HAL
open science

Quelles indications d'hospitalisation d'un patient avec addiction ? Application du modèle des pathologies chroniques : une étude de validité apparente

Simon Boisrobert

▶ **To cite this version:**

Simon Boisrobert. Quelles indications d'hospitalisation d'un patient avec addiction ? Application du modèle des pathologies chroniques : une étude de validité apparente. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02499875

HAL Id: dumas-02499875

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02499875v1

Submitted on 5 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE : 2019

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le Lundi 4 novembre 2019

Thèse n°134

Par **Simon BOISROBERT**

Né le 3 décembre 1989 à Saint-Sébastien Sur Loire (44)

Quelles indications d'hospitalisation d'un patient avec addiction ? Application du modèle des pathologies chroniques. Une étude de validité apparente.

Directeur de thèse

Pr Marc AURIACOMBE

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge
Madame la Professeure Mélina FATSEAS	Juge
Madame la Docteure Louise-Adélaïde JAKUBIEC	Juge
Monsieur le Docteur Jacques DUBERNET	Juge
Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE	Directeur de thèse

Remerciements au Jury

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse ainsi que de diriger le Département de médecine générale qui m'a permis de réaliser des stages en médecine générale et en addictologie, déterminants pour mon parcours professionnel futur.

A Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE

Tout d'abord, merci d'avoir dirigé ma thèse avec méthode et rigueur scientifique. J'ai eu la chance de vous avoir comme directeur de thèse. En effet, vous m'avez accompagné et avez été présent tout au long de ce travail. Nos discussions ont été riches en apprentissage et je n'aurais pu réaliser ce travail sans votre coopération.

Ensuite, je vous remercie pour votre apprentissage de l'addictologie car ce semestre d'internat m'a ouvert les yeux sur la nécessité d'aider les personnes atteintes d'addiction, et devant lesquelles le médecin généraliste est souvent démuni. Désormais, je me sens bien plus compétent pour accompagner ces patients et souhaite orienter une partie de mon activité dans ce domaine. Vous avez éveillé un domaine d'intérêt orientant mes choix professionnels, et pour cela je vous suis très reconnaissant.

A Madame la Professeure Mélina FATSEAS

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Votre expertise et participation au questionnaire de ma thèse a permis d'obtenir des résultats riches en information. L'élaboration de cette thèse a précisé l'objectif d'une hospitalisation en addictologie, donc en vous remerciant aussi pour votre implication dans l'Unité de Soins Complexes en Addictologie.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. En vous remerciant aussi pour les cours que vous avez animés lorsque j'étais en stage de médecine générale niveau 1 en Dordogne. Vous faites partie des médecins généralistes qui sensibilisent les internes en médecine générale aux troubles de l'usage.

A Madame la Docteure Louise-Adélaïde JAKUBIEC

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. De plus, je suis aussi reconnaissant pour ta participation et ton aide à la finalisation de ce travail, qui a permis la soumission à publication de l'article. En te souhaitant une bonne route dans le domaine passionnant de l'addictologie.

A Monsieur le Docteur Jacques DUBERNET

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je te remercie pour ton apprentissage, ta disponibilité et ton aide toujours concrète lorsque nous étions dans l'embarras d'une prise en charge complexe au pôle addictologie. En te remerciant d'avoir encadré des réunions CRI indispensable à une compréhension précise de l'addiction.

A Madame la Professeure Marie GRALL-BRONNEC

Merci d'avoir accepté d'être rapporteur de ce travail.

Remerciements

A toutes les personnes auprès desquelles j'ai pu m'identifier et forger une identité de médecin généraliste lors de mon cursus médical. En remerciant les docteurs DELAGE et DARRIGRAND pour leur transmission du savoir-faire et savoir-être en médecine générale.

Merci en particulier au pôle addictologie du CH Charles PERRENS, pour le travail courageux que vous exercez au quotidien. Vous avez été un modèle de travail en équipe et de coopération indispensable pour aider des personnes démunies.

Merci au CEID pour m'avoir permis d'acquérir une expérience complémentaire en CSAPA résidentiel.

A ma Famille :

A ma mère, pour son amour et son courage. Tu m'as transmis le goût du soin et de l'éthique ! Nous avons eu de nombreux rebondissements dans notre vie et malgré cela nous continuons à regarder de l'avant, Merci !

A mes sœurs, Aurélie et Agathe, car malgré nos différences notre lien fraternel est solide et immuable !

A mon beau-père, car tu es fort comme la montagne ! Et pour toutes nos parties de baby-foot !

A papy Claude, pour ton amour et ton apprentissage de la pêche aux poissons chats ! Ainsi que pour ton humanité, et ton sens de la justice sociale. En effet, Saint-Joachim est une ville qui produit des médecins.

A mon Père, le souvenir de ton amour est gravé dans ma mémoire.

A mes Amis :

Aux amis du groupe des Guist'hauyens et Nantais: Jules (Julo), Marie (Coche), Amaury (Moutte), Louis (Lordy loul), Tiphaine (Tif), Marion (la Jouanne), Mathilde (Matou), Romain (Romaine), Adrien (le Did), Hugo (Nugs),Jérome (Gé), Jeoffrey (Jeoff) et Guillaume (Géographe). Pour toutes les bonnes poilades partagées de la 3e à aujourd'hui.

A mon ami Baptiste, on se suit depuis notre naissance et c'est une grande fierté !

A mon Couz Gaët, pour tous les bons souvenirs d'enfance. Notre choix de se lancer dans la médecine n'est probablement pas lié au hasard.

A mon ami Loïc (Lolo), pour ta capacité à relativiser et à rester zen tout au long de nos études de médecine, face notamment à la PCEM1 (deux pour le prix d'une) et au concours de l'internat. Je te remercie aussi d'avoir proposé le stage d'été au Sénégal, j'ai pu découvrir la médecine à Dakar et cela restera une expérience très forte et marquante (« Ah quand même ! », « il est où le iono ! » et j'en passe)

Aux amis de la Fac de médecine de Nantes avec une dédicace spéciale à mes colocs Maëva (La Mav) et Hugo (Hugosh), pour toutes nos conversations et repas partagés entre 2 FIFAS et 2 épisodes de Game of Thrones. Sans oublier : Gauthier, Chloé, Thibaut et Nanou.

Aux amis de l'internat de Bordeaux : Momo, Yacine, Inès, Sidonie, Romain, John, David, Marion, Salman, Rachou, Ambre, Noam, Clément, Lulu, Mathilde et Fabien. D'Agen en passant par le Manoir et les brunchs bordelais du dimanche midi, on s'est suivi pendant tout l'internat. Merci pour tous ces bons moments.

Aux autres personnes que je n'ai pas citées mais qui ont compté pour moi.

A Alix, pour tous nos souvenirs inoubliables.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients et les patientes des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes consœurs et à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les êtres humains, mes consœurs et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **11**

METHODE **13**

1 - L'ADDICTION EST-ELLE UNE MALADIE CHRONIQUE ? 13

a. OBTENTION DES DEFINITIONS CONSENSUELLES DE PATHOLOGIE CHRONIQUE ET D'ADDICTION 13

b. LES ELEMENTS QUI CONSTITUENT LA DEFINITION DE L'ADDICTION APPARTIENNENT-ILS A L'ENSEMBLE PATHOLOGIE CHRONIQUE ? 14

2 - INDICATIONS D'HOSPITALISATION DANS LE PARCOURS DE SOIN DE L'ADDICTION 14

a. ANALYSE QUALITATIVE DES GUIDES PARCOURS DE SOIN HAS 14

b. VERIFICATION DES INDICATIONS D'HOSPITALISATION DANS LE PARCOURS DE SOIN D'UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE 14

c. APPLICATION DES INDICATIONS GENERIQUES D'HOSPITALISATION A L'ADDICTOLOGIE 15

3 - CONSENSUS D'EXPERT PAR LA METHODE QUALITATIVE DELPHI 15

a. SELECTION DU GROUPE D'EXPERTS 15

b. PROCESSUS DU QUESTIONNAIRE DELPHI 15

c. INTERPRETATION DES RESULTATS 15

RESULTATS **16**

1 - ADDICTION ET MALADIE CHRONIQUE 16

a. DEFINITIONS CONSENSUELLES DE PATHOLOGIE CHRONIQUE ET ADDICTION 16

b. LES ELEMENTS QUI CONSTITUENT LA DEFINITION DE L'ADDICTION APPARTIENNENT A L'ENSEMBLE PATHOLOGIE CHRONIQUE 16

2 - INDICATIONS D'HOSPITALISATION DANS LE PARCOURS DE SOIN DE L'ADDICTION 17

a. ANALYSE QUALITATIVE DES GUIDES PARCOURS DE SOIN HAS 17

b. SITUATIONS ADDICTOLOGIQUES ILLUSTRANT LES INDICATIONS GENERIQUES D'HOSPITALISATION PRECEDEMMENT IDENTIFIEES 17

3 - CONSENSUS PAR METHODE QUALITATIVE DELPHI 17

DISCUSSION **19**

1 - FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE 19

a. LA DEFINITION CONSENSUELLE 19

b. INCLUSION DES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA DEFINITION D'ADDICTION DANS L'ENSEMBLE PATHOLOGIE CHRONIQUE 19

c. L'ANALYSE QUALITATIVE DES GUIDES PARCOURS DE SOIN DE LA HAS 19

d. CONSENSUS PAR METHODE DELPHI 20

2 - PERSPECTIVES DE L'ETUDE 20

a. LA DECOMPENSATION AIGUE DE L'ADDICTION 20

b. UN SUIVI AMBULATOIRE ADAPTE A LA GRAVITE DE L'ADDICTION ET SES COMPLICATIONS20

c. CIBLER L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE DE L'HOSPITALISATION 21

d. L'ADDICTOLOGIE : INTERDISCIPLINARITE ENTRE PSYCHIATRIE ET MEDECINE SOMATIQUE22

e. LIMITER LES EFFETS NEFASTES DE L'HOSPITALISATION DANS LE PARCOURS DE SOIN 22

f. VERIFIER L'APPLICABILITE DES INDICATIONS D'HOSPITALISATION IDENTIFIEES 23

CONCLUSION **24**

BIBLIOGRAPHIE **25**

TABLEAUX **28**

FIGURES **45**

GRAPHIQUES **47**

ANNEXES **50**

*** Automated email sent by the system ***

Dear Dr. Simon Boisrobert,

You have been listed as a Co-Author of the following submission:

Journal: La Revue de Medecine Interne
Title: Quelles indications d'hospitalisation d'un patient avec addiction ? Application du modèle des pathologies chroniques. Une étude de validité apparente. Which indications for inpatient admission of a patient with an addiction? Application of the chronic disorders model. A face validity study.
Corresponding Author: Marc Auriacombe
Co-Authors: Simon Boisrobert; Louise Jakubiec; Joana Thevenin Amorena; Pierre-Louis Diennet; Olivier Jaquiez; David Mete; Béatrice Maechler-Durand; Melina Fatseas;

To be kept informed of the status of your submission, register or log in (if you already have an Elsevier profile).

Register here: https://ees.elsevier.com/revmed/default.asp?acw=&pg=preRegistration.asp&user=coauthor&fname=Simon&lname=Boisrobert&email=simon.boisrobert@u-bordeaux.fr

Or log in: https://ees.elsevier.com/revmed/default.asp?acw=&pg=login.asp&email=simon.boisrobert@u-bordeaux.fr

If you did not co-author this submission, please do not follow the above link but instead contact the Corresponding Author of this submission at marc.auriacombe@u-bordeaux.fr.

Thank you,

La Revue de Medecine Interne

Quelles indications d'hospitalisation d'un patient avec addiction ? Application du modèle des pathologies chroniques. Une étude de validité apparente.

Which indications for inpatient admission of a patient with an addiction? Application of the chronic disorders model. A face validity study.

Simon Boisrobert[1,3], Louise Jakubiec[1,2,3], Joana Thevenin[7], Pierre-Louis Diennet[5], Olivier Jacquiez[6], David Mete[8], Béatrice Maechler-Durand[9], Mélina Fatséas[4], Marc Auriacombe[1,2,3,10]

Affiliation

(1) Université de Bordeaux, Bordeaux, France.

(2) Equipe phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, Sanpsy CNRS USR 3413, Université de Bordeaux, Bordeaux, France.

(3) Pôle Addictologie et filière régionale, CH Charles Perrens, Bordeaux, France.

(4) Pôle Addictologie, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France.

(5) Pole addictologie, Périgueux, CH Vauclaire, site ESCALE.

(6) Service d'addictologie départementale, Agen, CH la Candélie.

(7) Unité de recours d'addictologie, Bayonne, CH de la côte Basque.

(8) Service d'addictologie, Saint-Denis de La Réunion, CHU.

(9) Pôle Médecine, urgences et prévention, Service de Médecine Polyvalente d'Urgences, CHU de Nantes, Nantes, France.

(10) Center for Studies of Addiction, Department of psychiatry, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Phildelphia, PA, USA

Nb de mots : texte (4124), résumé (244)

Nb de Figures : 2 Nb de graphiques : 3 Nb de tableaux : 10

Correspondance

Marc Auriacombe e-mail : marc.auriacombe@u-bordeaux.fr

Pôle Addictologie, Centre hospitalier Charles Perrens

12 rue de la Béchade 33076 Bordeaux Cedex, France

Tel : +33556561738 Fax : +33556561727

Quelles indications d'hospitalisation d'un patient avec addiction ? Application du modèle des pathologies chroniques. Une étude de validité apparente.

RESUME

Introduction. Le repérage médical d'une addiction aboutit souvent à une hospitalisation en vue de sa suspension définitive. Pourtant, pour les autres maladies chroniques, une hospitalisation est indiquée pour des situations particulières et l'objectif n'est pas la suspension définitive de la maladie chronique. Notre objectif était de clarifier l'addiction comme maladie chronique et déterminer des indications explicites d'hospitalisation.

Méthode. Etude de validité apparente en trois étapes successives ; (1) à partir de l'analyse de définitions consensuelles, rechercher par la théorie des sous-ensembles si l'addiction peut être considérée comme une maladie chronique ; (2) Elaborer des indications génériques d'hospitalisation à partir de l'analyse de parcours de soin de maladie chronique validée par l'HAS et les appliquer à l'addiction (3) Valider par consensus d'experts méthode Delphi les indications déterminées.

Résultats : L'étape (1) a montré que la définition de l'addiction permet de l'inclure dans celle de maladie chronique. L'étape (2) a déterminé 7 indications d'hospitalisation d'un patient atteint d'une pathologie chronique, et son application à l'addiction a identifié 15 indications d'hospitalisation d'un patient atteint d'addiction. A l'étape (3), la méthode Delphi a permis d'obtenir un consensus concernant 14 des 15 indications.

Conclusion : En clarifiant l'addiction comme maladie chronique, nous avons pu déterminer 14 indications d'hospitalisation d'une personne avec addiction et les distinguer clairement du soin dans la durée de l'addiction. Ces indications peuvent aider le médecin généraliste à mieux accompagner les patients avec addiction sur le modèle de son implication pour les maladies chroniques en général.

Mots clefs : addiction, maladie chronique, parcours de soins, hospitalisation

Which indications for inpatient admission of a patient with an addiction? Application of the chronic disorders model. A face validity study.

ABSTRACT

Introduction. The medical identification of an addiction (use disorder) often results in inpatient admission with a view to its definitive suspension. However, for other chronic diseases, inpatient admission is indicated for specific situations and the objective is not the definitive suspension of the chronic disease. Our goal was to clarify addiction as a chronic disease and to determine explicit indications for inpatient admission.

Method. Three-stage face validity study: (1) from the analysis of consensual definitions, search by the subset theory whether addiction can be considered as a chronic disease; (2) Develop generic indications for inpatient admissions based on the analysis of chronic disease care pathways validated by the HAS (French Health Agency) and apply them to addiction; (3) Validate by Delphi expert consensus method the determined indications.

Results: Step (1) showed that the definition of addiction allowed to include it in that of chronic disease. Step (2) determined 7 indications for inpatient admission of a patient with a chronic disease, and its application to addiction identified 15 indications for inpatient admission of a patient with addiction. In step (3), the Delphi method yielded consensus on 14 of the 15 indications.

Conclusion: By clarifying addiction as a chronic disease, we were able to determine 14 indications for inpatient admission of a person with an addiction and to distinguish them from the long-term car of addiction. These explicit indications can help the general practitioner to better manage patients with addiction on the basis of his expertise with chronic diseases management.

Keywords: addiction; chronic disease; Care course; inpatient; hospitalization

INTRODUCTION

Il existe une importante consommation de substances addictives en population générale avec des conséquences importantes sur la morbi-mortalité de la population [1] [2] [3] [4] [5]. Le médecin généraliste étant en première ligne pour la prévention, le repérage diagnostic précoce et l'accès aux soins [6], il va être amené à rencontrer des personnes consommatrices de substances potentiellement addictives afin de dépister et de diagnostiquer les troubles de l'usage. Les critères diagnostiques des troubles de l'usage de substances et des comportements addictifs du manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux [7] facilitent le diagnostic direct des addictions. Le médecin généraliste est amené à « orienter ses patients, selon leur besoin dans le système de soins et le secteur médico-social » [8]. Pour cela, il doit connaître les réseaux et dispositifs médico-sociaux de prise en charge des conduites addictives [9]. Par ailleurs, il existe toujours une forte croyance au sein de la communauté médicale et de la population générale selon laquelle la « cure de sevrage » permet la « guérison » de l'addiction par l'arrêt durable de la substance addictive. Or, le fondement scientifique et médical de la cure de sevrage est faible [14]. Cette croyance répandue aboutit à ce qu'à la suite d'une hospitalisation, les professionnels de santé, le patient lui-même, son entourage, attendent un effet durable du séjour hospitalier. Le « sevrage » va mettre en évidence l'une des caractéristiques de l'addiction : la rechute [15]. Le suivi semble essentiellement ambulatoire [16]. Mais nous retrouvons peu d'indications d'hospitalisation en unité d'addictologie dans la littérature médicale et il n'existe pas de consensus clair concernant ces indications [10] [11] [12] [13].

De façon générale, indépendamment de la question du traitement de l'addiction, une hospitalisation est réalisée dans certaines situations spécifiques et restreintes aux indications d'hospitalisation. Un séjour hospitalier à plein temps aboutit nécessairement à une fin de séjour et introduit de ce fait une interruption dans la diachronie nécessaire au suivi médical d'une maladie chronique. La place privilégiée du médecin généraliste dans la prise en charge diachronique [17] permet un suivi adapté au patient et à sa maladie chronique. Pour la plupart des maladies chroniques, les indications d'hospitalisation sont clarifiées dans le parcours de soin. Nous postulons que les indications d'hospitalisation d'une maladie chronique en général peuvent nous aider à clarifier et rationaliser les indications d'une hospitalisation en addictologie.

Notre objectif était de clarifier dans un premier temps en quoi l'addiction pouvait être considérée comme une maladie chronique, et si c'est bien le cas, en quoi les indications d'hospitalisation pour les autres maladies chroniques pourraient s'adapter à la situation particulière de l'addiction. Mieux

clarifier les attentes d'une hospitalisation dans le cadre d'une addiction permettrait de réduire les espoirs déçus et faciliterait l'orientation et l'investissement des professionnels, du patient et de son entourage vers les modèles éprouvés de thérapeutique.

METHODE

Cette étude de validité apparente s'est déroulée en 3 étapes successives. La première était de démontrer que l'addiction est une maladie chronique, à partir des définitions consensuelles d'addiction et de pathologie chronique, puis en vérifiant l'inclusion de la première dans la seconde. La seconde étape consistait à élaborer des indications d'hospitalisation dans le parcours de soin d'un patient atteint d'addiction. La dernière étape consistait sur la base de la Méthode Delphi à valider les résultats des deux étapes précédentes, par un consensus d'experts.

1. L'ADDICTION EST-ELLE UNE MALADIE CHRONIQUE ?

a. OBTENTION DES DEFINITIONS CONSENSUELLES DE PATHOLOGIE CHRONIQUE ET D'ADDICTION.

Une définition consensuelle est une phrase explicative et signifiante regroupant des définitions différentes définissant le même concept. Nous avons identifié **des sources de qualités** des divers domaines de compétences ; médical, scientifique, politique, linguistique, … Puis, nous avons établi **une liste exhaustive de mots-clés** des deux champs sémantiques qui nous intéressaient : « pathologie chronique » et « addiction ».

-Pour rechercher les définitions de « pathologie chronique », nous avons utilisé les mots-clés : « pathologie chronique », « maladie chronique », « affection chronique », « affection de longue durée », « *chronic disease », « chronic illness »*, « maladie » et « chronique ».

-Pour rechercher les définitions d'addiction, nous avons utilisé les mots-clés : « addiction », « *addiction », «* dépendance », « trouble de l'usage », « *use disorder », « substance use disorder », «* addictif ».

Pour chaque définition, nous avons réalisé un découpage syntaxique aboutissant à une liste d'« **unités littérales** », définies comme des syntagmes en sémantique [18] : « Combinaisons de mots qui se suivent et produisent un sens acceptable ». L'unité littérale varie **d'un à plusieurs mots.** Nous avons regroupé les unités littérales en **catégories sémantiques**, lorsqu'elles partageaient un sens commun. Le nom de la catégorie sémantique désigne le signifié partagé. Nous avons calculé la **Fréquence d'Occurrence (FO)** en additionnant le nombre de définitions qui citent une catégorie sémantique par le nombre total de définitions utilisées. La FO est un chiffre entre 0 et 1, avec 1 la fréquence maximale. La FO des catégories sémantiques a permis de déterminer celles fréquemment présentes dans l'ensemble des définitions, et donc signifiantes dans la définition consensuelle. Celle-ci est composée de catégories sémantiques à FO élevée. Une catégorie sémantique moins fréquente peut être discutée quant à sa présence dans la définition consensuelle. En juxtaposant les catégories sémantiques, une à

une, de la catégorie sémantique avec la fréquence d'occurrence la plus élevée vers la moins élevée, nous avons obtenu une phrase explicative consensuelle intelligible et signifiante. Lorsque la définition consensuelle était suffisamment claire et précise, nous arrêtions d'ajouter des catégories sémantiques à FO moins élevées permettant de déterminer une FO seuil.

b. Les elements qui constituent la definition de l'addiction appartiennent-ils a l'ensemble pathologie chronique ?

La définition consensuelle d'addiction est constituée d'unités littérales. Nous avons supposé que l'addiction est une pathologie chronique, si les unités littérales de la définition de l'addiction sont incluses dans l'ensemble plus grand, dénommé « pathologie chronique ». Tous les éléments d'un sous-ensemble ici, « Addiction », de l'ensemble « Pathologie chronique », appartiennent à l'ensemble « Pathologie chronique », d'après la théorie des sous-ensembles [19]. L'inclusion des unités littérales de la définition consensuelle d'addiction est schématisée par un diagramme de VENN qui permet de représenter des ensembles et sous-ensembles [20].

2. Indications d'hospitalisation dans le parcours de soin de l'addiction.

a. Analyse qualitative des guides Parcours de soin HAS.

Les pathologies chroniques retenues étaient : l'insuffisance cardiaque, la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive, la maladie de Parkinson et le diabète de type 2 de l'adulte. Nous voulions des pathologies chroniques ne faisant pas l'objet de contestation et concernant plusieurs systèmes physiologiques. L'analyse qualitative des parcours de soin de ces pathologies a été réalisée dans le but d'établir deux organigrammes de synthèse:

- A quel moment l'hospitalisation intervient dans le parcours de soin ?
- Les indications d'hospitalisation génériques identifiées dans les guides parcours de soin HAS.

b. Verification des indications d'hospitalisation dans le parcours de soin d'une pathologie chronique.

Nous avons vérifié les indications génériques à hospitaliser un patient atteint d'une pathologie chronique en appliquant les indications spécifiques de chaque parcours de soin à chaque indication générique.

c. Application des indications generiques d'hospitalisation a l'addictologie.

Cette étape consistait à illustrer les indications à hospitaliser pour une pathologie chronique en général par des situations addictologiques, afin de confirmer l'applicabilité du critère générique d'hospitalisation dans la prise en charge addictologique.

3. Consensus d'experts par la Methode qualitative Delphi

La Méthode Delphi est une technique qui permet à partir d'un groupe d'experts [21] de mettre en évidence une convergence d'opinions et dégager un consensus sur des sujets précis. Le choix des experts doit tenir compte de leur connaissance du sujet visé, de leur légitimité et de leur disponibilité durant le processus de l'enquête Delphi [22]. La mesure du consensus inclut d'une part l'évaluation du degré d'accord individuel des participants avec les propositions considérées au moyen d'une échelle numérique, et d'autre part l'évaluation de l'accord global entre les participants par des indicateurs statistiques de tendance centrale [23].

a. Selection du groupe d'experts

Nous avons choisi des médecins responsables des unités d'hospitalisation d'addictologie labélisée par l'Agence Régionale de Santé pour les soins complexes en Aquitaine et Océan Indien. Ils ne devaient pas avoir participé aux deux premières étapes de ce travail.

b. Processus du questionnaire Delphi

Les experts ont été interrogés par questionnaire en deux étapes successives. La première vérifiait les indications génériques d'hospitalisation issues de l'analyse des guides parcours de soin. La seconde vérifiait les indications d'hospitalisation d'un patient atteint d'addiction identifiées à partir des indications génériques d'hospitalisation. Pour chaque étape, les experts pouvaient être interrogés plusieurs fois pour obtenir un consensus. Pour chaque étape, en l'absence de consensus, un nouveau questionnaire était établi en tenant compte des remarques des experts au questionnaire précédent.

c. Interpretation des resultats

Un consensus [23] était obtenu lorsque la médiane des réponses était supérieure ou égale à 7, ainsi qu'en l'absence de désaccord. Un désaccord [23] était défini par au moins 2 réponses entre 1 et 3 et au moins 2 réponses entre 7 et 9. Un commentaire était demandé au participant si la réponse était inférieure ou égale à 6, afin de justifier son opinion et apporter une correction éventuelle.

RESULTATS

1. ADDICTION ET MALADIE CHRONIQUE

Les sources de qualité choisies pour extraire les définitions et les unités littérales sélectionnées à partir des définitions sont représentées dans les Tableaux 1 à 3.

A. DEFINITIONS CONSENSUELLES DE PATHOLOGIE CHRONIQUE ET ADDICTION

L'ensemble des catégories sémantiques issues des sources de qualité et leur fréquence d'occurrence sont résumés dans les tableaux 4 à 6.

La juxtaposition des catégories sémantiques fréquentes (Tableau 7) a permis de déterminer les définitions consensuelles suivantes :

<u>Pathologie chronique</u> : maladie qui dure et évolue progressivement, avec une altération fonctionnelle et sans tendance à la guérison. (Seuil de fréquence d'occurrence à 0,429)

<u>Addiction</u> : comportement répété et compulsif témoignant de la perte de contrôle de l'usage d'un objet, lié à du *craving*. (Seuil de Fréquence d'occurrence à 0,636)

b. LES ELEMENTS QUI CONSTITUENT LA DEFINITION DE L'ADDICTION APPARTIENNENT A L'ENSEMBLE PATHOLOGIE CHRONIQUE.

<u>Analyse du diagramme de VENN (Figure 1)</u>

Ce diagramme représente, en disques de circonférences variables, les ensembles correspondants à la définition consensuelle d'une pathologie chronique à fréquence d'occurrence seuil variable. Le disque le plus petit correspond à la définition consensuelle de pathologie chronique la plus puissante, mais la moins exhaustive, puis nous avons agrandi les disques en ajoutant des éléments de la définition consensuelle de pathologie chronique par ordre de fréquence d'occurrence. Dans ces ensembles, nous avons intégré les éléments constituants la définition consensuelle d'addiction, légendés de un à quatorze par fréquence d'occurrence. Nous constatons que la totalité des éléments constituant la définition consensuelle d'une addiction appartient à l'ensemble le plus grand correspondant à la définition consensuelle de la pathologie chronique. Sur cette base, nous pouvons inférer que l'addiction est une pathologie chronique.

2. Indications d'hospitalisation dans le parcours de soin de l'addiction.

a. Analyse qualitative des guides Parcours de soin HAS.

La revue des guides parcours de soin HAS pour les pathologies chroniques choisies (Tableau 8), a permis de mettre au point deux organigrammes de synthèse résumant respectivement le moment auquel l'hospitalisation intervient dans le parcours de soin, et les indications d'hospitalisation génériques (Figure 2). Le Tableau 9 résume la vérification de ces indications.

b. Situations addictologiques illustrant les indications generiques d'hospitalisation precedemment identifiee.

A partir du tableau 9, les 7 indications d'hospitalisation génériques permettent de proposer 15 indications addictologiques (Tableau 10).

3. Consensus par Methode qualitative Delphi

Les médecins responsables des unités d'hospitalisation temps plein pour soins complexes d'Agen, Bordeaux, Bayonne, Périgueux et Saint-Denis de la Réunion ont accepté de participer comme expert. Les deux étapes du consensus se sont déroulées de novembre 2018 à janvier 2019. Pour l'étape 1, toutes les indications génériques d'hospitalisation ont fait consensus dès le premier questionnaire avec une homogénéité des résultats et un écart-type moyen de 0.66 (Graphique 1). Pour l'étape 2, la validation des indications d'hospitalisation appliquée à l'addictologie, une indication n'a pas fait consensus et il est apparu dans les commentaires que le choix du service d'hospitalisation (addictologie, psychiatrie ou somatique) devait être précisé. De ce fait, un 2e questionnaire a précisé pour chaque indication, le type de service adéquat. 12 des 14 indications validées dans le questionnaire Delphi 2 font consensus dans le Delphi 3. L'homogénéité des réponses est plus importante dans le questionnaire Delphi 3 que dans le questionnaire Delphi 2 avec des écarts-types moyens respectifs de 1,24 versus 1,57. Les détails des réponses sont présentés dans les Graphiques 2 et 3.

Au total, parmi les 14 indications d'hospitalisation à temps plein d'une personne avec addiction que nous avions déterminées, 12 font l'objet d'un consensus lorsque la spécialité de l'unité d'hospitalisation est précisée et 2 font consensus sur l'indication, mais pas la spécialité de l'unité d'hospitalisation.

12 Indications consensuelles avec unité d'hospitalisation précisée :

-Un *craving* intense et non contrôlable malgré un parcours de soin ambulatoire adapté ; dans une unité d'addictologie.

-Une perte de contrôle de l'usage grave et importante malgré un parcours de soin ambulatoire adapté ; dans une unité d'addictologie.

-Une situation de gravité clinique somatique liée à l'intoxication aigue ; dans une unité de médecine somatique correspondante.

-Une situation de gravité clinique somatique liée à l'intoxication chronique ; dans une unité de médecine somatique correspondante.

-Un risque suicidaire trop élevé pour être suivi en ambulatoire ; dans une unité de psychiatrie.

-Un symptôme psychique aigu lié au syndrome de sevrage d'une substance psychoactive ; dans une unité d'addictologie.

-Nécessité de mise en place de traitement spécifiquement hospitalier afin de traiter une complication de l'addiction ; dans une unité de médecine somatique correspondante.

-Un résultat paraclinique grave lié à une complication de l'addiction ; dans une unité de médecine somatique correspondante.

-Décompensation aigue d'une comorbidité somatique indépendante de l'intoxication à une substance psychoactive ; dans une unité de médecine somatique correspondante.

-Décompensation aigue d'une comorbidité psychiatrique indépendante de l'intoxication à une substance psychoactive ; dans une unité de psychiatrie correspondante.

-Une difficulté diagnostique malgré un suivi ambulatoire adapté ; dans une unité d'addictologie.

-Isolement et problématiques sociales trop importantes malgré une prise en charge ambulatoire adaptée ; dans une unité d'addictologie.

2 indications consensuelles lorsque l'unité d'hospitalisation n'est pas précisée :

-Des troubles cognitifs liés à l'intoxication chronique et empêchant le suivi ambulatoire.

-Un symptôme psychiatrique intense lié à l'intoxication aigue ou à l'intoxication chronique.

DISCUSSION

Notre objectif était de clarifier de manière explicite et consensuelle, les indications d'hospitalisation d'un patient atteint d'addiction en procédant par similitude avec les maladies chroniques dans une étude de validité apparente. A partir des correspondances entre les définitions de l'addiction et de pathologie chronique, nous avons montré que la définition de l'addiction pouvait s'inclure dans celle de maladie chronique. A partir de l'analyse de parcours de soin validé par la HAS nous avons déterminé 7 indications génériques pouvant correspondre à 14 indications d'hospitalisation pour une personne avec addiction. Ces indications ont été précisées et validées par un groupe d'expert par recherche de consensus Delphi.

1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

a. LA DEFINITION CONSENSUELLE

La force de la définition consensuelle était de réaliser **un accord commun** parmi la variété des définitions de pathologie chronique et addiction. Les limites rencontrées étaient principalement **le biais de sélection des sources de qualité** retenues. Le critère principal de sélection était la variété des domaines de compétences définissant l'addiction et la pathologie chronique. Enfin **le choix de la fréquence d'occurrence seuil** basée sur l'intelligibilité et l'exhaustivité de la définition consensuelle a été déterminé de manière subjective. Les Fréquences d'occurrence seuil retenues étaient de 0,429 (pathologie chronique) et de 0,636 (addiction).

b. INCLUSION DES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA DEFINITION D'ADDICTION DANS L'ENSEMBLE PATHOLOGIE CHRONIQUE

L'inclusion de la définition de l'addiction dans celle de la pathologie chronique permettait de justifier que **l'addiction était bien une pathologie chronique**. La définition de pathologie chronique avec la fréquence d'occurrence la plus élevée, soit : « maladie qui dure » intégrait déjà deux éléments caractéristiques de l'addiction que sont le caractère répété et chronique. Nous pouvions conclure que **la corrélation entre addiction et pathologie chronique était forte**. La limite principale de cette méthode était **la logique subjective de l'inclusion** des éléments constituant la définition consensuelle de l'addiction.

c. L'ANALYSE QUALITATIVE DES GUIDES PARCOURS DE SOIN DE LA HAS

Les guides parcours de soin HAS s'adressent aux professionnels de santé qui souhaitent optimiser les parcours des personnes dont ils ont la charge [28]. Ces guides parcours de soins traitent de pathologies chroniques, ils précisent la prise en charge thérapeutique et le suivi de la maladie chronique [29]. Nous

avons choisi 4 pathologies chroniques non contestées et impliquant des systèmes d'organes différents (insuffisance cardiaque, BPCO, maladie de Parkinson, diabète de type 2) afin d'en extraire deux informations importantes : le moment de l'hospitalisation dans le parcours de soin et les indications d'hospitalisation. L'analyse de ces documents nous permettait d'identifier 7 indications génériques d'hospitalisation, non exhaustives, dans le cadre de la prise en charge ambulatoire d'une maladie chronique. La limite principale était le biais de sélection des 4 documents guide parcours de soin HAS, ce qui limite l'exhaustivité des résultats.

d. Consensus par methode Delphi

La méthode Delphi aide à consigner les opinions d'experts dans un domaine précis. Elle permet de recueillir les opinions à distance sans que les experts soient tenus de se rencontrer, elle limite le nombre de participants à l'étude et elle est flexible dans la conception et l'administration du questionnaire. Elle facilite la rétroaction contrôlée. Le caractère anonyme de l'analyse d'opinion d'experts évite les interactions potentielles entre les différents participants à propos des hypothèses considérées (22). **L'un des facteurs critiques était le recrutement d'experts qualifiés**. Les experts sollicités étaient des médecins responsables d'unités d'hospitalisation d'addictologie autorisées par l'Agence Régionale de Santé pour les soins complexes.

2. Perspectives de l'etude

a. La decompensation aigue de l'addiction

Notre étude a montré que l'hospitalisation d'un patient atteint d'addiction intervient au moment d'une décompensation aigue dont le traitement ambulatoire est insuffisant. Une décompensation est définie comme une rupture brusque de l'homéostasie d'une fonction métabolique ou d'une fonction d'organe, maintenue jusque-là, physiologiquement efficace par ses voies régulatrices [30]. Le suivi diachronique du patient atteint d'addiction permet d'identifier ces épisodes de soins critiques où l'hospitalisation intervient. L'indication d'hospitalisation serait ainsi contingente de la prise en charge ambulatoire préalable de l'addiction. Nous avons vu dans notre étude que la décompensation aigue de l'addiction n'était pas directement liée à la sévérité de l'addiction : l'aggravation brusque du score de sévérité de l'*Addiction Severity Index* [31] n'avait pas fait consensus comme indication d'hospitalisation et un trouble de l'usage sévère [7] n'indique pas non plus une hospitalisation en pratique. La décompensation aigue traduit une rupture avec un état stable antérieur.

b. Un suivi ambulatoire adapte a la gravite de l'addiction et de ses complications

Nous avons remarqué que l'hospitalisation intervenait lorsque le suivi ambulatoire mis en place pour un patient avec addiction ne suffisait plus. Les nouveaux critères diagnostiques du DSM-5 introduisent

une évaluation de niveau de sévérité (léger, modéré ou sévère) en sus du diagnostic de trouble de l'usage [32] ou la mesure de la sévérité par l'*Addiction Severity Index*. Un suivi ambulatoire est adapté lorsqu'il varie en fonction de la sévérité de l'addiction, pour exemple le Plan Personnalisé de Santé du dispositif Renapsud [33]. Ainsi, le suivi adapté du patient présentant une addiction comprend aussi la prise en charge de ses complications. Un parcours de soin ambulatoire adapté à l'addiction du patient pourrait prévenir ou traiter les situations de décompensation aigue, qui seraient alors stabilisées par un traitement ambulatoire suffisant et ne doivent pas en eux-mêmes être un motif d'hospitalisation.

c. CIBLER L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE DE L'HOSPITALISATION

Notre étude a permis d'obtenir un consensus concernant 14 des 15 indications d'hospitalisation d'un patient atteint d'addiction, puis 12 de ces 14 indications ont obtenu un consensus lors du 3e questionnaire Delphi précisant les unités d'hospitalisation. L'objectif thérapeutique est mieux ciblé et donc facilite l'évaluation de l'efficacité attendue de l'hospitalisation. C'est un progrès important par rapport à l'objectif trop large des « cures de sevrage » source fréquent d'espoirs déçus. Dans la littérature médicale scientifique, nous avons retrouvé deux sources principales qui citaient des indications d'hospitalisation en soins complexes. La première de la SFA [11] et la seconde de l'ASAM [13]. Notre étude permet de mettre en évidence des différences et des similitudes quant aux indications d'hospitalisation :

-l'existence de critère de décompensation addictologique.

-La nécessité d'un bilan des complications biomédicales et psychologiques de l'addiction.

-L'évaluation diagnostique psychiatrique à la recherche de comorbidités lorsqu'il existe des difficultés diagnostiques.

-Le bilan de l'environnement social et la mise à l'abri de cet environnement pendant la durée de l'hospitalisation.

-La notion de motivation au changement et notamment l'hospitalisation pour un renforcement de cette motivation n'est pas une indication d'hospitalisation dans notre étude. En effet les indications génériques d'hospitalisation d'une pathologie chronique n'ont pas permis de classer cette indication qui n'apparait pas comme étant un signe de décompensation aigue de l'addiction. La notion de motivation existe aussi dans la prise en charge d'autres pathologies chroniques. L'entretien motivationnel [34] est un outil de communication plus utile dans la prise en charge diachronique qu'au moment ponctuel de l'hospitalisation. Il existe des programmes d'Education Thérapeutique du Patient pour encourager celui-ci à assumer un rôle actif dans la prise en charge de sa pathologie chronique

[35]. Certaines structures hospitalières proposent des hospitalisations de semaine ou de jour afin de dispenser des programmes d'éducation thérapeutique [36].

d. L'ADDICTOLOGIE : INTERDISCIPLINARITE ENTRE PSYCHIATRIE ET MEDECINE SOMATIQUE

Notre étude a mis en évidence la difficulté de déterminer l'unité d'hospitalisation devant recevoir le patient hospitalisé, notamment dans deux situations : 1) la présence de troubles cognitifs liés à l'intoxication chronique et empêchant un suivi ambulatoire, et, 2) la présence d'un symptôme psychiatrique intense lié à l'intoxication aigue ou chronique. Dans ces deux situations, la précision de l'unité d'hospitalisation ne faisait plus consensus. Il était suggéré par les participants d'hospitaliser le patient dans un autre service qu'en addictologie, même si ce symptôme était la conséquence de l'addiction, en l'occurrence l'intoxication. En cas de troubles cognitifs, si ceux-ci sont régressifs ou peu intenses, il était suggéré une hospitalisation en addictologie. Dans le cas contraire, le choix de l'unité faisait débat. L'hospitalisation en addictologie était proposée par un des participants si le risque suicidaire était secondaire à l'addiction. Il était proposé par un autre participant d'hospitaliser dans une autre unité qu'addictologique lorsqu'il existait une difficulté diagnostique liée à une comorbidité médicale, même si l'indication d'hospitalisation en addictologie faisait consensus. Enfin, l'indication « Nécessité de mise en place d'un traitement spécifiquement hospitalier d'une complication de l'addiction » donne pour preuve que la nature de la complication de l'addiction peut être addictologique, psychiatrique ou somatique, cela va déterminer l'unité d'hospitalisation à privilégier. Ces résultats mettent en évidence la complexité et l'interdisciplinarité que représente l'addictologie.

e. LIMITER LES EFFETS NEFASTES DE L'HOSPITALISATION DANS LE PARCOURS DE SOIN

Notre étude a montré que la place de l'hospitalisation dans le parcours de soin devait être restreinte, car elle présente des limites:

- L'Interface ville-hôpital : c'est-à-dire la communication entre l'hôpital et la médecine ambulatoire qui est la source de nombreuses incompréhensions lorsque celle-ci n'est pas bien réalisée. Cette rupture dans le suivi peut être néfaste pour le patient et sa maladie chronique.

-Les méconnaissances en addictologie : c'est-à-dire, le manque de compétence en addictologie dans les services de soins non spécialisés. Le rôle de l'équipe de liaison ELSA [37] est alors primordial.

-Les complications de l'hospitalisation : c'est-à-dire, les évènements indésirables du fait de l'hospitalisation. Nous pourrions aussi nous demander si l'hospitalisation d'un patient avec addiction ne favoriserait pas la ré-hospitalisation de celui-ci, comme mis en évidence chez le patient atteint de BPCO [38].

f. VERIFIER L'APPLICABILITE DES INDICATIONS D'HOSPITALISATION IDENTIFIEES

Notre étude a permis d'établir 14 indications consensuelles d'hospitalisation intervenant lors de la décompensation aigue d'une addiction et malgré un suivi ambulatoire adapté. Des études devront vérifier prospectivement si ces indications permettent de clarifier et d'uniformiser les motifs d'admission en unité d'hospitalisation.

CONCLUSION

En démontrant que l'addiction est une maladie chronique, puis en identifiant les indications d'hospitalisations génériques d'un patient atteint d'une maladie chronique, nous avons clarifié et obtenu un consensus de 14 indications d'hospitalisation d'un patient avec addiction. Une hospitalisation dans le parcours de soin de l'addiction n'est pas une « cure de sevrage » et le consensus concernant ces indications a permis de clarifier et d'uniformiser les objectifs thérapeutiques de l'hospitalisation dans le soin de l'addiction. Notre étude interroge plusieurs problématiques : la définition de la décompensation aigue d'une addiction, ou les modalités d'un suivi ambulatoire adapté à la gravité de l'addiction. Ensuite, la difficulté d'orientation dans le service d'hospitalisation concerné du fait de l'interdisciplinarité de l'addictologie. Enfin, les limites intrinsèques à l'épisode d'hospitalisation dans la prise en charge diachronique du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies. Rapport Européen sur les drogues: tendances et évolutions [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001FRN_PDF.pdf

2. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies. Alcool - Synthèse des connaissances [Internet]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/

3. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies. Tabac et cigarette électronique - Synthèse des connaissances [Internet]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/

4. Janssen E, Bastie A. Usage problématique de drogues en France: les prévalences en 2011. St-Denis Off Fr Drogue Toxicom. 2013;

5. Organisation Mondiale de la Santé. Neurosciences: usage de substances psychoactives et dépendance. Genève: de Boeck Supérieur; 2004.

6. Giet D. Ecologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale. Rev Med Liege. 2006;61(5-6):277-84.

7. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel Diagnostique et Statistique Des Troubles Mentaux. Elsevier Masson; 2013.

8. Légifrance. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.

9. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives- Rapport. 2014 févr. Report No.: 2013-119R.

10. Pole Addictologie. Unité de soins complexes en addictologie (USCA) [Internet]. Unité de soins complexes en addictologie (USCA). 2015. Disponible sur: https://www.chu-bordeaux.fr/

11. Société Française d'Alcoologie. Indications d'une hospitalisation pour soins complexes et modalités de suivi à la sortie chez un patient alcoolodépendant. Eval Prat Prof En Alcoologie. sept 2007;

12. Cottencin O, Guardia D, Rolland B. Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addiction(s). Urgences 2011.

13. American Society of Addiction Medicine. Level IV: Medically Managed Intensive Inpatient Treatment. In: Patient Placement Criteria For The Treatment of Substance Related Disorder. Second-Edition Revised. Maryland: David Mee-Lee, M.D.; p. 127-35.

14. Day E, Ison J, Strang J. Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2005;(2). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004580.pub2/full/fr

15. Auriacombe M, Serre F, Denis C, Fatseas M. Diagnosis of Addictions. In: The Routledge Handbook of the Philosophy and Science of Addictions. London and New-York: Pickard H, Ahmed S, Editors; 2018. p. 132-44.

16. Laqueille X, Liot K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. Inf Psychiatr. 2009;Volume 85(7):611-20.

17. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Fiche N°6 Diachronie, Synchronie, Episode de soin. In: Manuel théorique de Médecine Générale, 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Global Media Santé. 2018. p. 55. (Le plaisir de comprendre).

18. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. SYNTAGME : Définition de SYNTAGME [Internet]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/syntagme

19. Villemin G. Théorie des ensembles, sous-ensembles [Internet]. Disponible sur: http://villemin.gerard.free.fr/aMaths/Ensemble/TheEns02.htm

20. Netmath. diagramme de Venn – Lexique de mathématique [Internet]. Disponible sur: https://lexique.netmath.ca/diagramme-de-venn/

21. Stitt-Gohdes WL, Crews TB. The Delphi Technique: A Research Strategy for Career and Technical Education. J Career Tech Educ [Internet]. 1 mai 2004;20(2). Disponible sur: https://ejournals.lib.vt.edu/JCTE/article/view/636

22. Ekionea JB, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. Rech Qual. 2011;29(3):168–192.

23. Letrillart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus: Quelle méthode utiliser? Exercer. 2011;22(99):170-7.

24. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins, Insuffisance cardiaque [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf

25. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins, Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpco_finale.pdf

26. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins, Maladie de Parkinson [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_parkinson.pdf

27. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins, Diabète de type 2 de l'adulte. 2014.

28. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique pour l'élaboration des Fiches points clés Organisation des Parcours [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/guide_methode_fiches_points_cles_solutions.pdf

29. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des maladies chroniques [Internet]. Des documents de référence pour chaque maladie. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241701/fr/prise-en-charge-des-maladies-chroniques

30. Académie Nationale de Pharmacie. Décompensation [Internet]. 2017. Disponible sur: http://dictionnaire.acadpharm.org/w/D%C3%A9compensation

31. Denis C, Alexandre J-M, Serre F, Auriacombe M, Fatséas M. Outils d'évaluations pour les addictions. In: Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin H-J, editors. Traité d'addictologie (2e édition). Paris: Lavoisier; 2016. p. 321-7.

32. Hasin D, O'Brien C, Auriacombe M. Criteria For Substance Use Disorders: Recommandations et Rationale. Am J Psychiatry. 2013;170:834-51.

33. Pole Addictologie. ADDICTOLOGIE | Charles Perrens [Internet]. Disponible sur: http://www.ch-perrens.fr/ADDICTOLOGIE

34. Miller W, Rollnick S. L'entretien Motivationnel Aider la personne à engager le changement. 2e édition. Paris: InterEditions; 2013.

35. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du Patient Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_synthese_litterature_etp_vf.pdf

36. Hopital Robert Boulin. Diabéto - Endocrino - Nutrition - Centre Hospitalier Libourne [Internet]. Disponible sur: http://www.ch-libourne.fr/offres-de-soins/nos-services-medicaux/diabetologie-endocrinologie-nephrologie/

37. DGOS. Les équipes de liaison et de soins en addictologie - ELSA [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa

38. Haute Autorité de Santé. Comment prévenir les ré-hospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1744728/fr/comment-prevenir-les-re-hospitalisations-apres-une-exacerbation-de-bronchopneumopathie-chronique-obstructive

Tableau 1. Sources de qualité et unités littérales pour « pathologie chronique ».

Ce tableau représente le découpage syntaxique des définitions de « pathologie chronique ».

Sources de qualité	Unités littérales
Ministère de la Santé, de la Jeunesse des sports et de la vie associative. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [Internet]. 2007 [cité 31 août 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf	maladie/ longue durée/ évolutive/ invalidité/ retentissement sur la vie quotidienne/ présence d'une cause/ Ancienneté de plusieurs mois/ dépendance vis-à-vis/ aide psychologique/ éducation/ adaptation
Haute Autorité de santé. Parcours de soins-Maladie chronique. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Février 2014 [Internet]. [cité 31 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf	maladie/ rarement guérissable/ soins prolongés/ à vie/ incapacités/ handicaps/ dans la durée/ action sociale/ aidants de proximité
La Fondation Roche. Maladie chronique : définition & informations | Fondation Roche [Internet]. [cité 31 août 2017]. Disponible sur: http://www.fondationroche.org/home/fondation-recherche-medicale/maladie-chronique-definition.html	maladie/ période de plusieurs années/ vie sociale, familiale/ professionnelle/ présence d'une cause/ impact (…) sur la vie quotidienne/ défi (…) de santé publique
OMS | Maladies chroniques [Internet]. WHO. [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/	affection/ longue durée/ évoluent lentement/ toute première cause de mortalité/
Archive Larousse : Larousse Médical - chromatine - chronique [Internet]. [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/archives/medical/page/191#t11973	maladie/ évolution lente/ sans tendance à la guérison/ a la différence à la maladie aigue/ se développe/ sur des mois ou années
MesH. Chronic Disease - MeSH - NCBI [Internet]. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68002908	*diseases/ permanent/ disability/ nonreversible/ pathological alteration/ long period*
Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Définition maladie chronique [Internet]. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=maladie+chronique	maladie/ long cours/ insidieux/ succédant à/ proportion des maladies chroniques/ population

NCI Dictionary of Cancer Terms. Definition Chronic disease. [Internet]. National Cancer Institute. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?cdrid=45641	*disease/ persists/ progresses/ long period of time*
Office quebécois de la langue française. Fiche terminologique: maladie chronique. [Internet]. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17562342	maladie/ longue durée/ évoluant/ complication d'une maladie aigue
MedlinePlus. Chronic: Medical Encyclopedia [Internet]. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: https://medlineplus.gov/ency/article/002312.htm	*condition/ continues/ extended period of time/ not easily (…) go away*
Quevauvilliers J. Dictionnaire médical avec atlas anatomique. Masson 6e édition. 2009.	**Maladie:** altération de l'état de santé, et, **Chronique:** évolution lente/ longue durée/ opposé à aigue
Le petit Robert de la langue française. Edition Langue française. 2017.	**Maladie:** Altération/ Entité définissable, et, **Chronique:** dure longtemps/ développe lentement
Delamare. Dictionnaire Abrégé des termes de médecine. 6e édition. 2012.	**Maladie:** altération de l'état de santé/ la cause est connue, et, **Chronique:** dure/ évolue longtemps
Académie Nationale de Pharmacie. Définition chronique. [Internet]. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: http://dictionnaire.acadpharm.org/w/index.php?title=Chronique&oldid=229928	pathologie/ dure/ longue période/ évoluant lentement/ sans tendance à la guérison

Tableau 2. Sources de qualité et unités littérales pour « Addiction »

Ce tableau représente le découpage syntaxique des définitions d' « addiction ».

Sources de qualité	Unités littérales
Académie Nationale de Pharmacie. Dictionnaire: définition addiction. [internet]. Disponible sur: http://dictionnaire.acadpharm.org/w/Addiction	comportement/ nature compulsive/ aliénation de sa liberté de choix/ la consommation/ circuit (…) de la récompense/ besoin impérieux/ substances psychotropes/ habituelle
Ministère des solidarités et de la santé. Prévention en santé: addiction. [internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/	impossibilité répétée/ comportement/ Poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives/ problème de santé publique/ impacts sanitaires, médicaux et sociaux/ consommation/ substances
Office québécois de la langue française. Fiche terminologique: addiction. [internet]. Disponible sur: http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17033138	Besoin/ compulsif/ consommer/ chronique/ répéter/ comportement/ substance
MesH. Définition Addiction Behavior. |internet]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=behavior+addiction	*pathological activity/ inability to overcome/ craving/ habit/ substance/ on the object*
Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Définition addiction. |internet]. Disponible sur: http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=addiction	chronique/ compulsion/ à consommer/ répéter/ comportement/ substance psychoactive/ malgré les conséquences néfastes/ sans que la volonté du sujet puisse s'y opposer/ état émotionnel désagréable/ réseau neuronale dopaminergique/ désir compulsif/ conséquences individuelles, familiales et sociales
Le Grand Robert. Définition addiction. [internet]. Disponible sur: https://gr-bvdep-com.docelec.u-bordeaux.fr/robert.asp	substance/ nocive/ comportement/ compulsif
Larousse. Définition conduite addictive. |internet]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/addictif_addictive/1010/locution	comportement/ répétitif/ incoercible/ nuisible à la santé
Intervenir-addictions.fr. Les niveaux d'usages des substances psychoactives. La dépendance. [internet]. Disponible sur: https://intervenir-addictions.fr/intervenir/les-niveaux-dusage-substances-psychoactives/	besoin irrépressible/ *craving*/ s'installe progressivement/ perte de contrôle/ le consommateur/ tension interne/ accompagnement et soins/ produits/ facteurs environnementaux
NCI Dictionary of Cancer Terms. Dictionary. Addiction. |internet]. Disponible sur: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?CdrID=44639	*uncontrollable/ craving/ seeking/ use of/ substance*
Haute Autorité de Santé. Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». |internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf	phénomènes comportementaux/ l'utilisation/ substances psychoactives/ désir compulsif et puissant/ difficultés à contrôler/ risque de dépendance/ progressif/ conséquences nocives
DSM5. Troubles liés à une substance et troubles addictifs. Edition 2013.	substance/ usage/ activation directe du système cérébral de récompense/ comportements/ continue à consommer (…) malgré des problèmes/ envie impérieuse/ altération du fonctionnement social/ compulsive/ répétées/rechutes chroniques/

Tableau 3. Sources de qualité et unités littérales pour « Hospitalisation »

Ce tableau représente le découpage syntaxique des définitions de « hospitalisation ».

Sources de qualité	Unités littérales
MesH. Hospitalization - MeSH - NCBI [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006760	*confinement of/ a patient/ in a hospital*
Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=hospitalisation	Admission/ un malade/ dans un établissement hospitalier/ pour une (…) ou plusieurs journées/ sur prescription
Haute Autorité de Santé. Le recours à l'hopital en Europe. Définition: soins hospitaliers. Mars 2009 [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/rapport_le_recours_a_l_hopital_en_europe_2009-04-03_09-48-38_85.pdf	des patients/ officiellement admis/ pour un traitement ou des soins/ séjour d'au moins une nuit/ dans un hôpital/ avec hébergement
Dictionnaire Le grand Robert de la langue Française. Définition hospitalisation. 2016	admission/ établissement hospitalier/ Séjour
Office québécois de la langue française. Fiche terminologique Hospitalisation. [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8353943	action d'hospitaliser une personne / admission/ établissement de santé/ fins diagnostics
Académie nationale de pharmacie. Définition hospitalisation. [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: http://dictionnaire.acadpharm.org/w/index.php?title=Hospitalisation&oldid=270148	admission /un patient/ établissement de soin/ sur décision médicale
Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Lexicographie: hospitalisation. [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/hospitalisation	admission/ établissement hospitalier/ séjour
MEDLINE plus. Medical dictianory: hospitalization [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: http://c.merriam-webster.com/medlineplus/hospitalization	*process of being hospitalized/ period of stay/ in a hospital*
Larousse. Dictionnaire de français. Définition hospitalisation [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hospitalisation/40457	admission/ séjour/ dans un hôpital

Tableau 4. Catégories sémantiques pour « pathologie chronique »

Le tableau ci-dessous représente en lignes les 14 sources de qualité choisies, et en colonnes, les 9 catégories sémantiques.

Pathologie chronique	Qui dure	Maladie	Evolue progressivement	Sans tendance à la guérison	Altération fonctionnelle	N'est pas aigue	Explicable par des causes	Enjeu de Santé Publique	Inclut d'autres domaines que la santé
Mesh	*long period*	*diseases*		*nonreversible*	disability		are caused by		
Le petit robert de la langue française	longue durée	altération	se développe lentement		altération				
Dictionnaire médical Quevauvilliers	longue durée	altération état de santé	évolution lente		altération de l'état de santé	opposée à aigue			
Haute Autorité de santé	dans la durée	maladie		rarement guérissable/ à vie	incapacités/handicaps				action sociale/ aidant de proximité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse des sports et de la vie associative	longue durée	maladie	évolutive		retentissement sur la vie quotidienne		présence d'une cause	15 millions de personnes (…) atteintes	aide psychologique/ éducation/ adaptation
Fondation Roche	plusieurs années	maladie			impact (…) sur la vie quotidienne		présence d'une cause	défi (…) de santé publique	vie sociale, familiale, professionnelle
OMS	longue durée	affection	évoluent					première cause de mortalité	

Pathologie chronique	Qui dure	Maladie	Evolue progressivement	Sans tendance à la guérison	Altération fonctionnelle	N'est pas aigue	Explicable par des causes	Enjeu de Santé Publique	Inclut d'autres domaines que la santé
Dictionnaire médical de l'académie de médecine	long cours	maladie	insidieux			succédant à une maladie aigue		la proportion de maladie chronique/ population	
NCI Dictionnaire of cancer term	*long period of time*	*disease*	*progresses*	*persists*					
Larousse	Sur des années	maladie	Evolution lente	sans tendance à la guérison		A la différence de la maladie aigue			
Office québécois de la langue française.	longue durée	maladie	évoluant			complication d'une maladie aigue			
Dictionnaire abrégé des termes de médecine Delamare	dure	altération état de santé					la cause est connue		
Medline Plus	*extended period of time*	*condition*	*continues*	*not easily (…) go away*		*opposite of acute*			
Academie nationale de pharmacie	dure	pathologie	évoluant lentement	sans tendance à la guérison					
Fréquence d'occurrence	**1**	**1**	**0,714**	**0,429**	**0,429**	**0,357**	**0,286**	**0,286**	**0,214**

Tableau 5. Catégories sémantiques pour « Hospitalisation »

Le tableau ci-dessous représente en lignes les 9 sources de qualité choisies, et en colonnes, les 7 catégories sémantiques.

Hospitalisation	Etablissement hospitalier	Admission	Séjour	Patient	Hébergement	À des fins diagnostiques et thérapeutiques	Sur décision médicale
Haute Autorité de santé	dans un hôpital	officiellement admis	séjour d'au moins une nuit	des patients	avec hébergement	pour un traitement	
MesH	*in a hospital*			*a patient*	*confinement*		
Dictionnaire médical de l'académie française	dans un étabissement hospitalier	Admission	pour une ou plusieurs journées	un malade			sur prescription
Office québécois de la langue française.	établissement de santé	Admission		une personne		fins diagnostics	
Larousse	dans un hopital	Admission	Séjour				
Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales	établissement hospitalier	Admission	Séjour				
Medline Plus	*in a hospital*	*process of being hospitalized*	*period of stay*				
Académie nationale de Pharmacie	établissement de soin	admission		un patient			sur décision médicale
Le Grand Robert	établissement hospitalier	Admission	Séjour				
Fréquence d'occurrence	**1**	**0,889**	**0,667**	**0,556**	**0,222**	**0,222**	**0,222**

Tableau 6. Catégories sémantiques pour « Addiction »

Le tableau ci-dessous représente en lignes les 11 sources de qualité choisies, et en colonnes, les 14 catégories sémantiques.

Addiction	Objet	Comportement	Perte de contrôle	Usage	Répété	*Craving*	Compulsif	Chronique	Nocif
Académie nationale de pharmacie	substances psychotrope	comportement	aliénation de sa liberté de choix	la consommation	habituelle		nature compulsive		
Ministère de la santé	substances	comportement	poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences	consommation	répétée				conséquences négatives
Office québécois de la langue française.	substance	comportement		consommer	répéter	besoin	compulsif	chronique	
Mesh	*substance/ on the object*	*pathological activity*	*inability to overcome*		*habit*	*craving*			
Dictionnaire médical de l'académie de médecine	substance psycho-active	comportement	sans que la volonté du sujet puisse s'y opposer	à consommer	répéter	désir	compulsion	chronique	conséquences néfastes
Le Grand Robert	substance	comportement					compulsif		nocive
Larousse		comportement	incoercible		répétitif				nuisible à la santé
Intervenir-addictions.fr	produits		perte de contrôle	le consommateur		besoin irrépressible		s'installe progressivement	
NCI Cancer Terms	*substance*		*uncontrollable*	*use of*		*craving*	*seeking*		
Haute Autorité de santé	substances psychoactives	phénomènes comportementaux	difficultés à contrôler	l'utilisation		désir puissant	compulsif	progressif	conséquences nocives
DSM 5 (APA)	substance	comportements	continue à consommer (…) malgré des problèmes	usage	répétées	envie impérieuse	compulsive	rechute chronique	
Fréquence d'occurrence	**0,909**	**0,818**	**0,818**	**0,727**	**0,636**	**0,636**	**0,636**	**0,454**	**0,454**

Suite du tableau Catégories sémantiques pour « Addiction »:

Addiction	Inclut d'autres domaines que la santé	Activation du circuit de la récompense	Facteurs prédisposants	État émotionnel désagréable	Enjeu de santé publique
Académie nationale de pharmacie		circuit (…) de la récompense			
Ministère de la santé	sanitaires, médicaux et sociaux				problème de santé publique
Office québécois de la langue française.					
Mesh					
Dictionnaire médical de l'académie de médecine	conséquences individuelles familiales et sociales	réseau neuronal dopaminergique	facteurs environnementaux	état émotionnel désagréable	
Le Grand Robert					
Larousse					
Intervenir-addictions.fr	accompagnements et soins		risque de dépendance	tension interne	
NCI Cancer Terms					
Haute Autorité de santé					
DSM 5 (APA)	altération du fonctionnement social	activation directe du système cérébral de récompense			
Fréquence d'occurrence	**0,363**	**0,273**	**0,182**	**0,182**	**0,091**

Tableau 7. Tableau d'Occurrence des catégories sémantiques pour « Pathologie chronique » et « Addiction »

Fréquence d'occurrence	***Pathologie chronique***	***Addiction***
1	maladie/ qui dure	
0,909		objet
0,818		comportement/ Perte de contrôle
0,727		usage
0,714	évolue progressivement	
0,636		*craving/* répétée/ compulsif
0,454		nocif/ chronique
0,429	Altération fonctionnelle/ sans tendance à la guérison	
0,363		Inclut d'autres domaines que la santé
0,357	n'est pas aigue	
0,286	Enjeu de santé publique/ Explicable par des causes	
0,273		Activation du circuit de la récompense
0,214	Inclut d'autres domaines que la santé	
0,182		état émotionnel désagréable/ facteurs prédisposants

Tableau 8. Analyse qualitative des guides Parcours de soin HAS

Analyse qualitative des guides parcours de soin de la Haute Autorité de Santé.	**A quel moment l'hospitalisation intervient dans le parcours de soin ?**	**Les indications d'hospitalisation identifiées dans les documents.**	**Résumé des données extraites.**
Insuffisance cardiaque(24)	-**Traitement des épisodes de décompensation** -Accès à l'hospitalisation organisée, avec accès possible en cardiologie, pour prise en charge aigue d'un épisode de décompensation. -Rôle de l'hospitalisation en cas d'épisode de décompensation	-**Sévérité clinique** : Augmentation marquée de symptômes (dyspnée) ou dégradation majeure par rapport à l'état de base (cyanose, œdèmes des membres inférieurs, signes de bas débit), Exacerbations fréquentes ou épisode récent d'évolution défavorable, tachycardie irrégulière, bradycardie inférieure à 50 par minutes mal tolérée ou BAV de haut degré, hypotension artérielle mal tolérée, angor associé d'apparition récente ou aggravé. -**Sévérité biologique** : hyponatrémie sévère, hyperkaliémie menaçante, anémie, insuffisance rénale d'aggravation progressive. -**Comorbidités sévères** : valvulopathie sévère associée, autres pathologies rendant le maintien à domicile impossible. Patient isolé, aides à domiciles insuffisantes.	3 éléments importants sont à retenir : -Le rôle restreint de l'hospitalisation dans le traitement et suivi de l'insuffisance cardiaque au moment de **l'épisode aigu de la décompensation.** -L'importance **d'une bonne coordination** au moment de l'accès à l'hospitalisation ainsi qu'à la sortie. -Les indications d'hospitalisation classées en 3 parties selon une **sévérité clinique, une sévérité biologique et une sévérité liée aux comorbidités médicales et sociales**.

Analyse qualitative des guides parcours de soin de la Haute Autorité de Santé.	**A quel moment l'hospitalisation intervient dans le parcours de soin ?**	**Les indications d'hospitalisation identifiées dans les documents.**	**Résumé des données extraites.**
<u>Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)</u>(25)	-Prise en charge des complications en ambulatoire dans le paragraphe Exacerbations. L'hospitalisation est alors indiquée **lorsque la prise en charge en ambulatoire n'est pas possible**. Un patient hospitalisé pour exacerbation est à risque de nouvelles exacerbations, dont il faut prévenir les ré-hospitalisations.	-Sujet âgé de plus de 70 ans, Présence de comorbidités, BPCO sévère ou très sévère, signes cliniques ou gazométriques de gravité immédiate, nécessité d'une oxygénothérapie, dégradation rapide, augmentation marquée des symptômes ou dégradation majeure par rapport à l'état de base, exacerbations fréquentes ou épisode récent d'évolution défavorable, difficulté diagnostique, patient isolé ou aides à domicile insuffisantes.	L'hospitalisation n'a pas de rôle précisé par le guide parcours de soin dans le traitement et le suivi du patient atteint de BPCO stable. **Les exacerbations de BPCO sont prises en charge en ambulatoire,** sauf cas particuliers et spécifiés par des indications d'hospitalisation. Nous pourrions classer les critères d'hospitalisation en 3 catégories : **sévérité clinique, sévérité paraclinique (ou biologique) et sévérité liée aux comorbidités médicales et sociales**.

Analyse qualitative des guides parcours de soin de la Haute Autorité de Santé.	**A quel moment l'hospitalisation intervient dans le parcours de soin ?**	**Les indications d'hospitalisation identifiées dans les documents.**	**Résumé des données extraites.**
<u>Maladie de Parkinson</u>(26)	-L'hospitalisation appartient à l'offre de soin de proximité. -Il est précisé les risques liés à l'hospitalisation.	- Une aggravation des symptômes parkinsoniens liés à l'évolution propre de la maladie, comme une période off prolongée ou une majoration des dyskinésies. -Un changement aigu de l'état mental incluant l'anxiété, la confusion mentale, des hallucinations et/ou des troubles psychotiques. -Un changement aigu de l'état physiologique comme une pneumopathie, une infection urinaire, une occlusion intestinale, une fausse route. -Un traumatisme secondaire à une chute, comme une fracture du col fémoral. -L'épuisement de l'aidant ou/et un manque de service d'aides à domicile. -Un dysfonctionnement de la pile de stimulation	Le recours à l'hospitalisation fait partie de l'offre de soin de proximité du patient *cum* Parkinson, et ses indications sont **restreintes à l'aggravation clinique brusque** comprenant un changement aigu de l'état mental, ou encore liées à des **complications directes de la maladie**, et aussi à la sévérité de la **comorbidité sociale**. Il est de plus spécifié les risques liés à une hospitalisation dans un service qui ne soit pas spécialisé dans la prise en charge de cette pathologie.

Analyse qualitative des guides parcours de soin de la Haute Autorité de Santé.	A quel moment l'hospitalisation intervient dans le parcours de soin ?	Les indications d'hospitalisation identifiées dans les documents.	Résumé des données extraites.
<u>Diabète de type 2 chez l'adulte</u> (27)	-L'hospitalisation peut être le moment d'un dépistage systématique de diabète chez la personne âgée de plus de 75 ans. -L'hospitalisation systématique pour l'initiation d'un traitement par insuline doit être évitée. -De plus dans le cas du diabète gestationnel, des indications à hospitaliser doivent être précisé dans le cadre d'un protocole pluriprofessionnel de suivi ambulatoire. -Il faut éviter les hospitalisations de jour pour des bilans de suivis de diabète de type 2 qui peuvent être réalisés en ambulatoire. -Lorsqu'un patient diabétique est hospitalisé en dehors d'un service de diabétologie, alors faire intervenir une équipe spécialisée.	- Signes systémiques d'infection chez un patient diabétique présentant une plaie de pied. -AVC/AIT, IDM/SCA appel du 15.	- L'indication d'hospitalisation en cas d'un diabète de type 2 est restreinte à l'infection systémique d'un patient présentant une plaie de pied diabétique, ou à l'AVC/IDM ; soit à un signe de gravité clinique en lien avec une complication du diabète de type 2. - L'hospitalisation est à éviter dans le cadre d'un bilan de suivi de diabète de type 2 pouvant être réalisé en ambulatoire. -Faire intervenir une équipe spécialisée en diabétologie pendant l'hospitalisation d'un patient diabétique.

Tableau 9. : Vérification des indications d'hospitalisation dans le parcours de soin d'une pathologie chronique

INDICATIONS D'HOSPITALISATION DANS LE PARCOURS DE SOIN D'UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE	SIGNES DE GRAVITES CLINIQUES DIRECTEMENT LIES A LA MALADIE CHRONIQUE	SIGNES DE GRAVITE CLINIQUES DIRECTEMENT LIES AUX COMPLICATIONS PHYSIQUES DE LA MALADIE CHRONIQUE	SIGNES DE GRAVITE CLINIQUES DIRECTEMENT LIES AUX COMPLICATIONS PSYCHIQUES DE LA MALADIE CHRONIQUE	SIGNES DE GRAVITE CLINIQUE NECESSITANT UN TRAITEMENT SPECIFIQUE HOSPITALIER	SIGNES DE GRAVITES PARACLINIQUES	SIGNES DE GRAVITE LIES AUX COMORBIDITES MEDICALES	SIGNES DE GRAVITE LIES AUX COMORBIDITES SOCIALES
BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE	BPCO sévère ou très sévère, patient âgé de 70 ans. Signes cliniques de gravités immédiates. Dégradation rapide. Augmentation marquée des symptômes ou dégradation majeure par rapport à l'état de base. Exacerbation fréquentes ou épisode récent d'évolution défavorable. -Difficulté diagnostique			Nécessité d'une oxygénothérapie.	Signes gazométriques de gravité immédiate.	Présence de comorbidités.	Patient isolé ou aides à domiciles insuffisantes.
INSUFFISANCE CARDIAQUE	Augmentation marquée des symptômes ou dégradation majeure par rapport à l'état de base. Exacerbations fréquentes ou épisodes récents d'évolution défavorable.	Tachycardie irrégulière (Fibrillation auriculaire). Bradycardie inférieure à 50 battements par minute mal tolérée, ou bien BAV de haut degré. Hypotension artérielle mal tolérée. Angor associé d'apparition récente ou aggravée			Anémie, Hypokaliémie sévère ou hyperkaliémie menaçante, Insuffisance rénale d'aggravation progressive.	Valvulopathie sévère associée, Ou autres pathologies rendant impossible le maintien au domicile.	Patient isolé. Aide à domicile insuffisante.

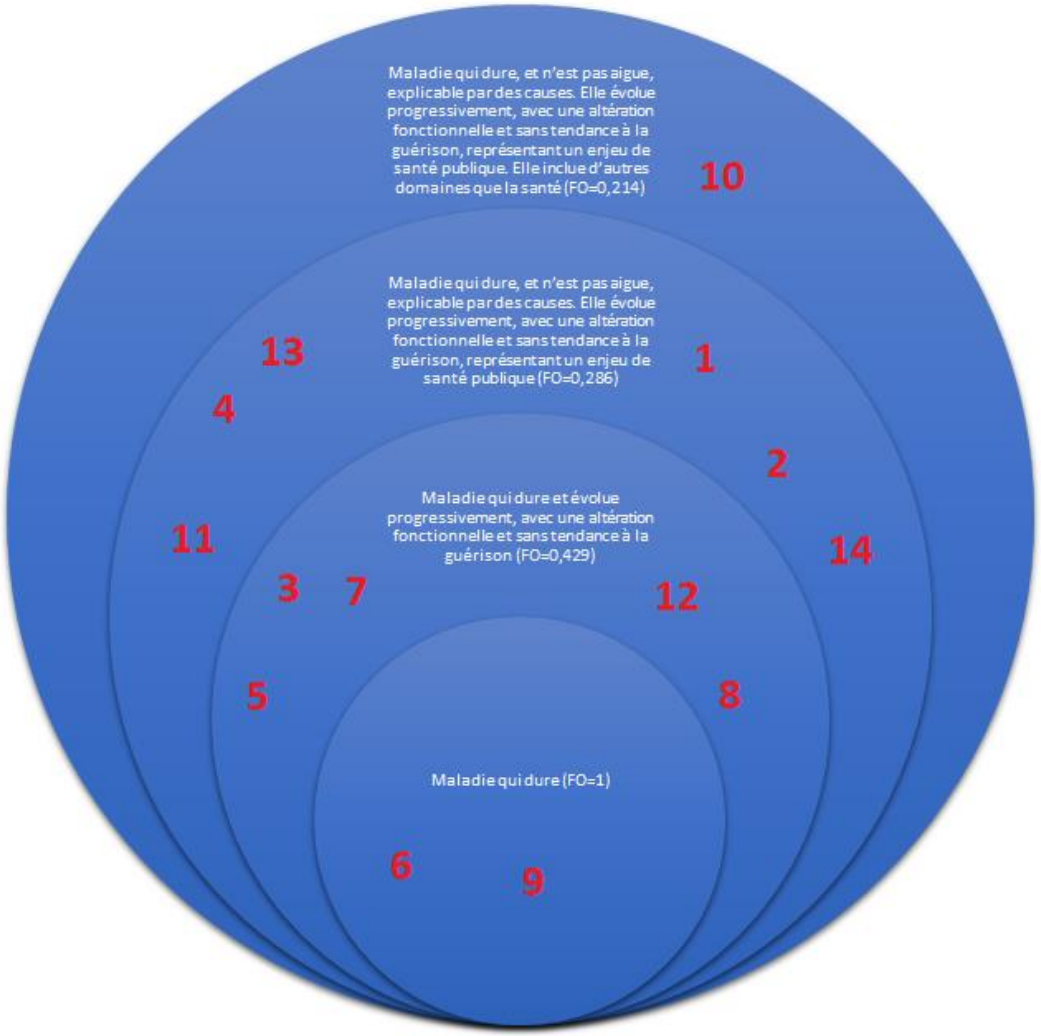
INDICATIONS D'HOSPITALISATION DANS LE PARCOURS DE SOIN D'UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE	Signes de gravités cliniques directement liés à la maladie chronique	Signes de gravité cliniques directement liés aux complications physiques de la maladie chronique	Signes de gravité cliniques directement liés aux complications psychiques de la maladie chronique	Signes de gravité clinique nécessitant un traitement spécifique hospitalier	Signes de gravités paracliniques	Signes de gravité liés aux comorbidités médicales	Signes de gravité liés aux comorbidités sociales
MALADIE DE PARKINSON	Une aggravation des symptômes parkinsoniens liés à l'évolution propre de la maladie, comme une période off prolongée ou majoration des dyskinésies.	Un changement aigu de l'état physiologique comme une pneumopathie, infection urinaire, occlusion intestinale, fausse route. Un traumatisme secondaire à une chute comme une fracture du col du fémur.	Changements aigus de l'état mental incluant, anxiété, hallucinations, confusion mentale et/ou troubles psychotiques.	Un dysfonctionnement de la pile de stimulation.			Epuisement de l'aidant et/ou un manque de service d'aide à domicile
DIABETE DE TYPE 2		Signes d'infection systémique liées à une plaie de pied diabétique AVC/AIT, IDM/SCA					

Tableau 10. Situations addictologiques illustrant les indications génériques d'hospitalisation précédemment identifiées

Nous avons illustré les indications d'hospitalisation génériques, réparties en 7 colonnes, par des situations d'addictologie.

Indications d'hospitalisation lors d'une décompensation aigue d'un trouble de l'usage ne pouvant être traitée en ambulatoire	**Signes de gravités cliniques directement liés à la maladie chronique**	**Signes de gravité cliniques directement liés aux complications physiques de la maladie chronique**	**Signes de gravité cliniques directement liés aux complications psychiques de la maladie chronique**	**Signes de gravité clinique nécessitant un traitement spécifique hospitalier**	**Signes de gravités paracliniques**	**Signes de gravité liés aux comorbidités médicales**	**Signes de gravité liés aux comorbidités sociales**
Trouble de l'usage	Un *craving* intense et non contrôlable malgré un parcours de soin ambulatoire adapté. Une perte de contrôle de l'usage grave et importante malgré un parcours de soin ambulatoire adapté.	Une situation de gravité clinique somatique liée à l'intoxication aigue. Une situation de gravité clinique somatique liée à l'intoxication chronique.	Un risque suicidaire trop élevé pour être suivi en ambulatoire. Des troubles cognitifs liés à l'intoxication chronique et empêchant le suivi ambulatoire Un symptôme psychiatrique intense lié à l'intoxication aigue ou à l'intoxication chronique. Un symptôme psychique aigu lié au sevrage à une substance psychoactive.	Nécessité de mise en place de traitement spécifiquement hospitalier afin de traiter une complication de l'addiction.	Une aggravation brusque du score ASI malgré un suivi ambulatoire adapté. Un résultat paraclinique grave lié à une complication de l'addiction	Décompensation aigue d'une comorbidité somatique indépendante de l'intoxication à une substance psychoactive. Décompensation aigue d'une comorbidité psychiatrique indépendante de l'intoxication à une substance psychoactive. Une difficulté diagnostique malgré un suivi ambulatoire adapté.	Isolement et problématiques sociales trop importantes malgré une prise en charge ambulatoire adaptée.

Figure 1. Diagramme de VENN : Inclusion des unités littérales constituant la définition de l'addiction dans les ensembles représentant les définitions consensuelles de pathologie chronique (variation des FO).

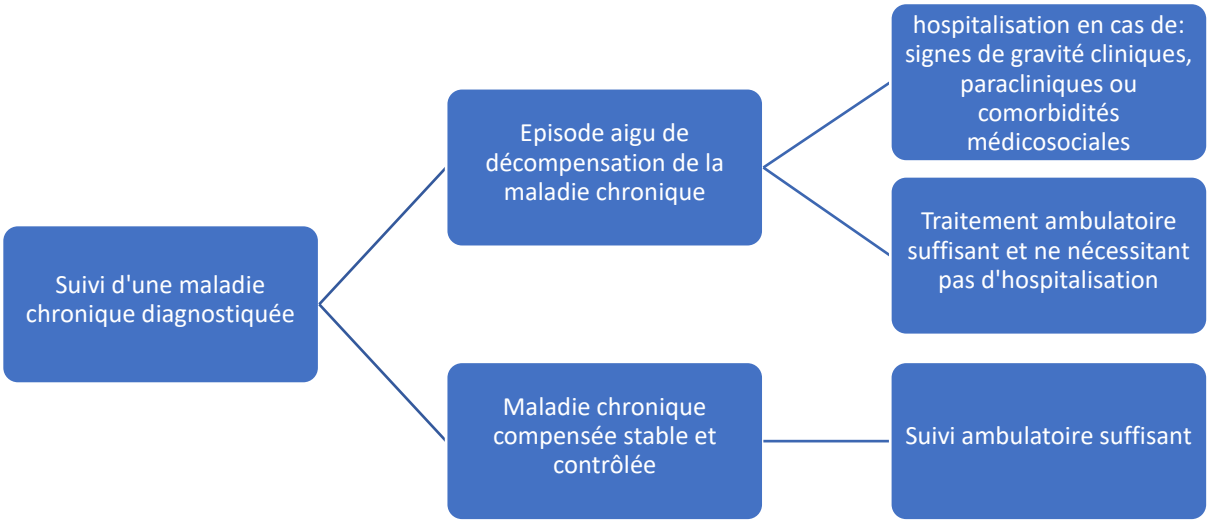


Eléments constituant la définition consensuelle d'Addiction, classés par fréquence d'occurence décroissante:

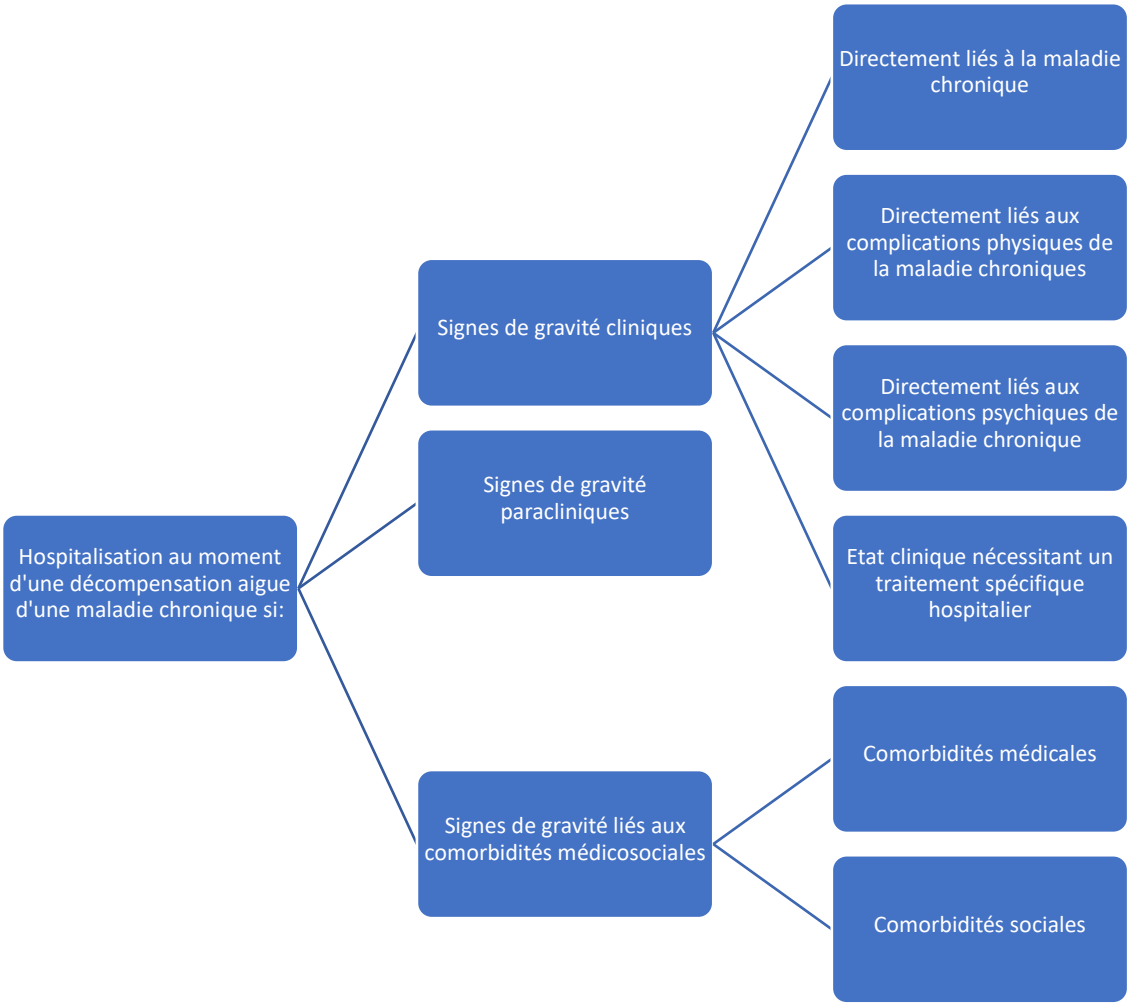
1-Objet
2-Comportement
3-Perte de contrôle
4-Usage
5-Craving
6-Répétée
7-Compulsif
8-Nocif
9-Chronique
10-Inclue d'autres domaines que la santé
11-Activation du circuit de la récompense
12-Etat émotionnel désagréable
13-Facteurs prédisposant
14-Enjeu de santé publique

Figure 2. Organigramme de synthèse de l'analyse qualitative des guides Parcours de soin HAS

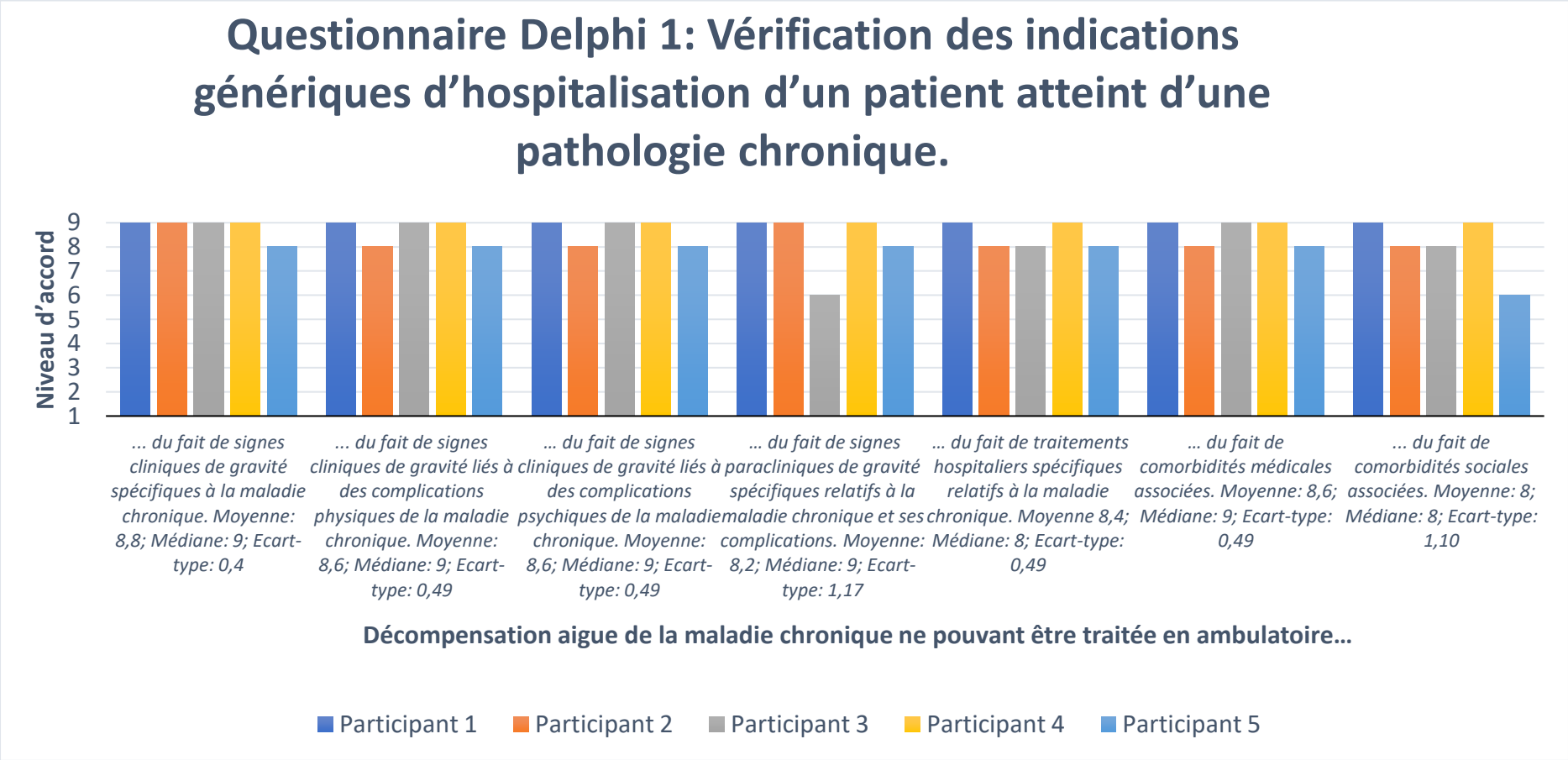
- **A quel moment l'hospitalisation intervient dans le parcours de soin ?**



- **Les indications d'hospitalisation génériques identifiées dans les guides parcours de soin HAS.**

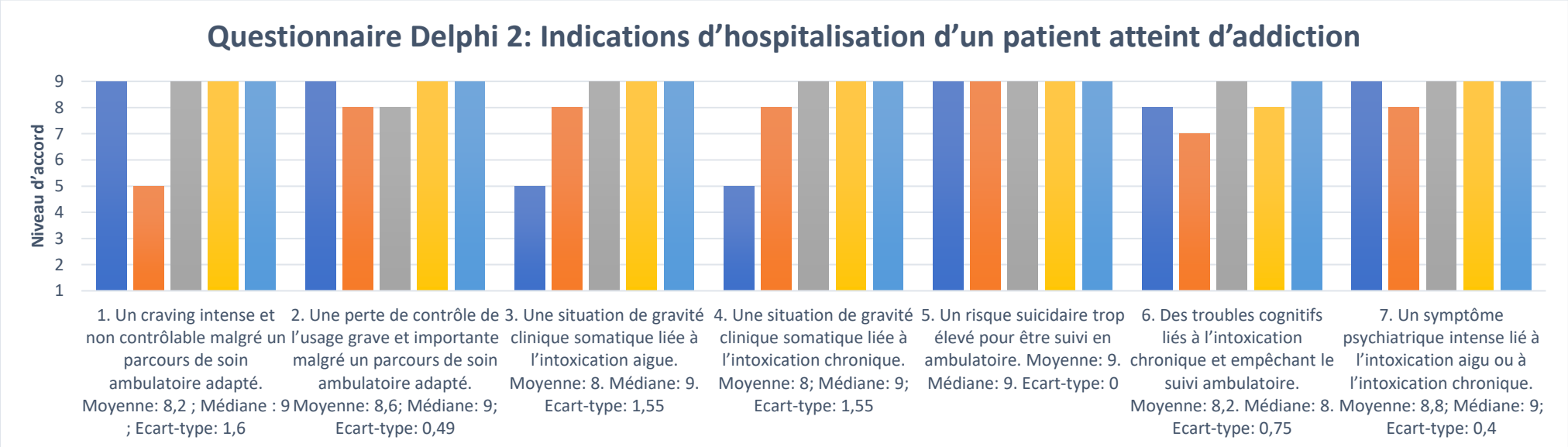


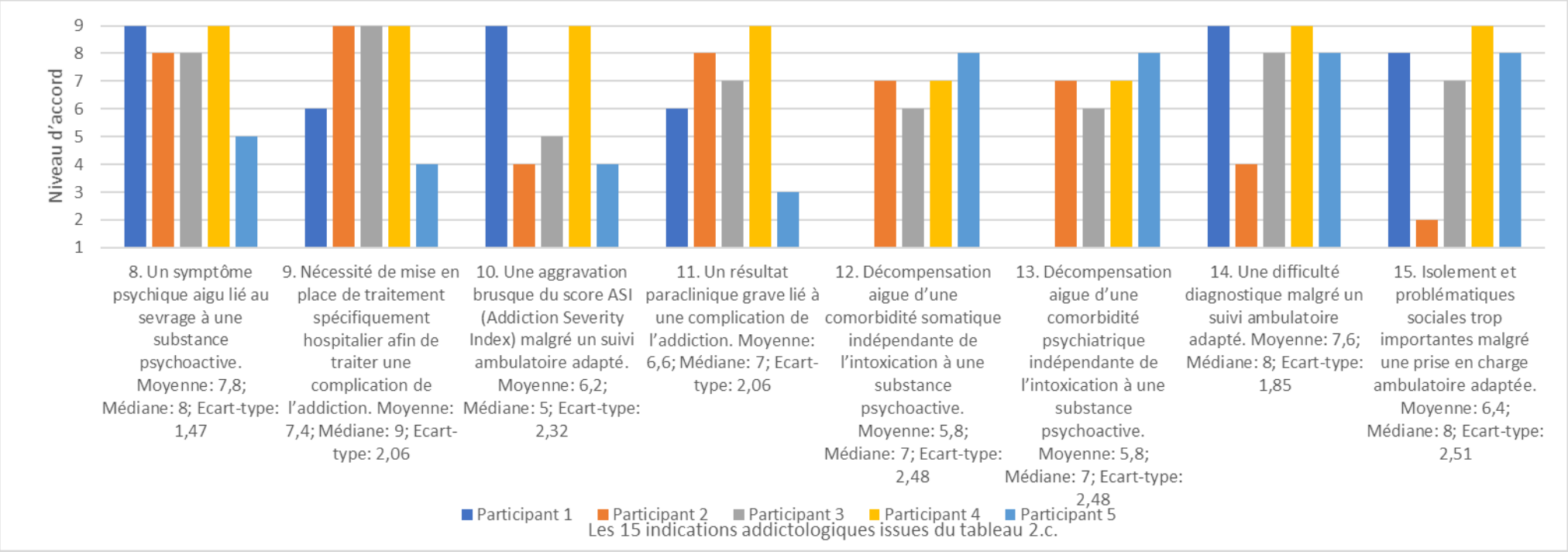
Graphique 1. Réponse des experts au questionnaire Delphi 1



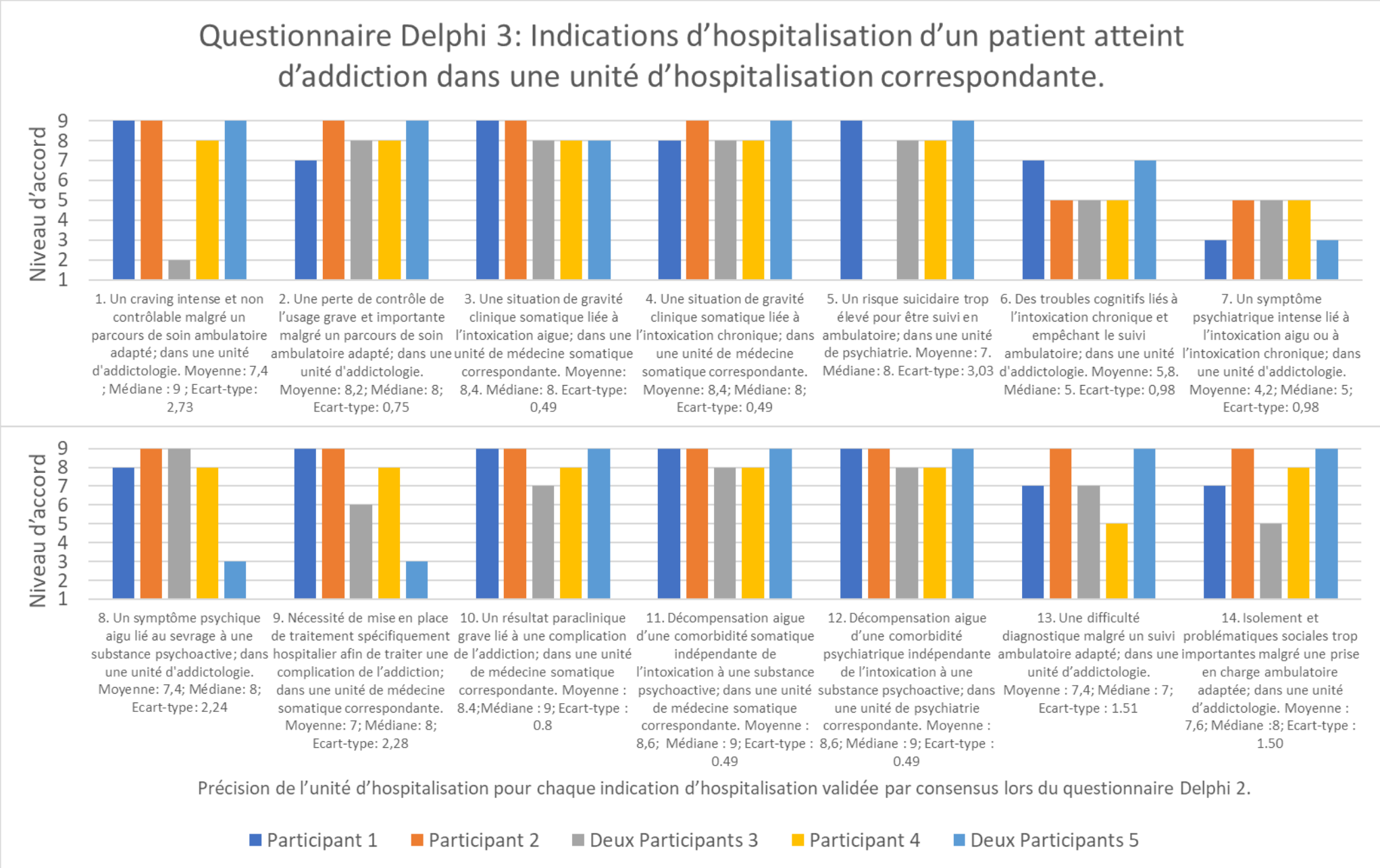
Graphique 2. Réponse des experts au questionnaire Delphi 2

3.b. Questionnaire Delphi 2





Graphique 3. Réponse des experts au questionnaire Delphi 3



Annexes

Tableaux commentaires Questionnaire Delphi 2

Indications	**1**	**3**	**4**	**9**	**10**
Consensus[1]	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Désaccord[2]	Non	Non	Non	Non	Non
Commentaires[3]	« A mon sens un *craving* est toujours intense et difficilement contrôlable. Un traitement ponctuel peut suffire. »	« oui en somatique »	« oui en somatique »	« Oui dans le service concerné » « Hospitalisation en médecine selon le type de complication et le type de traitement »	« A réévaluer en ambulatoire » « Je pense qu'il faut à ce sujet un accord du patient, pour avoir une participation active du patient dans le soin » « Intensification suivi ambulatoire vs hospitalisation »

Indications	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
Consensus	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Désaccord	Non	Non	Non	Non	Non
Commentaires	« Dans le service concerné » « Tous les résultats paracliniques graves ne nécessitent pas d'hospitalisation en médecine »	« Aucun rapport » « J'hospitalise mais pas dans un service d'addictologie obligatoirement. »	« Aucun rapport » « Idem, pas obligatoirement en addicto, mais plus en psychiatrie »	« Il faut pratiquer des examens complémentaires avec l'accord du patient (analyse d'urines, GGT, etc....observer le patient son état psychique dans le temps - il faut laisser du temps au temps... »	« Cela relève des travailleurs sociaux au sens large. »

Tableaux commentaires Questionnaire Delphi 3

Indications	1	5	6	7	8
Consensus[4]	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Désaccord[5]	Non	Non	Non	Non	Non
Commentaires[6]	« Analyser l'origine de ce *craving* et évaluer les facteurs émotionnels - faire entretien individuel et traiter éventuellement par pharmacothérapie. »	« la crise suicidaire n'est pas forcément psychiatrique et elle est ici secondaire à une addiction »	« D'accord mais tout dépend l'objectif de l'hospitalisation » « Plutôt dans une unité de psychiatrie adaptée. Il existe très peu de structures adaptées aux troubles cognitifs graves. Toutefois il est nécessaire d'évaluer l'ampleur des troubles cognitifs. » « Dans un premier temps oui pour voir s'il y a régression, par contre si l'état est installé et que l'on sait qu'il n'y aura plus de retour possible la question se pose avec la psychiatrie ou une unité spéciale addictologique dont on sait qu'il n'y en a pas beaucoup en France. »	« Passage préalable en unité de psychiatre d'urgence avec transfert dès que possible en addictologie » « Cela dépend du symptôme psychiatrique... » « Oui si gérable par la structure d'addictologie en fonction de l'architecture et du symptôme » « Unité de psychiatrie »	« Unité de psychiatrie »

Indications	9	13	14
Consensus[7]	Oui	Oui	Oui
Désaccord[8]	Non	Non	Non
Commentaires[9]	« Tout dépend de l'origine de la complication. » « Pas clair, les complications peuvent être autres que somatiques »	« Question difficile à comprendre : diagnostic somatique ? Suivi ambulatoire somatique ? Je pense que pour un diagnostic somatique il y a meilleurs que les addictologues ! »	« A mon sens les problèmes sociaux doivent être traités en ambulatoire. IL faut hospitaliser le patient uniquement s'il est en danger avec des problèmes addictologiques associés. »

RESUME

Introduction. Le repérage médical d'une addiction aboutit souvent à une hospitalisation en vue de sa suspension définitive. Pourtant, pour les autres maladies chroniques, une hospitalisation est indiquée pour des situations particulières et l'objectif n'est pas la suspension définitive de la maladie chronique. Notre objectif était de clarifier l'addiction comme maladie chronique et déterminer des indications explicites d'hospitalisation.

Méthode. Etude de validité apparente en trois étapes successives ; (1) à partir de l'analyse de définitions consensuelles, rechercher par la théorie des sous-ensembles si l'addiction peut être considérée comme une maladie chronique ; (2) Elaborer des indications génériques d'hospitalisation à partir de l'analyse de parcours de soin de maladie chronique validée par l'HAS et les appliquer à l'addiction (3) Valider par consensus d'experts méthode Delphi les indications déterminées.

Résultats : L'étape (1) a montré que la définition de l'addiction permet de l'inclure dans celle de maladie chronique. L'étape (2) a déterminé 7 indications d'hospitalisation d'un patient atteint d'une pathologie chronique, et son application à l'addiction a identifié 15 indications d'hospitalisation d'un patient atteint d'addiction. A l'étape (3), la méthode Delphi a permis d'obtenir un consensus concernant 14 des 15 indications.

Conclusion : En clarifiant l'addiction comme maladie chronique, nous avons pu déterminer 14 indications d'hospitalisation d'une personne avec addiction et les distinguer clairement du soin dans la durée de l'addiction. Ces indications peuvent aider le médecin généraliste à mieux accompagner les patients avec addiction sur le modèle de son implication pour les maladies chroniques en général.

Mots clefs : addiction, maladie chronique, parcours de soins, hospitalisation