale en cours d'hospitalisation, y compris en mobilisant les compétences d'autres services, et apporter un soutien aux services en matière de substitution (en particulier sur les traitements de substitution aux opiacés). Mais c'est surtout dans l'organisation de la sortie des patients et leur orientation vers une offre d'aval la plus adaptée à leurs besoins et demandes que la plus-value des ELSA est unanimement reconnue.*

C22-1.Les ELSA favorisent l'organisation d'une prise en charge médico-psycho-sociale en cours d'hospitalisation	<i>Une mobilisation des compétences par l'ELSA, au sein de l'équipe ou non</i>	<b>Les ELSA peuvent contribuer à organiser une prise en charge médico-psycho-sociale en cours d'hospitalisation</b>
	<i>L'ELSA a un rôle de conseil et d'appui, d'une durée variable selon les équipes</i>	
C22-2.L'intervention des ELSA facilitent l'organisation de la réduction des conduites à risque et la mise en place des traitements de substitution par les services	<i>La place de l'appui à la substitution dans l'activité des ELSA : un constat en demi-teinte</i>	<b>L'intervention des ELSA facilite l'organisation de la réduction des conduites à risque et la mise en place des traitements de substitution par les services, mais inégalement selon les substances et les services</b>
	<i>La réduction des conduites à risque occupe une place non négligeable, et plutôt croissante, dans l'activité de la plupart des ELSA, mais la diffusion de cette approche dans les services n'apparaît pas évidente</i>	
	<i>Un niveau de maturité inégal des équipes soignantes en matière de substitution et de réduction des risques, amenant une intervention à géométrie variable des ELSA sur ces questions. Toutefois, l'administration des TSO est assez souvent un sujet justifiant l'appel de l'ELSA</i>	
C22-3.L'intervention des ELSA apporte une plus-value dans l'organisation de la sortie des patients (connaissance des acteurs non hospitaliers, niveau d'accompagnement du patient de la simple orientation à la prise de rendez-vous, vérification de la continuité des soins...)	<i>Une valeur ajoutée liée à la connaissance fine des dispositifs et pratiques en addictologie</i>	<b>L'organisation de la sortie des patients est le domaine dans lequel la plus-value des ELSA est la plus unanimement reconnue</b>
	<i>Des limites tenant à l'accessibilité aux solutions d'aval</i>	

### **3\_LE POSITIONNEMENT DES ELSA DANS L'OFFRE REGIONALE EN ADDICTOLOGIE, SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE, EST-IL FAVORABLE A UNE PRISE EN CHARGE COORDONNEE DES PERSONNES PRESENTANT UNE PROBLEMATIQUE ADDICTIVE ?**

*Le positionnement des ELSA est plutôt favorable au parcours des personnes présentant une problématique addictive, mais certains aspects (tenant aux ELSA ou à l'offre en addictologie en général) appellent encore à clarification.*

*Le positionnement hospitalier des ELSA et leur approche de patients n'ayant pas nécessairement de demande d'accompagnement sur les questions addictologiques font la singularité de ces équipes dans l'offre addictologique. Elles y assurent un rôle complémentaire des autres acteurs, même si la distinction entre activité des ELSA et consultations addictologiques hospitalières n'est pas toujours très marquée.*

*Les ELSA sont en général bien identifiées par les autres acteurs de l'offre en addictologie, et la transmission d'informations aux acteurs d'aval est plutôt satisfaisante même si les ELSA n'en sont pas seules comptables. En revanche, l'évaluation relève une intégration variable des ELSA dans la communauté des acteurs en addictologie suite aux évolutions récentes du paysage, des marges de progrès en termes d'échanges entre ELSA au niveau régional, voire un besoin de certaines structures médico-sociales d'interactions plus régulières avec les ELSA. Enfin, l'efficacité des ELSA en termes de continuité des accompagnements dépend pour partie de la disponibilité des acteurs d'aval*

#### **3.1\_Les ELSA interviennent – elles en complémentarité des autres acteurs de l'offre en addictologie, en intra-hospitalier comme en dehors de l'hôpital ?**

*Les ELSA, par leur activité de soins, peuvent présenter des missions communes avec d'autres acteurs de l'offre en addictologie, et les frontières entre activité de l'ELSA et consultation addictologique ne sont, notamment, pas toujours étanches. Il n'en reste pas moins que l'ELSA, par l'activité de liaison stricto sensu, se singularise des autres acteurs et s'inscrit en complémentarité, comme premier maillon d'une chaîne de prise en charge lorsqu'elle intervient auprès de patients non toujours demandeurs.*

C31-1.Les ELSA se coordonnent entre elles		<b>Il n'y a pas de coordination régionale des ELSA, mais des pratiques d'échange dans certains départements</b>
C31-2.Les missions et activités des ELSA sont distinctes de celles des autres acteurs hospitaliers en addictologie (rôle ET public cible)	<i>La distinction entre ELSA et consultation hospitalière d'addictologie est souvent peu nette</i>	<b>La distinction entre ELSA et consultations en addictologie est souvent peu nette, la liaison stricto sensu étant cependant l'apanage des ELSA</b>
	<i>La liaison, signe caractéristique des ELSA</i>	

C31-3. Les missions et activités des ELSA sont distinctes de celles des acteurs médico-sociaux en addictologie (rôle ET public cible)	<i>Des missions pour partie similaires entre ELSA et structures médico-sociales</i>	<b>Le contexte d'intervention est le principal critère qui distingue les ELSA des structures médico-sociales d'addictologie, même s'il peut localement se doubler d'autres éléments</b>
	<i>Des différences tenant principalement au lieu d'intervention et, dans une certaine mesure, au public pris en charge</i>	
C31-4. Les ELSA assurent des missions et activités qu'aucun autre acteur en addictologie ne peut assurer		<b>Au sein de l'offre addictologique, et en dépit de la diversité de leurs pratiques, la singularité des ELSA tient dans la combinaison du contexte hospitalier de son action et de la capacité à se rendre auprès de patients non demandeurs d'accompagnement</b>

### 3.2\_L'articulation des ELSA avec les autres acteurs de l'offre en addictologie est-elle suffisante ?

*Les ELSA sont des acteurs bien identifiés de l'offre en addictologie, et plus particulièrement des acteurs spécialisés. En revanche, la période de transition que connaît actuellement l'organisation de l'offre addictologique ne permet pas de statuer sur leur contribution aux travaux de la communauté des acteurs. La pratique de transmissions d'informations en sortie d'hospitalisation aux acteurs non spécialisés d'aval apparaît plutôt satisfaisante, mais elle est indissociable de la pratique des services où les patients sont hospitalisés.*

C32-1. Les ELSA sont bien identifiées par les autres acteurs de l'offre en addictologie	<i>En général, les responsables d'ELSA jugent leur équipe bien identifiée par les autres acteurs</i>	<b>Les ELSA apparaissent globalement bien identifiées par les autres acteurs de l'offre en addictologie, même si certains souhaiteraient des échanges plus réguliers</b>
	<i>Les structures médico-sociales estiment en majorité connaître les missions des ELSA, mais peuvent localement ressentir le besoin de davantage d'échanges</i>	

<p>C32-2. Les ELSA participent effectivement aux échanges et travaux de la communauté des acteurs en addictologie de la région (fédération addiction, URRAA - union régionale de réseaux et d'associations en addictologie des pays de la Loire...)</p>		<p><b>Une intégration variable des ELSA dans la communauté des acteurs en addictologie suite aux évolutions récentes du paysage</b></p>
<p>C32-3. Les ELSA assurent effectivement les relais avec les autres acteurs de santé pour assurer la continuité d'accompagnement du patient</p>	<p><i>Un investissement souvent satisfaisant des ELSA dans les activités contribuant à la continuité et la coordination des soins, mais des pratiques différenciées</i></p> <p><i>Une information des médecins traitants assez répandue, le plus souvent écrite, mais de fréquence inégale</i></p> <p><i>Une information à la fois moins systématique et moins fréquentes des services sociaux extra-hospitaliers</i></p> <p><i>Des transmissions d'informations aux professionnels de santé mentale à la fois très répandue et d'une fréquence souvent élevée</i></p>	<p><b>Un relai vers les autres acteurs de santé pour assurer la continuité généralement assuré pour les patients accompagnés par les ELSA</b></p>



*Annexe 5– Liste des sources*

**A. Personnes entendues dans le cadre des investigations**

*117 personnes ont participé aux 51 entretiens (collectif, sur site ou individuels) dans le cadre de cette démarche.*

*Nb : Les fonctions et services des personnes sont indiqués tels qu'ils étaient au jour de l'entretien.*

- **Un entretien collectif / réunion du 28 janvier 2016**

(31 partenaires présents)

<b>Civ</b>	<b>Nom</b>	<b>Etablissement</b>
Dr	AUGU-TREILLARD	CH CHOLET
M	VOLLOT	
M.	SUTEAU	
Dr	BRUNET	CH COTE DE LUMIERE
Mme	TRICHERY	
Dr	MOUNSANDE	CH FONTENAY LE COMTE
Mme	LE STRAT	
Dr	LE BOULANGER	CH HAUT ANJOU
Mme	TENAILLEAU	
Mme	HARAF	CH LAVAL
Dr	DEROBERT	CH LE MANS
Mme	GUILBAUD	
Dr	DESROCHERS	CH NORD MAYENNE
Dr	ROBERT	
Dr	LIBEAU	CH SAINT-NAZAIRE
Dr	MARTINEZ	
M.	GRAND	
Dr	COTTIER-JOUET	CH SAUMUR
Mme	CARON	
Dr	ROCHETEAU	CHD VENDEE
M	TRIVIERE	
Dr	CHAUVIN-GRELIER	CHS BLAIN

M.	GRIVAUD	
Dr	GICQUAUD	CHS DAUMEZON
Mme	BACOEUR	
Mme	COLLET	CHU ANGERS
Mme	DANO	
Dr	PRETAGUT	CHU NANTES
Mme	DOUCAS	
Mme	GIFFAUD	
Dr	BOYER	EPSM Sarthe (Clinique Prémartine)

- **Huit visites sur sites ( 37 entretiens)**

(88 personnes rencontrées)

Nb : sont surlignés en jaune les noms des personnes qui étaient aussi présentes lors de la réunion du 28/01/2016.

Civ.	Nom	Fonction	Service	Etablissement
Dr	LEMINE	Praticien hospitalier	Gynécologie-obstétrique/Maternité	CH de CHOLET
Dr	BREUX	Chef de service	Médecine post-urgence et maladies infectieuses	
Dr	AUGU-TREILLARD	Chef de service	ELSA et addictologie	
Mme	MELIN	IDE tabacologue		
Mme	Mme CHATAIGNER	IDE		
Dr	BARRE	Assistante à temps partagé	Psychiatrie de Liaison	
Dr	VATAN	chef de service	Médecine interne (hématologie, maladies infectieuses)	CH de LAVAL
Dr	SCHLETZER-MARI	chef de service	Médecine interne (diabétologie, maladies métaboliques et endocrinologie)	
Mme	ROMAGNE	cadre de santé		
Dr	DESLANDES	chef de service	Cardiologie	
Mme	BERHAULT	cadre de santé		
Dr	HARAF	Responsable de service	Equipe ELSA (& consultations addictologie)	
Mme	FOUREAU	IDE tabacologue		

<b>Civ.</b>	<b>Nom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Service</b>	<b>Etablissement</b>
Mme	JACQUET	psychologue		
M	ROSSIGNOL	cadre de santé		
Dr	BODIC	Responsable de service	Neurologie	CH de St Nazaire
Mme	MALGOGNE	cadre de santé		
Mme	BROSSARD	étudiante cadre de santé (a assisté à l'entretien)		
Dr	DELBROUCK	Chef du pôle psychiatrie adulte, responsable des urgences et de la liaison psychiatrique	Urgences psychiatriques – liaison psychiatrique	
Mme	BOUZEGZI	cadre de santé		
Dr	MARTINEZ	Responsable de l'ELSA	ELSA	
Mme	MATHIEU	Assistante sociale		
Mme	BRICAUD	Secrétaire		
M	GRAND	Directeur des Soins Infirmiers	Direction	
Dr	LIBEAU	chef de pôle	Pôle D	
Dr	HAMELIN	responsable du service	médecine interne	
Mme	ROUSSEAU	cadre de santé		
Dr	BRUNET	Responsable du service, addictologue	Service d'addictologie	CH Côte de Lumière (Olonnes)
Mme	GRELIER	Psychologue, addictologue		
Mme	TRICHERY	cadre de santé		
Mme	NEVEU	assistante sociale		
Mme	THIROS	secrétaire		
M	TESSIER	IDE, addictologue		
Dr	PIGEANNE	Chef de pôle	Pôle des spécialités médicales	
M	COAT	Directeur délégué en charge des spécialités médicales	Direction	

Civ.	Nom	Fonction	Service	Etablissement
Dr	DJEBBAR	Chef de pôle	Psychiatrie	CH du Haut-Anjou
Mme	BOULAY	IDE (UMP)		
M	CAMPAS	FF cadre de santé		
Dr	CHITIC	Médecin		
Dr	ROSSI	Chef de pôle	Médecine polyvalente	
Mme	CLASSE	Cadre de santé		
Dr	SAMIRI	Médecin	Maternité	
M	PLASSAIS	Directeur	Direction	
M	MEREAU	Directeur – Adjoint		
Dr	LEBOULANGER	Responsable de l'ELSA	Equipe ELSA (& consultations addictologie)	
Mme	TENAILLEAU	IDE		
Mme	VENTROU	Diététicienne		
Mme	BOUVIER	secrétaire		
Mme	BROSSARD	psychologue		
Dr	Dr CHAUVIN-GRELIER	Responsable de l'ELSA	ELSA	CHS de Blain CH d'Ancenis CH de Châteaubriant
M	CREPEAU	Psychologue		
Mme	RETIERE	IDE (site Ancenis)		
Mme	GALLERAND	IDE (site Châteaubriant)		
Mme	RIVALLAND	IDE (site Blain)		
Mme	HELINE AILLET	secrétaire médicale		
M	CHAUSSUN	Cadre de santé		
Mme	BRETESCHE	cadre de santé	Unité d'Admission Pôle Ouest	
Mme	SALAÜN	IDE		
Mme	JUDALET	cadre de santé	Unité d'Admission Pôle Centre	
Mme	GUILLOT	IDE		
M	PINEL	Cadre de santé	Unité addictologie CHS Blain (HJ et consultation)	

Civ.	Nom	Fonction	Service	Etablissement	
Mme	DEBAISIEUX	Directrice en charge des pôles et de la contractualisation interne	Direction	CHU d'Angers	
Dr	GOHIER	Chef de Pôle (PU-PH)	Pôle Psychiatrie et addictologie (dont ELSA)		
Dr	DANO	Médecin référent de l'ELSA	ELSA		
Mme	SMADJA	assistante sociale			
Mme	MALGOGNE	IDE			
Mme	MOREAU	IDE			
Mme	LAVOINE	cadre de santé			
Mme	DELESCLUSE	cadre de santé			Urgences adultes
Mme	BOUDIER	cadre de santé sage-femme	Gynécologie-obstétrique/Maternité		
M	SOULARD	Cadre de santé	Hépatogastro-entérologie		
Mme	GOULAOUIC	IDE			
Mme	BONNET	Cadre de santé unité Charcot (U 270)	Neurologie		
Dr	BRIERE	Médecin	Psychiatrie addictologie (consultations, HDJ, sevrages)		
Dr	GUILLAUMIN	Responsable médical	Unité de coordination tabacologie (UCT)		
Dr	BOYER	Chef de service, psychiatre	Service d'Addictologie (clinique Prémartine & ELSA)		EPSM de la Sarthe
Mme	HUBERT	psychologue			
Mme	MOUIND	psychologue			
Mme	PAYELLE-GOUAUX	cadre de santé			
Mme	GAISNE-REUZE	Assistante du chef de pôle transversal externe			
M	MEZRETTE	IDE			
M	CADEAU	IDE			
Dr	VERITE	Médecin référent		Unité d'Accueil et d'Orientation (UAO)	
M	ZIMMERMAN	Cadre de santé	Psychiatrie Pôle 3/7, secteur 7, unité 1-2		
M	DEVAUX	assistant du chef de pôle			
Mme	CHAMPION	cadre de santé	Psychiatrie Pôle 1/6, secteur 1, unité 1-3		
Mme	MUCHERY	cadre de santé			
Mme	PINCEMIN	IDE			

- *9 autres entretiens (y compris entretiens téléphoniques complémentaires aux visites sur site)*

(11 personnes entendues)

Nb : sont surlignés en jaune les noms des personnes qui étaient aussi présentes lors de la réunion du 28/01/2016.

Civ.	Nom	Fonction	Service	Etablissement
Mme	MARTINEAU	Présidente		URRAA
Dr	KAZARA	Président de la CME responsable du service de médecine	Site de Pornic	HIC du Pays de Retz
Dr	PITARD	Responsable de l'Unité Hospitalière d'Addictologie	Site de Guérande, Unité Hospitalière d'Addictologie	HLI Presqu'île
Dr	RAOUL	Responsable de service	Site de Guérande, Soins de Suite et de Réadaptation	
Mme	TERASSE	Cadre de santé	Urgences	CH Château du Loir
Mme	HOET	Cadre de santé	Médecine	
Dr	SALIM	Chef de pôle, hépato-gastro-alcoologue	Pôle MCO	CH de Châteaubriant
Dr	MOYSAN	Responsable du service	Service d'addictologie	CH Ancenis
Mme	FERRONNIERE	IDE Puéricultrice,	Commission Addictions et nutrition	Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire
Dr	<b>DEROBERT</b>	Responsable de l'ELSA	ELSA	CH du Mans
Mme	BRUNEAUD	Directrice en charge des coopérations territoriales	Direction	

#### **B. Enquêtes auto-administrées via la plateforme d'enquête SOLEN**

- Enquête auprès des services d'urgence (octobre 2015)
- Enquête auprès des CSAPA et CAARUD (avril-mai 2016)
- Enquête auprès des responsables d'ELSA (avril-septembre 2016)

## C. Exploitation documentaire

NB : Les sources surlignées en grisé ne sont pas publiés

- **Documents de cadrage nationaux**

- Circulaire DHOS/O2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 *relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives*
- Circulaire DHOS/O2 no 2008-299 du 26 septembre 2008 *relative à la filière hospitalière de soins en addictologie*
- Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 *relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie*
- Circulaire N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 *relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général*
- Code de la santé publique (notamment articles D.3411-1 et suivants)
- Services du Premier Ministre – MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013 - 2017*

- **Données épidémiologiques**

- ORS Pays de la Loire, *La santé observée*, éditions 2012 et 2014
- CIRE des Pays de la Loire, Bulletin de Veille Sanitaire n°25, décembre 2014
- INVS, BEH n° 16-17-18, Numéro spécial « *L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France* », 7 mai 2013
- François Paille, Michel Reynaud, *L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France*, in INPES, BEH n°24-25, 7 juillet 2015

- **Documents régionaux**

- ARS Pays de la Loire, *Projet Régional de Santé 2012-2016*, mars 2012
- ARS Pays de la Loire, *Diagnostics Flash par territoires de santé de proximité* (2013)
- CRSA Pays de la Loire, *Recommandation de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie sur les addictions*, adoptée en CRSA plénière du 12 octobre 2015
- **Rapports d'activité des ELSA années 2012-2013-2014 (12 ELSA sur 16)**
- **Documents internes ARS sur les ELSA (implantations, financements)**
- **Documents internes ARS sur l'offre régionale en addictologie**

- **Documents autres régions**

- ARS Bretagne, *Les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) de Bretagne*, Les études de l'ARS Bretagne, n°4, septembre 2013
- Dr Marie - Hélène BARTHES-FLINE (Maternité Jeanne de Flandre-CHRU de Lille), *Dépistage des situations de vulnérabilité pendant la grossesse: élaboration d'un auto-questionnaire*, diaporama (non daté)
- Corinne CHANAL (sage-femme, coordination grossesse et addictions, CHU Montpellier), *Une sage-femme de coordination « grossesse et addictions » en maternité. Pour qui ? Pour quoi ?*, diaporama, 2016
- C. CHANAL, L. RAFFIER – Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon, *Repérage précoce des conduites addictives en maternité, orientation et soutien au changement de comportement*, diaporama (non daté)

#### **D. Exploitation de données**

- Répertoire FINESS
- Enquête nationale de la DGOS (2013) sur les filières hospitalières en addictologie – réponses Pays de la Loire
- DREES, résultats des enquêtes Statistique Annuelle des Activités (SAE)
- Données de calibrage des MIG ELSA et consultations d'addictologie (2010-2015)

#### **E. Autres**

- Journée nationale de l'association ELSA France (Paris, 23 septembre 2016) (*programme et présentations accessibles sur le site d'ELSA France*)

## *Annexe 6– Les missions des ELSA fixées par les circulaires nationales*

12 missions des ELSA dans les circulaires nationales :

- Contribution à l'évaluation de l'addiction
- Préparation de la sortie de l'hospitalisation et orientation de la personne vers le dispositif spécialisé en addictologie
- Aide aux équipes soignantes pour la réalisation des sevrages et la mise en place des traitements de substitution
- Contribution à la mise en place d'une prise en charge médico-psychosociale a cours de l'hospitalisation
- Contribution à l'élaboration du projet de soins
- Articulation et coordination avec les autres acteurs sanitaires et sociaux concernés (y compris partage des informations avec l'accord du patient)
- Aide au repérage précoce des problèmes addictifs
- Elaboration de protocoles pour les services n'ayant pas une orientation addictologique
- Travail en lien avec les équipes d'addictologie du territoire de santé dans le cadre de la coordination des soins
- Sensibilisation et formation des équipes de soins à l'addictologie
- Education à la santé en addictologie pour les patients et les personnels hospitaliers
- Participation aux travaux de recherche en addictologie



**ENQUETE MULTI-SOURCES AUPRES DES RESPONSABLES D'ELSA DE LA REGION PAYS DE LA  
LOIRE**

**Méthode et résultats**

***1. ELEMENTS DE METHODE***

Sur la base d'une trame commune (testée par 4 ELSA volontaires), un questionnaire personnalisé compte tenu des informations déjà détenues par l'équipe d'évaluation a été adressé aux responsables des ELSA de la région. La plateforme d'enquête SOLEN a été utilisée.

Des relances ciblées ont été faites pour compléter les réponses obtenues en première intention.

Les informations obtenues par ailleurs (visites sur site, rapport d'activité...) ont été intégrées aux réponses à l'enquête pour construire la base de réponses sur laquelle reposent les chiffres présentés ci-après.

Au final, des réponses à ce questionnaire ont pu être obtenues pour toutes les ELSA. Les niveaux d'exhaustivité sont précisés question par question.

Sont présentés ci-après les réponses aux questions fermées posées dans le cadre de l'enquête. Les réponses aux questions ouvertes ne sont pas retranscrites ici (compte tenu de l'engagement à la confidentialité dans le traitement de l'enquête), mais ont été utilisées dans l'analyse dont le rapport présente les conclusions.

## 2. RESULTATS

### A. Lieux d'intervention

#### Quels sont les 5 services de votre établissement où vous intervenez le plus dans le cadre de la liaison (par ordre décroissant ?

Le tableau ci-après mentionne les types de service où les ELSA interviennent le plus souvent, par ordre décroissant d'importance. A noter que, pour l'ELSA Blain-Ancenis-Châteaubriant, les trois sites ont été pris en compte (d'où un décompte sur 18 ELSA)

*Lecture : 9 ELSA ont placé les services urgence-UHCD et réanimation en tête des services où elles interviennent le plus souvent.*

	rang 1	rang 2	rang 3	rang 4	rang 5	rangs 1 à 5
Urgences - UHCD et réanimation	9	2	4	2	1	18
Médecine	5	5	3	1	1	15
Psychiatrie	2	2	4	3	3	14
Neurologie-cardiologie	0	4	2	2	1	9
MPR-SSR	0	0	1	4	3	8
Gynéco-obstétrique-Maternité	1	1	2	0	3	7
Hépatogastroentérologie (HGE)	0	4	0	3	0	7
Chirurgie-orthopédie	0	0	0	1	3	4
Pneumologie	1	0	1	0	1	3
Cancérologie	0	0	0	1	0	1
Endocrinologie	0	0	0	1	0	1
ORL	0	0	1	0	0	1

#### Dans quels autres établissements de santé intervenez – vous (auprès des patients et/ou des équipes) ?

Dans aucun autre établissement	7/15
Dans aucun autre établissement, mais sur d'autres sites de l'établissement auquel l'ELSA est rattachée	2/15
Dans 1 ou plusieurs autres établissements	6/15

#### Le cadre de vos interventions dans ces autres établissements est – il formalisé par écrit (conventions, protocoles...) ?

Avec tous	5/6
Avec certains d'entre eux	1/6

**L'ELSA assure-t-elle des permanences physiques au sein d'autres services de votre établissement (présence sur site dans un créneau horaire défini)?**

oui	8/15
non	7/15

**L'ELSA assure – t – elle des passages systématiques (quotidiens) au sein d'autres services de votre établissement ?**

oui	11/16
non	5/16

**L'ELSA assure-t-elle des permanences physiques établissement (présence sur site dans un créneau horaire défini) au sein d'autres services d'autres établissements ?**

oui	3/6
non	3/6

## B. Visibilité de l'ELSA

**Selon vous, l'ELSA et ses missions (auprès des patients ou des équipes) sont - elles bien identifiées ...**

	Pas du tout	Plutôt pas	Plutôt	Tout à fait	Ne sait pas
en interne à l'établissement		1/16	8/16	7/16	
par les autres établissements où elle intervient		1/6	2/6	3/6	
par les structures médico-sociales spécialisées dans le domaine des addictions (CSAPA, CAARUD)			5/16	10/16	1/16
par le Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP)		1/16	4/16	4/16	7/16
par les médecins généralistes de ville	1/16	3/16	6/16	3/16	3/16

**L'ELSA est-elle mentionnée dans le projet d'établissement de votre établissement de santé ?**

Oui	15/16
Non	0/16
Ne sait pas	1/16

**L'ELSA a-t-elle mené des actions de communication (pour faire connaître l'équipe et ses missions) ces trois dernières années ? (plusieurs réponses possibles)**

En interne à l'établissement	12 /16
Auprès de certains services ciblés de l'établissement	9 /16
Auprès d'autres établissements où elle intervient	4 /16
Auprès de certains services ciblés des autres établissements où elle intervient	3 /16
Auprès des structures médico-sociales spécialisées dans le domaine des addictions (CSAPA, CAARUD)	10 /16
Auprès des professionnels en formation (internes en médecine, IFSI, IFAS...)	15 /16
Auprès des médecins généralistes de ville	5 /16
Auprès d'autres acteurs	7 /16
L'ELSA n'a mené aucune action de communication de ce type	0 /16

**Jugez-vous le positionnement de l'ELSA dans l'organigramme dans l'établissement favorable à la visibilité de l'équipe ?**

Oui	13/15
Oui et non	1/15
Non	1/15

**L'ELSA produit-elle chaque année un rapport d'activité ?**

Oui, c'est un rapport spécifique à l'ELSA	11/16
Oui, c'est un rapport spécifique à l'ELSA Oui, c'est un rapport plus global (du service, du pôle...)	2/16
Oui, c'est un rapport plus global (du service, du pôle...)	2/16
Non, l'ELSA ne produit pas annuellement de rapport d'activité	1/16

**C. Les missions et l'activité**

**En 2015, combien l'ELSA a-t-elle vu de patients au moins une fois (file active) ?**

Moyenne	645
Médiane	498
Minimum	54
Maximum	1537

**Combien d'actes (consultations ou entretiens individuels avec un patient + consultations ou entretiens individuels avec l'entourage d'un patient) cela représente-t-il pour 2015 ?**

moyenne	1 195
médiane	1 181
min	139
max	2 860

**Soit, en nombre moyen d'actes par patients :**

moyenne	2,6
médiane	1,7
min	1,0
max	6,6

**Echangez-vous avec les équipes sur la situation des patients ?**

	Jamais	Occasionnellement	Le plus souvent	Systematiquement
En amont de l'entretien avec le patient et/ou son entourage	0/16	2/16	4/16	10/16
En aval de l'entretien avec le patient et/ou son entourage	0/16	1/16	7/16	8/16
En amont et en aval (si cotation identique pour les 2 situations)	0/16	1/16	4/16	8/16

**Combien d'heures de séances collectives auprès des patients (information ou séance de groupe) ont été délivrées en 2015 ?**

L'équipe ne réalise pas ce type de séances	6 ELSA /16
L'équipe réalise ce type de séances, mais le nombre n'en est pas connu	2 ELSA / 16
En 2015, l'équipe a réalisé le nombre suivant de séances collectives	8 ELSA / 16 concernées
	<u>Nombre de séances 2015</u> Moyenne : 28 Médiane : 23,5 Minimum : 2 Maximum : 86

**Hors formations "formelles", combien d'heures d'interventions collectives auprès des équipes (présentation de l'ELSA, sensibilisation...) ont été délivrées en 2015 ?**

L'équipe ne réalise pas ce type d'interventions	2 ELSA /16
L'équipe réalise ce type d'interventions, mais le volume n'est pas connu	9 ELSA / 16
En 2015, l'équipe a réalisé le nombre suivant d'interventions de ce type	8 ELSA / 16 concernées
	<u>Nombre d'interventions 2015</u> Moyenne : 23 Médiane : 16 Minimum : 1 Maximum : 50

**Selon votre estimation, quel est l'investissement relatif de l'ELSA (en termes de mobilisation de ressources) dans les différentes missions fixées par les circulaires nationales ?**

*Lecture : 7 ELSA ont considéré que leur investissement relatif dans l'aide au repérage précoce des problèmes addictifs étaient ++.*

	++	+	-	--	Nb répondants
Aide au repérage précoce des problèmes addictifs	7	7	2	0	16
Contribution à l'évaluation de l'addiction	12	4	0	0	16
Contribution à l'élaboration du projet de soins	8	6	2	0	16
Contribution à la mise en place d'une prise en charge médico-psychosociale a cours de l'hospitalisation	9	6	1	0	16
Aide aux équipes soignantes pour la réalisation des sevrages et la mise en place des traitements de substitution	10	4	2	0	16
Préparation de la sortie de l'hospitalisation et orientation de la personne vers le dispositif spécialisé en addictologie	10	6	0	0	16
Sensibilisation et formation des équipes de soins à l'addictologie	5	8	3	0	16
Elaboration de protocoles pour les services n'ayant pas une orientation addictologique	7	5	3	1	16
Education à la santé en addictologie pour les patients et les personnels hospitaliers	2	9	5	0	16
Participation aux travaux de recherche en addictologie	0	0	8	7	15
Travail en lien avec les équipes d'addictologie du territoire de santé dans le cadre de la coordination des soins	6	6	4	0	16
Articulation et coordination avec les autres acteurs sanitaires et sociaux concernés (y compris partage des informations avec l'accord du patient)	8	5	3	0	16

### L'ELSA réalise-t-elle d'autres missions que celles citées ci-dessus ?

Non, l'équipe ne réalise pas d'autres missions	7/16
L'équipe réalise d'autres missions	9/16

### Diriez-vous que les actions visant la réduction des conduites à risque et la mise en place de traitement de substitution représentent dans votre activité une part...

	Faible	Moyenne	Forte
Réduction des conduites à risque	2 /16	6 /16	8 /16
Mise en place de traitement de substitution	6 /16	8 /16	2 /16

### Cette dimension de votre travail a-t-elle tendance...

	A perdre en importance	A se maintenir	A gagner en importance
Réduction des conduites à risque	0 /16	8 /16	8 /16
Mise en place de traitement de substitution	0 /16	9 /16	7 /16

### L'ELSA participe-t-elle au dispositif d'addictovigilance ?

Oui	8/16
Non	8/16

## D. Les moyens de fonctionnement de l'ELSA

### Quelle est la composition actuelle de votre équipe (préciser les équivalents temps plein – ETP - par catégorie) ?

	Tous personnels	Médecin	IDE	Psychologue	Assistant de service social	Diététicien	Secrétaire	Autres (dont internes)
<i>nb d'ELSA (sur 16) ayant ce profil de poste</i>	16	15	16	12	9	1	15	6
Total ETP	38,04	7,04	19,65	3,7	2,45	0,15	4,3	0,75
Moyenne ETP	2,38	0,47	1,23	0,31	0,27	0,15	0,29	0,125
Médiane ETP	2,45	0,4	1	0,25	0,15	0,15	0,25	0,1
Minimum ETP	0,80	0,10	0,40	0,10	0,10	0,15	0	0,05
Maximum ETP	4,50	1,40	2,10	1,00	0,90	0,15	1,00	0,3

**Quelle proportion des membres de votre équipe a reçu une formation spécifique en addictologie ? (nombre de membres formés /nombre de personnes de l'équipe)**

	Membres de l'équipe	dont formés en addictologie
Total régional (16 ELSA)	99 personnes	81 personnes
Moyenne		82%
Médiane		86%
Minimum		29%
Maximum		100%

A noter : Dans 7 ELSA sur 16, 100 % des membres sont formés à l'addictologie.

**Jugez-vous les moyens matériels de l'ELSA (véhicules, moyens de communication, matériels de soins) suffisants pour mener à bien ses missions, notamment sur les sites distants ?**

Très insuffisants	1 /16
Insuffisants	9 /16
Satisfaisants	5 /16
Très satisfaisants	1 /16

**E. Activité de formation de l'ELSA**

**En 2015, combien d'heures de formations l'ELSA a-t-elle données ?**

Donnée non suivie	3 ELSA sur 16
Donnée suivie	13 ELSA sur 16
<i>Nombre d'heures de formation données en 2015 par les 13 ELSA qui suivent cette donnée</i>	
Total régional	967
Moyenne	74,4
Médiane	51
Minimum	0
Maximum	300

*NB : Le fait que certaines ELSA ne suivent pas cette donnée (nombre d'heures) ne signifie pas qu'elles n'ont aucune visibilité sur question ; au vu des rapports d'activité, certaines suivent le nombre de formations, d'autres le nombre de participants...*

### L'ELSA prodigue – t – elle des formations (formelles) aux autres services...

	Jamais	Occasionnelle ment	Assez souvent	Très fréquemment
...sur le repérage des situations ?	1 /16	9 /16	3 /16	3 /16
...sur l'évaluation des situations ?	2 /16	7 /16	4 /16	3 /16
...sur l'engagement des patients dans une démarche de soin (entretien motivationnel ou autre) ?	2 /16	7 /16	3 /16	4 /16
...sur l'élaboration du projet personnalisé d'intervention ?	4 /15	7 /15	2 /15	2 /15
...sur la réduction des conduites à risque et la mise en place des traitements de substitution ?	1 /16	8 /16	4 /16	3 /16
...pour favoriser l'organisation de la sortie des patients (par exemple, sur l'existence et missions des acteurs non hospitaliers en matière d'addictions...) ?	2 /16	7 /16	3 /16	4 /16

A noter : 2 ELSA indiquent prodiguer « très fréquemment » des formations sur chacun des thèmes, et 1 « jamais », pour chacun des thèmes également.

### L'ELSA prodigue-t-elle des formations aux structures médico-sociales en addictologie ?

Très fréquemment	0 /16
Assez souvent	1 /16
Occasionnellement	6 /16
Jamais	9 /16

### L'ELSA mène-t-elle des actions de formations conjointement avec les structures médico-sociales en addictologie ?

Très fréquemment	1 /16
Assez souvent	1 /16
Occasionnellement	10 /16
Jamais	4 /16

## F. Diffusion d'outils aux services

### L'ELSA a – t – elle diffusé aux autres services des outils...

	Oui	Non, mais elle a créé des outils	Non, et elle n'a pas créé de tels outils
...pour le repérage des situations ?	12 /15	3 /15	0 /15
...pour l'évaluation des situations ?	9 /15	3/15	3/15

### L'ELSA met-elle à disposition des services une liste d'acteurs spécialisées en addictologie pour orienter les patients ?

Oui	13 /16
Non, mais l'ELSA dispose d'une telle liste	3 /16
Non, et l'ELSA ne dispose pas d'une telle liste	0 /16

## G. Continuité de la prise en charge

### L'ELSA informe – t – elle les médecins traitants de l'accompagnement qu'elle a apporté à leurs patients ?

Systematiquement	3 /16
Assez souvent	6 /16
Occasionnellement	5 /16
Jamais	2 /16

### Comment cette information est-elle faite ? (plusieurs réponses possibles)

Par un courrier remis par l'ELSA au patient	
Par courrier ou courriel de l'ELSA au médecin traitant	12 ELSA
Par appel téléphonique de l'ELSA au médecin traitant	7 ELSA
Autre (courrier de sortie du service ayant accueilli le patient)	3 ELSA

A noter : Dans 14 ELSA sur 16, la transmission au médecin traitant est formalisée par un écrit (courrier ou courriel de l'ELSA ou mention dans le courrier de sortie dressé par le service ayant accueilli le patient).

**L'ELSA assure-t-elle le lien avec les services sociaux non hospitaliers à la sortie du patient ?**

Systematiquement	1 /16
Assez souvent	5 /16
Occasionnellement	10 /16
Jamais	0 /16

**L'ELSA assure-t-elle le lien avec les professionnels de santé mentale (psychiatrie de secteur, psychiatre en libéral, psychologues de ville) à la sortie du patient ?**

Systematiquement	5 /16
Assez souvent	5 /16
Occasionnellement	5 /16
Jamais	1 /16



### *Annexe 8 – Table des sigles et abréviations*

ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARS	Agence Régionale de Santé
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé (voir aussi EPSM)
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRE	Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNR	Crédits Non Reconductible
CO	Monoxyde de carbone
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DAF	Dotation Annuelle de Fonctionnement
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins ( <i>Direction d'Administration Centrale du Ministère de la Santé</i> )
DT	<i>Delirium Tremens</i>
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMS	Etablissement Médico-Social
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale ( <i>voir aussi CHS</i> )
ETP	<i>dans ce rapport</i> : Equivalent Temps Plein
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HGE	Hépto-Gastro-Entérologie
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IFAS	Institut de Formation des Aides-Soignants
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
MCO	Médecine – Chirurgie – Obstétrique ( <i>par extension, établissements de santé autorisés pour tout ou partie de ces activités</i> )
MG	Médecin Généraliste
MIG	Mission d'Intérêt Général
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
MT	Médecin Traitant
OH	Alcool
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS	Projet Régional de Santé
RAC	Revue Annuelle des Contrats
RSN	Réseau Sécurité Naissance
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SRAE	Structure Régionale d'Appui et d'Expertise
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation ( <i>par extension, établissements de santé autorisés pour cette activité</i> )
TSO	Traitements de Substitution aux Opiacés
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
URRAA	Union Régionale de Réseaux et d'Associations en Addictologie



Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233

44262 NANTES cedex 2

Tél. 02 49 10 40 00 – Mél. [ars-pdl-contact@ars.sante.fr](mailto:ars-pdl-contact@ars.sante.fr)

[www.ars.paysdelaloire.sante.fr](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr)