



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Médecin-Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : **Avril 2002**

**LES EQUIPES HOSPITALIERES
DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE :
mise en place du dispositif
dans le département d'Ille-et-Vilaine,
bilan et perspectives.**

Dominique BOUILLIN

Remerciements

Au Dr Christine BRUNET, MISP à la DDASS d'Ille-et-Vilaine, pour ses conseils et sa disponibilité.

A Mr Jean-Marie ANDRE, enseignant à l'ENSP, pour son soutien méthodologique.

A toutes les personnes rencontrées lors de ce travail.

Sommaire

1 - INTRODUCTION	1
2 - LES ADDICTIONS, UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE	3
2.1 Les comportements de consommation, le concept d'addiction	3
2.2 La consommation de substances psychoactives	5
2.2.1 Consommation chez les adultes	6
2.2.2 Consommation chez les adolescents	7
2.3 Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues	8
2.3.1 Conséquences liées à l'usage de l'alcool	8
2.3.2 Conséquences liées à l'usage du tabac	9
2.3.3 Conséquences liées à l'usage des drogues illicites	9
2.4 Le coût social des drogues	10
3 - LES POLITIQUES PUBLIQUES DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS	12
3.1 Historique et évolution des politiques	12
3.1.1 Les drogues illicites	12
3.1.2 L'alcool	13
3.1.3 Le tabac	14
3.2 Le Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances	14
3.2.1 Principaux constats	15
3.2.2 Objectifs du plan triennal	16
3.3 L'hôpital et les personnes avec conduites addictives	17
3.3.1 Un engagement récent	17
3.3.2 Un constat alarmant	17
3.3.3 Place et rôle de l'hôpital dans le repérage précoce des pratiques addictives	19
4 - LE CONTEXTE EN BRETAGNE ET EN ILLE-ET-VILAINE	21
4.1 Les consommations	21
4.1.1 L'alcool	21
4.1.2 Le tabac	23
4.1.3 Les drogues illicites	23
4.2 La politique de lutte contre les conduites addictives	24

5 - DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN ILLE-ET-VILAINE	26
5.1 Secteur de Saint-Malo	27
5.1.1 Prise en charge des conduites addictives	27
5.1.2 Mise en œuvre de l'équipe de liaison	29
5.1.3 Activités de l'équipe de liaison	30
5.2 Secteur de Redon	32
5.2.1 Prise en charge des conduites addictives	32
5.2.2 Mise en œuvre de l'équipe de liaison	33
5.2.3 Activités de l'équipe de liaison	35
5.3 Secteur de Vitré	36
5.3.1 Prise en charge des conduites addictives	36
5.3.2 Mise en œuvre de l'équipe de liaison	37
5.3.3 Activités de l'équipe de liaison	39
5.4 Secteur de Rennes	40
5.4.1 Prise en charge des conduites addictives	40
5.4.2 L'équipe de liaison du CHU de Rennes	43
5.4.3 L'équipe de liaison du Centre Hospitalier Guillaume Régnier	47
5.5 Secteur de Fougères	50
5.5.1 Prise en charge des conduites addictives	50
5.5.2 Equipe hospitalière de liaison en addictologie	51
5.6 Les associations	51
5.6.1 Alcool	51
5.6.2 Tabac	53
5.6.3 Toxicomanie	53
5.6.4 Le Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances	53
6 - BILAN DU DISPOSITIF HOSPITALIER DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE EN ILLE-ET-VILAINE	55
6.1 Renforcement du dispositif	55
6.1.1 Création de nouvelles équipes	55
6.1.2 Des moyens accrus	55
6.2 Mise en œuvre et fonctionnement	57
6.3 Activités des équipes de liaison	58
6.3.1 Intervenir auprès des personnes ayant des conduites addictives	58
6.3.2 Former et assister les équipes soignantes	59
6.3.3 Elaborer des protocoles de soins et de prise en charge	60
6.3.4 Développer les liens avec les autres acteurs concernés	61
6.3.5 Mener des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement	61
6.3.6 Participer au recueil d'information et à la mise en place d'indicateurs d'évaluation	61

6.4 Evolution du rôle de l'hôpital dans la prise en charge des conduites addictives	62
6.4.1 Une volonté clairement affirmée	62
6.4.2 L'addictologie : un domaine encore peu valorisé	62
6.4.3 Rapprochements des compétences en alcoologie, toxicomanie et tabacologie	63
6.4.4 Vers une démarche de promotion de la santé à l'hôpital	64
6.5 Suivi et évaluation de l'activité de liaison	65
6.5.1 Dossier d'entretien	65
6.5.2 Rapport d'activité	66
6.5.3 Indicateurs de résultat	66
7 - PERSPECTIVES D'AMELIORATION DU DISPOSITIF DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE EN ILLE-ET-VILAINE	67
7.1 Améliorer le fonctionnement des équipes de liaison	68
7.1.1 Temps médical	68
7.1.2 Renforcement du dispositif	69
7.1.3 Formation des équipes	70
7.2 Conforter l'hôpital comme acteur de prévention	71
7.3 Améliorer la reconnaissance de l'addictologie	72
7.4 Développer les capacités hospitalières de prise en charge spécifique	73
7.5 Renforcer le dispositif ambulatoire	74
7.6 Favoriser les rapprochements entre les secteurs d'alcoologie, toxicomanie et tabacologie	75
7.7 Poursuivre les actions de partenariat et de travail en réseau	76
7.8 Suivre et évaluer l'activité hospitalière de liaison en addictologie	77
8 - CONCLUSION	78
9 - BIBLIOGRAPHIE	80
10 - LISTE DES ANNEXES	84

Liste des sigles utilisés

- AAP** : Association Américaine de Psychiatrie.
- AATPF** : Association d'Aide aux Toxicomanes, de Prévention et de Formation.
- AFEAL** : Association Française des Equipes d'Alcoologie de Liaison.
- ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation.
- CA** : Conseil d'Administration.
- CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.
- CCAA** : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie.
- CDAS** : Centre Départemental d'Action Sociale.
- CDPA** : Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme.
- CFES** : Comité Français d'Education pour la Santé.
- CH** : Centre Hospitalier.
- CHAA** : Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie.
- CHGR** : Centre Hospitalier Guillaume Régnier.
- CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.
- CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire.
- CIM 10** : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition.
- CIRDD** : Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances.
- CLMRT** : Comité de Lutte contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose.
- CME** : Commission Médicale d'Etablissement.
- CMP** : Centre Médico-Psychologique.
- CODES** : Comité Départemental d'Education pour la Santé.
- COM** : Contrat d'Objectifs et de Moyens.
- CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
- CRS** : Conférence Régionale de Santé.
- CSST** : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes.
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- DETA** : Questionnaire de dépistage de la consommation d'alcool, organisé autour de quatre items : Diminuer - Entourage - Trop - Alcool.
- DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- DRDJS** : Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports.
- DSSI** : Direction du Service des Soins Infirmiers.
- DSM IV** : Diagnostic et Statistiques des troubles Mentaux (4^{ème} édition).
- EHLA** : Equipe Hospitalière de Liaison en Addictologie.
- ETP** : Equivalent Temps Plein.

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée.

MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique.

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PH : Praticien Hospitalier.

PRS : Programme Régional de Santé.

SAU : Service polyvalent d'Accueil et de traitement des Urgences.

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional.

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

UAMP : Unité d'Accueil Médico-Psychologique.

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires.

UDI : Usager de Drogue Intraveineuse.

UF : Unité Fonctionnelle.

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée.

UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences.

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures.

1 - INTRODUCTION

L'addictologie est depuis quelques années une **priorité de santé publique** clairement affichée par le gouvernement, avec l'adoption en juin 1999 du « Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001 », sous la coordination de la « Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie » (MILDT).

Basé sur des études et des travaux montrant une profonde évolution des modes de consommation de l'ensemble des produits psychoactifs et le développement des polyconsommations, il inscrit l'action des départements ministériels concernés dans une démarche plus globale des conduites à risque et des comportements de dépendance.

Le but est de renforcer l'efficacité et la cohérence du dispositif dans les domaines de la recherche, de la communication, de la prévention, de la formation, de la prise en charge sanitaire et sociale, de l'application de la loi et des échanges internationaux.

En **Bretagne**, le Programme Régional de Santé (PRS) « *Contre les alcoolisations excessives, les Bretons s'organisent* » a été mis en place en 1998, après que l'alcoolisme ait été retenu parmi les huit priorités de santé publique dégagées lors de la première Conférence Régionale de Santé (CRS) de 1996. Initialement centré sur les consommations nocives d'alcool, le PRS a été élargi à l'ensemble des conduites addictives suite aux recommandations du jury de la 5^{ème} CRS en 2001. En **Ille-et-Vilaine**, un « Programme de prévention des consommations nocives et des dépendances 2000-2003 » a été mis en œuvre, permettant de décliner au niveau départemental les objectifs du PRS et de la MILDT.

Parmi les mesures recommandées par les experts de la MILDT, un accent particulier a été mis sur **la place et le rôle des établissements de santé en matière d'addictologie**.

L'objectif est d'améliorer le repérage précoce des conduites addictives à l'hôpital, ainsi que l'accueil et la prise en charge des personnes avec conduite d'usage nocif ou comportement de dépendance, par le **développement des équipes de liaison et de soins en addictologie** et l'augmentation des **capacités d'hospitalisation** pour bilan, soin et sevrage.

En fin d'année 2000, des crédits spécifiques ont été délégués à l'ensemble des ARH pour **créer ou renforcer les équipes hospitalières de liaison en addictologie**. En Ille-et-Vilaine, quatre établissements ont bénéficié de financement pour la création de nouvelles équipes : le CHU de Rennes, le CH Guillaume Rénier, le CH de Redon et le CH de Vitré. Ce dispositif est venu s'ajouter à l'équipe hospitalière de liaison en alcoologie du CH de Saint-Malo, fonctionnelle depuis 1997.

Le mémoire proposé vise à faire le ***bilan de la mise en place et du fonctionnement des équipes hospitalières de liaison en addictologie en Ille-et-Vilaine***. Après une présentation du contexte national et local seront abordés les points suivants : modalités de mise en œuvre, conditions de fonctionnement, activités déployées, difficultés rencontrées, outils de suivi et d'évaluation de ces équipes. Ces informations feront l'objet d'une analyse, puis des propositions seront faites en vue d'améliorer le fonctionnement du dispositif, en prenant en considération le rôle du Médecin Inspecteur de Santé Publique dans la coordination de la politique de lutte contre les addictions.

L'enjeu de ce dispositif hospitalier est important au regard du nombre élevé de consommateurs de drogues licites (alcool, tabac) et illicites, des conséquences sanitaires et sociales liées à ces consommations qui en font un problème majeur de santé publique. L'hôpital pourrait jouer un rôle important pour coordonner la prise en charge et le repérage précoce des personnes avec conduites addictives, répondant à une mission de prévention.

L'hypothèse de travail repose sur le principe qu'en favorisant le repérage précoce, l'orientation et la prise en charge des personnes hospitalisées confrontées à un problème de conduite addictive, un impact significatif pourrait être obtenu en terme de réduction des dommages induits : usage à risque, usage nocif et dépendance.

Sur un ***plan méthodologique***, ce travail a été réalisé à partir d'entretiens semi-directifs¹ avec les différents partenaires institutionnels ou associatifs impliqués dans la prise en charge des addictions au niveau régional et/ou départemental², ainsi qu'avec les membres des équipes de liaison du département et les directeurs des établissements ou leurs représentants. Une revue de la littérature a été pratiquée en complément des entretiens.

Deux réunions ont été organisées entre la DDASS et les membres des différentes équipes de liaison sous l'égide du Médecin Inspecteur de Santé Publique en charge du dossier. Les résultats des entretiens et le bilan ont été restitués et discutés avec les équipes, et un groupe de travail a été constitué pour réfléchir à l'élaboration d'outils communs de suivi et d'évaluation de l'activité de liaison.

Lors de la journée régionale des équipes hospitalières de liaison en addictologie organisée par la DRASS en février 2002, l'expérience des équipes de liaison d'Ille-et-Vilaine a été présentée.

¹ Guide d'entretien en annexe 1.

² Liste des personnes rencontrées en annexe 2.

2 - LES ADDICTIONS, UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

2.1 LES COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION, LE CONCEPT D'ADDICTION

En France, le terme général de toxicomanie a longtemps assimilé des **pratiques de consommation hétérogènes**, englobant la nature des produits, les modes de consommation, les consommateurs et la sévérité des problèmes. Les produits psychotropes étaient alors considérés comme seuls à l'origine des troubles, conduisant à l'emploi du terme « drogué », en référence à la notion d'intoxication.

Plus tard, des types de consommation ont été distingués en fonction des effets cliniques des substances psychoactives, définissant **l'approche par produit**: héroïnomanie, cocaïnomanie, alcoolisme. Cette conception basée sur la théorie de l'intoxication suppose que la rupture avec les consommations antérieures (la cure de sevrage) et le maintien de l'abstinence suffisent pour réinscrire les personnes dans une démarche de santé. Cette approche s'est révélée réductrice et peu opératoire, et a abouti à la mise en place de politiques et de dispositifs non pertinents.

Les connaissances acquises dans le cadre des travaux scientifiques les plus récents, grâce au développement des neurosciences et des sciences du comportement, ont permis de montrer qu'il existe une **base biologique et moléculaire commune** à toutes les dépendances, même si certains produits sont plus dangereux que d'autres. Parmi ces substances se trouvent des opiacés comme l'héroïne, des psychostimulants tels que la cocaïne ou l'amphétamine, des médicaments psychotropes comme les benzodiazépines ou certains antidépresseurs, ou enfin des produits comme l'alcool, le tabac, le cannabis.

Plusieurs études mettent en évidence d'autre part un lien entre les différentes pratiques de consommation, en particulier chez les jeunes.

Une autre approche est apparue, basée sur le **comportement de consommation** de substances psychoactives et les déterminants qui se trouvent à l'origine de celui-ci. Lorsque le comportement de dépendance est installé, il est identique quelle que soit la substance qui l'a induit. D'autre part, les consommateurs sont habituellement des polyconsommateurs de plusieurs substances soit conjointement, soit alternativement. Tous ces éléments plaident pour une approche prenant en compte l'ensemble des substances psychoactives.

La communauté scientifique internationale s'accorde aujourd'hui pour reconnaître les trois comportements distincts de consommation de substances psychoactives, ***l'usage, l'usage nocif et la dépendance***. Les définitions les plus fréquemment utilisées (annexe 3) sont celles de l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP) reprises dans le Manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV) et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10).

✓ L'usage est défini comme une consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages. Le caractère illicite de la substance consommée ne peut à lui seul être considéré comme un critère pathologique, les seules conséquences de l'usage simple de produits illicites étant de type pénal ou social.

L'usage peut être défini selon trois modalités : la non consommation primaire ou secondaire ; la consommation socialement et individuellement réglée ; la consommation à risque qui bien que socialement réglée peut dans certaines circonstances provoquer des dommages potentiels (par exemple : conduite automobile en état d'alcoolisation, effet néfaste des psychotropes sur le fœtus chez les femmes enceintes).

✓ L'usage nocif (CIM 10) de substances psychoactives ou abus (DSM IV) se caractérise par une consommation répétée dans le temps et qui va provoquer des dommages somatiques, psychoaffectifs ou sociaux sur le consommateur lui-même, mais aussi sur son environnement familial, social, professionnel, voire dans ses relations à l'ordre public. Le caractère licite ou non du produit n'est pas pris en compte. Le caractère pathologique de la consommation est défini par sa répétition et la constatation de dommages induits.

✓ La dépendance à une substance psychoactive est caractérisée par l'impossibilité de s'abstenir de la consommer, tout en étant conscient des conséquences négatives qu'elle entraîne dans la vie privée ou professionnelle, avec trois particularités : désir compulsif du produit, difficulté de contrôle de la consommation, syndrome de sevrage. L'état de dépendance produit des modifications physiques ou comportementales mettant en danger le consommateur et/ou son environnement, ce qui constitue un problème de santé publique.

Les ***pratiques addictives*** regroupent l'ensemble des conduites addictives et des comportements de consommation, y compris la notion d'usage.

Le terme d'addiction a été utilisé initialement dans les pays anglo-saxons pour désigner les toxicomanes. Goodman a proposé en 1990 une définition caractérisée par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation de substance.
- la poursuite d'un comportement malgré la connaissance de conséquences négatives.

L'utilisation de ce concept fédérateur permet de rompre avec le point de vue principalement médical qui centrait l'approche produit utilisée précédemment. Il permet de disposer d'une approche commune et plus objective des troubles liés à l'abus et à la dépendance, et de sortir des termes stigmatisants comme l'alcoolisme, la toxicomanie.

Le concept de pratiques addictives présente malgré tout certaines limites. Il ne prend pas en compte les addictions sans drogue, et ne doit pas faire oublier les spécificités biologiques et sociales de chaque produit, ainsi que l'importance des déterminismes sociaux qui y sont liés.

2.2 LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

La mesure de ***l'ampleur de la consommation de drogues*** se caractérise par la quantité consommée et la fréquence de consommation. Quatre niveaux ont été retenus, permettant de donner un ordre de grandeur respectif : l'expérimentation (avoir pris contact au moins une fois avec le produit), l'usage occasionnel, l'usage répété et l'usage à problèmes (annexe 4).

L'***alcool*** est le produit psychoactif le plus ancré dans les pratiques de consommation et le plus fréquemment expérimenté de manière occasionnelle. Il est devancé au niveau des consommations régulières par le ***tabac***. Les consommations de ***médicaments psychotropes*** correspondent soit à des usages thérapeutiques, soit à une consommation comparable à celle des autres drogues. En ce qui concerne les ***drogues illicites***, bien que l'expérimentation ait tendance à se développer, le nombre de consommateurs déclarés ou repérables de ces substances est très nettement plus faible que pour les autres produits.

Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs de drogues en France métropolitaine, en 1999

Types de consommateurs	Alcool	Tabac	Médicaments Psychoactifs	Drogues Illicites	
				Cannabis	Autres
Expérimentateurs	43 millions	36 millions	///	9,5 millions	1,5 millions
Occasionnels	41 millions	15 millions	8,4 millions	3,3 millions	220.000
Répétés	14 millions	13 millions	3,8 millions	1,7 millions	///
Quotidiens	8,9 millions	13 millions	2,4 millions	280.000	///

Source : OFDT³

³ Extrapolation faite sur l'ensemble des 15-75 ans de France métropolitaine, soit environ 44 millions de personnes en 1999, à partir d'une enquête en population générale.

Parmi les 15-75 ans, 30 % sont consommateurs quotidiens de tabac, 20 % d'alcool, 5 % de médicaments psychoactifs et 1 % de cannabis.

2.2.1 Consommation chez les adultes⁴

Chez les 18-75 ans, les **substances psychoactives** les plus souvent expérimentées en 2000 (annexe 5) sont l'alcool à 95,9 % et le tabac à 82 %. La drogue illicite la plus consommée est le cannabis avec 21,6 % d'expérimentateurs. L'usage de médicaments psychotropes au cours de l'année concerne une personne sur cinq parmi les 18-75 ans. Pour les autres produits, l'expérimentation ne concerne qu'une petite minorité d'individus.

La consommation de substances psychoactives touche avant tout les **adultes jeunes** à l'exception des médicaments psychotropes et des consommations quotidiennes d'alcool.

L'expérimentation de substances psychoactives est un **comportement nettement masculin** (sauf pour les médicaments psychotropes). Pour toutes les drogues illicites, les hommes sont deux à trois fois plus nombreux que les femmes à en avoir déjà consommé. Le comportement des femmes pour le tabac est de plus en plus proche de celui des hommes.

L'**usage répété** concerne surtout le tabac et l'alcool, et beaucoup moins le cannabis. Parmi les 18-75 ans, trois sur dix sont des consommateurs quotidiens de tabac et environ un tiers a pris de l'alcool au moins trois fois au cours de la semaine. L'usage répété concerne 3,4 % des 18-75 ans pour le cannabis et 9,1 % pour les médicaments.

Parmi les 18-75 ans, 14 % déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois, et 9 % présentent des signes de **dépendance** actuelle ou passée et peuvent être considérés comme ayant ou ayant eu un usage problématique avec l'alcool.

La **polyconsommation** répétée d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac ou le cannabis concerne 15 % de la population des 18-75 ans (association alcool-tabac la plus fréquente avec 9,6 % chez les 18-44 ans).

L'évolution au cours des années 1990 montre que le cannabis s'est largement diffusé. La consommation d'alcool semble assez stable, celle du tabac baisse chez les hommes et est en augmentation chez les femmes. La tendance semble à la hausse pour les autres produits.

⁴ Baromètre santé 2000 : enquête déclarative sur un échantillon représentatif de la population adulte.

2.2.2 Consommation chez les adolescents⁵

A la fin de l'adolescence, les **substances psychoactives** les plus expérimentées sont l'alcool et le tabac (annexe 5), pour près de 80 % des jeunes dans les deux sexes. L'expérimentation du cannabis concerne environ un adolescent sur deux avec une fréquence un peu plus importante chez les garçons (50,1 % contre 40,9 % à 17 ans), tandis que la consommation de médicaments psychotropes concerne plutôt les filles (29 % contre 10,6 % à 17 ans). Pour les autres substances psychoactives, l'expérimentation est de moindre ampleur et plus fréquente chez les garçons.

Les modes de consommation chez les adolescents sont marqués par la fréquence des **associations**. A 17 ans, 76 % des filles et 75 % des garçons ont expérimenté au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis. La polyexpérimentation augmente avec l'âge pour atteindre 83 % à 19 ans.

A 17 ans, l'**usage répété** d'alcool et de cannabis est un comportement nettement plus masculin (5,5 % de filles et 16 % de garçons pour l'alcool ; 12,6 % de filles et 23,8 % de garçons pour le cannabis) alors qu'il est peu différencié pour le tabac (de l'ordre de 40 %).

A 17 ans, la polyconsommation répétée est plus fréquente chez les garçons que chez les filles (23 % contre 12 %), et concerne surtout le tabac et le cannabis.

Entre 1993 et 1999, le nombre de jeunes ayant consommé au moins une fois du tabac a augmenté de 20 %. L'augmentation est moins marquée pour l'alcool que pour le tabac, mais très nette pour le cannabis. Pour les autres substances psychoactives, le niveau d'expérimentation semble avoir globalement augmenté entre les deux enquêtes.

Sur la période 1993-1999, les consommations répétées ont sensiblement augmenté : tendance à la hausse de l'usage quotidien du tabac, stabilisation de la consommation répétée d'alcool et baisse des ivresses répétées, augmentation pour le cannabis.

⁵ Résultats obtenus à partir de deux enquêtes : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 1999 (ESPAD) INSERM/OFDI/MENRT ; Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense 2000 (ESCAPAD) OFDI.

2.3 CONSEQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'USAGE DE DROGUES

Les conséquences de la consommation de substances psychoactives peuvent être immédiates (accidents, violences, suicides, surdoses pour l'alcool et les drogues illicites), à court et à moyen terme (VIH, problèmes liés à l'injection, problèmes psychiatriques) ou à long terme (cancers, cirrhoses liées à l'alcool ou à l'hépatite C, pathologies cardiaques et plus généralement l'ensemble des pathologies pour lesquelles alcool et tabac sont des facteurs de risque). La diversité des méthodes d'évaluation de la morbidité et de la mortalité ne permet d'en donner qu'une estimation difficile à mettre en perspective (annexe 6).

2.3.1 Conséquences liées à l'usage de l'alcool

La **mortalité** due à la consommation d'alcool est difficile à évaluer dans la mesure où elle intervient comme cause déterminante ou associée de décès inscrits sous différentes rubriques dans les statistiques.

✓ En 1998, 23.110 décès liés totalement ou très majoritairement à la consommation régulière et excessive d'alcool ont été recensés, dont 10 % par alcoolo-dépendance, 40 % par cirrhose du foie et 50 % par cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Ces décès tiennent une place importante dans la mortalité prématurée : entre 45 et 54 ans, ils représentent un décès sur cinq chez les hommes et un décès sur dix chez les femmes.

✓ L'estimation « élargie » du nombre de décès attribuables à l'alcool serait de l'ordre de 45.000 en 1995. Responsable de la totalité des décès par psychose et syndrome de dépendance alcoolique, de la plupart des décès par cirrhose du foie, des cancers des VADS et du foie, l'alcool serait la cause d'un décès sur quatre avant 65 ans et un sur dix après.

La **morbidité** liée à la consommation d'alcool est aussi difficile à déterminer.

✓ Cinq millions de personnes seraient confrontées à des difficultés d'ordre médical, psychologique et social en raison d'un usage excessif d'alcool. Le nombre de sujets dépendants de l'alcool serait de deux à trois millions. Parmi la clientèle des médecins généralistes, 29,5 % des hommes et 11 % des femmes seraient des buveurs excessifs.

✓ En milieu hospitalier, 10 % des séjours chez les hommes et 5 % chez les femmes seraient liés aux complications de l'alcoolisme. La consommation nocive d'alcool demandant un traitement toucherait 20 à 30 % des hommes hospitalisés, et 10 % des femmes. Une consommation excessive d'alcool serait en cause dans 10 à 20 % des accidents du travail.

A côté des conséquences sanitaires de l'alcool sont à signaler **les conséquences sociales** liées à son abus : 50 % des rixes, 50 à 60 % des actes de criminalité, 5 à 25 % des suicides, 20 % des délits seraient commis sous l'emprise de l'alcool.

2.3.2 Conséquences liées à l'usage du tabac

Pour 1995, la **mortalité** liée à la consommation de tabac est estimée à 60.000 décès directement ou indirectement imputables (57.000 chez les hommes, 3.000 chez les femmes). Les deux tiers environ de ces décès sont considérés comme des décès prématurés.

✓ Les principales causes de décès attribuables au tabac sont les cancers du poumon et des VADS (31.500), les maladies cardio-vasculaires (14.000) et respiratoires chroniques (11.000). Les hommes sont les plus touchés avec 95 % des décès liés au tabac. 21 % de la mortalité masculine et 1 % de la mortalité féminine seraient imputables au tabac, l'impact étant maximal entre 45-64 ans : 29 % des décès masculins, 4 % des décès féminins.

✓ Compte tenu de l'évolution actuelle de la consommation de tabac, 125.000 décès sont prévus en 2025 (doublement chez les hommes, décuplement chez les femmes).

Les conséquences du tabagisme en terme de **morbidité** sont difficiles à estimer elles aussi : 769.477 hospitalisations et 7.130.174 journées d'hôpital lui seraient imputables en 1997.

Le tabagisme est signalé comme facteur de risque pour 16 % des personnes hospitalisées.

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents pour les personnes à risque tabagique de 40 ans et plus sont les maladies de l'appareil circulatoire (22 %), les troubles mentaux (15 %), les maladies de l'appareil respiratoire (12 %) et les tumeurs (8 %).

2.3.3 Conséquences liées à l'usage des drogues illicites

Les conséquences sanitaires de l'usage de drogues illicites ne sont mesurées que très partiellement, par le suivi d'indicateurs de mortalité/morbidité par surdose, VIH, hépatites.

Chez les usagers de drogues illicites, il faut distinguer la **mortalité** directement liée à la consommation par surdose de celle plus indirecte comme les décès par SIDA.

✓ Les décès par surdose chez les usagers de drogues intraveineuses (UDI) sont en forte baisse depuis quelques années, passant de 564 en 1994 à 120 en 2000, après une croissance régulière depuis les années 1970. La part de l'héroïne régresse (6 décès sur 10), celle des médicaments augmente (1 décès sur 3).

✓ Le nombre de décès par SIDA chez les UDI a également connu une baisse spectaculaire en quelques années : 1.044 en 1994, 148 en 2000. Cette évolution est imputable aux progrès thérapeutiques récents et leur plus grande accessibilité.

En termes de **morbidité**, il est difficile de dégager des évolutions nettes quant aux prévalences de la contamination au VIH et au VHC chez les toxicomanes.

✓ Parmi les personnes vues en Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST), la prévalence déclarée du VIH s'établit en novembre 1999 à 6 % chez les usagers non-injecteurs et à 16 % chez les usagers injecteurs. Chez ces derniers, la prévalence tend à décroître depuis 1994 où elle était de 23 %, résultat à mettre en lien avec les programmes de réduction des risques.

✓ La contamination par le VHC concernerait les deux tiers des UDI, avec une forte co-infection VIH-VHC : 80 % des toxicomanes infectés par le VIH le sont également par le VHC ; 25 % des UDI infectés par le VHC le sont au VIH.

2.4 LE COUT SOCIAL DES DROGUES

La consommation de drogues, que celles-ci soient légales (tabac, alcool) ou illégales (cannabis, héroïne, cocaïne, ...) ainsi que le trafic des drogues illicites induisent de nombreuses **conséquences sociales**, qui peuvent être évaluées en termes économiques.

L'estimation du coût social des drogues permet de donner aux pouvoirs publics des informations sur le poids que chaque produit fait porter à l'ensemble de la collectivité et apporte des arguments pour orienter et évaluer la politique mise en œuvre dans ce domaine.

Une évaluation des **coûts attribuables à l'utilisation des drogues** a été réalisée en France en 1997 par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) (annexe 7). Le coût social tel que le mesure l'étude couvre l'ensemble des coûts tangibles supportés par la collectivité, c'est à dire aussi bien par les agents privés (se traduisant par des coûts privés) que par les pouvoirs publics (coûts publics), et induits par la consommation et le trafic, exception faite du coût d'achat des substances.

Les coûts associés à l'usage de **l'ensemble des drogues** s'élèvent à 33,2 milliards d'euros, soit une dépense par tête de 567 euros ou 2,7 % du PIB.

✓ L'alcool est le produit qui impose le coût le plus élevé à la France : 17,6 milliards € soit 1,42 % du PIB, et une dépense par tête de 300 €. Elle représente plus de la moitié du coût imposé par les drogues à la collectivité. La part la plus importante (49,8 %) provient des pertes de productivité dues à la mortalité précoce, à la morbidité et à l'incarcération. Les dépenses des sociétés d'assurance en charge des indemnisations en cas d'accident viennent en 2^{ème} (20 %) et les dépenses de santé en 3^{ème} position (16 %).

✓ Le tabac engendre un coût social de 13,6 milliards €, soit une dépense par tête de 232 € et 1,1 % du PIB. Les pertes de productivité contribuent pour 57 % au coût social du tabac.

Avec 30 %, les coûts des soins viennent en deuxième position, puis le coût social engendré par les pertes de prélèvements obligatoires (13 %).

✓ Les drogues illicites engendrent un coût social de l'ordre de 2 milliards €, soit une dépense par tête de 35 € et 0,16 % du PIB. Les pertes de productivité contribuent pour 45,7 % au coût social des drogues illicites, le coût de mise en œuvre de la loi vient en 2^{ème} position avec 29,3 %. Le coût des soins, en 3^{ème} position, représente 11,4 % de l'ensemble.

✓ Les soins arrivent largement en tête des coûts engendrés pour l'ensemble des drogues par la mise en œuvre d'actions ciblées (soins, prévention-recherche, loi). Les sommes consacrées à la mise en œuvre des lois sur l'alcool (56 millions €) sont très faibles comparées à celles dédiées à la lutte contre les drogues illicites (595 millions €), alors que 9 % des décès liés à l'alcool proviennent de la non-observation de la loi. Les sommes consacrées à la prévention-recherche pour l'alcool sont significativement plus importantes que pour le tabac, avec un nombre de décès imputables quasiment identique : 3.600 millions pour l'alcool, 15,5 millions pour le tabac.

Le nombre élevé de consommateurs, les conséquences sanitaires et sociales ainsi que le coût lié à l'usage des substances psychoactives ont amené le gouvernement à définir à la fin des années 1990 une politique active de lutte contre les addictions, dans le cadre du Plan Triennal de la MILDT.

Cette nouvelle approche, sous-tendue par le concept d'addiction et l'approche globale basée sur les comportements de consommation, met l'accent sur l'intérêt d'un repérage précoce des conduites de consommation avant l'installation de dommages.

3 - LES POLITIQUES PUBLIQUES DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

3.1 HISTORIQUE ET EVOLUTION DES POLITIQUES⁶

3.1.1 Les drogues illicites

La loi du 31 décembre 1970⁷ constitue le **cadre légal** de la politique française de lutte contre la toxicomanie, avec trois orientations : répression sévère du trafic, interdiction de l'usage et alternative thérapeutique à la répression de l'usage, gratuité des soins et anonymat pour les usagers. D'autres lois votées entre 1987 et 1996 ont porté sur le blanchiment de l'argent issu du trafic de drogue, et depuis juin 1996, un contrôle s'exerce sur la fabrication et la commercialisation de substances pouvant entrer dans la fabrication de produits stupéfiants.

En 1982 est créé un comité interministériel de lutte contre la drogue, chargé de la **coordination de la politique gouvernementale**. Il s'appuie sur une structure administrative de coordination devenue en 1996 la MILDT⁸ placée sous la responsabilité du Premier ministre. Des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie seront créés en 1985, puis en 1996 est mis en place un nouveau cadre départemental autour du préfet et d'un chef de projet MILDT.

La **mise en œuvre de la loi de 1970** va rapidement être confrontée à des problèmes d'application liés à la double nature de l'usager : délinquant et malade. Des questions se posent sur la distinction entre usage et trafic, sur la notion d'usage, et sur l'injonction thérapeutique. Le rapport Pelletier en 1978 propose de distinguer les usages de drogues en fonction du produit. Après renforcement de la répression au début des années 80, la circulaire du 12 mai 1987 recadre l'usage de la toxicomanie en fonction du comportement.

Durant les années 70, **la politique sanitaire** s'oriente très vite vers la création de structures spécialisées en raison de la réticence des établissements sanitaires à accueillir des

⁶ Annexe 8 : principaux textes réglementaires relatifs à la lutte contre les drogues licites et illicites.

⁷ Loi N° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

⁸ Décret N° 96-350 du 24 avril 1996 relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

toxicomanes. L'état s'appuie sur un secteur associatif très dynamique dans ce domaine. L'accent est mis sur la prise en charge psychothérapeutique des toxicomanes, les autres options de traitement étant écartées (substitution et communautés thérapeutiques).

Les années 80 sont marquées par la volonté de rationaliser le système de prise en charge des toxicomanes, avec centralisation du pilotage du dispositif sanitaire et social. Les centres de soins proposant des cures de sevrage avec accompagnement psychothérapeutique sont au cœur du dispositif, avec depuis 1992 prise en charge médicopsychologique, sociale et éducative des usagers de drogue.

L'épidémie de SIDA des années 80 mettra en évidence le fait qu'une grande partie des usagers de drogue dont la situation sanitaire et sociale se dégrade n'est pas en contact avec le système de soins, et en 1987 est suspendu le décret de 1972 qui rendait obligatoire la présentation d'une pièce d'identité pour l'achat de seringues.

C'est en 1993 que la décision est prise d'une politique de réduction des risques financée par le ministère de la santé sur trois points : améliorer la prise en charge dans le dispositif spécialisé et à l'hôpital et constituer des réseaux ville-hôpital-toxicomanie ; développer le dispositif de réduction des risques ; développer les traitements de substitution.

La politique de prévention apparaît en 1982 avec la création de la mission permanente de lutte contre la toxicomanie. Initialement orientée vers les produits, elle est basée depuis quelques années sur les comportements.

3.1.2 L'alcool

Au XIX^{ème} siècle, des dispositions permettant de réprimer l'ivresse publique ont été adoptées, mais ce n'est qu'au début des années 50 qu'une **politique** plus active de lutte contre l'alcoolisme est menée : élaboration du code des débits de boissons, création du « Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme », vote d'une loi sur les alcools dangereux. De nombreuses mesures législatives concernant l'alcool au volant sont prises à partir de l'année 1970 : taux d'alcoolémie toléré, contrôles d'alcoolémie, retrait du permis de conduire et amendes. La **loi** du 25 juillet 1985 stipule que l'Etat organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme.

Le **dispositif spécifique de traitement et de prévention de l'alcoolisme** se met progressivement en place : création des consultations d'hygiène alimentaire par circulaire du 23 novembre 1970, et des centres d'hygiène alimentaire en juillet 1975.

En mars 1983 sont créés les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA), avec pour objectifs le traitement ambulatoire, la prévention, l'information et la recherche. Un

amendement à la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions crée les CCAA, ce qui donne le statut juridique d'institution sociale et médico-sociale aux ex-CHAA, et leur assure un financement pérenne par l'assurance maladie. Les dépenses liées au financement des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont à la charge de l'assurance maladie depuis janvier 1999.

La loi Evin de 1991 fixe les conditions sous lesquelles **la propagande ou la publicité** pour les boissons alcoolisées sont autorisées.

3.1.3 Le tabac

La **loi Veil du 9 juillet 1976** a eu pour objectif de réglementer la publicité et la propagande en faveur du tabac et des produits du tabac : publicité limitée aux supports écrits selon des quotas, mention des teneurs en nicotine et goudrons, inscription du mot « Abus » sur les paquets. La protection des non-fumeurs se limite à des interdictions de fumer dans les lieux à usage collectif « *où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses sur la santé* ».

La **loi Evin du 10 janvier 1991** interdit la distribution gratuite et toute publicité directe ou indirecte pour le tabac. L'accent est mis sur le tabagisme passif : interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif sauf emplacements prévus à cet effet, espaces fumeurs interdits aux moins de 16 ans, interdiction sur le lieu de travail de fumer dans les lieux collectifs clos et ouverts. L'accent est mis sur la prévention et l'information du public.

La **loi du 18 janvier 1992** renforce la protection des consommateurs (l'indice des prix ne tient plus compte du tabac), et impose de mentionner un message à caractère sanitaire sur les paquets. La teneur maximale en goudron est passée de 15 mg à 12 mg par cigarette entre 1991 et 1998.

3.2 LE PLAN TRIENNAL DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET DE PREVENTION DES DEPENDANCES

Adopté par le Gouvernement le 16 juin 1999, le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001 insiste sur la nécessité d'organiser une politique générale de prise en charge des consommations abusives, et de lutter contre l'usage nocif et la dépendance. Tous les produits psycho-actifs sont concernés, quel que soit leur statut légal : tabac, alcool, stupéfiants, médicaments psycho-actifs, produits dopants.

3.2.1 Principaux constats

✓ Depuis plusieurs années, les **modes de consommation** de produits psycho-actifs ont profondément évolué : stabilité (voire diminution) de la consommation d'héroïne, augmentation de la consommation de cannabis, accessibilité de plus en plus importante aux drogues de synthèse ; croissance de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psycho-actives chez les jeunes ; polyconsommation de plus en plus fréquente.

✓ Devant la rapidité de l'évolution des modes de consommation, la **politique de recherche** ainsi que les **outils de connaissance et d'évaluation** sont insuffisants pour permettre de prendre à temps les décisions utiles. L'information mise à la disposition du grand public reste limitée bien que la politique de lutte contre les drogues soit le sujet de nombreux débats. Les messages à destination des jeunes sont disparates en raison de l'insuffisance de culture commune aux différents acteurs (répressifs, sociaux, éducatifs et sanitaires).

✓ Même s'il existe une spécificité propre à chaque produit, les facteurs déterminants des conduites addictives sont proches, et les études récentes vont dans le sens d'une **base biologique et moléculaire commune** à toutes les dépendances. Ces arguments plaident en faveur d'une prise en charge qui s'adresse à l'ensemble des conduites addictives.

✓ Bien que le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes soit relativement développé, il est **peu diversifié**, tourné vers la prise en charge des dépendants, trop orienté vers les héroïnomanes. La prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool et le tabac est insuffisante au regard de la population concernée et des enjeux de santé publique. La diversité des financements et l'absence de programmation territoriale des dispositifs de prévention et de soins aboutissent à de fortes disparités géographiques. En l'absence d'indicateurs fiables, les actions conduites sont peu ou pas évaluées.

✓ Dans le domaine de la **prévention**, beaucoup d'actions ont été réalisées, mais sont encore insuffisantes aussi bien au plan quantitatif que qualitatif. Le dispositif de prévention et de communication est cloisonné par produits, peu professionnalisé et peu harmonisé.

✓ L'**application de la loi pénale** et les impératifs de santé publique sont difficiles à concilier.

3.2.2 Objectifs du plan triennal

Face à ce constat, le plan triennal définit des priorités et propose des mesures pour atteindre les différents objectifs qui lui sont fixés autour de huit thèmes principaux (annexe 9).

✓ **Recherche** : Le dispositif d'observation, d'études et de recherche sera amélioré pour anticiper les évolutions et prendre les décisions au bon moment.

✓ **Communication** : Des informations validées seront mises à disposition de l'ensemble de la population, afin d'améliorer sa capacité à formuler des réponses adaptées.

✓ **Prévention** : Une approche de prévention fondée sur les comportements plutôt que sur les produits est privilégiée.

✓ **Formation** : Création, à partir de savoirs validés, d'une **culture commune** à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin et de la répression.

✓ **Accueil, orientation, soins et insertion** : Les structures de soins et de prises en charge en alcoologie et en toxicomanie sont invitées à se rapprocher afin de tenir compte du développement des polyconsommations. Le développement des équipes hospitalières de liaison en addictologie doit aider au repérage et à l'orientation des personnes avec conduites addictives.

✓ **Loi et applications** : Les priorités de la politique pénale doivent être redéfinies au regard du bilan de l'application de la loi de 1970.

✓ **Coordination nationale et locale** : Les missions de la MILDT dans son rôle de coordination sont renforcées.

✓ **Action extérieure de la France** : Elle prévoit de développer les actions de coopération internationale et de redéfinir les priorités géographiques en fonction des flux du trafic.

3.3 L'HOPITAL ET LES PERSONNES AVEC CONDUITES ADDICTIVES

3.3.1 Un engagement récent

Durant les années 70-80, **les établissements hospitaliers se sont peu investis** dans le domaine des dépendances, en raison principalement de l'existence des dispositifs spécialisés : CSST pour les toxicomanes et Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie⁹ (CHAA) pour les alcooliques. Les personnels hospitaliers se sont peu formés à une approche des conduites addictives, leur activité étant exclusivement destinée à la prise en charge des complications somatiques ou psychiatriques de ces conduites.

Au début des années 90, l'accent a été mis sur **l'amélioration de la prise en charge hospitalière** des personnes toxicomanes ou alcooliques : développement des possibilités d'hospitalisations, liens avec le dispositif spécialisé, formation du personnel hospitalier.

En 1996, devant le constat de la part importante des hospitalisations liées à la consommation d'alcool (25 à 30 % des séjours chez les hommes et 5 à 10 % chez les femmes), des équipes d'alcoologie hospitalière de liaison¹⁰ ont été créées, avec pour mission d'aider à la prise en charge du problème « alcool » dans l'ensemble de l'établissement.

Des équipes de liaison et de soins aux toxicomanes ont été financées en 1999¹¹ dans le même objectif d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des consommateurs de drogues à l'hôpital, avec pour missions : intervenir auprès du patient, élaborer des protocoles, former et soutenir les équipes soignantes, coordonner les prises en charge.

3.3.2 Un constat alarmant

A la fin des années 90, plusieurs expertises ont été réalisées à la demande des autorités pour évaluer le dispositif et la politique de prise en charge des conduites addictives.

⁹ La loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions intègre les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie dans la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et leur transformation en centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

¹⁰ Circulaire DH/EO4/96-557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalières de liaison.

¹¹ Circulaire DGS/SP3/DH/EO2/99/346 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes.

✓ Le rapport **Reynaud-Parquet-Lagrué**¹², après avoir proposé le concept d'addiction et précisé les déterminants et les risques des conduites addictives, s'est attaché à dresser un état des lieux des dispositifs de prévention et de soins. Enfin, des propositions ont été apportées en vue de définir une politique cohérente en matière de conduites addictives.

L'analyse du système a montré un cloisonnement étanche entre les différents dispositifs de prise en charge, lié à la représentation sociale séparée des différentes addictions et entériné par l'Etat dans ses modalités de financement des activités sur des lignes budgétaires complètement séparées (toxicomanie, tabac, alcool). Les équipes se sont ainsi limitées à leur champ de compétence sans approche globale.

Dans ce contexte, aucun des dispositifs spécialisés n'est conçu pour favoriser l'accès précoce aux soins car ils sont essentiellement tournés vers les sujets dépendants (alcooliques et héroïnomanes), constituant un obstacle à la conceptualisation et l'organisation des prises en charge précoces et des polyconsommations.

Enfin, une grande carence en médecins intéressés et compétents dans le domaine des addictions a été relevée, principalement dans la réponse hospitalière aux conduites alcooliques (diagnostic et traitement).

✓ Rédigé en mai 2000, le rapport **Tobelem**¹³ a évalué la situation des dispositifs de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie dans les hôpitaux, afin de s'interroger sur le rôle qu'ils pourraient jouer dans le repérage précoce des consommateurs à risque.

Les réponses hospitalières aux problèmes des personnes ayant des comportements addictifs se sont révélées très insuffisantes par rapport aux besoins :

- Malgré la forte prévalence des problèmes liés à l'alcool parmi les personnes hospitalisées, le repérage des usages, des abus ou des dépendances est très peu développé.
- La prise en charge des jeunes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs drogues se limite le plus souvent à un accueil aux urgences et au strict motif de consultation.
- Très peu de services d'urgence se sont organisés pour répondre aux consultants ayant des problèmes d'alcool, alors que ce problème concerne un quart des admissions aux urgences.

¹² Rapport Reynaud-Parquet-Lagrué, juillet 1999. Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendances aux substances psycho-actives. Rédigé à la demande de Mr Ménard (Directeur Général de la Santé) et remis à Mr Kouchner (Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Affaires Sociales).

¹³ Rapport Tobelem, mai 2000. Repérage précoce des conduites addictives à l'hôpital. Rédigé à la demande de Mme Gillot, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés.

- Le plus souvent, seul le traitement des complications liées à la consommation d'un produit est réalisé dans les établissements, mais un projet spécifique de soins, d'accompagnement, de réduction des risques est rarement proposé.
- L'hôpital est trop peu articulé avec les principaux intervenants extrahospitaliers en charge des conduites addictives, à l'origine de ruptures fréquentes dans le suivi des personnes dépendantes.
- La mission de prévention destinée à promouvoir les comportements favorables à la santé au sein des établissements de santé est quasi inexistante.

3.3.3 Place et rôle de l'hôpital dans le repérage précoce des pratiques addictives

Au terme de ces réflexions, des propositions ont été faites pour impliquer les hôpitaux dans la politique de prise en charge des conduites addictives définies par le gouvernement, et les amener à évoluer vers une démarche de promotion de la santé dans une approche globale de santé publique.

✓ La **circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B/2000/460** du 8 septembre 2000, relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives, vise à répondre à l'un des objectifs du plan triennal. Elle définit la place et le rôle des établissements de santé en matière d'addictologie, et les mesures à instaurer afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge à l'hôpital des personnes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives.

Le premier axe concerne le **renforcement et/ou la création d'équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie** capables de répondre à terme aux problèmes posés par l'ensemble des dépendances (des crédits spécifiques ont été alloués). L'objectif est d'équiper tous les hôpitaux de plus de deux cents lits de médecine–chirurgie–obstétrique (MCO) d'une équipe de liaison en addictologie, avec au moins une par département.

Afin d'accompagner cette politique de dépistage, il est demandé aux hôpitaux que soient augmentées les **possibilités d'hospitalisations pour sevrage, bilan et soins**.

✓ Le **travail de liaison** redéfini par la circulaire a pour objectif de rapprocher les compétences d'alcoologie, de toxicomanie et de tabacologie au sein des hôpitaux, afin d'apporter des réponses centrées sur les personnes et les comportements, et non plus uniquement sur les produits. Il vise également à favoriser les coopérations, les échanges de savoir-faire, à mutualiser les moyens et les outils thérapeutiques.

✓ Les principales **missions** confiées aux EHLA sont précisées par le document.

- Former et assister les équipes soignantes : formation des personnels médicaux et infirmiers des services de l'hôpital (dépistage, diagnostic, prise en charge, sevrage, traitement de substitution, suivi psychologique et orientation).
- Elaborer des protocoles de soins et de prise en charge et aider à leur mise en œuvre : accueil aux urgences, repérage, bilan, gestion d'une situation de manque, poursuite ou initialisation d'un traitement de substitution, sevrage.
- Intervenir auprès des personnes ayant des conduites addictives : aux urgences, pendant l'hospitalisation, en consultation externe.
- Développer des liens avec les autres acteurs concernés : favoriser une prise en charge globale et pluridisciplinaire ; encourager le travail en réseau entre les centres spécialisés, les services hospitaliers et les réseaux d'acteurs locaux.
- Mener des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'hôpital afin d'impliquer en permanence l'établissement dans la lutte contre l'abus et les dépendances aux différents produits.
- Participer au recueil de l'information et à la mise en place d'indicateurs d'évaluation : recueil d'informations sur les personnes vues par l'équipe de liaison, rédaction d'un rapport annuel d'activité de l'équipe.

Au cours de l'année 2000 s'est construite et mise en place la politique hospitalière de prise en charge des conduites addictives. Cette approche, basée sur les équipes hospitalières de liaison en addictologie, s'appuie sur le repérage et la prise en charge des consommateurs à risque.

L'objectif est de profiter du passage à l'hôpital des personnes confrontées à un mésusage de substance psychoactive pour leur apporter une sensibilisation à ce problème, avant d'en arriver au stade d'usage nocif ou de dépendance. Cette stratégie prend en compte l'éducation et la modification des comportements, et s'inscrit dans le plan de la MILDT.

4 - LE CONTEXTE EN BRETAGNE ET EN ILLE-ET-VILAINE

4.1 LES CONSOMMATIONS

L'indice synthétique régional « addiction » élaboré par la Direction Générale de la Santé (basé sur la toxicomanie et l'alcool) classe la Bretagne au cinquième rang au niveau national, après l'Île-de-France, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais et PACA. Elle est au 2^{ème} rang pour l'alcool et au 14^{ème} pour la toxicomanie.

Il n'existe pas actuellement de données précises sur l'importance des consommations en Ille-et-Vilaine. L'OFDT a établi un **classement des départements français** sur la base d'un certain nombre d'indicateurs (recours au système médico-social, ventes de stéribox, ventes de Subutex, interpellations pour usage de produits illicites, décès par alcoolisme et cirrhose, décès par tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon, ventes de cigarettes).

L'Ille-et-Vilaine se situe globalement au 84^{ème} rang, soit parmi les 13 départements les moins touchés, avec des situations très différentes pour chaque type de produit :

- Au 16^{ème} rang pour l'alcool, ce qui en fait l'un des départements les plus touchés.
- Entre le 78^{ème} et le 94^{ème} rang pour le tabac, soit l'un des moins affectés.
- Entre le 70^{ème} et le 87^{ème} rang pour les drogues illicites, soit une bonne position.

4.1.1 L'alcool

La mortalité due à la consommation d'alcool est plus élevée en **Bretagne** chez les hommes par rapport à la moyenne française.

Les cancers des VADS sont la 1^{ère} cause de décès chez l'homme : 52 décès pour 100.000 chez les 25-64 ans ; la cirrhose du foie arrive en 2^{ème} avec 38 décès pour 100.000.

Chez les femmes de 25-64 ans, la 1^{ère} cause de mortalité due à la consommation d'alcool est la cirrhose du foie : 13 décès pour 100.000 (11 en moyenne française).

Dans les deux sexes, les taux de mortalité ont baissé de la période 1988-90 à la période 1995-97 (comme la moyenne française), mais la surmortalité chez les hommes persiste de façon importante, alors que chez les femmes les différences avec la moyenne française sont modérées.

Pour les deux sexes, les taux comparatifs montrent des différences très importantes entre les **départements**, l'Ille-et-Vilaine ayant le taux de mortalité le plus faible mais avec une surmortalité chez les hommes alors que le taux chez les femmes est égal à celui de la moyenne française.

Tableau 2 : Nombre annuel de décès liés à la consommation d'alcool en Bretagne (1995-97)

	Hommes	Femmes	Total
Cirrhose du foie	272	95	367
Psychose alcoolique et alcoolisme	133	30	163
Cancer des VADS	375	22	397
Total	780	147	927

* Source : INSERM, INSEE Population de référence France RGP 1999 Exploitation ORS Bretagne

Tableau 3 : Taux comparatifs de mortalité par causes de décès attribuables à la consommation d'alcool pour 100.000 personnes de 25-64 ans

		Bretagne		France	
		1988-90	1995-97	1988-90	1995-97
Hommes	Cirrhose du foie	45,2	37,8	31,4	25,7
	Psychose alcoolique et alcoolisme	23,8	18,7	11,8	9,1
	Cancer des VADS	71,7	51,5	49,4	35,6
Femmes	Cirrhose du foie	17,0	12,7	13,9	11,1
	Psychose alcoolique et alcoolisme	5,3	4,2	2,7	2,1
	Cancer des VADS	2,8	2,8	3,6	3,4

* Source : INSERM, INSEE Population de référence France RGP 1999 Exploitation ORS Bretagne

Tableau 4 : Taux comparatifs de mortalité par causes attribuables à la consommation d'alcool pour 100.000 personnes de 25 à 64 ans

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	France
Hommes	108,3	126,2	76,4	123,8	70,4
Femmes	20,4	18,7	16,7	24,4	16,6

* Source : INSERM, INSEE Population de référence France RGP 1999 Exploitation ORS Bretagne

4.1.2 Le tabac

La mortalité dont les causes sont liées à la consommation de tabac est peu différente en **Bretagne** dans la population de 25 à 64 ans par rapport à la moyenne française, chez les hommes comme chez les femmes.

En Bretagne, le nombre de décès attribuables à la consommation de tabac au cours de la période 1995-97 est de l'ordre de 709 par an pour les hommes de 25-64 ans et 7 fois moins soit 102 décès annuels chez les femmes du même âge.

Les taux comparatifs de mortalité dont les causes sont attribuables à la consommation de tabac (cancer du poumon, bronchite, cardiopathies ischémiques) sont très différents selon les **départements**, l'Ille-et-Vilaine ayant les taux les moins élevés aussi bien chez les hommes que chez les femmes et inférieurs à la moyenne française.

Tableau 5 : Taux comparatifs de mortalité par causes attribuables à la consommation de tabac pour 100.000 personnes de 25 à 64 ans

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	France
Hommes	95,6	121,8	68,5	100,8	93,2
Femmes	11,6	16,4	10,3	14,1	15,1

* Source : INSERM, INSEE Population de référence France RGP 1999 Exploitation ORS Bretagne

4.1.3 Les drogues illicites

La Bretagne reste parmi les régions françaises les moins touchées par la toxicomanie aux opiacés, avec un taux de 31,4 toxicomanes pour 100.000 habitants pris en charge dans les structures sanitaires et sociales en 1997 contre 47,9 pour la moyenne de la France.

Les statistiques sur les recours aux soins dans les établissements sanitaires et sociaux (enquête annuelle en novembre) ont mis en évidence une augmentation importante du nombre de toxicomanes pris en charge entre 1994 (N=500) et 1997 (N=903), avec une évolution plus forte en Bretagne que pour la moyenne française.

Une étude réalisée en 1997 dans six académies métropolitaines¹⁴ sur les conduites déviantes des lycéens a montré que celle de Rennes présentait les taux les plus élevés d'élèves déclarant avoir été en état d'ivresse durant l'année, de consommateurs de tabac, et d'usagers de cannabis.

4.2 LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES CONDUITES ADDICTIVES

La **Bretagne** s'est engagée depuis 1996 dans la lutte contre les conduites addictives, après que l'alcoolisme eut été retenu parmi les huit priorités de santé publique dégagées lors de la première Conférence Régionale de Santé (CRS).

En 1998, le Programme Régional de Santé (PRS) « **Contre les alcoolisations excessives, les Bretons s'organisent** » a été élaboré et mis en œuvre. Ce programme se divisait en deux volets : agir en amont contre la banalisation des conduites d'alcoolisation excessive ; permettre à chaque personne de bénéficier d'un dispositif coordonné de prévention et d'aide médico-psycho-sociale.

En 1997, un **chef de projet départemental** chargé de suivre l'application du dispositif général de lutte contre le trafic de drogue et la toxicomanie a été nommé par le préfet¹⁵ d'Ille-et-Vilaine (MISP de la DDASS), et le plan triennal a démarré dans la région en 1999.

En 2000, un **coordonnateur régional MILDT** a été nommé par le préfet de la région Bretagne. Au cours de la même année, le réseau constitué par les chefs de projets départementaux et le coordonnateur régional de la MILDT a travaillé à la mise en œuvre du plan triennal. Les principales actions ont concerné la réalisation d'un état des lieux des structures de prise en charge des conduites addictives, la rédaction des plans départementaux de prévention et de prise en charge des conduites addictives, et des interventions dans le cadre de la formation.

Ces interventions ont été confortées par le renforcement du dispositif hospitalier de prise en charge des conduites addictives, avec pour objectifs la création d'équipes hospitalières de

¹⁴ L'enquête a concerné une quinzaine de lycées dans chacune des académies suivantes : Amiens, Bordeaux, Créteil, Grenoble, Poitiers et Rennes.

¹⁵ En application des circulaires du Premier Ministre : N° 4278/SG du 5 octobre 1995 relative à la « Lutte contre le trafic de drogue et la toxicomanie », et N° 159 du 10 juillet 1996 relative à la « Lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental ».

liaison en addictologie, le renforcement ou la création de consultations de sevrage tabagique, et la création d'un hôpital de jour d'addictologie.

Lors de la 5^{ème} **CRS** en février 2001, le jury a pris acte des changements intervenus avec la mise en œuvre du plan triennal de la MILDT, et a exprimé le souhait que le PRS alcool soit élargi à l'ensemble des conduites addictives.

Le **Programme Régional de Santé Publique 2001-2002** a pris en compte cette proposition, et a défini les priorités du PRS « Conduites addictives » (qui conjugue les objectifs du PRS Alcool et ceux du Plan triennal de la MILDT) :

- Rédaction d'un plan interdépartemental de prévention et de prise en charge des conduites addictives s'appuyant sur les programmes départementaux.
- Conception et mise en œuvre d'un tableau de bord régional et interdépartemental des conduites addictives, avec des indicateurs pertinents sur les comportements et les conséquences en terme de morbidité et de mortalité.
- Suivi et évaluation du plan interdépartemental, avec la poursuite des réunions d'échanges du "réseau MILDT".
- Réalisation de journées régionales par le réseau MILDT : Journée « Equipes de liaison hospitalière et mise en réseau en addictologie », Journée « Prévention du dopage », Journée « Lieux d'écoute et point santé ».

En **Ille-et-Vilaine**, un « Programme de prévention des consommations nocives et des dépendances 2000-2003 » a été mis en œuvre, permettant de décliner au niveau départemental les objectifs du PRS et de la MILDT, parallèlement aux actions destinées à l'amélioration du dispositif hospitalier de prise en charge des conduites addictives (création de quatre équipes de liaison, renforcement des consultations de tabacologie).

Reconnue dès 1996 comme priorité en raison du niveau élevé de consommation et des conséquences sanitaires et sociales, la politique de lutte contre les conduites d'alcoolisation en Bretagne s'est rapidement étendue à l'ensemble des substances psychoactives.

En Ille-et-Vilaine, la mobilisation des différents partenaires autour du chef de projet MILDT a permis de développer des actions en vue d'améliorer l'efficacité et la cohérence du dispositif, par la mise en œuvre d'un programme de prévention et le renforcement du rôle de l'hôpital.

5 - DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN ILLE-ET-VILAINE

L'Ille-et-Vilaine comptait environ 867.000 habitants lors du dernier recensement de 1999. Il s'agit d'un département en pleine croissance démographique, avec une augmentation annuelle de 0,92 % entre 1990 et 1999.



Le département compte deux agglomérations de plus de 50.000 habitants : Rennes dixième ville française avec 272.000 habitants, et Saint-Malo avec 51.000 habitants.

Il est organisé en cinq principaux **bassins de population** autour desquels s'est construit le dispositif et la politique de lutte contre les conduites addictives : les pays de Rennes/Brocéliance (476.000 h), le pays de Saint-Malo (149.000 h), le pays de Redon (78.000 h), le pays de Vitré (87.000 h) et le pays de Fougères (77.000 h). Chaque zone dispose de structure(s) hospitalière(s) et d'un CCAA. Le département compte un CSST à Rennes avec des antennes de consultation à Saint-Malo, Vitré et Fougères. L'Escale est le seul établissement de post-cure en alcoologie du département, situé à Rennes. Des consultations de tabacologie ont été instaurées à Rennes et Saint-Malo, et sont prévues à Vitré.

La mise en place du **dispositif hospitalier de liaison en addictologie** dans le département remonte à 1997 avec la création de l'équipe d'alcoologie de liaison au CH de Saint-Malo, déjà largement impliqué dans ce domaine. En 2000, les autres établissements en dehors du CH de Fougères ont bénéficié de financements pour développer de nouvelles équipes.

5.1 SECTEUR DE SAINT-MALO

5.1.1 Prise en charge des conduites addictives

Le **centre hospitalier de Saint-Malo** dispose d'un nombre total de 924 lits d'hospitalisation complète.

- ✓ Les services de MCO bénéficient de 362 lits répartis ainsi : 230 en médecine, 102 en chirurgie et 30 en obstétrique.
- ✓ Les deux secteurs de psychiatrie générale adulte comportent une unité de 86 lits d'hospitalisation complète.
- ✓ Le service d'urgence de type SAU a pris en charge 28.816 passages en 1999.
- ✓ La prise en charge des patients souffrant de problèmes en relation avec l'alcool bénéficie de 4 lits spécifiques dans le service de médecine à orientation hépato-gastro-entérologie.

L'engagement du CH de Saint-Malo dans le champ de l'addictologie est significatif depuis près de vingt ans : création en 1980 d'une permanence puis d'une consultation de toxicomanie rattachée au CMP de Saint-Malo et assurée par l'équipe spécialisée du CSST

de Rennes ; ouverture en 1988 d'une consultation d'alcoologie au CH ; consultation hospitalière de tabacologie depuis 1990 rattachée au service de médecine à orientation pneumologie ; mise en place en 1991 d'un protocole de soins aux malades alcoolodépendants en psychiatrie ; individualisation en 1995 de 4 lits d'orientation alcoologique dans le service de médecine à orientation hépato-gastro-entérologie.

Dispositif de soins aux personnes en difficulté avec l'alcool :

✓ L'unité fonctionnelle (UF) d'alcoologie de liaison a la spécificité de disposer de 4 lits d'hospitalisation au sein du service de médecine à orientation hépato-gastro-entérologie.

L'admission dans cette unité répond à trois motifs principaux :

- Semaine d'orientation, parfois précédée d'un court sevrage, au cours de laquelle est défini avec le patient un projet de soins avec priorité à la prise en charge sociale.
- Sevrage simple pour des patients suivis en ambulatoire ou ayant réalisé une semaine d'orientation : mise à distance du contexte familial, bilan médico-psychologique.
- Hospitalisation avant transfert en cure ou en post-cure.

Les patients souffrant de problèmes liés à l'alcool peuvent être hospitalisés dans les autres unités du CH pour épisode aigu ou sevrage.

✓ Le CCAA de Saint-Malo bénéficie actuellement de quatre vacations médicales hebdomadaires¹⁶, ce qui est très insuffisant au regard des besoins de prise en charge ambulatoire des patients en difficulté avec l'alcool, et a des conséquences sur les demandes de consultations externes soumises à l'équipe d'alcoologie de liaison.

Dispositif de soins aux toxicomanes :

Assurées par un psychiatre spécialisé en toxicomanie et un infirmier psychiatrique du CSST de Rennes, les consultations sont pratiquées en deux endroits différents :

- ✓ Consultations externes au CMP de Saint-Malo, pouvant concerner des patients hospitalisés.
- ✓ Consultations infirmières avancées à la maison d'arrêt de Saint-Malo, dans le cadre de l'unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA).

¹⁶ En plus du temps médical, il dispose de 0,4 ETP d'infirmier et de 0,3 ETP de secrétariat.

Dispositif de soins aux personnes tabagiques :

L'activité de tabacologie a été renforcée au CH de Saint-Malo, avec le financement au cours de l'année 2000 d'une consultation de tabacologie : 3 vacations médicales hebdomadaires, et un infirmier à 0,5 ETP.

5.1.2 Mise en œuvre de l'équipe de liaison

Fonctionnelle depuis le 15 juillet 1997, l'équipe hospitalière de liaison en alcoologie de Saint-Malo est la plus ancienne du département. La création en 1997 de l' « **Unité Fonctionnelle d'Alcoologie de Liaison** », financée dans le cadre de la circulaire DH/EO4/DGS/1996/557 du 10 septembre 1996, a permis de lui rattacher les quatre lits d'alcoologie et de développer les activités de liaison. L'équipe de liaison a été constituée à partir des différents personnels qui exerçaient déjà dans le domaine de l'alcoologie au CH de Saint-Malo, et a la particularité d'intervenir aussi auprès des patients hospitalisés dans les lits d'alcoologie.

Sa **composition** est actuellement la suivante : un PH à 0,5 équivalent temps plein (ETP), une infirmière à 0,75 ETP, deux assistantes sociales chacune à 0,2 ETP, un psychologue à 0,5 ETP, une secrétaire médicale à 0,4 ETP, et un diététicien à 0,5 ETP (soit un total de 2,55 ETP de personnel non médical). L'équipe bénéficie en outre de l'appui du secteur psychiatrique, avec deux infirmiers et un psychiatre pour respectivement 0,3 et 0,15 ETP .

La **mise en place** de l'unité fonctionnelle d'alcoologie de liaison n'a pas été perçue à ses débuts de façon très positive dans l'établissement, créant un climat de tensions avec un certain nombre de services pour lesquels elle était ressentie comme une équipe concurrente. Sa création, inscrite dans le projet d'établissement, a fait l'objet d'une large communication interne, que ce soit en CME ou au niveau des différents services. Avec un recul de près de quatre ans, le **positionnement** de l'équipe de liaison au sein de l'hôpital ainsi que ses missions et ses modalités de fonctionnement sont actuellement bien connus des autres services, même s'il persiste encore quelques réticences.

Pour le **Directeur Adjoint** rencontré ainsi que la **Directrice des Soins Infirmiers (DSI)** de l'établissement, l'approche de liaison a permis de bien positionner le problème du repérage et de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool, de par l'aspect transversal de ce type d'intervention. La perception du rôle de l'équipe de liaison a été significativement améliorée par la qualité de la communication interne à l'établissement, ce qui a contribué à diminuer les tensions apparues au début.

5.1.3 Activités de l'équipe de liaison

Le **secteur d'hospitalisation** de l'UF d'alcoologie de liaison a pris en charge, au cours de l'année 2000, environ 160 hospitalisations, soit une file active de 144 patients. Lors du séjour, un programme est proposé aux patients avec pour objectif de les aider à construire un projet thérapeutique adapté à leur situation. Les membres de l'équipe participent aux actions d'information, d'orientation et d'accompagnement.

Bien que cette activité d'hospitalisation ne fasse pas partie des missions de liaison, le médecin responsable y trouve un moyen de reconnaissance de l'alcoologie de liaison : « *En effet, il serait tout à fait illusoire d'espérer une quelconque crédibilité de la part de nos partenaires extérieurs si nous ne prenions aucun malade en charge* ».

Les **consultations internes** dans les services du CH représentent une part relativement importante de l'activité de l'équipe d'alcoologie de liaison :

✓ Un passage systématique à l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) dotée de 10 lits est réalisé tous les jours du lundi au vendredi par l'infirmière, pour y rencontrer ou repérer les patients en difficulté avec l'alcool et leur apporter les informations utiles à une orientation dans le système de soins. En 2000, 83 entretiens ont été réalisés.

✓ L'EHLA intervient à la demande dans les autres services de l'hôpital pour des personnes en difficulté avec l'alcool. Si la majorité des services sont assez demandeurs d'une contribution de l'équipe de liaison, des difficultés relationnelles persistent avec certains. Au total, ce sont 227 entretiens qui ont été réalisés en 2000 (médecine, chirurgie, psychiatrie).

Les **consultations externes** représentent une activité non négligeable du médecin alcoologue. Sous cette dénomination sont incluses d'une part les consultations demandées par des partenaires extérieurs, d'autre part des entretiens réalisés à la demande de l'infirmière de l'équipe de liaison pour des patients hospitalisés posant des difficultés de prise en charge. Avec 604 consultations externes en 2000, leur nombre est en très forte progression : 30 % de plus qu'en 1998 et 50 % de plus qu'en 1999. Cette situation est liée à l'insuffisance du secteur ambulatoire en alcoologie et du CCAA dans la zone de Saint-Malo. Cette charge de travail est réalisée au détriment de l'activité de liaison elle-même.

Un **accompagnement psychologique** est apporté par le psychologue de l'équipe de liaison qui intervient aussi au CMP, permettant d'assurer une continuité des soins.

Une demande de soutien par les familles des malades s'est développée au fil des années. Ces dernières sont reçues au CMP par une infirmière du secteur psychiatrique qui participe aussi à l'activité d'alcoologie de liaison et des semaines d'orientation.

L'équipe de liaison intervient de façon significative dans le domaine de la **formation** :

- ✓ Formation en alcoologie à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).
- ✓ Participation à la définition du contenu des programmes de formation continue du personnel du CH en alcoologie.
- ✓ Formation en alcoologie des internes en médecine ainsi que d'autres stagiaires assurée au sein de l'unité.
- ✓ Assistance à certains services du CH pour exposer les objectifs et les missions de l'activité de liaison, proposer et envisager les modes d'intervention avec les soignants.
- ✓ Intervention lors du programme de sensibilisation des acteurs sociaux de terrain à la prise en charge psychiatrique des publics en insertion.
- ✓ Organisation d'une conférence sur le thème de l'alcoologie à la demande de l'association de formation continue de médecine générale.

De nombreuses **actions d'information** sont aussi réalisées par l'équipe de liaison : participation à la journée d'information publique des associations néphalistes, séances d'informations à l'attention des détenus à la demande de l'équipe soignante de l'UCSA.

L'équipe de liaison a élaboré un **protocole** d'alcoologie destiné à aider tous les acteurs de soins du CH à la prise en charge des malades en difficulté avec l'alcool : optimiser le repérage, aborder la question de l'alcool et informer le patient, établir un relais avec l'équipe de liaison. Proposer un protocole de sevrage des patients alcooliques à l'ensemble des services ne paraît pas souhaitable dans l'immédiat pour le médecin alcoologue, chaque praticien ayant son approche spécifique dans le domaine.

L'unité d'alcoologie de liaison de Saint-Malo a mis l'accent depuis plusieurs années sur le travail en **partenariat** et en **réseau**.

✓ A l'échelon local, les actions de partenariat de l'équipe de liaison sont nombreuses à l'attention des différents partenaires : institutionnels comme le CCAA¹⁷, l'UCSA, le CMP, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), le Procureur de la République de Saint-Malo ; médecins généralistes ; associations néphalistes ; réseau local ou régional d'alcoologie.

¹⁷ Le médecin alcoologue de l'équipe de liaison dirige le CCAA de Saint-Malo et y effectue une vacation hebdomadaire.

✓ Au niveau national, l'équipe a participé en septembre 1999 à la première réunion nationale des unités d'alcoologie de liaison hospitalière. Le médecin alcoologue est membre du bureau de l'Association Française des Equipes d'Alcoologie de Liaison (AFEAL).

✓ Si son intervention reste dans l'immédiat centrée sur l'alcoologie, elle s'est investie dans une réflexion plus large sur l'addictologie de liaison, en collaboration avec les équipes de soins aux toxicomanes de Rennes et de consultation de tabacologie. Un projet de création d'une unité d'addictologie de liaison au CH de Saint-Malo rapprochant les trois types d'activités a été proposé. La création de cette unité d'addictologie de liaison permettrait de formaliser les liens encore très insuffisants entre les trois équipes, de mutualiser les moyens existants, d'améliorer la lisibilité des procédures des différents intervenants en addictologie pour le personnel des services et les partenaires extérieurs.

5.2 SECTEUR DE REDON

5.2.1 Prise en charge des conduites addictives

Le **centre hospitalier de Redon** dispose d'un nombre total de 351 lits d'hospitalisation complète.

✓ Les services de MCO bénéficient de 142 lits répartis de la façon suivante : 82 en médecine pour trois services (orientation cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie), 40 en chirurgie et 20 en obstétrique.

✓ Le secteur de psychiatrie générale adulte comporte une unité de 25 lits d'hospitalisation complète.

✓ Le service d'urgence de type UPATOU a pris en charge 12.757 passages en 1999.

Dispositif de soins aux personnes en difficulté avec l'alcool :

✓ La prise en charge des patients souffrant de problèmes en relation avec l'alcool ne bénéficie ni de lits ni d'unité hospitalière spécifique, et intervient soit dans les trois unités de médecine, soit en unité de psychiatrie adulte. Au cours de l'exercice 1999, sur la base des éléments diagnostics principaux et associés, une étude a montré que la file active de patients souffrant de troubles liés à l'alcool était de 704 en Médecine soit 33 % de l'ensemble des hospitalisés.

Un groupe de parole inter-services spécifique aux patients en difficulté avec l'alcool est animé depuis de nombreuses années par un psychologue du CMP et un infirmier

psychiatrique. Avant la mise en place de l'équipe de liaison, un courrier type était donné dès lors qu'un patient était identifié comme ayant des problèmes avec l'alcool, lui proposant de rencontrer le psychologue du service de psychiatrie ; un accompagnement dans le cadre de la psychiatrie de liaison pouvait aussi être proposé à la demande d'un médecin ou du psychologue.

✓ Le CMP assure, grâce à une équipe pluridisciplinaire, des consultations programmées et des prises en charge en urgence en cas de situation de crise. Parmi les patients vus au CMP, 10,3 % sont identifiés comme ayant des problèmes avec l'alcool.

✓ Le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), situé à l'extérieur du centre hospitalier, dispose de moyens limités : 2 vacations de médecine générale par semaine, 0,4 ETP de psychologue et 0,15 ETP de secrétaire.

Son insuffisance en personnel le conduit à travailler plutôt comme une structure de crise et ne lui permet pas d'établir des liens suffisants avec les relais sociaux, les équipes soignantes et les partenaires extérieurs.

Dispositif de soins aux toxicomanes :

Aucune consultation spécialisée à l'attention des toxicomanes du secteur n'est assurée à Redon. Certains consommateurs bénéficient d'une prise en charge psychologique par les professionnels du CH, les autres sont adressés au CSST de Rennes.

Aucun partenariat formel n'a été développé avec les structures spécialisées du département.

Dispositif de soins aux personnes tabagiques :

Quelques consultations de sevrage tabagique sont réalisées dans le service de Médecine à orientation pneumologie, mais le CH ne dispose pas de moyens spécifiques pour cette activité.

5.2.2 Mise en œuvre de l'équipe de liaison

Le CH de Redon a soumis en novembre 2000 un projet de « ***Création d'un dispositif de soins à destination des patients hospitalisés et souffrant de conduites addictives*** », en référence à la circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B/2000/460 du 08 septembre 2000. Dans le

cadre de la prise en charge des conduites addictives, l'objectif du CH est de financer une équipe de professionnels dont le champ d'action est orienté au préalable vers l'alcoologie.

L'EHLA du CH de Redon a démarré ses activités au début du mois de septembre 2001, et sa **composition** répond à ce qui avait été sollicité par l'établissement et pour lequel le financement a été attribué : une infirmière à 1 équivalent temps plein (ETP), une assistante sociale à 0,5 ETP, un psychologue à 0,5 ETP et une secrétaire médicale à 0,5 ETP.

L'équipe a été composée à partir de différents professionnels du CH qui intervenaient précédemment dans le domaine de la psychiatrie et de l'alcoologie depuis plusieurs années (douze ans pour le psychologue et l'infirmier), et bénéficiaient donc d'une expérience et de formations dans ce domaine. Afin de compléter les compétences de l'équipe, des formations complémentaires ont été programmées dans le cadre du CDPA.

Le **positionnement** de l'EHLA au sein de l'hôpital ainsi que la **responsabilité médicale** ne sont pas encore clairement définis. Si le projet de création de l'équipe est à l'initiative du psychiatre chef de secteur, son manque de disponibilité ne lui permet pas d'assurer la coordination médicale sur le long terme. D'autre part, tout le monde s'accorde à penser qu'il serait préférable de rattacher cette activité à un service de médecine pour éviter tout amalgame avec l'exercice de la psychiatrie. Une alternative a été proposée pour la première année de mise en œuvre de l'équipe avec la coordination par le psychiatre du secteur qui peut lui consacrer une demi-journée par mois, et un transfert à terme de cette responsabilité au chef du service de médecine à orientation hépato-gastro-entérologie. L'EHLA actuellement implantée dans des locaux clairement individualisés au sein du CMP devrait d'ici quelques mois être hébergée à l'intérieur de l'hôpital général.

La mise en place de l'EHLA a été accompagnée de plusieurs actions d'**information** au sein de l'établissement : présentation et validation du projet en CME ; réunion du GREP (association de psychiatres) au cours de laquelle les résultats de l'enquête sur les consommations alcooliques à l'hôpital de Redon et les objectifs assignés à l'EHLA ont été communiqués à l'ensemble des médecins du CH et leurs équipes.

Pour la **Direction de l'établissement**, la mise en place de l'EHLA répond à un besoin de santé publique exprimé par les autorités sanitaires et par le corps médical. Elle a apporté tout son soutien au recrutement du personnel et à la diffusion d'une information large au sein de l'établissement.

5.2.3 Activités de l'équipe de liaison

Les **consultations internes** dans les services du CH constituent une part importante de l'activité :

✓ Un passage systématique au service des urgences (UPATOU) est réalisé chaque matin et soir (sauf le week-end) par l'infirmier et le psychologue, pour y rencontrer les patients en difficulté avec l'alcool. Le repérage est pratiqué par le personnel du service, et les patients sortants sont gardés jusqu'au passage de l'EHLA.

✓ L'EHLA intervient dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique soit à la demande de ces derniers, soit après signalement lorsqu'un patient est hospitalisé suite à un passage aux urgences.

L'équipe est amenée à **suivre certains patients à domicile** dans le cadre de cures de sevrage ambulatoires, en collaboration avec le CMP et les praticiens du secteur. Cette intervention, justifiée pour l'équipe par la mobilisation et l'implication insuffisantes des médecins généralistes du secteur dans la prise en charge et le suivi des personnes en difficulté avec l'alcool, ne fait pas partie des missions dévolues aux EHLA.

A ce jour, aucune **formation** formelle n'est prévue à l'attention des personnels de l'établissement, mais des discussions ont lieu avec les soignants des services lorsque l'EHLA est amenée à y pratiquer un entretien chez un patient confronté à l'alcool.

Un **protocole** d'organisation et de fonctionnement de l'équipe de liaison sera élaboré à l'attention des différents services du CH pour la prise en charge des patients avec usage ou dépendance à l'alcool. Une **lettre d'information** sur le dispositif de soins hospitalier ou ambulatoire est donnée à toutes les personnes présentant une difficulté avec l'alcool.

Une réflexion a été menée sur le travail en **partenariat** et en **réseau**.

✓ Une collaboration étroite a été développée avec le CCAA dont le médecin vacataire a été associé à des séances d'information destinées au personnel des urgences.

✓ Des échanges ont lieu avec les médecins généralistes du secteur pour le suivi et l'accompagnement des patients bénéficiant d'un sevrage ambulatoire, après que l'indication et le démarrage du sevrage aient été réalisés par l'équipe de liaison.

✓ L'EHLA est présente lors des réunions de la COPAS, coordination des partenaires et des instances sociales du secteur. Ces rencontres permettent d'aborder dans sa globalité le problème de consommation d'alcool dans le secteur de Redon et de réfléchir de façon pluridisciplinaire aux réponses à apporter aux personnes concernées.

Si l'activité de l'EHLA de Redon est centrée sur l'alcoologie, l'équipe est de plus en plus sollicitée pour la prise en charge de **toxicomanes** et de personnes dépendantes au **tabac**, du fait de sa dénomination formelle d' « Equipe de liaison en Addictologie ».

✓ De plus en plus de toxicomanes sont adressés ou se présentent à l'équipe pour une prise en charge. Certains consommateurs peuvent bénéficier localement d'un soutien psychologique, les cas les plus complexes étant dirigés vers le CSST de Rennes avec lequel aucun partenariat n'a été formalisé à ce jour. Les membres de l'équipe de liaison se sentent actuellement désarmés pour suivre les toxicomanes, en raison du manque de formation et d'expérience pour ce type de problème, et de la charge de travail importante que représentent les personnes en difficulté avec l'alcool.

✓ Certains services du CH sont demandeurs de consultations de tabacologie, activité pour laquelle l'EHLA ne peut apporter dans l'immédiat de réponse, par manque de compétences et de disponibilité.

5.3 SECTEUR DE VITRE

5.3.1 Prise en charge des conduites addictives

Le **centre hospitalier de Vitré** dispose d'un nombre total de 476 lits d'hospitalisation complète.

✓ Les services de MCO bénéficient de 135 lits répartis de la façon suivante : 82 en médecine pour deux services (orientation cardiologie, gastro-entérologie), 33 en chirurgie et 20 en obstétrique.

✓ Le service d'urgence de type UPATOU a pris en charge 12.941 passages en 1999.

Le CH est impliqué depuis longtemps dans les activités d'alcoologie, avec la prise en charge des patients aux conduites d'alcoolisation dans le service de médecine à orientation gastro-entérologie, et la réalisation depuis 1987 au CHAA de Vitré (devenu CCAA) des consultations par l'un des médecins de ce service.

Dispositif de soins aux personnes en difficulté avec l'alcool :

✓ L'activité d'alcoologie est assurée à l'hôpital de Vitré principalement par le service de Médecine à orientation gastro-entérologie, où sont réalisées préférentiellement les hospitalisations en réponse à des demandes présentant un caractère urgent, ainsi que les cures de sevrage de courte durée programmées après consultation préalable.

Une consultation d'alcoologie est fonctionnelle à l'hôpital depuis 1987.

✓ Le CCAA de Vitré, implanté à l'intérieur de l'hôpital, dispose de moyens humains limités : un PH à 0,10 ETP, une assistante sociale à 0,2 ETP, une psychologue à 0,10 ETP, une diététicienne à 0,10 ETP, une secrétaire à 0,4 ETP et une infirmière cadre à 0,10 ETP. Des consultations externes et internes sont assurées une journée par semaine, ce qui est très insuffisant au regard des besoins de prise en charge ambulatoire de patients en difficulté avec l'alcool (364 consultations externes et 283 consultations internes en 1999).

Dispositif de soins aux toxicomanes :

Les consultations de toxicomanie sont assurées une demi-journée par semaine par l'infirmier de l'équipe de liaison en toxicomanie du CSST, à l'hôpital de jour du secteur psychiatrique.

Dispositif de soins aux personnes tabagiques :

Une consultation médicale de tabacologie est prévue au CH de Vitré dans le cadre de l'activité de l'équipe de liaison en addictologie (à hauteur de 0,2 ETP).

5.3.2 Mise en œuvre de l'équipe de liaison

Le CH de Vitré a soumis en octobre 2000 un « ***Projet de création d'une équipe de liaison et de soins en alcoologie et addictologie à l'hôpital*** », en référence à la circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B/2000/460 du 08 septembre 2000. L'objectif est de renforcer le dispositif d'alcoologie du CH, avec la création d'une équipe de liaison qui permettra d'étendre les interventions dans le champ de l'alcoologie à l'ensemble des services, en apportant une disponibilité plus importante aux malades et aux équipes de soins. Il est de plus prévu que l'équipe de liaison intervienne dans le domaine de la tabacologie.

L'équipe hospitalière de liaison en addictologie du CH de Vitré est la dernière à s'être mise en place début novembre 2001, du fait de retards importants dans les recrutements. Il s'agit d'une unité fonctionnelle du service de médecine à orientation hépato-gastro-entérologie.

A la fin de l'année 2001, l'équipe n'était pas encore au complet par rapport au financement accordé pour son projet, et était **constituée** d'une infirmière à 0,5 ETP, une psychologue à 0,3 ETP et une secrétaire à 0,2 ETP. N'étaient pas encore attribués à l'équipe de liaison 0,5 ETP d'infirmière, 0,1 ETP d'assistante sociale et 0,4 ETP de secrétaire, tous prévus pour le début de l'année 2002 d'après la Direction de l'établissement. Des difficultés de recrutement expliquent la vacance du temps médical (0,2 ETP) destiné à des vacances de tabacologie.

Constituée dans sa majorité à partir d'agents du CCAA de Vitré (en dehors de l'infirmière et du médecin) pour lesquels le temps de travail a été (ou sera) augmenté, le **positionnement** de l'équipe de liaison ne semble pas poser de difficulté au sein du CH, le CCAA étant localisé dans l'hôpital et répondant depuis sa création à des demandes de consultations internes des services. Il s'agit d'autre part de personnels disposant d'une expérience et de formations dans le domaine de l'alcoologie, y compris l'infirmière qui exerçait dans le service de médecine où est prise en charge la majorité des personnes en difficulté avec l'alcool.

Le **démarrage** de l'activité de liaison a été communiqué à l'ensemble du CH par une note de service en date du 02 novembre 2001, annonçant le recrutement de l'infirmière chargée de la coordination. Les modalités de fonctionnement et les missions de l'équipe n'ont pas fait l'objet d'une information suffisante, source de confusion entre les activités du CCAA et celles dévolues à la liaison.

La création d'une équipe de liaison n'a pas été perçue favorablement par la **CME**, les médecins ne comprenant pas que des moyens soient accordés à une nouvelle activité alors qu'ils sont par ailleurs jugés insuffisants dans d'autres domaines considérés comme prioritaires. La CME a adopté le projet dans la mesure où le financement était lié à une enveloppe spécifique.

Pour la **Direction de l'établissement**, « l'équipe de liaison récemment mise en place vient renforcer le CCAA qui fonctionne depuis plus de dix ans, avec la nécessité d'apporter une distinction en terme d'activité même s'il s'agit du même personnel ; sa mise en place répond à une demande importante au sein du CH et a été perçue positivement par les cadres hospitaliers ; elle bénéficie d'un accueil favorable des partenaires extérieurs ; il est regrettable que le budget du CCAA soit insuffisant, le CH étant contraint de combler les insuffisances ».

5.3.3 Activités de l'équipe de liaison

Dernière mise en place avec un retard important, l'équipe du CH de Vitré avait débuté ses activités depuis environ un mois lors de l'entretien, et n'était pas encore au complet (en particulier infirmière à mi-temps au lieu d'un temps plein et temps médical non pourvu).

Les **consultations internes** ont été organisées pour répondre aux demandes d'entretiens avec les personnes en difficulté avec l'alcool reçues à l'hôpital.

✓ Un passage systématique est réalisé le lundi, mardi et vendredi matin aux urgences, en chirurgie et en médecine à orientation cardiologique, où l'infirmière assure en concertation avec le personnel de ces services le repérage des personnes en difficulté avec l'alcool et les entretiens.

✓ L'infirmière participe tous les matins à la réunion du service de médecine à orientation gastro-entérologie, au cours de laquelle sont présentés les dossiers des patients avec conduite d'alcoolisation pour lesquels un entretien sera réalisé.

✓ Enfin, des interventions sont réalisées à la demande à la maternité.

L'équipe est sollicitée pour des **consultations externes**, le plus souvent à la demande de personnes préalablement vues dans les services, mais qui parfois relèvent spécifiquement de l'activité du CCAA. La constitution de l'équipe de liaison à partir des agents du CCAA est source de confusion entre les deux activités, qu'il conviendra de mieux individualiser.

Une **formation** de trois jours assurée par l'infirmière, l'assistante sociale et le cadre infirmier sera réalisée au début de l'année 2002. Destinée à l'ensemble des équipes soignantes de l'hôpital, elle portera sur les modalités de mise en place de l'équipe de liaison, son fonctionnement et ses missions.

Plusieurs actions en **partenariat** avec le Centre Départemental d'Action Sociale (CDAS), les médecins généralistes, le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) et les services scolaires, déjà initiées avec le CCAA, seront poursuivies avec l'équipe de liaison.

Les **autres activités** de liaison hospitalière, et plus particulièrement les consultations de tabacologie, ne pourront être mises en œuvre que lorsque l'équipe sera au complet, et que son positionnement ainsi que sa place par rapport au CCAA auront été clairement définis.

L'équipe n'a pas eu de contact avec l'infirmier de toxicomanie du CSST dans l'objectif d'un rapprochement et de la formalisation d'un partenariat.

5.4 SECTEUR DE RENNES

5.4.1 Prise en charge des conduites addictives

Deux établissements publics interviennent à Rennes dans la prise en charge des conduites addictives : le Centre Hospitalier Universitaire et le Centre Hospitalier Guillaume Régnier. Ce dispositif est complété par la présence de l'Escale, établissement de post-cure en alcoologie, et le « Centre d'Aide à l'Arrêt du Tabac » à la clinique Saint-Laurent de Rennes.

5.4.1.1 Prise en charge des conduites addictives au CHU

Le **CHU de Rennes**, installé sur trois sites différents (Hôpital de Pontchaillou, Hôtel-Dieu, Hôpital Sud), dispose d'un nombre total de 2.092 lits d'hospitalisation complète.

✓ Les services de MCO bénéficient de 1.450 lits répartis de la façon suivante : 759 en médecine, 552 en chirurgie et 139 en obstétrique.

✓ L'accueil des urgences est réparti sur les trois sites : SAU et urgences cardiologiques à Pontchaillou ; urgences gynéco-obstétricales à l'Hôtel Dieu ; urgences gynéco-obstétricales et urgences médicales pédiatriques à l'Hôpital Sud. Au cours de l'année 1999, 65.203 passages aux urgences ont été réalisés.

L'engagement préalable du CHU de Rennes dans le champ de l'addictologie était déjà très significatif avant la création de l'équipe de liaison, principalement dans les domaines de l'alcoologie avec l'Unité Hospitalière d'Alcoologie intégrée dans le Service des maladies du foie, et de la tabacologie avec l'existence d'une consultation depuis 1996.

Dispositif de soins aux personnes en difficulté avec l'alcool :

L'unité Hospitalière d'Alcoologie créée en 1992 est placée sous la responsabilité d'un médecin alcoologue, et présente trois volets d'activité :

✓ Un secteur d'hospitalisation avec 5 lits de cure, dans lesquels les patients sont admis pour une durée de deux semaines, après décision du médecin alcoologue, et sur la base d'un contrat de soins. Les personnes hospitalisées peuvent bénéficier d'un bilan organique, d'un

sevrage médical, d'une prise en charge psychothérapeutique et d'une orientation vers les structures de post-cure.

✓ Un secteur de consultations externes pour le suivi en pré et post-cure (à la demande des médecins généralistes et des partenaires du réseau d'alcoologie situé en dehors du CHU) et de consultations internes permettant de donner un avis alcoologique pour les patients hospitalisés dans le Service des Maladies du Foie ou à la demande des autres services.

✓ Une activité d'alcoologie de liaison, qui avait démarré au cours de l'année 2000 avec le financement d'un demi-poste de praticien hospitalier, destinée de façon prioritaire au SAU où un quart à un tiers des motifs d'admission concernent des malades en état d'alcoolisation aiguë ou chronique.

Dispositif de soins aux toxicomanes :

Il est assuré par les structures spécialisées dépendant du CHGR, décrites ci-dessous.

Dispositif de soins aux personnes tabagiques :

La consultation de tabacologie a été ouverte en 1996 au CHU de Rennes et a été renforcée en 2000¹⁸ pour répondre à une demande de plus en plus importante. L'équipe limitée jusqu'en 1999 à un médecin pour 0,2 ETP a été complétée en 2000 et dispose actuellement d'un médecin à mi-temps, d'un infirmier à 0,15 ETP et de 0,2 ETP de secrétariat médical. Les trois vacations médicales hebdomadaires supplémentaires sont destinées à l'attention de publics spécifiques : une vacation pour les jeunes, une vacation pour le personnel hospitalier et une vacation pour les personnes adressées par des partenaires hors-CHU.

5.4.1.2 Prise en charge des conduites addictives au Centre Hospitalier Guillaume Régnier

Le **CH Guillaume Régnier** de Rennes apporte, en complément de l'offre de soins psychiatriques représentée par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et générale, et le service de psychiatrie pour adolescents et jeunes adultes, deux dispositifs de soins pour les personnes ayant des conduites addictives, orientés vers la prise en charge des toxicomanes et des personnes alcooliques.

¹⁸ Financement dans le cadre de la circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

Il dispose de 1.211 lits d'hospitalisation complète, répartis en 841 lits de psychiatrie, 10 lits de toxicomanie, 200 lits de soins de longue durée et 160 lits de maison d'accueil spécialisé (MAS).

Dispositif de soins aux toxicomanes et pharmacodépendants :

Le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes et Pharmacodépendants (CSST) est composé des structures suivantes :

- ✓ Une unité de 10 lits de cure et de post-cure, l' « Envol », qui s'adresse à des toxicomanes volontaires, pouvant être sous traitement de substitution, âgés de plus de dix-huit ans.
- ✓ Un centre d'accueil et de soins ambulatoires où sont dispensées des consultations spécialisées : permanences médicales, psychologiques et sociales pour usagers de produits, toxicomanes avérés ou anciens toxicomanes. Des informations de prévention à l'attention de toute personne concernée par la drogue sont données. Il apporte enfin un appui à la réalisation de cycles de formation et de projets d'action-prévention, et un soutien documentaire et de recherche.
- ✓ Un centre de prescription et de distribution de la méthadone pour toxicomanes ou pharmacodépendants aux produits opiacés.
- ✓ Trois places d'appartement thérapeutique relais.
- ✓ Des points d'intervention ambulatoire en Côtes d'Armor et en Ille-et-Vilaine (Saint-Malo, Fougères et Vitré).
- ✓ Un réseau Ville Hôpital Toxicomanie 35.
- ✓ Des consultations en milieu carcéral et des actions toxicomanie-SIDA.

Dispositif de soins aux personnes en difficulté avec l'alcool :

✓ L'unité d'hospitalisation « Les Iris » a été créée dans le secteur de psychiatrie générale 35G09, pour répondre à la demande croissante de patients souffrant de problèmes liés à l'alcool et adressés par l'ensemble des services de psychiatrie générale. Elle dispose de 10 lits et apporte une prise en charge spécifique de la problématique alcoolique par une équipe pluridisciplinaire.

✓ Le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) de Rennes est géré par le CHGR. Il s'agit d'un lieu d'écoute, de parole, de soins et d'accompagnement des personnes

confrontées à un problème d'alcool, ainsi que pour leur famille. Ses moyens en personnel sont globalement satisfaisants, avec en particulier un médecin à 0,6 ETP¹⁹.

5.4.1.3 L'Escale

L'Escale est le seul établissement de postcure du département, créé en 1973 à Rennes. Avec une capacité de 35 lits dont 5 appartements de réinsertion, il est orienté vers l'insertion professionnelle des anciens alcooliques. L'admission a lieu sur dossier après avis de l'équipe soignante, et contractualisation entre la personne et l'établissement sur la nécessité d'une abstinence totale et sur l'objectif de réinsertion.

5.4.1.4 Consultation de tabacologie à la Clinique Saint-Laurent de Rennes

Cet établissement privé a développé depuis 2000 des consultations de tabacologie, sous la dénomination de « Centre d'Aide à l'Arrêt du Tabac », financées sur des crédits du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

5.4.2 L'équipe de liaison du CHU de Rennes

5.4.2.1 Mise en œuvre de l'équipe de liaison

Le CHU de Rennes dispose depuis mi-juin 2001 d'une équipe hospitalière de liaison en addictologie à orientation alcoologie, financée fin de l'année 2000 sur une enveloppe de crédits ARH spécifiques à la prise en charge des conduites addictives. Le CHU avait soumis en juillet 2000 un « **Projet de renforcement des moyens de l'alcoologie de liaison au CHU de Rennes** », dans le cadre des orientations de la circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B/2000/460 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

En fonction sous sa forme actuelle depuis mi-juin 2001, l'équipe hospitalière de liaison en alcoologie du CHU de Rennes est conforme au financement qui lui a été attribué. Sa **composition** est la suivante : un PH à 0,5 ETP, trois infirmières pour 2,5 ETP, et une psychologue à 0,5 ETP (cette dernière a pris ses fonctions en septembre 2001). Le médecin alcoologue exerçait au préalable une activité de liaison au sein du CHU.

¹⁹ Il bénéficie en plus de 0,75 ETP de psychologue, 0,5 ETP de diététicienne, 1 ETP d'infirmier, 0,7 ETP d'assistante sociale et 0,9 ETP de secrétaire.

Les trois infirmières, préalablement en poste au CHU, ont été recrutées après appel à candidature interne sur la base d'une lettre de mission précise. La sélection à laquelle a participé le responsable de l'équipe s'est faite sur les critères de la motivation, de l'expérience professionnelle générale et plus spécifiquement dans le domaine de l'alcoologie, et de formations antérieures éventuelles en alcoologie. La direction de l'hôpital et le responsable de l'équipe souhaitaient éviter le risque d'affecter du personnel dont les motivations auraient été exclusivement liées au rythme spécifique du travail de liaison et de disposer d'une équipe moins dynamique ou performante.

La prise de fonction des infirmières a été précédée d'un complément de formation aux activités de liaison en alcoologie : formation interne par le médecin alcoologue lors de ses passages dans le service d'alcoologie et aux urgences pour réaliser les entretiens avec les personnes en difficulté avec l'alcool ; visite des structures d'alcoologie de Rennes, Saint-Malo et Laval ; formation d'une semaine à l'alcoologie au CDPA.

Le recrutement d'un psychologue a fait l'objet d'une procédure externe en mai 2001 en l'absence de disponibilités au sein du CHU, avec ici encore la priorité donnée à l'expérience et à la formation antérieure en alcoologie.

Le **positionnement** de l'EHLA au sein du CHU et la **responsabilité médicale** ont été clairement définis, dans le cadre de l'**UF du Service des Maladies du Foie**.

L'intervention de l'équipe de liaison a posé à ses débuts quelques problèmes avec l'équipe de psychiatrie de liaison, en relation avec certains patients pour lesquels une évaluation psychiatrique est nécessaire avant la prise en charge du problème lié à l'alcool. Des rencontres entre les deux équipes ont permis de préciser les modalités de fonctionnement respectives et de décider des patients pour lesquelles une intervention préalable de la psychiatrie de liaison est nécessaire.

La mise en place de l'EHLA a été accompagnée de plusieurs actions d'**information** au sein de l'établissement, et particulièrement auprès des instances consultatives : présentation et validation du projet par la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement (CTE) et le conseil d'administration (CA). La direction de l'établissement précise que la CME a donné son accord dans la mesure où la création de l'équipe était liée à une enveloppe additionnelle hors Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) avec pérennisation des financements, et ne se faisait pas au dépend d'autres priorités jugées comme plus importantes par les praticiens pour un CHU.

La création et le financement de l'équipe de liaison au CHU sont en totale adéquation avec le projet médical de l'hôpital dans lequel il a été intégré, repris dans le projet d'établissement et dans le COM signé le 27 avril 2001 avec l'ARH.

L'information des différents services du CHU sur la mise en place et les missions de l'équipe de liaison a été réalisée par la diffusion d'une note de service en juin 2001, et par des communications lors des réunions de cadres et de la commission de soins infirmiers. Des articles ont été écrits dans les publications internes au CHU : « Flash Infos » et « Ligne de Vie ».

La **Direction de l'établissement** perçoit l'équipe de liaison comme un prestataire de service en alcoologie pour les différents services de l'hôpital et un moyen de leur apporter un renfort indirect dans ce domaine. L'équipe doit avoir pour objectif de relier entre eux les différents secteurs de prise en charge des addictions, dans un objectif de partage au sein d'un réseau. Pour la **Direction du Service des Soins Infirmiers** (DSSI), la perception du rôle de l'équipe de liaison a été significativement améliorée par la qualité de la communication interne à l'établissement, même si un travail complémentaire d'information vis à vis des chefs de service et de leurs équipes est prévu par le médecin alcoologue.

5.4.2.2 Activités de l'équipe de liaison

L'équipe intervient au niveau des trois établissements du CHU de Rennes, de façon systématique à l'hôpital de Pontchaillou où elle est basée et à la demande dans les deux autres structures. Une présence est assurée tous les jours de la semaine y compris le week-end, de 8 H 30 à 17 H.

Les **consultations internes** dans les services du CHU pour des entretiens avec les personnes en difficulté avec l'alcool représentent une part importante de l'activité des infirmières.

✓ Un passage systématique est réalisé chaque matin et parfois les après-midi sur les différents sites du SAU de l'hôpital Pontchaillou : hospitalisation de courte durée, accueil des urgences médicales, accueil des urgences chirurgicales, lits de chirurgie et de petite traumatologie. Le repérage initial des patients est pratiqué par le personnel du service, les infirmières de l'EHLA consultant d'autre part les dossiers médicaux pour repérer des patients qui pourraient être en difficulté avec l'alcool.

✓ L'EHLA intervient à la demande dans les autres services de médecine lorsqu'une personne avec mésusage d'alcool a été repérée, les plus demandeurs étant la neurologie, l'endocrinologie et le service des maladies du foie. Certains services ne sollicitent jamais l'équipe alors que de nombreux patients concernés par l'alcool y sont hospitalisés (connaissance encore insuffisante des missions de l'EHLA au sein des trois établissements, réticence du personnel ou des médecins à faire appel à une équipe extérieure).

La psychologue de l'équipe assurera à partir de l'année 2002 l'animation de **groupes d'information** une fois par semaine sur chacun des sites du CHU, à l'attention des personnes en difficulté avec l'alcool, de leur entourage et du personnel soignant.

Plusieurs **actions de formation et d'information** internes à l'établissement sont réalisées par l'équipe, d'autres étant prévues pour l'année 2002.

✓ Lors du passage dans les services, un travail de formation à l'attention des différents personnels est pratiqué par les infirmières et le médecin alcoologue : discussion collective du dossier des patients vus en entretien, informations sur le fonctionnement et les missions de l'alcoologie de liaison.

✓ Dans le cadre du plan de formation continue seront réalisées des séances de formation à l'attention des infirmières et des aides-soignantes sur le dépistage et l'orientation des sujets en difficulté avec l'alcool, ainsi que deux conférences sur le thème de l'alcoologie.

✓ Une intervention à l'IFSI est prévue pour présenter aux élèves infirmiers le travail de liaison, la composition et les missions de l'équipe.

✓ Une formation en alcoologie des médecins et des équipes des différents services sera dispensée par le médecin alcoologue.

Un **protocole** d'organisation et de fonctionnement de l'équipe a été réalisé à l'attention des différents services du CHU.

Le médecin alcoologue ne souhaite pas dans l'immédiat proposer à l'ensemble des services des protocoles de soins et de prise en charge des patients alcooliques, dans la mesure où le travail de liaison n'est pas encore assez connu et reconnu. D'autre part, l'équipe de liaison intervient pour l'instant en renfort dans les services, voire en substitution partielle aux équipes dont la disponibilité est insuffisante pour la prise en charge de ces patients.

L'unité d'alcoologie de liaison du CHU de Rennes met l'accent sur l'importance et la nécessité d'un travail en **partenariat** et en **réseau**, qui devra être développé significativement.

✓ La proximité de l'équipe de liaison en toxicomanie du CHGR basée dans les mêmes locaux favorise les échanges sur les pratiques dans les deux domaines d'intervention. Au cours des passages aux urgences ou dans les autres services, l'équipe d'alcoologie peut être amenée à repérer des toxicomanes qui sont alors signalés à l'infirmier de toxicomanie.

✓ Des rencontres sont prévues avec les différentes associations impliquées dans les problèmes liés à la consommation d'alcool.

✓ Les contacts de l'équipe avec le CCAA de Rennes sont en partie liés à la situation de la psychologue qui y exerce à mi-temps, en complément de son activité au CHU.

✓ Le médecin alcoologue de l'équipe participe quant-à lui à de nombreuses activités dans le cadre de la mise en place du réseau d'addictologie de Rennes. Des échanges ont été mis en place avec l'équipe de tabacologie du CHU (patients pour lesquels un double sevrage tabac-alcool est indiqué) et celle de toxicomanie.

5.4.3 L'équipe de liaison du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

5.4.3.1 Mise en œuvre de l'équipe de liaison

Le CHGR de Rennes a reçu en juillet 2000 un crédit de l'ARH pour la création d'une équipe de liaison en addictologie, orientée vers l'évaluation et la prise en charge des **sujets toxicomanes et pharmacodépendants** accueillis au CHU de Rennes et dans les autres établissements hospitaliers du département.

L'EHLA du CHGR est en activité depuis le début du mois de septembre 2001, mais sa **composition** est aujourd'hui limitée à un infirmier à 0,5 équivalent temps plein (ETP), alors qu'il était prévu aussi une assistante sociale à 0,5 ETP et un médecin à 0,5 ETP. Le démarrage des activités est intervenu près d'un an après la mise à disposition des crédits, le problème majeur étant lié à la difficulté de recruter un psychiatre à mi-temps.

L'intervention de l'infirmier se répartit en trois matinées par semaine au CHU sur le site de l'hôpital de Pontchaillou, et une demi-journée prévue au niveau de chacun des CH de Fougères et de Vitré. L'infirmier de secteur psychiatrique recruté pour le travail de liaison a

une longue expérience dans le domaine de la toxicomanie, exerçant au CSST depuis 1982 et ayant bénéficié de nombreuses formations sur ce thème.

Le démarrage des activités à l'hôpital Pontchaillou a été précédé d'une réunion le 06 juin 2001 entre l'administration et les professionnels du CHU et du CHGR, concernant les modalités de mise en œuvre de la toxicomanie de liaison au CHU de Rennes.

Sous la **responsabilité** du CHGR et plus particulièrement du chef de service du CSST, l'intervention de l'EHLA au sein du CHU de Rennes et des CH de Vitré et Fougères n'est pas sans poser quelques difficultés dans son positionnement.

✓ Au CHU de Rennes, trois matinées par semaine (les lundis, mercredis et vendredis) sont consacrées au travail de liaison en toxicomanie. Si l'exercice de l'infirmier a pu démarrer effectivement au début du mois de septembre 2001, l'activité de toxicomanie de liaison n'a pas encore été formellement annoncée aux différents services de l'hôpital, créant parfois quelques difficultés d'ordre relationnel, certains personnels du CHU ne comprenant pas pourquoi un infirmier du CHGR intervient dans leur service.

✓ A Vitré et Fougères, les interventions en externe se font depuis plusieurs années à la demande des médecins du CH ou des généralistes libéraux, les patients étant vus à l'hôpital de jour du secteur psychiatrique. Au CH de Vitré, l'activité de liaison en toxicomanie a fait l'objet d'une présentation en CME et de la diffusion d'une note de service à l'attention des différentes unités. Au CH de Fougères, les modalités d'intervention de l'équipe de liaison en toxicomanie n'ont pas fait l'objet de communication interne. Dans les deux cas, les modalités de consultation n'ont pas évolué et sont toujours réalisées à l'extérieur de l'hôpital.

Pour la **Direction de l'hôpital de Pontchaillou**, l'intervention de l'infirmier de l'équipe de liaison du CHGR permet d'apporter une expertise dans le domaine de la toxicomanie, dans l'objectif d'une prise en charge de l'ensemble des conduites addictives. Le positionnement de l'infirmier doit être précisé et formalisé, de même que sa place par rapport à l'équipe de psychiatrie de liaison.

5.4.3.2 Activités de l'équipe de liaison

L'infirmier de l'équipe de liaison du CHGR intervient à l'hôpital de Pontchaillou (CHU de Rennes) ainsi qu'à Vitré et Fougères à l'hôpital de jour du secteur psychiatrique.

Les **consultations internes** à l'hôpital de Pontchaillou constituent la principale activité de l'infirmier sur ce site. Elles concernent pour l'instant des consommateurs de produits dans l'usage simple. Ces interventions sont réalisées à la demande des services, les plus demandeurs étant les urgences, la neurologie et le service des maladies du foie. Bien que les demandes soient de plus en plus nombreuses, l'insuffisance de communication au sein de l'hôpital sur l'activité de liaison en toxicomanie est un obstacle à l'information et à la reconnaissance de l'activité de l'infirmier par de nombreux services.

En complément de cet appui à différents établissements hospitaliers du département, un travail de liaison interne au CHGR est pratiqué de longue date par l'équipe de toxicomanie.

A **Vitré et à Fougères**, les consultations de toxicomanes demandées par les médecins généralistes ou hospitaliers sont réalisées à l'hôpital de jour du secteur psychiatrique. L'activité spécifique de liaison prévue au sein des centres hospitaliers n'a pas encore démarré, les modalités d'intervention n'ayant pas été discutées.

A ce jour, aucune **formation** pour la prise en charge des personnes toxicomanes n'est prévue à l'attention des personnels des différents établissements.

L'élaboration de **protocoles** de soins et de prise en charge des patients avec usage ou dépendance aux substances psycho-actives est envisagée dans un deuxième temps, après identification des besoins par les services et formalisation de la collaboration avec les professionnels des différents établissements.

L'accent a été mis par l'infirmier sur la nécessité de développer le **partenariat** et le travail en **réseau**.

A Vitré et Fougères, des échanges ont lieu avec les médecins généralistes et hospitaliers des deux secteurs depuis de nombreuses années : les consultations de toxicomanes se font à leur demande, et ils sont impliqués dans le suivi.

A l'hôpital de Pontchaillou, la proximité de l'équipe de liaison en alcoologie, facilitée par l'installation dans les mêmes locaux, permet un partage d'expériences sur l'activité de liaison et sur les spécificités des deux équipes. Une réflexion sur une approche plus globale des conduites addictives est envisagée entre l'équipe d'alcoologie et de toxicomanie. Il est aussi prévu que l'infirmier participe à des réunions de travail avec l'équipe de tabacologie.

5.5 SECTEUR DE FOUGERES

5.5.1 Prise en charge des conduites addictives

Le *centre hospitalier de Fougères* dispose d'un nombre total de 400 lits d'hospitalisation complète.

✓ Les services de MCO bénéficient de 170 lits répartis ainsi : 108 en médecine, 38 en chirurgie et 24 en obstétrique.

✓ Le service d'urgence de type UPATOU a pris en charge 11.312 passages en 1999.

Le CH de Fougères est le seul établissement de plus de 200 lits du département n'ayant pas bénéficié de financements pour la mise en place d'une équipe hospitalière de liaison en addictologie, en raison de l'insuffisance majeure de fonctionnement du CCAA, préalable au développement d'une activité de liaison et d'un repérage des conduites addictives.

Dispositif de soins aux personnes en difficulté avec l'alcool :

✓ L'activité d'alcoologie est assurée au CH de Fougères principalement par le service de Médecine à orientation gastro-entérologie où sont réalisées prioritairement les hospitalisations des personnes en difficulté avec l'alcool et pratiquées les cures de sevrage. Les patients sont adressés principalement par les médecins généralistes. L'équipe est sollicitée pour des avis dans le domaine de l'alcoologie par les autres services du CH.

✓ Le CCAA de Fougères jusqu'alors très démunie devrait être renforcé prochainement : son rattachement au CH acté en juin 2000 est effectif depuis le mois de juin 2001. Des moyens additionnels octroyés en 2001 lui permettront une ouverture à raison de cinq demi-journées par semaine, et de disposer de trois vacations médicales hebdomadaires²⁰.

Dispositif de soins aux toxicomanes :

Les consultations de toxicomanie sont assurées une demi-journée par semaine par l'infirmier de l'équipe de liaison en toxicomanie du CHGR, à l'hôpital de jour du secteur psychiatrique.

²⁰ Il disposera en outre de 0,75 ETP de secrétaire, 0,5 ETP d'infirmière, 0,5 ETP d'assistante sociale, 0,6 ETP de psychologue et 2 vacations hebdomadaires de diététicienne.

Dispositif de soins aux personnes tabagiques :

Il n'existe pas de consultation formelle à l'attention des personnes dépendantes au tabac.

5.5.2 Equipe hospitalière de liaison en addictologie

La création d'une équipe hospitalière de liaison en addictologie est prévue dans un deuxième temps au CH de Fougères, après le renforcement des moyens du CCAA.

5.6 LES ASSOCIATIONS

Plusieurs associations interviennent au niveau du département, pour apporter un soutien aux personnes confrontées à des problèmes d'usage nocif ou de dépendance à l'égard des différents produits (alcool, tabac, drogues). Bien que thématiques pour la plupart, elles envisagent une coopération dans le cadre du réseau de soins et de coordination en addictologie en cours de finalisation sur Rennes.

5.6.1 Alcool

Les personnes en difficulté avec l'alcool peuvent faire appel au Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA), association assurant des actions de prévention, et à quatre associations d'anciens buveurs (Alcooliques Anonymes, Amis de la Santé, Alcool Assistance Croix d'Or, Vie Libre). La COSRA, Coordination des Soins et de la Recherche en Alcoologie, est une association fédérant l'ensemble des intervenants dans ce secteur.

✓ Le **CDPA** est présent en Ile-et-Vilaine depuis 1959, dénommé auparavant « Alcool Info ». Il s'inscrit exclusivement dans une démarche de prévention. Initialement axé sur la problématique de l'alcoolisme, le CDPA intervient désormais depuis quelques années dans le champ plus large des substances psychoactives.

Les interventions du CDPA s'inscrivent dans plusieurs domaines : animation directe auprès du public (établissement scolaire, entreprise, travailleurs sociaux) ; formation sur l'alcoologie ou plus largement sur la prévention des conduites à risque ; conseil méthodologique ; centre de ressources et documentation en alcoologie et toxicomanie ; création d'outils pédagogiques ; pilotage d'actions de prévention.

✓ Les **associations d'anciens buveurs** apportent un accompagnement aux personnes en difficulté avec l'alcool : permanences au siège de l'association pour les personnes alcooliques ; relation privilégiée entre la personne en difficulté et un « militant » ; visites aux

malades hospitalisés dans les unités d'alcoologie ou dans les centres de postcure ; suivi éventuel à domicile ; développement d'une vie associative.

Ces associations interviennent aussi dans le champ de la prévention de l'alcoolisme : informations sur le mode du témoignage ; participation à des formations dispensées par le CDPA ; visites dans les prisons ; participation ou organisation de congrès à thèmes.

✓ La **COSRA** a été créée en 1983 en Ille-et-Vilaine, à l'initiative de psychologues du CHU et du CHGR. La volonté de regrouper des compétences diverses a permis de développer un partenariat associant psychologues, médecins, acteurs sociaux, associations d'aide aux malades et aux familles. Cette dynamique a contribué à la mise en relation de professionnels de l'alcoologie et de bénévoles, à l'élaboration d'un langage commun et au développement d'un travail en partenariat.

Les principaux objectifs de l'association sont les suivants : promouvoir des stratégies de soins appropriées aux conduites d'alcoolisation ; encourager ou mener des études et des recherches en alcoologie ; organiser une réflexion entre soignants et accompagnants ; impliquer dans ces échanges l'environnement familial, social et professionnel ; développer le partenariat, coordonner le travail en réseau, harmoniser les pratiques.

Plusieurs commissions ont été créées sur des thèmes spécifiques : qualité des soins ; rapport du sujet alcoolique à la justice ; le sujet alcoolique dans son entourage. Des journées d'études thématiques sont organisées annuellement, avec la participation de l'ensemble des partenaires. Une réflexion a démarré au sein de l'association pour débattre de la position à adopter face à l'approche globale des conduites addictives.

Des livrets d'information sur la maladie alcoolique ont été réalisés à l'attention des personnes hospitalisées (1985), des patients consultant chez les médecins généralistes (1987), des prévenus pour conduite en état d'ivresse (1995), des usagers des services d'urgences des hôpitaux (1997) et des entreprises (2000).

La COSRA s'est largement mobilisée sur la problématique du repérage et de l'orientation des personnes en difficulté avec l'alcool au niveau des urgences des établissements hospitaliers du département, dans le cadre de l'action « Alcool-Urgences ».

Le constat initial a été réalisé par des usagers, représentés par les associations d'anciens buveurs présentes au sein de la COSRA, faisant état de leur insatisfaction par rapport à la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool dans les hôpitaux et plus particulièrement aux urgences : difficultés à se faire entendre et à dialoguer, absence de prise en compte du problème alcool et de proposition de prise en charge spécifique.

Un groupe de travail composé d'alcoologues, d'urgentistes et d'anciens buveurs a été constitué sur ce thème. Un livret d'information sur la maladie alcoolique à l'attention des usagers des services d'urgences a été réalisé en 1997. Des formations des équipes d'urgence à la prise en charge alcoolologique sont dispensées depuis 1999.

5.6.2 Tabac

Le Comité de Lutte contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose (CLMRT) et la Ligue contre le Cancer interviennent dans les domaines de l'information et de la prévention liées à l'usage du tabac.

5.6.3 Toxicomanie

L'Association d'Aide aux Toxicomanes, de Prévention et de Formation (AATPF), auparavant « Antenne prévention » du CSST de Rennes, agit aujourd'hui à titre autonome.

La mission de prévention de la toxicomanie est assurée par la mise à disposition du public d'une documentation très complète. L'animateur de l'AATPF peut donner des conseils pour l'élaboration de travaux ou d'exposés liés à la toxicomanie.

L'association met en œuvre des actions de prévention à l'attention des partenaires sociaux ou éducatifs de la région (établissements scolaires, manifestations socio-culturelles).

Enfin, l'AATPF organise des formations pour les professionnels en contact avec des publics concernés par la toxicomanie.

5.6.4 Le Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances

Le Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD) d'Ille-et-Vilaine / Côtes d'Armor, ouvert en avril 2000, a pour objectifs d'optimiser et de renforcer les moyens disponibles dans les deux départements pour mener des actions de prévention, et aider les professionnels à améliorer leurs interventions.

Conçu à l'attention des élus, des professionnels au contact des jeunes et des services de l'Etat, le CIRDD est issu de trois associations intervenant dans le domaine des drogues et des dépendances (le CDPA, l'AATPF et le CODES : Comité Départemental d'Education à la Santé) en partenariat avec la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), la DDASS et la DRDJS (Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports).

L'objectif est de mettre en cohérence et de mutualiser les moyens des différents partenaires, et d'optimiser leurs actions respectives.

Les principaux axes de travail du CIRDD sont les suivants : favoriser l'accès à l'information et à la documentation sur l'ensemble des drogues et des dépendances ; aider à l'élaboration de projets adaptés aux besoins locaux ; observer les données locales et les diffuser ; soutenir le chef de projet MILDT dans sa mission.

Les équipes hospitalières de liaison en addictologie ont trouvé leur place dans le dispositif global de prise en charge des conduites addictives du département d'Ille-et-Vilaine, venant compléter l'offre de soins développée autour des principaux bassins de population.

Les équipes nouvellement créées en 2001 ont pu bénéficier de l'expérience de celle de Saint-Malo, qui disposait d'un recul de plus de quatre années en tant qu'équipe d'alcoologie de liaison. Elles ont été constituées et se sont mises en place en fonction des spécificités locales, bénéficiant de la motivation de leurs responsables et du soutien de l'administration des établissements hospitaliers.

6 - BILAN DU DISPOSITIF HOSPITALIER DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE EN ILLE-ET-VILAINE

Après avoir décrit la mise en place, les modalités de fonctionnement et les activités déployées par les équipes de liaison, une analyse du dispositif sera présentée.

Ce bilan permettra de comparer les informations recueillies lors des entretiens avec les missions assignées aux EHLA par la réglementation, ainsi qu'avec les objectifs fixés dans les protocoles de financement, et s'articulera autour des éléments suivants :

- Renforcement du dispositif et utilisation des moyens pour la création des EHLA.
- Conditions de mise en œuvre et de fonctionnement des EHLA.
- Activités mises en œuvre au regard des missions des EHLA.
- Evolution du rôle de l'hôpital dans la prise en charge des conduites addictives.
- Modalités de suivi et d'évaluation de l'activité de liaison.

6.1 RENFORCEMENT DU DISPOSITIF

6.1.1 Création de nouvelles équipes

Le développement du dispositif hospitalier de liaison en addictologie a été **très significatif** au cours de l'année 2001 en Ile-et-Vilaine. Les moyens alloués ont permis la création de quatre nouvelles équipes dans le département, qui sont venues s'ajouter à l'équipe d'alcoologie du CH de Saint-Malo. Seul le CH de Fougères ne dispose pas à ce jour d'équipe de liaison, l'objectif fixé par le Ministère de la Santé et la DDASS étant à terme une équipe par hôpital de plus de 200 lits.

Ce résultat traduit l'**engagement** des différents partenaires intervenant dans le domaine de la promotion de la santé, ainsi qu'une reconnaissance des conduites addictives comme problème majeur de santé publique.

6.1.2 Des moyens accrus

Les moyens attribués au financement des équipes de liaison ont été en majeure partie effectivement affectés à l'objectif qui avait été retenu, et ont permis de **multiplier par quatre** le personnel de ce secteur.

Le personnel médical a plus que triplé passant de 0,5 ETP à 1,7 ETP, tandis que le personnel non médical a quadruplé augmentant de 2,55 ETP à 11,05 ETP.

Le tableau des effectifs met en évidence des **disparités** entre les équipes. Sur le plan quantitatif, les effectifs totaux varient de 1,5 ETP au CHGR à 3,5 ETP au CHU de Rennes. La composition diffère aussi en terme de compétences professionnelles mises à disposition : temps médical, infirmier et psychologue au CHU de Rennes ; temps de médecin, infirmier, assistant-social, nutritionniste, psychologue et secrétaire au CH de Saint-Malo.

Tableau 6 : Effectifs des équipes hospitalières de liaison en addictologie en ETP

	<i>Saint-Malo</i>	<i>Redon *</i>	<i>CHU *</i>	<i>CHGR *</i>	<i>Vitré *</i>	TOTAL
Médecin	0,5		0,5	(0,5**)	(0,2**)	1,7
Infirmier(s)	0,75	1	2,5	0,5	0,5 (0,5**)	5,75
Assistant social	0,4	0,5		(0,5**)	(0,1**)	1,5
Nutritionniste	0,5					0,5
Psychologue	0,5	0,5	0,5		0,3	1,8
Secrétaire	0,4	0,5			0,2 (0,4**)	1,5
TOTAL	3,05	2,5	3,5	1,5	2,2	12,75

* Equipes nouvellement créées en 2001. ** Temps non encore pourvu fin 2001.

Bien que la composition en personnel soit donnée à titre indicatif par la circulaire, il serait pertinent d'étudier les **spécificités** des équipes du département dans leur fonctionnement et leur approche. L'analyse des différentes stratégies mises en œuvre permettrait éventuellement de dégager certaines pratiques cliniques innovantes, plus opérationnelles et adaptées à cette activité de liaison. Il paraît d'ores et déjà indispensable que chaque équipe puisse disposer d'un temps médical suffisant pour coordonner l'ensemble des activités, assurer le relais avec les médecins des autres services, et être le référent médical pour des consultations en alcoologie et/ou en tabacologie.

Des **moyens financiers** significatifs ont été mis à la disposition des établissements à la fin de l'année 2000 pour la création des équipes de liaison, sur des enveloppes spécifiques permettant de pérenniser les actions.

Pour les établissements ayant signé un COM (CHU et CHGR), il n'a pas été possible d'inclure les moyens indispensables à la prise en charge des addictions du fait de la nécessité de financer d'autres activités plus techniques et considérées comme prioritaires.

S'il paraît indispensable que les établissements hospitaliers intègrent la prise en charge des conduites addictives dans le projet médical et le projet d'établissement, les nombreuses demandes présentées par les hôpitaux dans des domaines plus techniques et l'insuffisance des enveloppes disponibles ne les incitent pas à solliciter le financement prioritaire des activités de prévention dans le cadre des COM.

Tableau 7 : Financement des équipes de liaison

	Source de financement	Montant
Saint-Malo	Enveloppe spécifique circulaire 1996 « Alcoologie de liaison »	128.057 €
CHU	Enveloppe spécifique ARH « Actions de santé 2000 »	129.582 €
Redon	Enveloppe spécifique circulaire 2000 « Addictologie hospitalière »	80.188 €
CHGR	Enveloppe spécifique ARH 2000 « Lutte contre la toxicomanie »	91.469 €
Vitré	Enveloppe spécifique circulaire 2000 « Addictologie hospitalière »	78.969 €

6.2 MISE EN ŒUVRE ET FONCTIONNEMENT

L'ensemble des hôpitaux du département à l'exception du CH de Fougères avait soumis à la DDASS à la fin de l'année 2000 un **dossier de renforcement ou de création** d'équipe de liaison en addictologie, en référence à la circulaire relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. Après étude des différents projets en fonction du contexte, des besoins et de l'existant, le MISP en charge des conduites addictives a soumis les demandes de financement à l'ARH après avoir défini les priorités. Le projet de renforcement de l'équipe de Saint-Malo n'avait pas été retenu en raison de l'insuffisance de crédits disponibles, la priorité ayant été donnée au développement du dispositif dans le département.

Si les quatre nouvelles équipes sont fonctionnelles fin 2001, leur démarrage s'est espacé sur près de six mois, entre mi-juin pour le CHU et début novembre pour Vitré, soit près d'un an après la mise à disposition des crédits pour la dernière.

La **constitution des équipes** s'est faite dans des délais satisfaisants à Redon et au CHU, mais est toujours incomplète au CHGR et à Vitré. Dans ces deux cas, les administrations

sont confrontées à des difficultés pour pourvoir les temps médicaux : 0,5 ETP de psychiatre pour le CHGR et 0,2 ETP de tabacologie à Vitré.

La carence en médecins intéressés et compétents dans le domaine des addictions, dans un secteur peu valorisé et dans un contexte de pénurie, sont autant d'obstacles au recrutement, à fortiori sur des temps partiels. Les temps non médicaux encore vacants sont plus discutables dans leur principe, et probablement le reflet des choix prioritaires réalisés par les directions des structures dans un contexte de carence en personnel : « *Il serait inconcevable de donner la priorité à une activité de prévention alors que certains services hospitaliers sont confrontés à une insuffisance de ressources humaines* ».

6.3 ACTIVITES DES EQUIPES DE LIAISON

La circulaire relative à l' « Organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives » attribue aux équipes de liaison de très nombreuses missions, réparties en six thèmes principaux.

6.3.1 Intervenir auprès des personnes ayant des conduites addictives

Les **consultations internes** auprès de patients avec conduite addictive, admis aux urgences ou hospitalisés dans les services, constituent la part la plus importante de l'activité des équipes de liaison, répondant à un besoin manifeste des usagers (au moins 20 % des personnes hospitalisées auraient des problèmes avec l'alcool) et du personnel hospitalier, souvent peu formé à ce type de prise en charge et peu disponible pour des entretiens consommateurs de temps.

Toutes les équipes ont mis en place une **procédure** de fonctionnement standardisé, avec passage systématique aux urgences et à la demande dans les autres services. Le nombre de consultations internes a connu une augmentation rapide pour les nouvelles équipes, chez des patients pour l'instant repérés sur des problèmes de consommation relativement évidente (hospitalisation en rapport direct avec une consommation abusive, ou patients avec usage nocif ou dépendance avérée). En dehors du CHU, les EHLA ne sont pas encore en mesure d'apporter un soutien quotidien (week-end compris) aux urgences et aux autres services, objectif à atteindre pour assurer la continuité du repérage des conduites addictives.

Le **repérage précoce** et systématique des conduites addictives à l'hôpital n'a pas fait l'objet de mise en œuvre par les équipes, cette stratégie nécessitant des moyens en personnel

beaucoup plus importants. Une réflexion sur ce thème devra être menée à l'avenir afin d'analyser la pertinence et surtout la faisabilité d'une telle approche.

Les consultations internes se font actuellement le plus souvent en **substitution** des équipes soignantes des services, en raison du manque de formation et de temps que ces dernières peuvent accorder à des entretiens. Les équipes de liaison risquent d'être à terme saturées par les demandes au détriment des autres activités qui leur sont confiées. La formation du personnel des équipes hospitalières au repérage et à la prise en charge des patients avec conduites addictives devra rapidement être mise en oeuvre, afin de développer une culture de prise en charge globale des conduites addictives, et d'éviter un désengagement au détriment des équipes de liaison. Ces dernières devraient avoir à terme avoir un rôle plus important de soutien au personnel soignant, en évitant au maximum de se substituer à lui.

Les équipes de liaison n'ont pas vocation à développer les **consultations externes** sauf pour des demandes très particulières. En dehors du CHU et de Redon, les autres équipes réalisent des consultations externes dans des proportions qui peuvent être importantes comme à Saint-Malo où le CCAA ne permet pas de répondre à la totalité des besoins. A Vitré, la situation intra-hospitalière du CCAA qui assurait des consultations internes, et la constitution de l'équipe de liaison à partir des personnels du CCAA, ne permet pas actuellement de différencier les deux types d'intervention. Enfin, l'infirmier de l'équipe de liaison du CHGR intervient toujours à Vitré et Fougères en dehors de l'hôpital, son positionnement au sein des CH n'ayant pas encore fait l'objet de formalisation ni de procédure définie avec les deux structures. Dans ces trois situations et de façon plus générale, il est important que le positionnement intra-hospitalier des équipes soit clairement établi et que les missions de liaison fassent l'objet d'une large diffusion.

6.3.2 Former et assister les équipes soignantes

Les consultations internes sont l'occasion pour les équipes de liaison de participer à la formation des personnels soignants et de les assister dans la prise en charge des personnes avec conduites addictives.

Des **séances d'information** avec pour objectif de présenter le rôle, les missions et le mode de fonctionnement ont été largement assurées par les équipes de liaison du CHU et de Redon (pour ce qui concerne les créations de 2001). En revanche, cette étape semble insuffisante pour l'équipe du CHGR dont le positionnement n'a pas encore fait l'objet d'une formalisation, et à Vitré où l'équipe récemment mise en place (de façon incomplète) n'avait pas encore abordé ce point au moment de l'entretien.

L'intervention auprès des personnes ayant des conduites addictives et la **participation aux réunions des services** sont l'occasion de promouvoir des conseils et des informations au personnel soignant en charge de ces patients, et les différentes équipes développent dans la mesure du possible ce type d'intervention qui reçoit en général un accueil favorable.

Si l'équipe de liaison de Saint-Malo a pu s'investir dans un nombre significatif d'actions de **formation** aussi bien au niveau interne qu'externe, les interventions dans ce domaine sont beaucoup plus limitées pour les autres qui consacrent la majeure partie de leur temps à l'organisation de leur fonctionnement, à l'information sur leurs activités, et à la réponse aux demandes de consultations internes. Un bilan des besoins de formation des équipes soignantes a été réalisé dans la plupart des hôpitaux, et des actions sont d'ores et déjà prévues dans certaines structures (formation du personnel médical en alcoologie au CHU par le responsable de l'équipe de liaison par exemple). Une évaluation des actions réalisées dans ce domaine devra être effectuée après un an de fonctionnement des équipes, l'objectif étant à terme que le personnel des services hospitaliers devienne plus performant et compétent pour le dépistage, le diagnostic, la prise en charge, le sevrage et l'orientation des personnes confrontées aux conduites addictives.

6.3.3 Elaborer des protocoles de soins et de prise en charge

Les équipes de liaison de Saint-Malo, Redon et du CHU ont formalisé les **modalités** selon lesquelles elles sont susceptibles d'intervenir dans les différents services de l'hôpital pour le dépistage et l'orientation des personnes avec conduites addictives, procédure à prévoir pour Vitré et l'équipe de toxicomanie.

L'élaboration de **protocoles de soins et de prise en charge** à l'attention de l'ensemble des services hospitaliers n'a pas encore fait l'objet de procédures standardisées à Saint-Malo malgré un recul de quatre ans, ni dans les autres structures. Cette mission de liaison ne semble pas bénéficier d'un accueil favorable parmi les médecins responsables des équipes. Ces derniers ne se sentent pas encore suffisamment reconnus au sein de leur structure et pensent que leur rôle ne doit pas aller dans l'immédiat jusqu'à proposer des protocoles standardisés (dans des domaines comme les cures de sevrage par exemple) en raison d'un risque de rejet de la part des autres praticiens.

Il serait souhaitable qu'à terme, des **procédures écrites** sur l'accueil aux urgences, le repérage, le bilan, la gestion d'une situation de manque, la poursuite ou l'initialisation d'un traitement de substitution et les indications des cures de sevrage puissent être élaborées en

concertation avec les équipes des urgences dans un premier temps, puis avec les autres secteurs hospitaliers. Ce travail demande une connaissance préalable du public et des types de problèmes pris en charge, une acceptation et une reconnaissance du travail de liaison, et l'établissement d'une relation de confiance. Il est important de signaler qu'un tel travail d'animation et de concertation demandera un investissement important des équipes de liaison, en temps et en personnel.

6.3.4 Développer les liens avec les autres acteurs concernés

L'ensemble des équipes considère comme prioritaire le développement de **partenariats** avec les différents acteurs concernés et le **travail en réseau**, dans l'objectif d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Un travail tout à fait significatif a été développé à Saint-Malo au niveau local, départemental et national. Pour les autres, les partenariats annoncés sont nombreux, souvent en continuité de l'activité antérieure des personnels ayant composé les équipes de liaison, mais demandent à être formalisés pour intégrer cette nouvelle approche de liaison en addictologie. Le développement d'un réel partenariat entre les différents acteurs intra et extra-hospitaliers nécessitera un investissement conséquent des équipes. La création à Rennes d'un « Réseau d'addictologie », projet en cours animé par le MISP en charge des conduites addictives, permettra de répondre localement à ce besoin de coordination.

6.3.5 Mener des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement

En dehors de Saint-Malo qui a eu quelques rares initiatives dans ce domaine, les équipes de liaison nouvellement créées ne se sont pas encore investies dans les actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein des établissements. La montée en charge des autres activités, et plus particulièrement les consultations internes et la formation, ne leur permettront probablement pas de s'investir significativement dans ce domaine.

6.3.6 Participer au recueil d'information et à la mise en place d'indicateurs d'évaluation

Mission à part entière qui permettra d'apprécier l'activité d'addictologie d'un établissement, le recueil d'information a fait l'objet d'une réflexion spécifique par la majorité des équipes. Les différentes modalités de suivi mises en œuvre seront détaillées plus bas.

6.4 EVOLUTION DU ROLE DE L'HOPITAL DANS LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES

6.4.1 Une volonté clairement affirmée

L'addictologie est depuis quelques années une **priorité de santé publique** clairement affichée par le Gouvernement dans le cadre du Plan Triennal, et retenue en Bretagne lors des Conférences Régionales de Santé depuis 1996. Cet engagement est manifeste en Ille-et-Vilaine où un « Programme de prévention des consommations nocives et des dépendances 2000-2003 » a été élaboré et mis en œuvre sous la coordination du Médecin Inspecteur de Santé Publique de la DDASS chargé de la promotion de la santé, Chef de Projet MILDT auprès du Préfet.

Malgré les difficultés et les retards parfois rencontrés dans la mise en œuvre des équipes, les entretiens que nous avons eus avec les responsables des établissements sanitaires nous ont permis de confirmer **l'engagement des différentes administrations** dans cette redéfinition de la place et du rôle des établissements de santé en matière d'addictologie, et leur bonne volonté à favoriser pour la plupart la mise en œuvre du dispositif. L'ensemble des interlocuteurs s'accorde à penser que la création des équipes de liaison en addictologie répond à un besoin réel des établissements, et a favorisé la reconnaissance d'une activité qui existait au préalable, en lui attribuant des moyens spécifiques pour la formaliser. La création de ce dispositif a été possible en raison de l'affectation de moyens supplémentaires, garants de sa pérennisation.

6.4.2 L'addictologie : un domaine encore peu valorisé

Malgré les différents efforts réalisés au sein des hôpitaux en terme de **communication**, les spécificités de l'activité de liaison et le positionnement des équipes souffrent encore trop souvent d'un manque de reconnaissance par les pairs. L'hôpital est traditionnellement en charge d'une fonction curative, les missions préventives et plus largement de santé publique étant du ressort d'autres institutions ou partenaires.

Une **image négative** a longtemps entouré l'activité dans le secteur des addictions et plus particulièrement de l'alcoologie, domaine lui aussi peu valorisé socialement. Le choix d'un dispositif spécialisé « alcool » avec un financement spécifique, peu relié au système sanitaire général, peu valorisé médicalement et avec des budgets largement insuffisants ont détourné le corps médical qui s'est peu intéressé à cet exercice. Dans le domaine de la

toxicomanie, les médecins hospitaliers ont été positionnés en prestataires de service sans participation réelle au processus global de soins : prise en charge psychiatrique des patients, sevrage dans des lits dispersés. Enfin, la tabacologie a souffert jusqu'à ces dernières années de l'absence d'engagement dans cette problématique, aboutissant à l'absence de formation des médecins et la rareté des consultations hospitalières.

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que les médecins impliqués dans ces secteurs d'activité ressentent des **difficultés à se faire reconnaître** par leurs confrères et à mobiliser les services autour des problèmes d'alcool, de tabac ou de toxicomanie, qui ne sont pas souvent la cause immédiate de l'hospitalisation, et pour lesquels il n'existe en général pas de demande des usagers. La réticence de certaines CME pour la création des équipes de liaison confirme le faible intérêt du corps médical vis à vis de ce type d'activité.

Après quatre années de recul, l'expérience de Saint-Malo montre que progressivement les services confrontés à des patients pour lesquels ils sont démunis en terme de prise en charge finissent par reconnaître **l'intérêt d'une collaboration avec l'équipe de liaison**. Cette dernière leur apporte d'une part des compétences spécifiques pour ces patients, d'autre part des connaissances et des informations sur les modalités et le dispositif de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool, le tabac et les autres substances.

Il paraît important devant ce constat que les responsables des équipes de liaison s'investissent encore plus dans la **communication** et **l'information** sur les spécificités de leurs missions et leur positionnement. Le suivi régulier et l'évaluation de l'activité, la diffusion large d'informations auprès de la CME et par les outils de communication interne, la formation du personnel des services, sont autant de stratégies qui permettront à terme de revaloriser l'addictologie.

6.4.3 Rapprochements des compétences en alcoologie, toxicomanie et tabacologie

Parmi les cinq équipes du département, trois ont une activité initialement orientée vers **l'alcoologie** (CHU, Saint-Malo et Redon) et une équipe vers **l'alcoologie et la tabacologie** (Vitré). La cinquième équipe, axée sur la **toxicomanie** (CHGR), apporte en fait un soutien dans ce domaine au CHU et aux CH de Vitré et Fougères. L'orientation privilégiée pour l'alcoologie s'explique par l'engagement préalable de tous les établissements hospitaliers dans la prise en charge de l'alcoolisme et par la fréquence de ce problème parmi les patients hospitalisés en Bretagne et en Ile-et-Vilaine. Les projets de création de nouvelles équipes ont été soumis par celles qui avaient en charge l'alcoologie dans les établissements et il

paraissait justifié dans un premier temps de se limiter à un domaine dans lequel ces professionnels étaient compétents.

L'intervention de l'équipe de toxicomanie au CHU et au CH de Vitré, les sollicitations de l'équipe de Redon pour la prise en charge de toxicomanes et de patients tabagiques, et enfin le projet de création d'une Unité d'Addictologie de Liaison au CH de Saint-Malo mettent en évidence la volonté et la nécessité de **rapprochements des équipes** d'alcoologie, de toxicomanie et de tabacologie.

Cette stratégie permet d'apporter des **réponses centrées sur les personnes et les comportements** afin de mieux répondre aux besoins et attentes des patients. Elle a en outre l'avantage de permettre une mutualisation des moyens et des outils thérapeutiques, ainsi que des échanges d'expériences et de savoir-faire. Ces rapprochements permettront de réduire le cloisonnement entre les différents dispositifs de prise en charge résultant de l'approche produit longtemps préconisée, et apporteront aux usagers une meilleure lisibilité de l'ensemble du dispositif.

La prise en compte des polyconsommations et de l'approche globale des conduites addictives a été intégrée dans la pratique de certaines équipes, qui lors des entretiens avec les personnes en difficulté avec l'alcool recherchent de façon systématique l'usage de tabac ou d'autres produits psychoactifs. Une information est donnée à ces patients sur le dispositif de prise en charge spécifique.

6.4.4 Vers une démarche de promotion de la santé à l'hôpital

Depuis quelques années, l'analyse des pratiques et du fonctionnement des structures a montré que l'hôpital se retrouve en première ligne face aux questions posées dans une **approche de santé publique** et qu'il ne peut plus être dédié exclusivement à des missions de soins curatifs. « *L'hôpital est fortement incité à se positionner dans son environnement et doit contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de son bassin de vie²¹* ».

Dans le domaine des addictions, l'approche basée sur les comportements dans une prise en charge globale de l'utilisateur implique un changement profond des modes de fonctionnement et des pratiques professionnelles.

Le développement significatif du dispositif de liaison en addictologie en 2001 dans le département d'Ille-et-Vilaine ainsi que le premier bilan des activités réalisées par les équipes

²¹ TOBELEM G. Repérage précoce des conduites addictives à l'hôpital. Rapport rédigé à la demande de Madame Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Mai 2000.

sont autant d'éléments en faveur de la volonté **de positionner l'hôpital comme acteur de prévention**, et d'en faire un partenaire privilégié pour le repérage précoce des conduites addictives.

Cette stratégie devra être suivie et évaluée régulièrement, afin d'en étudier la faisabilité, de définir les limites du rôle que doit et que peut jouer l'hôpital, et de mesurer son impact en terme de réduction des risques et d'évolution de l'usage vers la dépendance.

6.5 SUIVI ET EVALUATION DE L'ACTIVITE DE LIAISON

Les outils ainsi que les modalités de suivi de l'activité ont fait l'objet d'une attention particulière lors des rencontres organisées par le MISP avec les équipes de liaison, autour des trois éléments : le dossier d'entretien, le rapport d'activité, les indicateurs de résultat.

Les propositions formulées par les EHLA d'Ille-et-Vilaine ont été présentées et ont servi de base de discussion lors de l'atelier « Quel suivi ? Quel système d'information ? » qui s'est déroulé lors de la journée régionale « Equipes de liaison en addictologie et mise en réseau » en février 2002.

6.5.1 Dossier d'entretien

Chaque équipe a travaillé à l'élaboration de dossiers d'entretien renseignés lors des consultations avec les patients, en adoptant des procédures, des formats et des contenus variables de l'une à l'autre. Une rencontre entre les différentes équipes a permis une réflexion sur ce thème, et d'échanger sur l'intérêt de disposer d'un minimum commun afin de pouvoir favoriser les comparaisons et les échanges.

Les différents éléments recueillis dans ces documents peuvent être synthétisés de la façon suivante en fonction des principaux thèmes retenus :

- ✓ Caractéristiques socio-démographiques.
- ✓ Type de consommation et degré de dépendance.
- ✓ Eléments mis en évidence au cours de l'entretien : accueil, information, problèmes sociaux, familiaux, psychiatriques, somatiques, ...
- ✓ Motivation de la personne pour un suivi.
- ✓ Proposition de prise en charge, d'orientation : objectifs et modalités.
- ✓ Suivi : informations si patient vu à plusieurs reprises.

6.5.2 Rapport d'activité

Les données recueillies lors des entretiens font l'objet d'une compilation afin d'en tirer des informations mensuelles (et annuelles pour Saint-Malo) en terme d'activité. Certaines équipes ont informatisé la saisie des données, les autres assurent un traitement manuel particulièrement laborieux, comme à Saint-Malo où la réalisation du rapport annuel d'activités représente une charge de travail importante.

Seule l'équipe de Saint-Malo rédige depuis 1997 en raison de son ancienneté un rapport annuel d'activité, dont le contenu ne reprend pas l'ensemble des missions attribuées aux équipes de liaison.

6.5.3 Indicateurs de résultat

Les échanges entre les équipes ont permis de dégager l'intérêt de définir des indicateurs d'activité et de résultats, dont le suivi permettrait d'évaluer le travail de liaison.

Le bilan du dispositif hospitalier de liaison en addictologie montre que les moyens mis à la disposition des hôpitaux ont été réellement affectés aux objectifs qui avaient été retenus dans les projets, en dehors de quelques spécificités liées à des difficultés de recrutement. Les activités déployées répondent en partie aux objectifs du travail de liaison, mais le nombre important de missions ne permet pas aux équipes de toutes les prendre en compte dans un premier temps. L'accent est mis sur l'organisation d'un passage systématique aux urgences pour les personnes ayant des conduites addictives et à la demande dans les autres services. Les équipes sont confrontées à certaines difficultés dans leur mise en œuvre, leur fonctionnement, leur positionnement à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital, pour lesquelles seront formulées quelques propositions.

7 - PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION DU DISPOSITIF DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE EN ILLE-ET-VILAINE

Après avoir décrit et analysé le dispositif hospitalier de liaison en addictologie, un certain nombre de **propositions** seront présentées. L'objectif est de répondre en Ille-et-Vilaine à la nécessité d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire des personnes avec conduites addictives, en adéquation avec les besoins et les demandes des usagers. Il serait en effet illusoire de développer le repérage précoce des individus avec un problème de consommation si aucune suite ne pouvait être donnée à l'hôpital ou en ambulatoire.

L'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant un usage nocif ou une dépendance à l'égard des substances psychoactives s'inscrit dans le cadre plus général de la politique de prise en charge des conduites addictives. Parallèlement à la mise en place des équipes de liaison, il importe de s'assurer de la cohérence de l'ensemble du dispositif, de développer les liens entre les différents acteurs intra et extra-hospitaliers, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et d'apporter aux usagers une continuité dans leur parcours.

La réflexion a été guidée par le souci de se positionner par rapport à la place et au rôle du Médecin Inspecteur de Santé Publique dans la mise en œuvre et le suivi de cette nouvelle approche de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

Les propositions qui suivent, issues des difficultés repérées lors du bilan, seront développées autour des thèmes suivants :

- Améliorer le fonctionnement des équipes de liaison afin que le dispositif réponde aux missions qui lui sont fixées.
- Conforter la place et le rôle de l'hôpital dans cette démarche de santé publique.
- Apporter aux équipes la reconnaissance dont elles ont besoin au sein des hôpitaux.
- Développer les capacités d'hospitalisation pour les personnes confrontées à des problèmes de consommation, et plus particulièrement pour les conduites d'alcoolisation.
- Renforcer les structures de prise en charge ambulatoire.
- Favoriser les rapprochements entre les différents secteurs : alcoologie, toxicomanie, tabacologie.
- Poursuivre les actions de partenariat et de travail en réseau.
- Suivre et évaluer l'activité de liaison.

7.1 AMELIORER LE FONCTIONNEMENT DES EQUIPES DE LIAISON

Le dispositif tel qu'il fonctionne actuellement présente un certain nombre d'insuffisances qualitatives et quantitatives mises en évidence lors de l'analyse, et qu'il est indispensable de prendre en compte afin que les équipes puissent répondre de façon plus adéquate à leurs missions. Les propositions seront orientées vers trois axes : le temps médical, le renforcement du dispositif et la formation.

7.1.1 Temps médical

Le développement et la reconnaissance de l'activité hospitalière de liaison, la nécessité d'une coordination intra et extra-hospitalière, les nombreuses demandes de consultations médicales et la multiplicité des missions imposent que toutes les équipes disposent d'au moins un mi-temps de médecin.

Propositions

L'équipe de Redon, dont la coordination n'est réalisée qu'une demi-journée par mois par le psychiatre de secteur, demandera à être rapidement complétée par un médecin à mi-temps. Celui-ci assurera la coordination des activités, le lien avec les confrères intra et extra-hospitaliers, la finalisation des protocoles de soins et de prise en charge, et l'expertise médicale nécessaire à l'équipe et aux autres services. Il accompagnera aussi l'évolution de l'équipe de liaison vers une approche globale des conduites addictives.

A Vitré, le temps médical prévu est destiné à des consultations de tabacologie. Il serait souhaitable d'élargir ce temps à au moins 0,5 ETP, afin d'apporter un appui beaucoup plus significatif pour la coordination de l'équipe et répondre à l'ensemble des missions attendues. Un poste de PH à mi-temps serait en outre plus facile à pourvoir et plus motivant pour un médecin que la réalisation de deux vacations hebdomadaires.

Pour l'équipe de toxicomanie du CHGR, il pourrait être envisagé le recrutement d'un médecin généraliste intéressé et/ou formé à la prise en charge des toxicomanes voire à l'ensemble des addictions plutôt que de rechercher un psychiatre. Cette spécialité est confrontée à une pénurie significative, et les difficultés pour pourvoir l'équipe de liaison risquent de se prolonger.

7.1.2 Renforcement du dispositif

Le Ministère de la Santé recommande que tous les hôpitaux de plus de 200 lits soient pourvus à terme d'une équipe de liaison en addictologie. Les moyens attribués au cours de l'année 2000 ont permis le développement significatif du nombre d'équipes en Ille-et-Vilaine. La population de la zone de Fougères est confrontée aux mêmes problèmes de consommation que celle du reste du département, alors que les moyens de prise en charge des usagers sont très insuffisants.

D'autre part, afin de répondre à leur mission de repérage précoce de l'ensemble des conduites addictives à l'hôpital, les équipes de liaison devront être en mesure d'apporter une continuité et une complémentarité de leurs interventions.

Proposition

Afin que le dispositif soit totalement fonctionnel et couvre l'ensemble du département, la création d'une équipe à l'hôpital de Fougères pourrait être envisagée à court terme, une fois que les moyens attribués au CCAA pour son renforcement en personnel auront été mis en œuvre. Cette nouvelle équipe devra dès sa mise en place s'orienter vers l'alcoologie et la tabacologie, et se rapprocher de celle de toxicomanie.

Seule l'équipe du CHU assure un passage systématique aux urgences tous les jours de la semaine y compris le week-end. Afin que toutes les personnes concernées puissent bénéficier d'une prise en charge, il est indispensable que les équipes de liaison s'organisent pour assurer une continuité du service. Cette organisation demandera probablement quelques moyens supplémentaires en personnel, mais est essentielle à la réussite de cette stratégie.

La question d'un dépistage plus systématique des conduites de consommation (usage nocif et usage à risque avant le stade de dépendance) de tous les patients admis aux urgences ou hospitalisés devra être posée à court terme. Les personnes prises en charge actuellement par les équipes de liaison ne représentent qu'une faible partie des consommateurs, présentant pour la plupart des complications aiguës liées à l'alcool ou des conséquences d'un usage chronique. Cette stratégie ne pourra se développer que par l'implication du personnel soignant des services, qui devra intégrer à terme le repérage systématique des conduites addictives dans sa pratique quotidienne, à partir d'outils simples à utiliser.

7.1.3 Formation des équipes

Le personnel des équipes de liaison orientées vers l'alcoologie est de plus en plus sollicité pour des entretiens avec des toxicomanes ou des personnes dépendantes du tabac. Si plusieurs équipes ont intégré le dépistage et l'orientation pour l'ensemble des substances psychoactives, rares sont les agents qui disposent de compétences et de formation dans ces deux domaines. Une formation performante du personnel de liaison à la prise en charge de l'ensemble des conduites addictives leur apporterait d'autre part une meilleure reconnaissance.

Propositions

Afin de répondre à l'évolution des pratiques de repérage de l'ensemble des conduites à risque et aux missions des équipes de liaison, une formation polyvalente alcool - tabac - toxicomanie du personnel est actuellement prioritaire. Elle lui permettrait de prendre en charge les différents types de consommation ainsi que les usages multiples de produits.

Il est important que les équipes soient associées à cette réflexion afin de mieux cibler avec elles les besoins et les objectifs de formation.

La formation en addictologie ainsi que ses modalités de dispensation pourraient faire l'objet d'une coordination au niveau régional. Cette approche aurait pour avantage d'harmoniser les objectifs et le contenu de la formation, et d'aider à la reconnaissance des EHLA.

Différents partenaires pourraient être impliqués : médecins intervenant en addictologie, membres des équipes de liaison, CDPA, CIRDD, CODES, COSRA, AATPF.

7.2 CONFORTER L'HOPITAL COMME ACTEUR DE PREVENTION

La place et le rôle de l'hôpital dans le dispositif de prise en charge des conduites addictives doit faire l'objet d'un engagement et d'une volonté clairement affirmée de la part des différents partenaires hospitaliers : les administrations, les CME, les équipes de liaison et les équipes soignantes des services. Il s'agit de positionner l'hôpital dans une activité de santé publique et de prévention pour laquelle il n'est pas préparé.

Propositions

Le personnel médical et paramédical des services est peu impliqué dans le problème et la prise en charge des conduites addictives. Il semble nécessaire que l'ensemble des équipes soignantes puisse bénéficier d'une sensibilisation (voire d'une formation de base) en alcoologie, toxicomanie et tabacologie, ainsi que sur les missions dédiées aux hôpitaux et aux équipes de liaison dans ces domaines. Les EHLA devraient s'impliquer significativement dans cet aspect prioritaire de leurs missions au cours des prochaines années.

Les administrations hospitalières ainsi que la DDASS ont un rôle important à jouer pour aider les hôpitaux et les équipes de liaison à se positionner dans cette nouvelle stratégie.

L'engagement des Directions des établissements doit être perçu sans ambiguïté non seulement par les équipes, mais aussi par l'ensemble des professionnels des autres services et des partenaires extérieurs.

La DDASS, par l'intermédiaire du MISP impliqué dans la prise en charge des conduites addictives, continuera à apporter son soutien à la mise en œuvre de cette politique, en accompagnant les Directions et les équipes de liaison.

Il est important que l'activité de liaison en addictologie soit intégrée de façon systématique dans le projet médical et le projet d'établissement de tous les établissements hospitaliers concernés du département (même si le financement n'est pas assuré dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens, mais sur des enveloppes spécifiques).

7.3 AMELIORER LA RECONNAISSANCE DE L'ADDICTOLOGIE

Les équipes sont confrontées à un manque de reconnaissance plus ou moins important de leur activité au sein des hôpitaux, en raison du désintérêt des médecins pour les domaines comme l'alcoologie et des spécificités du mode d'intervention de liaison.

Après un déni qui a entouré ces secteurs pendant de nombreuses années, les données relatives à l'ampleur des consommations et des conséquences tant médicales que sociales ont permis une prise de conscience relativement large de ce problème de santé publique

Propositions

Une attention particulière doit être portée par l'ensemble des EHLA pour développer les actions d'information et de communication internes aux structures, sous forme de rencontres avec les équipes des différents services, d'informations en CME, d'articles dans les publications internes, de forums de discussion. L'objectif est de valoriser l'activité des équipes de liaison en apportant les informations pertinentes sur les missions, les objectifs et les modalités de fonctionnement, ainsi que sur les résultats obtenus.

Des protocoles d'intervention pourraient être discutés avec chacun des services. Ils permettraient, sur la base d'une approche volontaire et partagée, de rapprocher les personnels soignants et les équipes de liaison, afin de mieux préciser les demandes des premiers et les modalités d'intervention des seconds.

Le positionnement de l'équipe de liaison du CHGR, qui apporte un soutien en toxicomanie au CHU et aux CH de Vitré et Fougères, est pour l'instant mal établi. Il est essentiel que ses modalités d'intervention au CHU soient formalisées et transmises à l'ensemble des services de l'établissement. Concernant son assistance à Vitré et Fougères, il importe de définir avec les CH les modalités d'intervention hospitalière de l'équipe de toxicomanie de liaison, en concertation pour Vitré avec celle d'alcoologie.

Les efforts de communication doivent être développés pour faire connaître de manière plus large le rôle et les missions des équipes de liaison à l'extérieur de l'hôpital, aux différents partenaires impliqués dans la prise en charge des addictions : praticiens libéraux, acteurs sociaux, associations.

7.4 DEVELOPPER LES CAPACITES HOSPITALIERES DE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

Les hospitalisations pour sevrage ou bilan et soins addictologiques doivent être programmées, et les délais pour répondre à cette demande sont encore trop importants. Des lits doivent être prévus à cet effet, ces hospitalisations ayant pour objectif de réaliser les sevrages et les bilans médico-psycho-sociaux, de proposer un programme de soins et de réaliser les conditions d'un bon suivi en coordination avec les autres acteurs concernés.

Actuellement, seuls le CHU, le CHGR et le CH de Saint-Malo disposent de ***lits spécifiques d'alcoologie***. (le département compte au total 19 lits d'alcoologie pour 867.000 habitants répartis en trois unités dont deux ont moins de 10 lits). L'individualisation de lits d'alcoologie permet une meilleure reconnaissance de cette activité au sein des établissements, en lui apportant des moyens spécifiques, tout en assurant une plus grande disponibilité aux patients en difficulté avec l'alcool en terme d'hospitalisations.

Propositions

Il serait souhaitable d'identifier au niveau des hôpitaux de Vitré, Redon et Fougères des lits spécifiques pour la prise en charge alcoologique : ces lits pourraient être individualisés dans le cadre d'une unité fonctionnelle d'alcoologie, au sein des services identifiés pour la prise en charge alcoologique dans chaque CH, avec un projet thérapeutique spécifique.

Au CHU et au CH de Saint-Malo, le nombre de lits d'alcoologie est insuffisant, et ce secteur devrait bénéficier d'une augmentation de capacité afin de mieux répondre aux besoins et d'apporter une meilleure reconnaissance du problème alcool.

L'inscription de cette question dans le projet médical et le projet d'établissement, ainsi qu'une mention spécifique dans les COM, aurait pour avantage de formaliser l'engagement des établissements (Direction et CME) et des autorités sanitaires dans la politique de prise en charge des conduites addictives.

A côté de l'augmentation du nombre de lits spécifiques en hospitalisation complète, le ***développement d'hôpitaux de jour en addictologie*** est préconisé pour la prise en charge de certains patients, à raison d'un pour 100.000 à 300.000 habitants, et au moins un par département. L'Ille-et-Vilaine ne compte aujourd'hui aucun hôpital de jour en alcoologie.

Proposition

Un projet de création d'hôpital de jour en alcoologie en collaboration entre les CH de Saint-Malo et Dinan a été défini et rédigé. Le financement de cette structure n'a pas été retenu par l'ARH en 2001. Le dossier sera proposé à nouveau et pourrait bénéficier de crédits en 2002.

7.5 RENFORCER LE DISPOSITIF AMBULATOIRE

La majorité des **CCAA** du département dispose de moyens insuffisants en personnel, ne leur permettant pas de répondre à l'ensemble des besoins des secteurs. Le développement de l'activité de liaison en addictologie et le repérage des personnes concernées par un problème d'alcool aura pour résultat l'orientation de patients de plus en plus nombreux vers les CCAA. L'insuffisance actuelle de ce dispositif aura des conséquences sur les équipes de liaison qui devront répondre à l'augmentation importante des demandes de consultations externes, au détriment de leurs activités intra-hospitalières.

Propositions

Les moyens des différents CCAA du département (à l'exception de celui de Rennes déjà correctement doté) doivent être renforcés afin que les patients dépistés dans les hôpitaux puissent bénéficier d'une continuité dans la prise en charge, et que les équipes de liaison ne soient pas saturées par les consultations externes.

Le CCAA de Fougères a déjà soumis un projet en 2001 pour lequel le financement a été accordé.

Les CCAA de Saint-Malo, Vitré et Redon ont présenté une demande de renforcement soumise pour financement en 2002.

Le CCAA de Vitré devrait être délocalisé à l'extérieur de l'hôpital, ce qui lui permettrait d'une part de mieux répondre à ses missions, d'autre part de clarifier son rôle par rapport à l'équipe de liaison.

7.6 FAVORISER LES RAPPROCHEMENTS ENTRE LES SECTEURS D'ALCOOLOGIE, TOXICOMANIE ET TABACOLOGIE

La volonté d'organiser une politique globale de prise en charge des conduites addictives implique un rapprochement des compétences en alcoologie, toxicomanie et tabacologie au sein des établissements hospitaliers. Cette stratégie permet d'envisager des réponses centrées sur les personnes et les comportements. Les équipes de liaison, dont l'orientation initiale s'est faite vers un seul secteur d'activité, ont démarré des initiatives en ce sens.

Propositions

Un projet de création d'une Unité Fonctionnelle d'Addictologie Hospitalière de Liaison à Saint-Malo a été présenté par le médecin alcoologue. Il permettrait de rapprocher sur un plan fonctionnel les trois équipes, afin de mutualiser leurs moyens et de permettre aux usagers une meilleure lisibilité de l'ensemble du dispositif. Les moyens supplémentaires²² nécessaires à la mise en place de cette UF devraient faire l'objet d'une attention particulière. Il est indispensable pour la réalisation de ce projet que l'équipe de toxicomanie du CHGR étende son intervention de liaison hospitalière au CH de Saint-Malo.

Le CHU bénéficie de la présence des équipes de toxicomanie, d'alcoologie et de tabacologie. Les relations entre les trois types d'activités demanderaient à être formalisées au cours des prochains mois, en vue de développer la complémentarité des interventions, et d'envisager des actions concertées dans les domaines de l'information et de la formation.

A Vitré, il importe que l'équipe de toxicomanie se rapproche de celle d'alcoologie-tabacologie dans l'objectif de formaliser les procédures d'interventions à l'attention des usagers, d'apporter cohérence et complémentarité dans les différentes prises en charge, et pour élaborer des actions communes d'information et de formation.

A Redon, il est prioritaire que l'équipe de liaison en addictologie formalise les modalités d'un partenariat avec le CSST de Rennes. Il permettrait d'une part de définir les indications et les modalités de transfert des toxicomanes au CSST, d'autre part de mettre en œuvre un appui hebdomadaire de l'équipe du CSST à l'hôpital de Redon.

²² Le budget demandé s'élève à 102.430 €, et comprend principalement la mise à disposition des moyens humains suivants : 0,4 ETP médical, 0,5 ETP d'infirmier, 0,5 ETP de psychologue, 0,3 ETP de secrétaire et 0,1 ETP de diététicien.

7.7 POURSUIVRE LES ACTIONS DE PARTENARIAT ET DE TRAVAIL EN RESEAU

L'organisation et le développement de liens entre les différents acteurs intra et extra-hospitaliers, pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi, doit être un travail permanent des équipes de liaison. La prise en charge globale et pluridisciplinaire doit permettre de faciliter les démarches en vue d'une hospitalisation ainsi que les prises en charge relais après celles-ci.

Propositions

Si de nombreuses actions sont déjà mises en œuvre dans ce domaine, il convient de développer plus particulièrement le partenariat avec les centres spécialisés (CCAA et CSST), avec les médecins libéraux dont l'implication dans le dispositif est indispensable (usagers suivis en ambulatoire, dépistage et orientation des personnes vues en consultation), et avec les travailleurs sociaux.

La finalisation du projet de « Réseau d'addictologie de Rennes » permettrait de renforcer la coordination des différents partenaires intervenant dans ce domaine. Une réunion des acteurs impliqués dans ce dossier, animée par le MISP de la DDASS en charge des conduites addictives, permettrait d'avancer dans la formalisation de ce réseau qui a fait l'objet de plusieurs réunions préparatoires et d'un consensus sur les objectifs poursuivis.

7.8 SUIVRE ET EVALUER L'ACTIVITE HOSPITALIERE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE

Afin d'évaluer le fonctionnement des équipes, leur activité et l'impact du travail de liaison sur la prise en charge et le dépistage précoce des conduites addictives, il est important d'organiser le recueil d'informations et de définir des indicateurs.

Une réunion de travail a permis aux EHLA du département de se prononcer sur la pertinence d'une approche commune pour le suivi et l'évaluation de l'activité de liaison, et de démarrer une réflexion sur les points suivants : contenu du dossier d'entretien, éléments du rapport annuel d'activité, indicateurs de suivi et de résultat (annexe 10).

Propositions

Il serait pertinent, après validation de son contenu, de proposer une fiche commune d'entretien qui pourra être utilisée par l'ensemble des équipes de liaison du département, voire de la région. Les informations recueillies lors des entretiens pourront faire l'objet d'une saisie informatique afin de suivre de façon performante les indicateurs qui seront retenus. Un appui pourrait être apporté aux équipes par le CIRDD, l'ORS et la DRASS pour la conception de ce dispositif d'évaluation.

Afin de pouvoir apprécier l'activité d'addictologie des établissements, un rapport annuel d'activité sera rédigé par chaque équipe de liaison, pour lequel il semble pertinent de proposer un contenu standard.

Enfin, une évaluation des résultats de l'activité de liaison, et plus particulièrement de l'impact du repérage précoce et de la prise en charge des personnes confrontées à des conduites addictives devrait être entreprise. Ce travail pourrait être coordonné au niveau régional : définition des objectifs, indicateurs de suivi, méthodologie, opérateurs.

Plusieurs thèmes peuvent être envisagés : devenir des patients vus par les équipes de liaison ; impact du travail de liaison sur les conduites addictives ; évolution de l'importance du poids des conduites dans les motifs de consultation aux urgences ; innovations dans les pratiques cliniques ; enquête auprès des usagers.

8 - CONCLUSION

La reconnaissance des conduites addictives comme **problème prioritaire de santé publique** ainsi que les orientations récentes de la politique de lutte contre les consommations de substances psychoactives ont apporté une nouvelle approche dans ce domaine, avec la redéfinition du rôle de la MILDT et la mise en œuvre du « Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances ».

L'hôpital a un rôle majeur à jouer, non seulement dans le domaine des soins aux patients confrontés à un usage nocif ou à une dépendance qu'il importe de renforcer, mais aussi comme acteur de prévention dans une mission de santé publique qui a été redéfinie et qu'il convient de légitimer. La fréquence des consommations de substances psychoactives parmi les patients hospitalisés donne aux équipes hospitalières de liaison en addictologie une place essentielle pour le repérage et l'orientation des personnes concernées au stade le plus précoce possible.

Il est important que cette action de dépistage et d'orientation ne soit pas isolée, mais s'inscrive dans le contexte global de prise en charge des conduites addictives, que la continuité des soins soit assurée et développée en amont comme en aval, et que la mobilisation touche l'ensemble des partenaires intra et extra-hospitaliers.

Dans ce contexte, de nombreuses dispositions ont été prises **en Ile-et-Vilaine** afin de promouvoir une approche liée aux comportements et non plus par produit, d'assurer une continuité et une complémentarité du dispositif dans la prise en charge des personnes confrontées à un problème de mésusage. Après un développement significatif des moyens apportés à la création de nouvelles équipes, le département d'Ile-et-Vilaine dispose d'un dispositif relativement satisfaisant, qu'il convient de conforter, d'accompagner et d'évaluer sur le plus long terme pour voir s'il répond à ses missions et s'il apporte des changements en terme d'évolution vers les stades d'usage nocif et de dépendance.

L'objectif de ce mémoire professionnel était aussi de montrer l'importance de la place et du rôle du **Médecin Inspecteur de Santé Publique** dans la mise en œuvre et le suivi de la politique de lutte contre les conduites addictives, et de façon plus spécifique dans le cadre de la stratégie d'organisation des soins hospitaliers pour les personnes confrontées à des problèmes de consommation de substances psychoactives.

Les projets de demande de renforcement ou de création d'EHLA ont bénéficié de l'appui du MISp à différentes étapes : présentation des enjeux et des orientations de la politique de prise en charge des conduites addictives aux directions des établissements et aux professionnels concernés ; aide méthodologique pour l'élaboration des objectifs et des moyens demandés ; analyse de la pertinence et de la justification des projets ; transmission avec avis argumenté en fonction des enveloppes de financement possibles.

Après la mise à disposition des financements, le MISp est intervenu pour aider les établissements et les partenaires dans la mise en œuvre des équipes de liaison : conseils et soutien particulièrement en cas de difficultés.

Afin d'assurer une cohérence à l'ensemble du dispositif intra et extra-hospitalier, le MISp a joué un rôle important de coordination et d'animation, afin d'apporter une vision globale du système de prise en charge des conduites addictives à l'ensemble des partenaires. Les rencontres animées par le MISp ont été l'occasion d'échanges de pratiques et d'expériences entre les différents intervenants dans le domaine des addictions.

Enfin, parmi ses fonctions, le MISp est impliqué dans l'évaluation des stratégies mises en œuvre. Le bilan des équipes hospitalières de liaison en addictologie du département a été réalisé à son initiative. Plusieurs réunions avec les responsables et les membres des équipes ont permis de leur restituer les résultats, d'échanger sur les modalités et les difficultés de fonctionnement, et d'amorcer une dynamique en vue d'élaborer des outils communs de suivi et d'évaluation.

Dans certaines situations, le MISp peut être amené à mettre en œuvre de façon globale la politique interministérielle de lutte contre les conduites addictives au niveau départemental. Les Préfets de soixante deux départements ont confié la mission de chef de projet MILDT à la DDASS, la responsabilité ayant été donnée spécifiquement à un MISp dans dix huit cas comme en Ile-et-Vilaine.

9 - BIBLIOGRAPHIE

ARVERS P., MOULIA-PELAT J.-P., FAVRE J.-P. et al. Prévalence des conduites addictives chez les patients hospitalisés – Enquête multicentrique effectuée un jour donné dans les hôpitaux d'instruction des armées en 1999. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Avril 2000, n° 15, pp. 63-66.

BALLION R. *Les conduites déviantes des lycéens*. Paris : OFDT, 1999. 244 p. Etude n° 13.

BERENGER P. *Actes de la première réunion nationale des équipes d'alcoologie hospitalières de liaison*. Lyon, 18-19 septembre 1999.

BRAUD E., DESMET M., DUCARUGE S. et al. *Consommation d'alcool et approche globale des addictions. L'exemple des Côtes d'Armor*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001. 21 p. Module interprofessionnel de santé publique .

COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES. *Baromètre santé, premiers résultats 2000. Enquête auprès des 12-75 ans*. Vanves : CFES, 2000. 115 p.

COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. *La santé en chiffres : alcool*. Vanves : CFES, 2001. 38 p. Education pour la santé : pour mieux vivre.

COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. *La santé en chiffres : tabac*. Vanves : CFES, 2001. 38 p. Education pour la santé : pour mieux vivre.

FENOGLIO P., PAREL V., KOPP P. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites. *ADSP*, Décembre 2000, n° 33, pp. 71-75.

FILLAUT T. *Les bretons et l'alcool (XIX^e – XX^e siècle)*. Rennes : ENSP, 1991. 352 p.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France 2002*. Paris : La Documentation Française, 2002. 410 p.

KOPP P., FENOGLIO P. *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*. Paris : OFDT, 2000. 282 p. Etude n° 22.

LANDRU A. *Réflexion sur l'organisation des soins en alcoologie au centre hospitalier de Redon.* Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire « Psychiatrie années 2000 : organisation, évaluation et accréditation ». Universités de Clermont I, Paris V, Montpellier ; 1999-2000.

LESEIGNEUR J. Centre Hospitalier de Saint-Malo. Unité d'Alcoologie de Liaison. Bilan d'activité 2000.

MAESTRACCI N. Drogues et prévention des dépendances : une nouvelle approche. *ADSP*, Décembre 1999, n° 29, pp. 10-13.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE – COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Comprendre l'action des drogues.* Vanves : CFES, 1999. 50 p. Livret de connaissances - Drogues : savoir plus.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE – COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Drogues et usages : chiffres clés.* Vanves : CFES, 1999. 50 p. Livret de connaissances - Drogues : savoir plus.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE – COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Drogues et usages : les dispositifs publics.* Vanves : CFES, 1999. 50 p. Livret de connaissances - Drogues : savoir plus.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE – COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Synthèse du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.* Vanves : CFES, 1999. 34 p. Livret de connaissances - Drogues : savoir plus.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001).* Paris : La Documentation Française, 2000. 226 p. Collection des rapports officiels.

MUNOZ RIVERO M. *L'addictologie : du concept à la mise en place d'un réseau – L'exemple rennais.* Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Médecin Inspecteur de Santé Publique. Avril 2001.

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances.* Paris : OFDT, 1999. 137 p.

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002.* Paris : OFDT, 2002. 368 p.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BRETAGNE. *La mortalité prématurée en rapport avec la consommation d'alcool et de tabac en Bretagne. La toxicomanie en Bretagne.* Atelier préparatoire à la Conférence Régionale de Santé. 26 janvier 2001.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision.* Genève : OMS, 1993.

PARQUET P.-J. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance.* Vanves : CFES, 1998. 46 p. Education pour la santé, pour mieux vivre : dossiers techniques.

POLOMENI P. Dossier : Usages de drogues et toxicomanies. *ADSP*, Mars 1998, n° 22, pp. I-XLIV.

PREFECTURE DE L'ILLE-ET-VILAINE. *Programme départemental de prévention des consommations nocives et des dépendances en Ille-et-Vilaine 2000-2003.* Avril 2001.

REYNAUD M., PARQUET P.-J., LAGRUE G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives.* Rapport rédigé à la demande de Monsieur Joël MENARD, Directeur Général de la Santé, et remis à Monsieur Bernard KOUCHNER, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Affaires Sociales. Juillet 1999.

REYNAUD M. *Usage nocif de substances psychoactives.* Rapport rédigé à la demande du Pr Lucien ABENHAIM, Directeur Général de la Santé. Septembre 2001.

RICHARD D., SENON J.-L. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse, 1999. 433 p.

SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Recommandations pour la pratique clinique. *Alcoologie et addictologie*, Décembre 2001, n° 23 (4 suppl.), pp. 67S-75S.

TOBELEM G. *Repérage précoce des conduites addictives à l'hôpital*. Rapport rédigé à la demande de Madame Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Mai 2000.

SITES INTERNET :

ANAES : www.anaes.fr

CFES : www.cfes.sante.fr

FEDERATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE SANTE
www.fnors.org

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE : hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/accueil

INSERM : www.inserm.fr

INSERM, service d'information sur les causes médicales de décès
sc8.vesinet.inserm.fr:1080

MILDT : www.drogues.gouv.fr

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BRETAGNE : www.orsb.asso.fr

SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE :
www.alcowed.com/french/info_gen/associations/nationales/france/sfa.html

10 - LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien.

ANNEXE 2 : Liste des personnes rencontrées.

ANNEXE 3 : Définitions.

- Abus de substances psycho-actives DSM IV (1994)
- Utilisation nocive pour la santé (CIM 10)
- Dépendance DSM IV (1994)
- Critères pour le diagnostic de trouble addictif (d'après Goodman, 1990)

ANNEXE 4 : Niveaux de consommation par produit.

ANNEXE 5 : Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs.

ANNEXE 6 : Estimation des conséquences sanitaires des drogues - 1997.

ANNEXE 7 : Coût social des drogues.

ANNEXE 8 : Principaux textes réglementaires.

ANNEXE 9 : Objectifs du « Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances ».

ANNEXE 10 : Suivi de l'activité de liaison.

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

EQUIPES HOSPITALIERES DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE GUIDE D'ENTRETIEN

I) INFORMATIONS GENERALES

1. Etablissement et service de rattachement, nom du responsable médical

2. Historique de l'équipe de liaison

Date d'obtention des crédits, date de mise en œuvre effective. Domaine d'intervention initial, évolution.

3. Modalité administrative d'organisation

Unité fonctionnelle d'addictologie. Fédération d'addictologie. Equipe de liaison rattachée à un service.

4. Zone géographique desservie

Population couverte. Données épidémiologiques relatives aux addictions.

5. Sites d'intervention

Etablissements hospitaliers concernés. Description de chaque EH : nombre de lits (MCO, Psychiatrie, autres), nombres de passages SAU / UPATOU.

6. Modalités de financement

Crédits spécifiques ARH. Redéploiements internes de ressources. Autres financements.

--

7. Composition de l'équipe

Comment se font les nominations ?

	Nombre de personnes	ETP consacré à l'activité	Date de début de l'activité
PH-Médecin			
IDE			
Assistante sociale			
Psychologue			
Secrétaire médicale			
Diététicien			
Autre			

8. Modalités de mise en œuvre de l'équipe

Formation du personnel recruté. Contacts avec d'autres équipes. Document précisant les missions et les modalités de fonctionnement de l'équipe. Présentation des objectifs : CME, Services, Coordination des Soins Infirmiers.

--

II) ACTIVITES MISES EN ŒUVRE

1. Formation des personnels de l'établissement

Services et personnels concernés. Types et contenus des formations (sensibilisation, information), formateurs.

2. Protocoles de soins et de prise en charge

Elaboration de protocoles : méthodologie, participation des services. Mise en œuvre. Procédures d'évaluation.

3. Assistance aux services hospitaliers

Interventions au lit des patients : à la demande, passage systématique. Principaux services concernés. Participation aux réunions d'équipe des services.

4. Consultations externes réalisées par l'EHLA

Préparatoires à une hospitalisation. En aval d'une hospitalisation. Consultations avancées.

5. Partenariat, travail en réseau

Secteur psychiatrique, services spécialisés (unités d'alcoologie), services de SSR. Structures sociales et d'hébergement. Médecins généralistes, associations. Centres spécialisés : CSST, CCAA, consultations de sevrage tabagique.

6. Actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement

Types d'actions menées. Partenaires associés : CDPA, CODES, CIRDD, associations.

7. Recueil d'information, indicateurs d'évaluation

Mise en place d'un recueil d'information systématisé, dossier de premier entretien. Importance des conduites addictives dans les motifs de consultation aux urgences. Evaluation de la prise en charge effective (à l'hôpital et en aval). Rapport d'activité, indicateurs.

III) BILAN DE L'EHLA

1. Analyse

Elargissement du champ d'intervention. Positionnement et perception de l'EHLA par les équipes soignantes (urgences, services hospitaliers). Perception par les usagers. Information régulière en CME. Capacité des services à dépister, prendre en charge et orienter les personnes ayant des conduites addictives.

2. Principaux problèmes rencontrés

Moyens de fonctionnement. Disponibilités en personnel, formation, compétences. Avec l'administration hospitalière. Aide à la prise en charge du patient, structures d'aval.

3. Propositions en vue d'améliorer le fonctionnement de l'EHLA.

Intérêt d'une journée régionale avec les autres EHLA : thèmes à aborder, attentes.

ANNEXE 2 : Liste des personnes rencontrées

MILDT :

Pr Parquet : expert auprès de la MILDT.

DRASS de Bretagne :

Dr Deugnier : MISP, coordinateur régional MILDT.

DDASS :

- Dr Brunet : MISP, DDASS d'Ille-et-Vilaine. Chef de projet MILDT auprès du Préfet.
- Dr Mevel : MISP, DDASS du Finistère.
- Dr Quittançon : MISP, DDASS des Côtes d'Armor.
- Dr Gogmos : MISP, DDASS du Morbihan.

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes :

- Mr Roquet, Directeur de l'hôpital de Pontchaillou.
- Mme Génin, Directrice du Service des Soins Infirmiers.
- Dr Moirand, coordinateur de l'équipe de liaison.
- Membres de l'équipe de liaison : Mmes De Barbeyrac, Orrière et Pavesi (infirmières), Mme Bonsergent (psychologue).

Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes :

- Mme Guivarc'h, Directrice adjointe du CH.
- Dr Vedeilhié, psychiatre, coordinateur de l'équipe de liaison.
- Membre de l'équipe de liaison : Mr Jutel (infirmier).

Centre Hospitalier de Saint-Malo :

- Mr Bouffort, Directeur adjoint du CH.
- Dr Leseigneur, responsable de l'Unité d'Alcoologie de Liaison.
- Membres de l'équipe de liaison : Mmes Bourreau et Riout (infirmières), Mlle Col (assistante sociale), Mr Bazin (psychologue), Mr Saget (diététicien), Mme Adnot (secrétaire médicale).
- Mme Castro, Directrice des Soins Infirmiers.
- Mr Vieau, cadre infirmier supérieur.

Centre Hospitalier de Redon :

- Mr Morette, Directeur du CH.
- Dr Landru, psychiatre, coordinateur de l'équipe de liaison.
- Membres de l'équipe de liaison : Mr Duguen (infirmier), Mlle Billard (assistante sociale), Mr Blanchard (psychologue), Mme Caille (secrétaire médicale).

Centre Hospitalier de Vitré :

- Mr Groheux, Directeur du CH.
- Dr Oudry, Praticien Hospitalier, coordinateur de l'équipe de liaison.
- Membres de l'équipe de liaison et du CCAA : Mme Doreau (infirmière), Mme Le Roy (assistante sociale), Mme Rault (psychologue), Mme Lollierou (diététicienne), Mme Gousse (diététicienne), Mme Pottier (cadre infirmier), Mme Gilet (secrétaire médicale).

COSRA :

- Mr Alix, éducateur spécialisé.
- Dr Lauvin, médecin alcoologue.

DHOS :

Dr Jeanfrançois, bureau « Organisation de l'offre régionale de soins et populations spécifiques » (entretien téléphonique).

ANNEXE 3 : Définitions

Abus de substances psycho-actives DSM IV (1994)

A - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois

1 - **Utilisation répétée** d'une substance conduisant à l'**incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison** (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - **Utilisation répétée** d'une substance **dans des situations où cela peut être physiquement dangereux** (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 - **Problèmes judiciaires répétés** liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 - **Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux**, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance

Utilisation nocive pour la santé (CIM 10)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et à souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Dépendance DSM IV (1994)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- 1 - existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
- 2 - existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
- 3 - la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
- 4 - un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5 - un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6 - d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- 7 - l'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Critères pour le diagnostic de trouble addictif (d'après Goodman, 1990)

A - Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.

B - Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement.

C - Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement.

D - Sentiment de perte ou de contrôle pendant la réalisation du comportement.

E - Au moins cinq des items suivants :

1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation.
2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée.
3. Efforts répétés pour réduire contrôler ou arrêter le comportement.
4. Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.
5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies.
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.
7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques, ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement.
8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité.
9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.

F - Certains symptômes de trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

ANNEXE 4 : Niveaux de consommation par produit

Expérimentateurs	Alcool	Au moins 1 fois dans la vie
	Tabac	Au moins 1 fois dans la vie
	Cannabis	Au moins 1 fois dans la vie
	Autres drogues illicites	Au moins 1 fois dans la vie

Occasionnels	Alcool	Au moins 1 fois dans l'année
	Tabac	Se déclarent actuellement fumeurs
	Médicaments	Au moins 1 fois dans l'année
	Drogues illicites	Au moins 1 fois dans l'année

Répétés	Alcool	Au moins 3 fois dans la semaine
	Tabac	Au moins 1 cigarette par jour actuellement
	Médicaments	Au moins 1 somnifère ou 1 tranquillisant 1 fois dans la semaine
	Cannabis	Au moins 10 fois dans l'année

Quotidiens	Alcool	Au moins 1 verre par jour au cours des 12 derniers mois
	Tabac	Au moins 1 cigarette par jour actuellement
	Médicaments	Au moins 1 somnifère ou 1 tranquillisant quotidiennement ou presque au cours des trente derniers jours
	Cannabis	Au moins trente fois au cours des trente derniers jours

ANNEXE 5 : Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs

Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les 18-75 ans, les 18-25 ans et les 26-44 ans en 2000, par âge (en %)

	18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans
Alcool	95,9	93,9	95,9
Tabac	82,0	80,0	84,7
Médicaments psychotropes (1)	19,7	13,1	16,3
Cannabis	21,6	46,8	31,7
Colles et solvants volatils	2,7	5,7	4,0
Cocaïne	1,5	2,2	2,5
LSD	1,5	2,9	2,3
Amphétamines	1,4	1,6	1,8
Ecstasy	0,8	2,8	0,9
Héroïne	0,7	0,9	1,2
Médicaments « pour se droguer » (2)	0,7	0,9	1,1
Champignons hallucinogènes	0,4	0,6	0,5
Opium, morphine	0,3	0,1	0,3
Poppers	0,1	0,1	0,2

(1) Pour les médicaments psychotropes, la question portait sur les douze derniers mois.

(2) Termes employés lors de l'enquête.

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT.

Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les jeunes à la fin de l'adolescence, en 2000, par sexe et âge (en %)

	Filles	Garçons	Garçons	Garçons
	17 ans	17 ans	18 ans	19 ans
Alcool (1)	77,3	80,8	79,3	82,7
Tabac	79,4	76,0	78,4	84,0
Cannabis	40,9	50,1	54,9	60,3
Médicaments psychotropes (2)	29,0	10,6	12,7	13,6
Champignons hallucinogènes	1,6	4,5	6,9	8,7
Poppers	1,3	3,4	4,8	8,3
Ecstasy	1,4	2,8	4,7	6,7
Produits à inhaler	3,3	4,9	6,6	6,3
LSD	0,8	1,6	2,8	4,8
Amphétamines	0,6	1,4	2,4	3,7
Cocaïne	0,6	1,3	2,7	3,3
Héroïne	0,4	0,9	1,4	1,3

(1) Consommation au cours des trente derniers jours.

(2) Intitulé utilisé dans le questionnaire : « médicaments pour les nerfs, pour dormir ».

Source : ESCAPAD 2000, OFDT.

ANNEXE 6 : Estimation des conséquences sanitaires des drogues - 1997

Mortalité en France, 1997

	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Total
Décès imputables	60.000	60.000	547	120.547
<u>Décès prématurés imputables</u>				
Hommes	35.446	39.131	Nd	
Femmes	8.517	2.646	Nd	
Total	43.963	41.777	547	86.287
Part des décès imputables dans le total des décès *	11,33 %	11,33 %	0,10 %	22,76 %
Part des décès prématurés imputables dans le total des décès **	8,30 %	7,89 %	0,10 %	16,29 %

* Nombre total de décès en France en 1997 : 529.640

* Décès prématurés par rapport à l'espérance de vie. Pour les drogues illicites, seuls sont considérés les décès par overdose et VIH.

Morbidité en France, 1997

	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Total
<u>Années de vie perdues</u>				
Hommes	591.866	454.526	Nd	
Femmes	150.232	27.078	Nd	
Total	742.098	481.604	Nd	1.223.702
<u>Nombre d'hospitalisations</u>				
Hommes	297.266	509.857	Nd	807.123
Femmes	86.115	259.620	Nd	345.735
Total	383.381	769.477	Nd	1.152.858
<u>Nombre total de jours d'hôpital</u>				
Hommes	2.824.027	4.741.670	Nd	7.565.697
Femmes	818.093	2.388.504	Nd	3.206.597
Total	3.642.120	7.130.174	Nd	10.772.294

Source : KOPP P., FENOGLIO P. *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*. Paris : OFDT, 2000. 282 p. Etude n° 22.

ANNEXE 7 : Coût social des drogues

Coûts sociaux des drogues par types d'actions en 1997 :

exprimés en millions de francs

	Alcool		Tabac		Drogues illicites		Total	
	Coût	%	Coût	%	Coût	%	Coût	%
1. Coûts directs des soins	18.421,76	15,96 %	26.973,70	30,22 %	1.524,51	11,42 %	46.919,97	21,52 %
2. Coûts directs de prévention et de recherche	3.675,60	3,18 %	18,50	*	948,88	7,11 %	4.642,98	2,13 %
3. Coûts directs de l'application de la loi	367,36	0,32 %		*	3.911,46	29,30 %	4.278,82	1,96 %
4. Coûts directs de pertes de prélèvements obligatoires	12.280,53	10,64 %	11.806,30	13,23 %	866,24	6,49 %	24.953,07	11,44 %
5. Autres coûts directs imputables	23.120,00	20,03 %	11,70	*		*	23.131,70	10,61 %
6. Coûts indirects des pertes de revenu et des pertes de production	57.555,66	49,80 %	50.446,70	56,52 %	6.099,19	45,69 %	114.101,55	52,33 %
COÛT SOCIAL	115.420,91		89.256,90		13.350,28		218.028,09	
Part de chaque substance	52,94 %		40,94 %		6,12 %			
Dépense par tête	1.966,28		1.520,56		227,43		3.714,28	
Coût social en % du PIB		1,42 %		1,10 %		0,16 %		2,68 %

* négligeable

Source : **KOPP P., FENOGLIO P.** *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France.* Paris : OFDT, 2000. 282 p. Etude n° 22.

ANNEXE 8 : Principaux textes réglementaires*

* D'après : « Consommation d'alcool et approche globale des addictions : l'exemple des Côtes d'Armor ». Module interprofessionnel de santé publique. Ecole Nationale de la Santé Publique. Novembre 2001.

TOXICOMANIE	TABAC / ALCOOL	MEDICAMENTS PSYCHOTROPES
<p>Loi du 24/12/1953 : l'usager, traité pour la 1^{ère} fois comme un malade peut être astreint à subir une cure de désintoxication.</p>	<p>1954 : Haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme.</p> <p>1958 : premières mesures contre la conduite en état d'ivresse.</p> <p>1959 : Code des Débits de boissons.</p>	<p>1951 : Code de la Pharmacie.</p> <p>1952 : circulaire du ministère de la justice distingue toxicomanes qui s'adonnent à la drogue par plaisir et ceux qui le sont suite à un traitement thérapeutique.</p>
<p>Loi du 31/12/1970 : trois axes : - répression sévère du trafic, - interdiction de l'usage et proposition d'une alternative thérapeutique, - gratuité des soins.</p>		<p>1971 : Convention de Vienne sur les psychotropes (ratifiée par la France en 1974 mais reprise en droit interne qu'à partir des années 1990).</p>
<p>1978 : Rapport "Pelletier", bilan de l'application de la loi de 1970 (injonction thérapeutique rarement utilisée, propose de distinguer les usages de drogues en fonction du produit, l'énumération des substances qualifiées de drogues n'intègre ni le tabac, ni l'alcool, tout en reconnaissant pour ce dernier qu'il ne faut pas « dissimuler le caractère incontestablement toxicomane de l'alcoolisme »).</p>	<p>1976 : Loi "Veil" relative à l'usage et la publicité du tabac.</p> <p>1980 : Comité interministériel de lutte contre l'alcoolisme (à la suite du rapport "Bernard").</p>	
<p>1982 : Comité interministériel de lutte contre la toxicomanie (politique de prévention est intégrée dans le dispositif de lutte contre la toxicomanie).</p>	<p>1982 : Programme européen de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.</p>	
<p>1985 : Des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie remplacent les bureaux de liaison.</p>	<p>Loi du 19/01/1983 : cotisation sur les boissons alcooliques au profit de la Caisse d'Assurance Maladie.</p> <p>1983 : Arrêt de la Cour de Justice des Communautés Européennes (affaire "Sandoz") : aucune réglementation nationale ne doit exiger la preuve qu'un produit n'est pas nocif à la santé pour autoriser sa circulation.</p>	
<p>Loi du 17/01/1986 : nouvelle incrimination en vue de pouvoir juger les petits trafiquants et les usagers revendeurs.</p>		

<p>1986 : Acte Unique européen (extension des compétences de l'Union Européenne à la protection de la santé des personnes, création de plusieurs organes spécialisés dans la lutte contre la drogue).</p>	<p>1986 : Résolution du Conseil européen sur l'abus d'alcool invite la Commission à « peser soigneusement les intérêts en matière de production, de distribution et de promotion des boissons alcooliques et les intérêts en matière de santé publique et à mener à cet effet une politique équilibrée ».</p>	
<p>1987 : Circulaire du Ministère de la justice distingue le traitement judiciaire destiné aux usagers simples et celui destiné aux usagers – trafiquants.</p> <p>Loi du 31/12/1987 : Incrimination du blanchiment des produits du trafic de stupéfiants.</p>		<p>1987 : Décret relatif à la publicité pharmaceutique (distinction entre publicité grand public et publicité visant le corps médical).</p> <p>1988 : Durée de prescription de médicaments psychotropes maximale de un an (quelques semaines pour certains).</p>
<p>1989 : Délégation Générale de lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), sous laquelle est placée la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT).</p>	<p>1989 : Directive européenne interdit toute publicité télévisée en faveur du tabac et restreint celle en faveur des boissons alcoolisées.</p>	<p>1989 : Loi "Bambuck" (après échec de la loi "Herzog" de 1965) : dépénalisation de l'usage de produits dopants dans le sport, renforcement sanctions contre pourvoyeurs, contrôle confié aux fédérations sportives.</p>
<p>1992 : Traité de Maastricht (renforcement des compétences de l'Union Européenne : actions de prévention en matière de stupéfiants, programme de coopération Nord-Sud de lutte contre la drogue, coopération intergouvernementale policière, douanière et judiciaire).</p>	<p>1991 : Loi "Evin" pose en principe l'interdiction de toute forme de promotion des tabacs et alcools. De plus, sont prévus : augmentation du prix du tabac, interdiction de vente d'alcools aux mineurs et dans les stades, possibilité pour les associations de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme de se porter partie civile...</p>	<p>1992 : Quatre directives européennes relatives à la distribution en gros, la délivrance au public, la publicité et l'étiquetage constitue la politique européenne de "l'usage rationnel" des médicaments.</p>
<p>1993 : Elaboration d'une politique de réduction des risques (notamment, le programme gouvernemental du 14/09/1995 fait de la méthadone un médicament de substitution fourni aux héroïnomanes sous contrôle médical).</p>	<p>1993 : 1^{er} "assouplissement" de la loi Evin : dérogation en faveur du parrainage de certaines compétitions sportives.</p> <p>1993 : Loi de privatisation de la Seita.</p> <p>1994 : Suppression de l'interdiction d'affichage en faveur des boissons alcooliques.</p>	<p>1995 : Méthadone et buprénorphine autorisés comme médicaments de substitution aux opiacés.</p>
<p>1996 : La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) remplace la DGLT et la MILT.</p>	<p>1997 : Loi de financement de la Sécurité sociale : affectation d'une partie du droit de consommation sur les alcools à l'Assurance Maladie.</p>	<p>1998 : Plan d'action de l'ONU contre la fabrication illicite et l'abus de stimulants de type amphétaminique.</p>
	<p>1999 : Amendement « buvette » à la loi Evin rétablissant la vente d'alcool dans les stades.</p>	<p>1999 : Loi « Buffet » confie le contrôle du dopage à une autorité administrative indépendante.</p> <p>1999 : La durée de prescription d'une substance stupéfiante maximale passe de sept à vingt huit jours.</p>

ANNEXE 9 : Objectifs du « Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances »

✓ **Recherche** : Le dispositif d'observation, d'études et de recherche sera amélioré pour anticiper les évolutions et prendre les décisions au bon moment. Il permettra de disposer des connaissances les plus précises sur les produits, leurs effets sanitaires et sociaux, l'évolution des modes, des niveaux et des contextes de consommation, l'évolution du trafic, l'efficacité des actions menées sur l'offre, la pertinence des traitements et des prises en charge.

✓ **Communication** : Des informations validées seront mises à disposition de l'ensemble de la population, afin d'améliorer sa capacité à formuler des réponses adaptées. Ces informations doivent porter sur les comportements, les produits ainsi que sur les politiques conduites, et permettre de rappeler le cadre de la loi.

✓ **Prévention** : Une approche de prévention fondée sur les comportements plutôt que sur les produits est privilégiée. Le rappel à la loi doit s'accompagner d'une démarche de prévention qui ne vise pas uniquement à prévenir l'usage, mais aussi à éviter le passage de l'usage à l'usage nocif et à la dépendance.

✓ **Formation** : Création, à partir de savoirs validés, d'une **culture commune** à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin et de la répression. Il s'agit de former tous les professionnels non spécialisés qui sont en relation avec des usagers de produits, d'assurer une formation commune à tous les acteurs de prévention, de permettre aux personnels spécialisés d'acquérir les compétences qui leur manquent.

✓ **Accueil, orientation, soins et insertion** : Les structures de soins et de prises en charge en alcoologie et en toxicomanie sont invitées à se rapprocher afin de tenir compte du développement des polyconsommations. Le développement des équipes hospitalières de liaison en addictologie doivent aider au repérage et à l'orientation des personnes avec conduites addictives.

✓ **Loi et applications** : Les priorités de la politique pénale doivent être redéfinies au regard du bilan de l'application de la loi de 1970, qui fait apparaître une augmentation importante des interpellations d'usagers, une stabilité des poursuites concernant le trafic international et une baisse relative des interpellations pour trafic local.

✓ **Coordination nationale et locale** : Les missions de la MILDT dans son rôle de coordination sont renforcées. Au niveau national, elle est chargée de préparer les décisions du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances, et d'en assurer le suivi. Elle coordonne l'action des différents départements ministériels, sans se substituer à eux. Au niveau départemental, la politique de lutte contre les conduites addictives est assurée par le chef de projet MILDT nommé par le préfet.

✓ **Action extérieure de la France** : Elle prévoit de développer les actions de coopération internationale et de redéfinir les priorités géographiques en fonction des flux du trafic.

ANNEXE 10 : Suivi de l'activité de liaison

INDICATEURS DE SUIVI

Indicateurs d'activité

- Nombre de personnes vues en consultation (interne / externe).
- Motif de recours à l'hôpital.
- Lieu de l'entretien : urgences, service hospitalier.
- Antécédent de prise en charge d'un problème de mésusage.
- Répartition par âge et sexe.
- Origine de la demande de consultation.
- Usage de substances psychoactives
 - Alcool : CAGE-DETA.
 - Tabac (short-test).
 - Autres substances psychoactives.
- Orientation(s) proposée(s).
- Stade de motivation.

A l'attention des CCAA :

- Suivi des personnes adressées par les équipes de liaison.

Indicateurs de résultat (à compléter)

- Impact sur les comportements.
- Poids des conduites addictives aux urgences.
- Devenir des patients vus par les équipes de liaison.

**EQUIPES HOSPITALIERES DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE
CONTENU DU DOSSIER D'ENTRETIEN**

Caractéristiques socio-démographiques

Nom

Prénom

Date de naissance

Sexe

Situation familiale

Célibataire - Célibataire vivant seul - Marié - Divorcé - Séparé -
- Vie maritale - Veuf - Ne sait pas

Situation professionnelle

RMIste - Actif - Intérim - Chômage - Invalidité - Retraite -
- A charge - Arrêt de travail - Ne sait pas

Logement

- Individuel - Foyer - SDF

Episode actuel

Motif d'admission

Alcoolémie

Origine de la demande

Lieu de prise en charge

Antécédents

Antécédents médicaux-chirurgicaux en rapport avec l'alcool

- AVP - Autres trauma - AT
- Crises convulsives - PréDT - DT

Histoire alcoologique et psychiatrique

antécédents de prise en charge hospitalière ou ambulatoire, de TS, ...

Passé judiciaire

Suspension de Permis de conduire Autre :

Diagnostic alcoologique

CIM 10 :

- A risque - Consommation nocive
- Dépendance psychologique - Dépendance physique

Repérage à partir de l'utilisation du questionnaire CAGE-DETA :

- 1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- 2) Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- 3) Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
- 4) Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives (ou plus) à ces questions est évocateur d'une consommation nocive.

Stade de motivation (modèle de Prochaska et Diclemente)

- Pré-intention - Intention - Préparation - Action - Maintien - Résolution

Retentissement

Somatique

- Hépatique ggt ast alt cirrhose
- Neurologique convulsions détérioration polynévrite clinique cérébellite NORB
- Pancréatite aiguë chronique
- Altération de l'état général

Psychiatrique

- Ivresse pathologique
- Dépression Anxiété
- Etat anxio-dépressif

Familial

Social (travail)

Judiciaire

Autres consommations

CIM 10 :

Tabac

Utilisation du Short-tabac-test d'après Fagerstrom

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins 0
- 11 à 20 1
- 21 à 30 2
- 31 ou plus 3

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre 1^{ère} cigarette ?

- moins de 5 minutes 3
- 6 à 30 minutes 2
- 31 à 60 minutes 1
- après plus d'1 heure 0

0-1 : pas de dépendance

2-3 : dépendance modérée

4-5-6 : dépendance forte

Autres substances psychoactives (y compris médicaments)

- type de produit

- fréquence de consommation

Orientation proposée

Hospitalisation

- Courte durée

- Complète

- De jour

Ambulatoire

- CCAA

- CMP

- CSST

- MG

Objectif de la prise en charge envisagée

ENTRETIEN(S) DE SUIVI

Trajectoire alcoologique depuis la consultation

Suivi ambulatoire

Médecin traitant
CCAA
Service des Maladies du Foie
CHGR-CMP
Associations

Prise en charge institutionnelle – date

Hospitalisation

Informations sur le dernier contact

Date du dernier contact

Etat au dernier contact

- Abstinente

- Sobriété

- Excessif

Y a t il des éléments d'amélioration de l'état du patient ?

Somatique

Psychiatrique

Familial

Social (travail)

Judiciaire

Orientation proposée

Hospitalisation

- Courte durée

- Complète

- De jour

Ambulatoire

- CCAA

- CMP

- CSST

Objectif de la prise en charge envisagée

CONTENU DU RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE

EQUIPES HOSPITALIERES DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE

Consultations internes

- Nombre de consultations.
- Services demandeurs
- Répartition par âge, sexe.
- Produit(s) consommé(s).
- Type de problème, stade : usage, abus, dépendance.
- Prise en charge, orientation.

Consultations externes

- Nombre de consultations.
- Types de consultations.
- Demandeurs.
- Répartition par âge, sexe.
- Type de problème, stade : usage, abus, dépendance.
- Prise en charge, orientation.

Formations dispensées par l'équipe de liaison

- A l'attention du personnel de santé (médecins et autres), dans l'hôpital ou à l'extérieur.
- A l'attention des personnes ayant des conduites addictives.
- A l'attention des visiteurs.
- Autres formations : médecins libéraux, ...

Actions de prévention, d'information et de sensibilisation

- Au sein de l'établissement ou autres.
- Partenaires associés.

Elaboration de protocoles de soins et de prise en charge

- Modalités de travail avec les équipes.
- Objectifs ...

Partenariat, réseau

- Réseau addictologie.
- Rapprochement équipes de liaison alcoologie, toxicomanie, et tabacologie.
- Relations avec les médecins généralistes.

Autres activités

- Formation des membres de l'équipe.
- Autres