

PREAMBULE

Définition troubles cognitifs et addictions

Les troubles neurocognitifs liés aux addictions favorisent le maintien du comportement addictif et représentent un frein à la prise en charge du patient. En effet, la prise en charge des patients s'appuie sur l'observance du traitement médicamenteux, sur la capacité à adhérer à un suivi médico-psycho-social et sur des approches thérapeutiques cognitivo- comportementales dont l'efficacité est reconnue pour la prise en charge des troubles addictifs.

Il existe deux catégories de troubles neurocognitifs associés aux addictions :

1. Les troubles cognitifs liés à la toxicité spécifique de chaque substance ;
2. Les troubles cognitifs communs aux addictions et qui maintiennent le comportement addictif.
 - Les troubles de la motivation sont à l'origine de difficultés à investir les soins sur le long terme avec une recherche de bénéfices secondaires immédiats ;
 - Les troubles mnésiques de type épisodiques sont à l'origine de difficultés à se souvenir des événements négatifs liés à l'addiction ; se souvenir du passé est nécessaire pour se projeter dans l'avenir et faire des projets ; se souvenir des horaires du traitement et des rendez-vous de suivi est nécessaire pour le traitement du trouble addictif ;
 - L'impulsivité et les troubles exécutifs sont à l'origine de difficultés à planifier (par exemple des rendez-vous) dans le temps, à changer de stratégie et son schéma de pensée confronté à des situations à risque de consommation ;
 - Les conduites à risque de consommation sont liées à des difficultés à inhiber son comportement et à prendre des décisions d'arrêt de consommation.

En d'autres termes, arrêter ses consommations suppose que le sujet présente de bonnes capacités cognitives. En effet, la motivation à changer un comportement repose sur la capacité à prendre conscience du retentissement négatif des consommations, la capacité à envisager le changement et à prendre une décision d'arrêt du comportement. Ainsi, la prise en charge des troubles neurocognitifs liés aux addictions est nécessaire pour que le patient puisse investir la prise en charge addictologique et doit faire l'objet d'une attention toute particulière par les soignants dans le repérage mais aussi l'accompagnement des patients. Les soignants sont souvent mis en difficultés par l'incapacité des patients d'adhérer aux soins et leur compréhension des difficultés engendrées par les troubles neurocognitifs sévères est indispensable pour qu'ils puissent accompagner au mieux les patients dans leur démarche de soins.

La place de l'expertise dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères au sein des SSR autorisé à la mention « conduites addictives »

Un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) autorisé à la mention « conduites addictives » est centré sur les conduites addictives. Ses patients doivent être à même de suivre le programme de soins en addictologie, ce qui suppose une aptitude à la construction et au maintien de la motivation, à l'apprentissage de nouveaux comportements, à l'introspection et l'analyse des situations de rechute et une capacité à mobiliser des compétences sociales Les patients pris en charge peuvent présenter des troubles cognitifs modérés.

Le SSR autorisé à la mention « conduites addictives » reconnu expert et décrit par le présent cahier des charges est centré sur les troubles cognitifs sévères liés aux conduites addictives et la perte d'autonomie. Ses patients bénéficient d'actions de réadaptation et d'adaptation leur permettant de récupérer des compétences suffisantes pour poursuivre leurs soins et/ou bénéficier d'un environnement adapté à leurs besoins.

I MISSIONS ET ORGANISATION

1. Missions et objectifs de la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive

Les troubles cognitifs sont fréquents chez les personnes présentant une conduite addictive.

La littérature scientifique relève l'existence de troubles cognitifs chroniques attribuables à la plupart des substances psychoactives. Cependant la prévalence des seuls troubles cognitifs liés à la consommation d'alcool a donné lieu à des études chiffrées ; 50 à 70 % des patients hospitalisés pour une dépendance à l'alcool présenteraient un tel trouble, plus ou moins sévère dont 10% seraient sévères (réf : Dematteis & Pennel, 2018 / Le Berre, Fama, & Sullivan, 2017).

En pratique, leur prévalence est sous-estimée pour diverses raisons (défaut de repérage, complexité de la symptomatologie, troubles dissimulés derrière les consommations, ...). Ils sont, de ce fait insuffisamment pris en charge et constituent une perte de chance du fait d'un cercle vicieux :

- En diminuant l'efficacité du traitement qui repose sur différentes méthodes qui font précisément appel aux fonctions altérées telles que la mémoire épisodique (difficultés à se souvenir des événements négatifs et des situations qui ont engendré une consommation), les fonctions exécutives (difficulté à planifier des actions, difficulté à mettre en place de nouvelles stratégies de non consommation, impulsivité, ambivalence décisionnelle ...), la motivation, la cognition sociale (capacité à reconnaître ses propres émotions et celles d'autrui) ;
- En favorisant la poursuite de la conduite addictive qui contribue à aggraver les troubles cognitifs.

L'association fréquente de troubles psychiatriques accentue encore certaines altérations cognitives.

L'évolution actuelle des connaissances sur les troubles cognitifs liés à la consommation de substances psychoactives va dans le sens d'un continuum des troubles chez les consommateurs allant de troubles légers ou modérés à des troubles sévères, type syndrome de Korsakoff chez les patients alcoolo-dépendants avec un pronostic défavorable à moyen terme et une difficulté à intégrer des programmes de réadaptation.

Si la corrélation entre l'imagerie et la clinique reste faible, il est maintenant certain que, **contrairement aux altérations d'origine dégénérative et vasculaires**, la plus grande partie de **ces troubles, même dans leur version sévère (sauf en cas d'altérations irréversibles de type démentielle), s'améliorent avec l'arrêt prolongé de la consommation des substances psychoactives et une prise en charge spécialisée adaptée**, dans le cadre d'un programme de réadaptation psychosociale.

Actuellement, l'insuffisance de repérage, d'évaluation et de prise en charge adaptée de ces patients ainsi que l'absence de parcours de soins clairement identifié, constituent une réelle perte de chance avec un renforcement de la pathologie addictive qui vient aggraver les troubles cognitifs. Ainsi, de tels troubles favorisent la désinsertion sociale voire la marginalisation et la perte d'autonomie.

a. Missions

- Repérer et produire une évaluation neuropsychologique spécifique des troubles cognitifs sévères liés aux addictions ;
- Proposer une prise en charge efficace des troubles cognitifs sévères liés aux addictions et significatifs au regard de l'autonomie du patient ;
- Proposer une prise en charge addictologique et un parcours de soins adapté pour les personnes présentant des troubles neurocognitifs, en respectant les ressources et l'évolution des patients ;
- Assurer une mission de recours et d'expertise pour les structures d'addictologie du territoire
- Compléter l'offre de soin pour les patients présentant des troubles cognitifs sévères sur un territoire donné.

b. Objectifs

- Évaluer la situation globale de la personne :
 - En premier lieu, le fonctionnement cognitif,
 - Au niveau médical, addictologique,
 - Les ressources familiales, amicales, professionnelles, le lieu de vie,
 - Son autonomie dans son environnement ;
- Proposer des actions de réadaptation psycho-sociales et améliorer la qualité de vie par des actions permettant de :
 - Restaurer le fonctionnement cognitif ou le compenser,
 - Préserver et récupérer le maximum des capacités d'autonomie,
 - Préserver et restaurer la santé (somatique et psychique),
 - Favoriser le maintien de l'abstinence,
 - Développer ou créer un environnement favorable à une vie sans produits et des ressources (médicales, sociales, ...) qui y contribuent ;
- Préparer la sortie :
 - Organiser la suite des soins addictologiques qui peuvent être en résidentiel : structure de soins de suite et de réadaptation (SSR) autorisée à la mention « conduites addictives », structure médico-sociale avec hébergement ou en ambulatoire, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), consultations hospitalières, hôpitaux de jours (HDJ) en addictologie,
 - Organiser le retour dans un lieu de vie adapté qui peut être le domicile ou une structure adaptée au handicap : appartements thérapeutiques, familles d'accueil, maison d'accueil spécialisée (MAS) ;
- Réduire les hospitalisations suite au rechutes et aux problèmes de santé.

Une condition nécessaire à la réussite des soins est l'éloignement du patient de ses consommations, c'est pourquoi l'hospitalisation complète (HC) est requise.

Les soins comporteront une dimension individuelle et collective, une prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale.

2. Indications principales

Le SSR autorisé à la mention « conduites addictives » reconnu expert en troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive s'adresse aux patients adultes présentant des troubles cognitifs sévères liés à la consommation de substances psychoactives (SPA).

La sévérité du patient peut être évaluée selon plusieurs critères.

- La sévérité des troubles cognitifs : le nombre de fonctions et domaines cognitifs atteints et l'intensité de ces atteintes (tests et bilan neuropsychologiques) ;
- Le retentissement sur la vie quotidienne (autonomie) évalué par l'observation clinique et l'accompagnement pluridisciplinaire ;
- Les conséquences sur les conduites addictives : la responsabilité de la perturbation cognitive dans les difficultés à maintenir l'abstinence de SPA ;
- Les comorbidités somatiques ou psychiatriques qui, même stabilisées, augmentent la complexité et peuvent modifier les soins.

La sévérité du patient est la résultante pondérée de ces évaluations : légère, modérée, sévère, au sein d'un continuum.

Ainsi les bilans neurocognitifs et les examens d'imagerie ou examens complémentaires sont essentiels, ils permettent de poser un diagnostic, d'évaluer le degré de sévérité des troubles cognitifs et permettent l'élimination des diagnostics différentiels (maladie d'Alzheimer, démence fronto-temporale, démence vasculaire, autres, ...).

La sévérité des troubles doit être évaluée à distance des consommations de produits.

A la suite de l'évaluation initiale, c'est la présence de plusieurs critères (même parfois modérés) et la complexité qui en résultera, qui justifiera l'intégration au sein d'un SSR autorisé à la mention « conduites addictives » reconnu expert.

Au même titre que pour les SSR autorisés à la mention « conduites addictives », à l'admission, le fonctionnement du patient doit être stabilisé sur le plan somatique et psychiatrique. Les éventuelles perturbations induites par les troubles devront être compatibles avec l'organisation, les infrastructures et les ressources en matière de surveillance.

3. Organisation du parcours de soin

Ce type de prise en charge nécessite une réflexion en parcours complet.

En matière d'organisation, il est pertinent d'envisager *a minima* un SSR autorisé à la mention « conduites addictives » reconnu expert par région.

Le SSR reconnu expert pourra être mobilisé par les intervenants et structures d'aval et d'amont en appui et conseil.

a. Lien avec les intervenants et structures d'amont

En amont du SSR reconnu expert, le patient est pris en charge au sein d'établissements de santé. Un sevrage et, si possible, le repérage des troubles neuropsychologiques doit être organisé dans le parcours. Dès lors que le patient, à l'issue du sevrage, présente des troubles cognitifs sévères persistants (supposés ou avérés), une orientation en SSR autorisé à la mention « conduites addictives » reconnu expert est indiquée.

Le SSR reconnu expert pourra être mobilisé par les établissements de santé d'amont pour évaluer la pertinence d'une orientation. En particulier, en cas de difficulté à évaluer les troubles neurocognitifs, une hospitalisation plus courte pour un travail d'évaluation pourra être organisée.

L'organisation du parcours se décline de la façon suivante :

Les orienteurs vers le SSR reconnu expert peuvent être :

- D'autres établissements de santé du dispositif spécialisé en addictologie : soins aigus, SSR autorisé à la mention « conduites addictives », CSAPA, consultations d'addictologie, hospitalisation en addictologie à temps plein ou à temps partiel ;
- Des services de médecine polyvalente et spécialisés non addictologiques ;
- Des services de psychiatrie ;
- Des SSR polyvalents ;
- Les médecins traitants.

Un sevrage devra être effectué avant l'admission.

Lorsqu'ils sont parties prenantes du projet de sortie du patient, les établissements de santé d'amont sont tenus informés du déroulement des soins et peuvent y être associés.

b. L'aval du SSR reconnu expert

Le projet de sortie doit être élaboré au cas par cas, en fonction de l'âge, de l'état de santé du patient, de son environnement, de l'évolutivité de ses troubles, ...

Le suivi addictologique doit être organisé lorsque les troubles ont suffisamment régressé pour le rendre possible.

Selon la récupération du patient, sera organisé un relais en SSR autorisé à la mention « conduites addictives », vers des consultations hospitalières, des HDJ en addictologie, en CSAPA, voire auprès d'addictologues libéraux.

Lorsque la récupération du patient est incomplète, il convient de proposer un allongement du séjour afin de poursuivre les soins et de mettre en place une orientation vers un lieu de vie adapté à la situation et au handicap résiduel.

Le retour à domicile doit être organisé chaque fois que possible avec si besoin, le recours aux aides et soutien des aidants (structure d'hospitalisation à domicile - HAD, équipe mobile, aide à domicile, service de soins infirmiers à domicile – SSIAD, ...)

Si cela est impossible, il conviendra de travailler sur une orientation adaptée en établissement médicosocial (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD avec dérogation d'âge, MAS, foyer d'accueil médicalisé - FAM, maison korsakoff ...) ou en pension de famille adaptée, famille d'accueil, ...

En cas de besoin, les partenaires intervenants après la sortie du patient peuvent bénéficier d'une sensibilisation sur les répercussions des perturbations cognitives persistantes après les soins.

Selon les territoires, le manque de structure adaptée au handicap résiduel de ce public: (établissements médicosociaux, logements adaptés, familles d'accueil, ...) peut être un écueil à la construction du parcours du patient.

Le travail en réseau est privilégié et indispensable. Le SSR autorisé à la mention « conduites addictives » reconnu expert en Troubles Cognitifs Sévères Liés aux Addictions (TCSLA) doit être implanté et acteur du réseau des différents acteurs de soins des addictions afin d'informer, d'aider et d'orienter les professionnels faisant face à ces TCSLA.

II CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE

1. Origine de la demande de prise en charge

La demande est transmise par un dossier d'admission élaboré par le SSR autorisé à la mention « conduites addictives » reconnu expert et peut provenir de toutes les structures listées précédemment (cf. organisation de l'offre de soins).

Un sevrage préalable à l'admission est indispensable. Les contre-indications somatiques et psychiques retenues pour l'admission sont similaires à celle du SSR autorisé à la mention « conduites addictives » non reconnu expert en TCSLA.

2. Bilan initial

Le bilan initial est identique à celui des SSR autorisés à la mention « conduites addictives » non reconnus experts et fondé sur les éléments suivants :

- Entretien d'accueil et évaluation clinique par le médecin ;
- Entretien psychiatrique en présence de signes cliniques évocateurs ;
- Examens complémentaires nécessaires : imagerie, biologie, ... pour affirmer le diagnostic et éliminer des diagnostics différentiels ;
- Evaluation globale de la situation du patient : psychologique, sociale, autonomie, qualité de vie et qualité de l'environnement, ... ;
- Synthèse transdisciplinaire d'entrée pour établir le projet de soin personnalisé sur la base de la clinique dominante, de l'histoire et de l'ancienneté des troubles, des problèmes associés, ...

Ce bilan est complété par une évaluation neuropsychologique réalisée par un neuropsychologue ou un psychiatre.

3. Le projet thérapeutique

Le programme d'activité est prévu selon deux modalités en fonction de l'état du patient, ces deux modalités pouvant être associées : individuel et collectif.

Le projet thérapeutique porte la remédiation cognitive spécifique et prend en compte l'ensemble des problématiques de chaque patient, permettant ainsi une réadaptation de toutes les fonctions altérées. Il faut souligner combien l'amélioration des autres fonctions somatiques, psychiatriques, physiologiques, sociales a un rôle favorable sur l'amélioration cognitive et l'autonomie du patient.

L'évaluation permet de définir un projet de réadaptation psychosociale en lien avec le projet de vie du patient (projet de soins individualisé).

Le projet thérapeutique est centré sur les troubles cognitifs et regroupe plusieurs axes de travail :

- **Un travail d'évaluation continue** des troubles cognitifs :

Il se constitue de trois phases :

1. L'évaluation initiale : permet de caractériser la perturbation cognitive à l'admission. Elle respecte certains critères comme l'éloignement des substances ou la stabilisation du fonctionnement psychique et somatique et du traitement médicamenteux. Elle se déroulera au début de la prise en charge, selon une chronologie dépendante des caractéristiques du patient et de sa situation. Elle valide l'orientation dans la structure et constitue le niveau de base sur lequel le projet de soins se construit.

Certains patients peuvent être accueillis dans un SSR autorisé à la mention « conduites addictives » cognitif pour un séjour d'évaluation avec mise à distance des produits et des activités adaptées. Cela permettra de voir leur évolution (les troubles, mêmes sévères, peuvent régresser après l'arrêt du produit) et de réévaluer l'orientation au terme de ce séjour avec soit réorientation par exemple vers un SSR autorisé à la mention « conduites addictives » non reconnu expert, soit prolongation dans le SSR autorisé à la mention « conduites addictives » reconnu expert.

2. Les évaluations intermédiaires, lorsque les troubles sont avérés, ces évaluations apprécient l'évolution du fonctionnement cognitif au cours du séjour au regard de l'objectif visé. Elles sont constituées d'éléments qualitatifs et quantitatifs. Elles s'appuient sur le travail pluridisciplinaire. Elles permettent de fournir un feed-back au patient sur sa progression, afin de renforcer sa motivation aux soins et d'ajuster les propositions thérapeutiques au cours du séjour.
3. L'évaluation finale est conduite à la fin des soins. Elle permet d'établir le bilan cognitif à l'issue de la prise en charge et de mesurer le niveau d'atteinte du projet initial. Elle permet de préciser l'orientation du patient et son parcours de soins à la sortie.

- **Les actions de réadaptation**, basées sur l'évaluation initiale, sont conduites par des professionnels qualifiés, dans la durée, selon le profil et le projet du patient.

Pratiquement, le travail de réadaptation implique des ateliers de remédiation cognitive mais repose aussi sur d'autres approches : des activités de résilience, des ateliers de mises en situation, de l'activité physique adaptée (APA), des ateliers de thérapie cognitive et comportementale, les groupes de paroles, des séances de relaxation, et des séances de type pleine conscience ...

Ces actions de réadaptation consistent en :

- 1- **La remédiation cognitive** par des ateliers de remédiation cognitive et/ou séances individuelles de rééducation cognitive, conduits en groupe et/ou en sessions individuelles avec un objectif de maintien ou d'amélioration de l'autonomie.

L'objectif est de proposer aux patients une prise en charge leur permettant de **recupérer leurs capacités cognitives** ou tout au moins **d'apprendre à les compenser** avec la finalité ultime de **recupérer une autonomie et une qualité de vie la meilleure possible**. **Chaque projet individuel de remédiation cognitive cible un ou plusieurs processus cognitifs**, par exemple la flexibilité mentale, la planification, la mémoire de travail ou épisodique ou la cognition sociale. Les exercices proposés en groupe ou au cours de séances individuelles sont réalisés par un thérapeute formé. La remédiation cognitive est intégrée dans le cadre d'une intervention pluridisciplinaire, sur une période de plusieurs semaines voire plusieurs mois. Le transfert des compétences à la vie quotidienne de la personne nécessite un indispensable travail en réseau permettant d'impliquer des personnes proches (aidants naturels ou professionnels).

- 2- **La remédiation sociale** conduite au sein d'un groupe de remédiation de la cognition sociale

L'objectif est d'améliorer les interactions du patient avec les autres : mise en œuvre d'actions thérapeutiques ciblant les aptitudes aux relations sociales (décodages

émotionnels, analyse des situations, connaissance des règles de fonctionnement en société, ...)

Elle doit s'intégrer dans une optique de prise en charge globale, au même titre que les prises en charge somatique et psychique, corporelle ... Cela contribue par ailleurs à l'amélioration de la qualité de vie.

- 3- La prise en charge psychocorporelle** qui comprend un projet de psychomotricité et/ou autres méthodes corps/esprit (pleine conscience, relaxation, ...) basé sur la rééducation, réadaptation et réadaptation cognitive et comportementale en ateliers collectifs ou individuels.

La prise en charge psychocorporelle repose sur un principe fondateur du "corps conscience". Le corps enregistre le vécu personnel et l'héritage familial. Il en garde une mémoire vivante.

La thérapie psychocorporelle sert avant tout à réparer les sentiments douloureux, les souffrances ou les traumatismes présents dans la mémoire corporelle.

Quelle que soit la technique employée, les prises en charge psychocorporelles agissent sur trois dimensions : le sens, les sensations corporelles et les émotions.

Le thérapeute prendra en compte à la fois l'histoire du patient, le langage de son corps et ses émotions. Le patient peut ainsi mieux appréhender les souffrances existentielles ou les traumatismes présents dans la mémoire de son corps.

- 4- L'accompagnement psychologique individuel et/ou collectif** constitué d'entretiens plus court, avec une méthodologie d'intervention adaptée telle que groupe bottom-up, ...

- 5- La restauration des capacités physiques** par des programmes d'APA spécifiques

Les approches thérapeutiques doivent s'adapter à l'état clinique spécifique de ces patients

- 6- Le projet de « vie quotidienne »**

Cet accompagnement s'inscrit dans la revalorisation de l'image de soi et la réalisation de tâches quotidiennes essentielles au retour à une qualité de vie satisfaisante et à une amélioration de l'autonomie.

- 7- Le projet d'éducation thérapeutique sera adapté aux patients TCSLA**

- 8- Le projet de prévention et d'éducation de l'entourage** par l'éducation et/ou formation des aidants – orientation du patient auprès des structures d'aval (association, ...)

Ce projet est basé sur la prévention des risques à domicile, prévention des ré-hospitalisations.

La seule remédiation des fonctions cognitives ne suffit pas. Les soins apportés sont globaux, de nature médicale, neuropsychologique / psychologique, sociale. Ils sont également écologiques, intégrés. Ainsi, l'ergothérapie, les activités physiques adaptées, la psychomotricité, ..., des ateliers cuisine sont de nature à améliorer les compétences des patients dans la vie réelle.

Un projet addictologique doit être proposé. Son objectif est d'aider le patient à maintenir l'arrêt de sa(ses) consommation(s) de SPA : informations sur les conduites addictives, renforcement de la motivation, programme de prévention de la rechute. Il doit être adapté aux patients ayant des TCSLA.

- **Un travail de préparation à la sortie (accompagnement social, cognitif et addictologique)** qui débute dès l'admission et vise à mettre en place les moyens de protection adaptés au profil cognitif du patient après la phase de récupération.

Il cible les ressources nécessaires tout au long du séjour pour les mettre à contribution en vue de l'autonomie du patient. Par exemple : formation de partenaires mobilisés sur la situation d'un patient, sur son lieu de vie, adaptation de l'environnement, gestion de l'orientation de l'aval.

De plus, le projet de fin de prise en charge est construit dans le cadre du projet de soins individualisé et prend en compte les éléments suivants : évolutivité des troubles durant le séjour, sur la base de l'observation clinique et d'au minimum une seconde évaluation neurocognitive complète ; conclusions des mises en situation dans des situations écologiques ; présence d'aidants ; âge du patient ; situation sociale et en particulier étape de la procédure de traitement du dossier de demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Les synthèses transdisciplinaires régulières permettront de prévoir l'orientation la plus adaptée au patient.

III CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT

1. Etablissements concernés

Les établissements pouvant bénéficier de cette reconnaissance d'expertise doivent :

- Disposer d'une autorisation à la mention « conduites addictives ». Ils répondent donc obligatoirement aux conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets d'autorisation de l'activité¹ ;
- Disposer d'au moins 10 lits, identifiés au sein d'une unité dédiée dans l'unité médicale « conduites addictives » ;
- Proposer des programmes de remédiation cognitive spécifiques aux patients addicts ;
- Être fortement intégrés dans le réseau des différents acteurs en addictologie ;
- Être parfaitement identifiés par les différents acteurs en addictologie comme établissement expert.

2. Compétences et ressources humaines

L'équipe doit être composée de personnel dédié à l'unité de 10 lits de TCSLA et formée en addictologie et aux troubles cognitifs.

L'équipe dédiée est composée des professionnels suivants :

- Médecin spécialisé en médecine générale avec formation en addictologie ou expérience ;
- Recours à des avis spécialisés en particulier pour la spécialité psychiatrie ;
- Neuropsychologue ;
- La prise en charge médico-psycho-technique par des professionnels : psychologue, assistant social, diététicien, ergothérapeute ou psychomotricien, et/ou EAPA.

En fonction du projet thérapeutique, l'équipe soignante peut être complétée par les professionnels suivants : éducateur technique, moniteur d'atelier, ...dont le nombre et la qualification seront adaptés aux besoins des patients accueillis.

3. Locaux et équipements

Le SSR expert dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive doit disposer de :

- Un plateau de réadaptation cognitive avec des outils techniques et thérapeutiques adaptés (salle aménagée pour des ateliers de mise en situation, montres connectées, réalité virtuelle, cuisine thérapeutique, luminothérapie, espace Snoezelen, ...) ;
- Un environnement sécurisé et rassurant afin d'éviter les fugues, les accidents, tout en assurant un maximum de confort pour le patient, sa famille et le personnel soignant (fenêtre sécurisée, ...) ;
- Une signalétique adaptée et spécifique afin de faciliter la déambulation.

4. L'organisation des soins

¹ Décret n°XXXX- XXX du XX/XX/2021 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de [SSR]

La continuité médicale des soins est assurée les soirs, nuits et les week-ends, soit par une astreinte, soit éventuellement par convention avec une garde externe.

Des conventions pour bilan spécifique sont à formaliser, notamment pour l'activité d'imagerie, le laboratoire d'analyse médicale.