



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital
Promotion 2004

**LA PREVENTION DU CANCER AU CHU
DE TOULOUSE : QUELS LEVIERS DE
CHANGEMENT ?**

Anne DECQ

Remerciements

Je remercie les différentes personnes qui m'ont aidée à réaliser ce mémoire :

Madame Pommier, la directrice de recherche de ce mémoire, pour son accompagnement précieux durant toutes les étapes de ce travail ;

Monsieur Bouvet, mon maître de stage au CHU de Toulouse, pour son aide dans le choix du sujet et ses conseils pour m'orienter vers les personnes ressources ;

l'ensemble de l'équipe de Direction du CHU de Toulouse et, en particulier Monsieur Moinard, le Directeur Général qui m'a guidée dans ma réflexion ;

toutes les personnes dans l'établissement et au sein des services déconcentrés de l'Etat qui ont accepté de me recevoir en entretien et ont enrichi ce document.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
METHODOLOGIE	4
1 LA POLITIQUE DE PREVENTION DU CANCER : UNE MISSION POUR L'HOPITAL, UNE MISSION POUR LE CHU DE TOULOUSE.....	7
1.1 La prévention du cancer: l'hôpital au cœur d'une vraie problématique de santé publique	7
1.1.1 La prévention du cancer : une nécessité impérieuse.....	7
A) Le cancer: des données alarmantes.....	8
B) ... qui rendent nécessaires la définition d'actions de prévention	10
1.1.2 L'hôpital acteur de prévention au sein du système de santé	12
A) Des déclarations internationales incitatives	12
B) Un cadre réglementaire volontariste	14
C) Les missions réglementaires des acteurs hospitaliers	18
D) La prévention : une mission de service public par excellence	19
1.2 La prévention du cancer : l'hôpital, un terrain favorable	20
1.2.1 La prévention du cancer: l'hôpital, acteur incontournable de la prévention	20
A) L'hôpital au cœur de l'organisation sanitaire	21
B) L'hôpital, acteur de la pérennisation du système de santé.....	22
C) La prévention ou la qualité de la prise en charge hospitalière	23
D) Une volonté affichée des acteurs hospitaliers	25
1.2.2 Des éléments leviers propres aux caractéristiques et à l'environnement sanitaire du CHU de Toulouse.....	28
A) La prévention du cancer, une activité très développée en Midi-Pyrénées	28
B) Le CHU de Toulouse, acteur prépondérant de la lutte contre le cancer	29
C) Le CHU de Toulouse, hôpital de proximité	31

2	LA POLITIQUE DE PREVENTION DU CANCER AU CHU DE TOULOUSE : DES REALITES CONTRASTEES	33
2.1	La prévention du cancer au CHU de Toulouse : des activités multiples..	33
2.1.1	Des activités de prévention du cancer inscrites dans un cadre normé.....	33
A)	Le Réseau hôpital sans tabac.....	33
B)	L'unité de coordination en tabacologie	34
C)	L'équipe de liaison en alcoologie	35
2.1.2	Des activités réservant une place prépondérante à la prévention secondaire et tertiaire	35
A)	Prévention primaire : une place confidentielle pour l'hôpital parmi les acteurs de prévention des facteurs de risque du cancer	37
B)	Prévention secondaire : des activités à développer et à consolider	39
C)	Prévention tertiaire : la prévention hospitalière par excellence.....	45
D)	La médecine prédictive : l'avenir de la prévention au sein du CHU ?	48
2.2	Les freins et obstacles à la mise en place pérenne et construite d'une politique de prévention du cancer au CHU de Toulouse	50
2.2.1	La prévention : parent pauvre du système de santé	51
A)	Un frein culturel majeur : un système de santé centré sur le curatif.....	51
B)	Une absence de valorisation financière des activités de prévention	53
2.2.2	Les obstacles et contraintes observés au CHU de Toulouse dans la pratique de la prévention du cancer	57
A)	Un cloisonnement externe des pratiques de prévention.....	57
B)	Un cloisonnement interne préjudiciable.....	59
C)	Une formation incomplète des acteurs dans le domaine de la prévention	61
D)	Concilier prévention et organisation du temps hospitalier.....	63
3	CONSTRUIRE UNE POLITIQUE DE PREVENTION DU CANCER AU CHU DE TOULOUSE.....	66
3.1	Pour une politique de prévention durable au CHU de Toulouse	66
3.1.1	Donner une dynamique institutionnelle forte	66
A)	Inscrire la prévention comme priorité institutionnelle	66
B)	Définir une politique de formation incitative.....	68
C)	Adhérer au réseau des hôpitaux promoteurs de santé	71

3.1.2	Organiser une pratique intégrée des activités de prévention du cancer.....	72
A)	Structurer les pratiques de prévention du cancer	72
B)	Développer les activités de prévention du cancer au sein des services	77
3.2	Faire de la prévention un axe fort de la politique sanitaire nationale pour asseoir les politiques élaborées localement	80
3.2.1	Accroître et pérenniser le financement des activités de prévention.....	80
3.2.2	Réorienter les stratégies sanitaires au profit de la prévention	82
A)	S'inspirer des stratégies étrangères en matière de prévention	82
B)	Développer la démarche de prévention en France.....	83
C)	Vers un changement des objectifs sanitaires à court terme ?.....	85
CONCLUSION		89
BIBLIOGRAPHIE.....		91
LISTE DES ANNEXES		I

Liste des sigles utilisés

OMS	Organisation mondiale de la santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
INPES	Institut nationale de promotion et d'éducation pour la santé
DDASS	Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
ETP	Equivalent temps plein
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IFSI	Institution de formation en soins infirmiers
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DU	Diplôme universitaire
ONDAM	Objectif nationale des dépenses d'assurance maladie
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
T2A	Tarifification à l'activité
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
ONCOMIP	Oncologie Midi-Pyrénées
3C	Comité de coordination en cancérologie
CHSCT	Comité hospitalier sur la sécurité et des conditions de travail
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé
ICR	Institut Claudius Regaud
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
SIIPS	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
CME	Commission médicale d'établissement
CTE	Comité technique d'établissement
CSSI	Commission du service de soins infirmiers
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
ISA	Indice synthétique d'activité

INTRODUCTION

D'abord institué comme hospice et lieu d'enfermement, d'isolement des personnes marginales ou atteintes de maladies contagieuses, l'hôpital a alors pour vocation de protéger le reste de la population en éloignant les personnes malades.

Le développement des hôpitaux modernes est consubstantiel à celui de la médecine qui a fait de l'hôpital non plus un lieu d'hébergement où les prières constituaient souvent le seul réconfort dispensé aux malades mais le lieu du soin, de la guérison, du curatif.¹

Ce développement de l'hôpital comme lieu de guérison est contemporain de l'émergence de la notion de prévention. Elle prend son fondement dans la moitié du XIX siècle avec Pasteur qui introduit les bases de la santé publique à travers les principes d'hygiène, de vaccination et de lutte contre les fléaux sociaux.² Le curatif et le préventif se développent de concert. Cependant, le développement des connaissances et des techniques médicales lié à l'évolution de la protection sociale et de l'accès aux soins donne une importance croissante aux soins curatifs dans le milieu sanitaire. De plus, ces avancées médicales, chirurgicales sont souvent réalisées au sein des centres hospitaliers, accentuant le lien étroit entre prise en charge curative et hôpital.³

La création des centres hospitaliers universitaires en 1958⁴ constitue le paroxysme de cette sacralisation du curatif dans notre système de santé en instituant des centres hospitaliers de haut niveau, lieu de la recherche et de la formation des professionnels de santé dont Robert Debré veut faire alors le fer de lance de la politique sanitaire française. Cette prévalence du curatif s'accroît tout au long du XXème siècle au fil de l'innovation médicale jusqu'à s'illustrer en 2002 par ce chiffre éloquent : la part des dépenses de santé consacrée à la prévention n'est que 2,3% en 2002.⁵

Parallèlement au développement d'un système de santé français axé sur le curatif, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit la promotion de la santé comme une préoccupation internationale. Il s'agit de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et plus

¹ IMBERT J. Les hôpitaux en France, Paris, Edition que sais-je ?, 1996, 124 pp

² LARCHER G, L'hôpital rattrapé par la santé publique, Lettre de la fédération hospitalière de France, mai 2005, p 1

³ Dossier : l'hôpital, promoteur de santé, RHF, mai-juin 2003, n° 492. p 10 à 47

⁴ Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de Centres Hospitaliers et Universitaires

⁵ DREES, Les dépenses de la santé dans les comptes nationaux de la santé in Etudes et Résultats, n°247-juillet 2003. 8 pp

de moyens pour l'améliorer. La santé est un moyen, le but est d'atteindre un état général de bien être⁶. Deux outils répondent à cet objectif : la prévention et l'éducation pour la santé.

La prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs. L'OMS distingue trois niveaux de prévention :

- la prévention primaire constituée par l'ensemble des mesures éducatives, prophylactiques, normatives destinées à lutter contre l'apparition de la maladie
- la prévention secondaire prend en compte les mesures diminuant la durée et la gravité de la maladie ou évitant la rechute
- la prévention tertiaire détermine les mesures réduisant les déficiences ou handicaps dus à la maladie.

L'éducation pour la santé, quant à elle, engage chaque citoyen à acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettent de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité.

Le système de sanitaire français et l'OMS ont donc deux visions antinomiques de la santé : le premier réduisant la santé à une définition négative l'absence de maladie et la seconde développant une définition positive où la santé est déterminée par de nombreux facteurs sociaux, environnementaux, et renvoie à la notion de bien être.

Comment rassembler ces deux visions ? L'émergence de pathologies chroniques lourdes va mettre en question les limites de l'action médicale. C'est le cas notamment du SIDA et du cancer. Le SIDA découvert en 1983 par l'équipe du Professeur Montagnié remet en défi le mythe du curatif tout puissant : plus de 20 ans après la découverte de la maladie, aucun vaccin n'a permis encore de stopper l'épidémie même si des traitements de plus en plus efficaces accompagnent les patients sidéens. Face à cette impuissance de la médecine, le seul remède à l'épidémie est la prévention des conduites sexuelles à risque et l'emploi notamment du préservatif. C'est sans doute à cette occasion que la prévention devient un objectif important de la politique sanitaire.

Le cancer est également une maladie qui met à l'épreuve la médecine et qui engage les décideurs publics, face à la croissance constante des décès, à compléter le dispositif de soins par un dispositif de prévention des facteurs de risques associés à la maladie, comme le Plan Cancer 2003, instauré priorité nationale, l'illustre.

Le cancer peut donc constituer, à ce titre, un vecteur de rassemblement des problématiques préventives et curatives au sein d'un système de santé au service du malade.

⁶ OMS, Charte d'Ottawa, 1986

L'hôpital, et un CHU en particulier, peut-il constituer, autour de la problématique du cancer, le lieu où activités de soins et de prévention peuvent se développer de concert ? Si cette association rencontre des difficultés, quels leviers de changement pour réconcilier préventif et curatif à l'hôpital ?

Cette problématique revêt un caractère particulièrement intéressant pour un futur directeur d'hôpital car si le management hospitalier constitue le quotidien de notre activité, le cœur du métier est bien la santé publique. L'hôpital est un acteur de santé publique par essence et ne peut rester en marge des grandes problématiques actuelles dans ce domaine : le cancer et la prévention de ses facteurs de risque en est une. Il suffit de rappeler, pour mémoire, que selon l'enquête alcool réalisée auprès des usagers du système de soins en novembre 2000⁷, environ 20 % des patients hospitalisés un jour donné peuvent être considérés à risque d'alcoolisation excessive.

Le CHU de Toulouse constitue un terrain propice pour l'étude de la problématique de la place de la prévention au sein des activités hospitalières car, en tant que CHU, il est de prime abord très axé sur le curatif. De plus, la politique de santé en région Midi-Pyrénées fait une place particulièrement importante au cancer notamment dans le cadre du projet du futur cancéropôle européen qui réunira sur un même site opérateurs publics et privé de santé, recherche publique et privée.

Le présent mémoire s'attachera ainsi à montrer dans un premier temps que la prévention du cancer constitue bien une mission pour l'hôpital et en particulier pour le CHU de Toulouse ; dans un second temps que l'établissement apporte une réponse mais une réponse contrastée à la mission qui lui est dévolue ; et enfin, que, sur ces bases, la construction d'une politique de prévention du cancer au CHU de Toulouse est envisageable.

⁷ DREES, Enquête alcool auprès des usagers du système de santé, in *Séries Statistiques*, n° 53 – juin 2003.105 pp

METHODOLOGIE

La méthodologie employée pour la réalisation de ce mémoire s'est appuyée dans un premier temps, sur une observation documentaire réalisée à la fois auprès de l'ENSP, de l'INPES mais également de centres de ressources locaux comme le CRES Midi-Pyrénées, l'ORS Midi-Pyrénées ou encore la DRASS.

Dans un second temps, la problématique a été confrontée au terrain d'étude : le CHU de Toulouse.

L'objectif premier était de réaliser un recensement exhaustif des pratiques de prévention du cancer dans l'établissement à destination de l'adulte : patients, et personnels dans une moindre mesure. Le recensement des activités MIGAC réalisé de façon concomitante par la direction des affaires financières a permis de déterminer des services actifs dans ce domaine. Des entretiens ont été ensuite programmés avec des personnes ressources dans les unités mais également à l'extérieur de l'établissement. Vingt-quatre entretiens⁸ ont ainsi été menés auprès d'acteurs du CHU : soignants, médecins, décideurs hospitaliers, patients ; d'agents des services déconcentrés ou membres d'association et de différentes personnalités rencontrées lors de déplacements. Certains services n'ont pas collaboré à la démarche, ce qui a largement révisé l'objectif d'exhaustivité. L'analyse s'est alors centrée sur la pneumologie, la gynécologie et la gastro-entérologie qui sont les disciplines qui traitent les cas de cancer les plus fréquents.

Une grille d'entretien type a été élaborée, plutôt à destination des soignants, et adaptée en fonction des interlocuteurs. Cette grille avait pour but, tout d'abord, de présenter le projet et de donner une définition de la prévention ; ce cadre posé, elle devait susciter des réponses sur l'existence d'actions de prévention au sein des unités, sur le contenu de ces actions, leur mode de création et les facteurs qui favorisaient ou freinaient leur développement.

Les entretiens ont fait l'objet d'enregistrements ou de prises de note. Une analyse de contenu a été ensuite opérée. Des mots clés ont été dégagés de chacun des échanges. Ces mots clés ont ensuite permis d'introduire des références documentaires utiles. Enfin,

⁸ Annexe 1

toujours à l'aide des mots clés, les entretiens ont été rassemblés par grandes thématiques.

L'objet de ces entretiens était à la fois de construire l'argumentation de l'analyse et également d'étayer cette même argumentation. En effet, l'exploitation des entretiens et de l'observation documentaire ont permis de répondre à la problématique posée : place de la prévention dans le système sanitaire français, pratiques de la prévention au CHU de Toulouse, obstacles entravant la pratique et préconisations.

Enfin, la rédaction a fait l'objet d'une relecture par le maître de stage et la Directrice de recherche.

1 LA POLITIQUE DE PREVENTION DU CANCER : UNE MISSION POUR L'HOPITAL, UNE MISSION POUR LE CHU DE TOULOUSE

Le cancer constitue une problématique de santé publique majeure qui peut être circonscrite par l'élaboration d'actions de prévention. Les institutions sanitaires mondiales et nationales se sont faites le relais de cet enjeu et ont décliné normativement cette nécessité, notamment par le Plan cancer et par différents textes destinés aux hôpitaux. Outre la définition d'un cadre réglementaire strict, de nombreux éléments font de l'hôpital et du CHU de Toulouse un terrain favorable au développement des actions de prévention.

1.1 La prévention du cancer: l'hôpital au cœur d'une vraie problématique de santé publique

La France a été un des états européens à réagir avec le plus de lenteur aux préconisations de l'OMS puisque l'introduction d'une hypothétique mission de prévention au sein des hôpitaux n'est intervenue qu'en 1970. Depuis, encouragés par les déclarations internationales et les ravages dus au cancer, les pouvoirs publics se sont faits plus incitatifs jusqu'à faire de l'hôpital, au moins dans les textes, un véritable acteur de la prévention du cancer et de ses facteurs de risque.

1.1.1 La prévention du cancer : une nécessité impérieuse

La lutte contre le cancer suscite actuellement une mobilisation nationale car le cancer constitue un véritable fléau. En effet, le cancer est une des causes de mortalité les plus fréquentes en France aujourd'hui, décès qui pour une part importante d'entre eux auraient pu être évités grâce à l'efficacité d'une politique de prévention volontariste.

A) Le cancer: des données alarmantes...

Les données épidémiologiques du cancer en France sont éloquentes de gravité⁹.

En 2000, il y a eu 278 253 de nouveaux cas de cancer en France, les plus fréquents étant les cancers du sein, de la prostate, du colon et du pœumon : 58% concernaient des hommes, 42% des femmes.

L'incidence de la maladie ne fait que s'accroître. Si l'on analyse l'évolution des nouveaux cas de cancer entre 1997 et 2000, à population comparable, on constate une croissance de 35% des malades entre 1978 et 2000. Entre 1997 et 2000, cette croissance a été de + 1,31% par an chez les hommes, toute localisation confondue, et de + 1,36% chez la femme.

Même si l'on meurt moins du cancer aujourd'hui, le risque de décès par cancer ayant diminué de 9% entre 1978 et 2000 à population comparable grâce à l'évolution des techniques de soins, on meurt toujours du cancer. En 2000, la mortalité par cancer était de 150 045 décès répartis comme suit:

Tableau 1 : Mortalité par cancer en France en 2000

Localisation du cancer	Nombre de décès		Total
	Hommes	Femmes	
Poumon	22649	4515	27164
Colon rectum	85005	7468	15973
Sein	-	11637	11637
prostate	10004	-	10004
Foie	6287	1569	7856
Pancréas	3728	3453	7191
Lymphome	2664	2579	5243
Leucémie	2547	2548	5095
Lèvre - bouche - pharynx	4341	749	5090
TOTAL	92311	57734	150045

Pour être significatifs, ces derniers chiffres sont à mettre en parallèle avec les autres causes de décès en France. On constate alors que les décès dus aux cancers sont parmi

⁹ Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer 2003-2007, avril 2003. 44 pp

les causes les plus fréquentes de décès après les maladies cardio-vasculaires, faisant de la maladie un des fléaux sanitaires à combattre en priorité.

A ces données, il faut ajouter que la mortalité prématurée par cancer est en France environ 20% plus élevée que pour le reste de l'Europe, ce qui souligne la faiblesse de notre dispositif de prévention : 41 000 décès prématurés ou dits évitables avant 65 ans sont dus aux cancers et représentent 460 000 années potentielles de vie perdues chaque année.

La région Midi-Pyrénées ne fait pas figure d'exception dans ce triste constat même si les taux d'incidence estimés sont plus faibles que dans le reste du territoire.¹⁰

En 1999, on enregistrait 10 000 nouveaux de cancer chaque année et 6400 décès, soit 221 décès pour 100 000 habitants dans la région (contre 258 au niveau national).

Comme dans l'ensemble de la France, le cancer est la principale cause de décès évitables chez les personnes de moins de 65 ans avec 36 % des décès avec une prévalence des cancers du sein et du poumon.

Tableau 2 : Les grandes causes de décès prématurés en Midi-Pyrénées 1998-1999
(% sur les décès avant 65 ans)

Hommes		Femmes	
Cancer du poumon	10,4	Cancer du sein	13,4
Maladies liées à l'alcool	8,1	Accidents de la circulation	6
Accidents de la circulation	7,9	Suicide	5,3
Cardiopathies	7,5	Cancer de l'intestin	4,9
Suicide	6,3	Maladies liées à l'alcool	4,6

Cette mortalité prématurée par cancer, prégnante tant au niveau national que régional, est liée à trois facteurs de risques majeurs : le tabac, l'alcool et l'hygiène alimentaire¹¹.

Le tabac est le premier d'entre eux. Il entraîne chaque année dans le monde environ 3,5 millions de décès et au moins 1, 5 million de nouveaux cas de cancer ; il est responsable de la quasi totalité des cancers du poumon, d'une bonne partie des cancers de la vessie, du rein et du pancréas et en association avec l'alcool d'une partie des cancers du larynx,

¹⁰ L'épidémiologie des cancers en Midi-Pyrénées, Bulletin de l'ORSMIP, mai 1999, n°47

¹¹ Dépistage des cancers : les enjeux, Vecteurs santé, juin 2001

pharynx œsophage et cavité buccale. Le risque est influencé par la quantité de tabac fumé quotidiennement et encore plus par la durée du tabagisme. A quantité de fumée égale, les femmes ont un risque plus grand d'avoir un cancer du poumon que les hommes.

Quant à l'alcool pur, il augmente les risques de cancer, et en particulier ceux concernant les tumeurs des voies aérodigestives supérieures en interaction avec le tabac.

Dans les pays développés, on estime qu'un tiers environ des cancers sont liés à l'alimentation. L'excès d'apport calorique par rapport à la dépense physique est un facteur de risque pour les cancers hormonodépendants du sein, de l'endomètre, de la prostate et du cancer du colon. Une consommation importante de fruits et légumes aurait un effet protecteur pour les cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures et de façon moins marquée pour les cancers du colon, du rectum, de l'estomac, du sein et de la prostate.

D'autres facteurs de risque individuel sont à noter : l'absence d'activité physique et l'obésité pour le cancer du sein et de la prostate, l'exposition solaire excessive pour les mélanomes malins, l'utilisation pendant de nombreuses années de contraceptifs oraux pour les cancers du sein.

Si les actions de prévention du cancer atteignaient leur efficacité théorique, elles devraient diminuer d'environ 50% la mortalité du au cancer en agissant directement sur l'ensemble de ces facteurs de risque identifiés¹². Une performance qui face aux chiffres alarmants du cancer mérite d'être soulignée et analysée.

B) ... qui rendent nécessaires la définition d'actions de prévention

L'efficacité de la prévention des comportements à risque modifiables au niveau individuel repose sur la connaissance des facteurs de risque, le pouvoir de conviction des préventologues et sur l'éviction des comportements à risque. Si l'ensemble de la population peut se sentir directement concerné, la difficulté majeure réside au niveau individuel dans les choix de vie entre renonciation au plaisir immédiat et bénéfice lointain. Cette difficulté est augmentée par la facilité d'accès aux facteurs de risque, voire à l'incitation à la consommation par les pairs et la publicité.

¹² Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer 2003-2007, avril 2003. 44 pp

Néanmoins, la modification des comportements des individus est réalisable. Certains psychologues en santé comme Isabelle Godin ont mis en avant les facteurs psychosociaux qui déterminent les comportements individuels¹³ et ont développé des stratégies de prévention permettant de les annihiler en travaillant surtout sur les barrières et les freins au changement que constituent les normes socioculturelles environnementales.¹⁴

C'est le cas notamment dans la prévention du tabagisme chez les jeunes. Il s'agit de transformer la connotation positive de la cigarette (émancipation, virilité, valorisation au sein du groupe) en une valorisation du non fumeur (acte de responsabilité, image sportive et saine...). C'est l'objet du groupe Pataclope mise en place par la ligue du cancer Midi-Pyrénées.

Forts de ce constat, lorsqu'ils se sont penchaient sur les chiffres de la mortalité par cancer évitable et sur les facteurs de risque du cancer, certains médecins et décideurs publics ont parfois prôné un interventionnisme aigu : interdiction de la vente du tabac, de l'alcool et même non remboursement des pathologies dues à ces mêmes substances. Cependant, la légitimité de l'intervention en éducation pour la santé et en particulier dans le cadre d'actions de prévention est assurée lorsqu'on respecte le principe de la liberté de l'individu. En effet, l'intervention éducative a pour but d'aider à la modification d'un comportement lorsque la personne consent à ce changement. Le professionnel propose, l'individu dispose. Le libre choix est un droit fondamental et lorsque les professionnels de santé ou les éducateurs pour la santé sont en passe d'influencer le cours de l'existence des personnes, ce doit être avec une pleine et entière intégrité.

Il faut noter d'ailleurs que dans un pays de tradition « libertaire », comme c'est le cas de la France, la notion de liberté constitue le plus souvent une barrière culturelle importante à la modification du comportement des individus.

L'efficacité de la prévention est donc théoriquement prouvée mais elle n'a pas jusqu'à ce jour été valorisée ou évaluée puisque les médecins de santé publique ne disposent pas d'un recul assez important pour mesurer l'impact de leurs actions. Par exemple, combien de journées de soins intensifs de pneumologie évitées par la mise en place d'une action de prévention auprès des lycéens ou des 12 000 agents d'un centre hôpital universitaire ? Personne ne sait le dire scientifiquement aujourd'hui. Néanmoins, il est possible, d'ores et déjà, de compter les années de vie perdues du fait d'une mortalité évitable par cancer trop élevée: 460 000 années chaque année.

¹³ Annexe 2

¹⁴ LEVY A./ Santé publique, Paris, Editions Masson, 1998, 249 pp

Un chiffre qui milite à lui seul pour l'instauration d'une nouvelle ère au sein du système de santé français durant laquelle préventif et curatif cohabiterait au service des individus et où l'hôpital, traditionnellement au cœur de l'organisation sanitaire, prendrait toute la mesure de son rôle de santé publique.

1.1.2 L'hôpital acteur de prévention au sein du système de santé

Face à cet environnement sanitaire de plus en plus défavorable, les pouvoirs publics, sous l'impulsion de l'organisation mondiale de la santé et l'énoncé par cette dernière de grands principes fondateurs, ont été amenés à définir un cadre réglementaire amenant les acteurs sanitaires et en particulier les établissements de santé à développer en leur sein des activités de prévention. Cette nouvelle mission de santé publique de l'hôpital n'a fait qu'épouser sa mission principale, la mission de service public.

A) Des déclarations internationales incitatives

Sous l'égide de l'OMS, face au développement des maladies chroniques, les concepts de promotion de la santé, d'éducation du patient et de prévention ont été définis et développés afin de réorienter les modalités de prise en charge des patients, les rendant acteurs de leur santé et non plus sujets.

Des déclarations et des conférences successives sont venues énoncer et étayer cette nouvelle vision de la santé.¹⁵

La Charte constitutive de l'OMS de 1946, et en particulier son article 1, définit la santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, psychique et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Ainsi, le rôle des acteurs de santé ne se limite pas à un aspect curatif mais comprend également la prévention. Parmi ces acteurs, l'hôpital qui était à l'origine un établissement de soins est amené à devenir un établissement de santé et donc à prendre en charge des personnes saines en développant auprès d'elles des actions de prévention.

Lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie le 12 septembre 1978 à Alma-Ata, le droit à la santé (« état de santé physique, mental et social ») est proclamé comme étant « un droit fondamental de l'être humain ». Par

¹⁵ BUTTET P./Coord. *Dossier : Les hôpitaux, promoteurs de santé en France*, La Santé de l'homme, juillet-août 2002, n° 360 p. 15-44.

ailleurs, il est rappelé que « l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que la santé. »

Les soins de santé primaires reposent sur plusieurs principes, définis dans la Déclaration : ils doivent répondre aux besoins réels de la collectivité et faire partie intégrante du système de protection sanitaire national. Les activités de soins primaires doivent être intégrées à celles des autres secteurs économiques (tels que l'agriculture, l'éducation...). Une participation active de la population locale à ces activités de soins primaires est souhaitée, de leur conception à leur réalisation. Les soins primaires doivent reposer avant tout sur les ressources locales et constituer un ensemble intégré de prestations : soins préventifs et curatifs, promotion de la santé et réadaptation. Enfin, ils doivent être délivrés le plus près possible de la population. L'hôpital, en tant qu'acteur de proximité, doit prendre une part active à la dispensation des soins préventifs et curatifs

L'objectif de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, « la santé pour tous d'ici l'an 2000 », est développé dans la Charte d'Ottawa en 1986. La promotion de la santé cherche à prendre en compte l'ensemble des facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques qui influent sur la santé et à les rendre favorables.

Elle est prolongée par la déclaration de Jakarta (1997) qui souligne qu'à l'heure de nouveaux défis : précarisation, chômage, tendances démographiques, violences, il est essentiel que la promotion de la santé évolue pour répondre à ces changements. Les priorités de l'OMS pour le 21^e siècle sont désormais : promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé, accroître les investissements pour développer la santé, renforcer et élargir les partenariats pour la santé, accroître les capacités de la communauté à agir sur sa santé, mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé.

L'hôpital, acteur de santé historique et identifié comme tel par la communauté, doit être le relais des nouvelles orientations de l'OMS. C'est pourquoi est créé le réseau des hôpitaux promoteurs de santé.

La Déclaration de Budapest de 1991 énumère les objectifs spécifiques des « hôpitaux promoteurs de santé » parmi lesquels la recherche d'une participation active du patient aux soins en fonction de ses possibilités, la constitution de groupes de travail sur les thèmes de promotion de la santé, la coordination des actions de santé avec les autorités politiques, et l'amélioration de la communication et de la coopération entre l'hôpital, les services sociaux et de santé et la ville. En France, on compte actuellement 17 hôpitaux promoteurs de santé. La Déclaration de Vienne (1997) propose des stratégies d'implantation de ce projet d'hôpitaux promoteurs de santé, en favorisant la participation

des professionnels, en améliorant l'information, l'éducation et la communication entre personnel et patients...

Les déclarations et conférences internationales ont trouvé un écho auprès des décideurs publics français qui, peu à peu, ont inscrit la prévention et l'éducation pour la santé, expressions de la promotion de la santé, comme une mission cardinale de l'hôpital tout en accentuant et coordonnant la politique de lutte contre le cancer.

B) Un cadre réglementaire volontariste

Les établissements de santé disposent aujourd'hui d'un cadre réglementaire qui leur impose de mettre en place une politique active de prévention du cancer. Ces principes ont été définis dans le cadre de lois hospitalières successives mais également à la faveur de l'édification d'une politique structurée de lutte contre le cancer.

a) Les lois hospitalières¹⁶

La Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière précise les missions du service public hospitalier ; parmi elles, on retiendra que l'hôpital doit concourir « *aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée* ».

La Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière est reprise dans l'article L 711-1 du Code de la Santé Publique qui précise que les établissements de santé « *participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention* ».

Les Ordonnances du 24 avril 1996 organisent la mise en place d'une politique nationale et régionale de santé publique tendant à réduire les inégalités en santé. La création des réseaux de soins permet l'ouverture de l'hôpital sur la ville. Par ailleurs, l'accréditation qui se met alors en place, fait référence à la nécessité d'une prise en charge globale du patient et à la continuité des soins.

¹⁶ ANDRE M./La place de la prévention dans les établissements de soins : l'exemple de l'addictologie. Module interprofessionnel de santé publique. Ecole nationale de la santé publique, 2003, 84 pp

Enfin, la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, consacre l'usager du système de santé comme partenaire, que ce soit à titre individuel ou au sein d'associations d'usagers.

De plus, dans son titre IV sur la politique de prévention, cette loi prévoit que les objectifs et programmes prioritaires nationaux de prévention soient fixés dans le cadre de priorités pluriannuelles.

Le travail en réseau ville-hôpital est encouragé car les réseaux assurent *« une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation pour la santé, de la prévention que des soins. »*

b) *La lutte contre le cancer dans les établissements de santé*

Les pouvoirs publics ont également échafaudé un arsenal réglementaire de plus en plus complet pour faire des établissements de santé des acteurs actifs de la lutte contre le cancer. De nombreux textes sont venus encadrer les pratiques jusqu'au Plan cancer qui a permis la définition d'un cadre juridique encore plus poussé.

Depuis la loi hospitalière de 1991, diverses lois et circulaires sont venues marquer la place de l'hôpital dans la lutte contre le cancer.

La loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme et ses décrets d'application disposent notamment qu'il est interdit de fumer dans les lieux publics dans son article 16 : *« Il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transports collectifs, sauf dans les emplacements réservés aux fumeurs »*. Cette interdiction s'applique, au premier chef, aux centres hospitaliers.

Cependant, il faut attendre 1996 pour l'alcool puis 2000 pour le tabac pour que le Ministère réglemente l'organisation des soins en la matière avant d'élaborer, toujours en 2000, une politique intégrée des facteurs de risque du cancer en instituant les équipes de liaison en addictologie.

La circulaire DH/EO2/DGS/200/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé dispose que *« l'hôpital n'est pas un lieu ordinaire. (...) Des actions d'information, de prévention et de sensibilisation doivent y être menées à destination des soignants, des patients et des visiteurs. (...) Le plein respect de la loi Evin est une priorité hospitalière. (...) Il est souhaité : le renforcement ou la création de consultations hospitalières de tabacologie et la création d'unités de coordination en tabacologie. »*

La circulaire DH/EO4 n°557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison dispose, quant à elle, que *« compte tenu de l'importance des risques liés à l'alcool, les établissements de santé doivent organiser les conditions d'une prise en charge spécifique des sujets alcoolo-dépendants et des buveurs excessifs, que la consommation d'alcool soit la cause de l'hospitalisation ou qu'elle soit repérée à cette occasion. (...) »* C'est pourquoi cette enveloppe permet la création dans les établissements d'une équipe d'alcoologie pratiquant l'alcoologie de liaison.

Enfin, 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 définit la place et le rôle des établissements de santé en matière d'addictologie et prévoit un renforcement des moyens pour qu'ils accomplissent leurs missions dans ce domaine. Elles sont chargées d'assurer un travail de repérage et, à la demande des soignants des services concernés, d'intervenir auprès de patients susceptibles d'entrer dans la dépendance. Elles ont aussi un rôle de formation auprès des personnels afin qu'ils développent eux-mêmes ce réflexe de détection Enfin, les équipes de liaison aident à l'élaboration de protocoles indiquant aux soignants la conduite à adopter face à ces patients.

La constitution d'un cadre normatif visant à donner une place à la prévention du cancer et de ses facteurs de risque dans les centres hospitaliers s'est enrichie dans le cadre de la définition du Plan cancer 2003.

De nombreux Plans de lutte contre le cancer se sont succédés en France depuis le début des années 90. Cependant, le Plan cancer 2003 revêt une importance particulière dans le sens où il a été voulu et porté par le Président Chirac qui a fait de la lutte contre cette maladie un des axes phare de son quinquennat.

Ce Plan se décline en 70 mesures réalisables sur 4 ans (2003-2007) réparties en chapitres : prévention, dépistage, soins, accompagnement social, formation, recherche, création d'un Institut National du Cancer.

Les établissements de santé sont impliqués dans la réalisation des mesures liées aux objectifs suivants :

- mettre en place une stratégie complète de lutte contre le tabagisme : faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs ; lutter contre le tabagisme de la femme enceinte ;
- renforcer la lutte contre les cancers professionnels et environnementaux : mieux impliquer la médecine du travail dans la prévention du cancer ;

- renforcer la lutte contre l'alcoolisme : aide à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool ;
- développer la prévention des autres risques et la promotion des attitudes favorables à la santé : renforcer de l'école jusqu'à l'université, les actions de prévention et d'éducation aux facteurs de risque ;
- généraliser le dépistage du cancer du sein d'ici fin 2003 et assurer l'accès aux tests de prédisposition génétique des formes familiales de cancer : renforcer le réseau des consultations en oncogénétique.

Le Plan national a été décliné en plan régional. La DRASS Midi-Pyrénées est chargée de sa mise en œuvre. Pour ce faire, elle l'a décliné en 183 sous mesures et a sollicité l'ensemble des partenaires oeuvrant dans le champ du cancer dans la région pour qu'ils mettent en place celles des mesures qui pouvaient les concerner. A ce titre, le CHU de Toulouse a été amené à participer à la mise en marche du Plan. Jusqu'en 2007, un bilan annuel du Plan régional sera réalisé chaque année.

De nombreuses circulaires ont accompagné le Plan cancer 2003 : en particulier sur les consultations de tabacologie hospitalière, l'oncogénétique et le dépistage du cancer du sein.

La circulaire DHOS/SDO/OPRC 2004-264 du 11 juin 2004 relative au programme 2004 de soutien aux consultations d'oncogénétique, aux laboratoires effectuant des examens d'oncogénétique moléculaire constitutionnelle et aux réseaux d'oncogénétique portant sur des cancers rares tend à favoriser le développement de l'activité d'oncogénétique dispose que le développement du diagnostic des prédispositions aux formes héréditaires de cancers est une nécessité permettant une amélioration de la prise en charge médicale des personnes.

Le renforcement des consultations hospitalières est présenté comme un axe fort du plan cancer par la circulaire DHOS/O2 n° 2003-285 du 13 juin 2003 relative à la création et au renforcement des consultations hospitalières de tabacologie. Celle-ci souligne que *« la lutte contre le tabagisme est l'un des points essentiels de la mobilisation nationale contre le cancer lancée par le Gouvernement. Le tabac tue chaque année plus de 60 000 personnes. Cette mortalité est en augmentation régulière chez les femmes. C'est pourquoi le plan cancer a fixé comme objectif pour les cinq années à venir, de réduire de 30 % le tabagisme des jeunes et de 20 % le tabagisme des adultes. la circulaire budgétaire relative à la campagne budgétaire citée en référence retient le développement des consultations de tabacologie parmi les mesures de santé publique qui doivent être prioritairement prises en compte. »*

Enfin, le dépistage du cancer du sein dans les établissements de santé est entériné par la circulaire DHOS/DGS n° 2003-516 du 3 novembre 2003 relative à la participation des établissements de santé publics et participant au service public hospitalier au dépistage organisé du cancer du sein. Elle souligne que *« 90 % des mammographies de dépistage sont aujourd'hui effectuées par des radiologues libéraux et 10 % dans les établissements de santé publics ou les établissements participant au service public hospitalier. (...) A compter de 2004, la participation des radiologues hospitaliers à travers l'engagement des établissements au programme national de dépistage sera financée par une dotation nouvelle hospitalière »*.

Les pouvoirs publics ont donc élaboré un corpus de texte important marquant la mission réglementaire de prévention du cancer à l'hôpital.

C) Les missions réglementaires des acteurs hospitaliers

Cette définition réglementaire des missions de prévention de l'hôpital est également portée par les textes de compétences des personnels soignants qui placent la prévention au cœur de leur pratique.¹⁷

Tout d'abord, les médecins ont un devoir de prévention qui est décliné dans plusieurs articles du Code de Déontologie Médicale.

Selon l'article 2, *« le praticien doit être un acteur vigilant et engagé dans la politique de santé publique, qu'il s'agisse de la prévention, de l'épidémiologie ou de l'éducation de la santé »*.

L'article 7 précise que *« le médecin conseille plus qu'il ne décide ou n'impose. Il oriente vers des mesures préventives, recommande des mesures d'hygiène, donne des avis sur des possibilités thérapeutiques ou sur des démarches sociales ou professionnelles »*. Quant à l'article 12, il rappelle que *« le rôle et les responsabilités du médecin ne se limitent pas aux actes accomplis dans l'intérêt de personnes considérées individuellement. Celles-ci appartiennent à une collectivité pour laquelle les responsables de la santé publique peuvent proposer des mesures générales en vue de protéger ou de promouvoir la santé »*.

¹⁷ FAVIER A.L., L'hôpital au rang de la prévention, Hospimédia, 19 juin 2003 (en ligne)

Par ailleurs, les infirmières ont aussi un rôle de prévention, comme le précise le Décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Selon l'article 1, *« l'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, le recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé »*.

De plus, les actes infirmiers relèvent de tout ce qui « participe à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur » (article 2 du décret).

Enfin, *« selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise, ou y participe dans les domaines suivants : formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans les domaines des soins de santé primaire et communautaires ; dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ; dépistage des pratiques addictives ; participation à des actions de santé publique »*. (Article 14).

Les diététiciennes sont concernées par la prévention depuis le Programme National Nutrition Santé (PNNS) qui a permis la mise en place de consultations diététiques dans les hôpitaux.

Il faut ajouter enfin, comme le souligne le Directeur Général du CHU de Nice ¹⁸ que *« la prévention, l'éducation du patient sont inhérentes à la mission de pédagogie, de formation que les médecins, les paramédicaux pratiquent au quotidien dans un hôpital universitaire »*. Plus qu'ailleurs, les actions de prévention sont donc amenées à y être mises en place.

D) La prévention : une mission de service public par excellence

Enfin au-delà des textes, une des missions fondamentales de l'hôpital est l'accueil des populations les plus démunies, qui cumulent parfois plusieurs types d'exclusion et qui n'entrent en contact avec les acteurs de santé qu'au seul bénéfice d'une hospitalisation. C'est donc avant tout à l'hôpital d'agir envers ces populations ayant des comportements liés aux facteurs de risque du cancer, et notamment aux addictions, en développant des actions dans le domaine de la prévention.

¹⁸ Intervention du Directeur Général du CHU de Nice, Conférence «les réseaux des hôpitaux promoteurs de santé : du concept à la pratique » Hôpital expo le 25 Mai 2004

Le service public a pour objet d'œuvrer pour l'intérêt général et le bien commun de la communauté. La santé et la sauvegarde de celle-ci par la prévention en font partie, selon les déclarations de l'OMS. La prévention est ainsi une mission consubstantielle à la mission de service public de l'hôpital.

La prévention du cancer place donc l'hôpital au cœur d'une vraie problématique de santé publique au regard des chiffres de la mortalité évitable.

Les pouvoirs publics ont pris la mesure de la faible part accordée au préventif dans notre système de santé en définissant un cadre réglementaire incitatif pour les établissements publics de santé qui ainsi, dans les textes, trouvent toute leur place dans le développement de la prévention du cancer.

La prévention du cancer en tant que problématique majeure de santé publique s'inscrit donc légitimement dans les missions de l'hôpital.

Cependant, l'aspect réglementaire n'est pas l'unique moteur d'un développement de la prévention et de la prévention du cancer en particulier au sein des hôpitaux, de nombreux autres facteurs déterminants font de l'hôpital un terrain favorable pour la mise en œuvre de ces actions.

1.2 La prévention du cancer : l'hôpital, un terrain favorable

Le cadre juridique élaboré par les décideurs publics est une condition nécessaire mais non suffisante pour convaincre les décideurs hospitaliers. Pour ce faire, il faut souligner que de nombreux autres facteurs adjuvants militent pour l'instauration d'une politique de prévention du cancer à l'hôpital et au CHU de Toulouse. En effet, l'hôpital et le CHU de Toulouse en particulier constituent un terrain idéal pour le développement de la prévention.

1.2.1 La prévention du cancer: l'hôpital, acteur incontournable de la prévention

Le positionnement central de l'hôpital au sein de l'organisation sanitaire ainsi que la volonté de nombreux acteurs : professionnels de santé, acteurs institutionnels hospitaliers, ANAES, de faire de la prévention du cancer une mission majeure pour l'hôpital, font de dernier, et du CHU de Toulouse particulièrement, un acteur incontournable de la prévention.

A) L'hôpital au cœur de l'organisation sanitaire

« *L'hôpital est en bout de chaîne, un lieu essentiel de révélation des problèmes de santé.* » A ce titre, il est un opérateur de santé incontournable. Et même si « *L'hôpital reçoit in fine une grande part des situations problématiques qui auraient pu faire l'objet d'une prévention et d'une anticipation.* »¹⁹, il est le lieu de la prise en charge des facteurs de risque de la maladie, et dans le cas du cancer, des pathologies associées à l'alcool ou au tabac notamment ; puis par la suite, du soin de la pathologie elle-même développant ainsi potentiellement des activités d'éducation du patient et d'éducation thérapeutique.

De plus, l'hôpital est également un opérateur sanitaire de grande envergure ayant une place de choix dans l'organisation sanitaire.

Sa taille, son poids financier relatif par rapport aux autres acteurs de prévention qui sont la plupart du temps des acteurs associatifs, son rapport direct avec les décideurs sanitaires, lui permettent de donner une solidité aux projets développés en matière de prévention.

Cette dimension est également importante car les politiques de prévention requièrent un nombre important d'intervenants : médicaux, paramédicaux, éducatifs, associations d'usagers déjà présents au sein des établissements et donc facilement coordonnables en la présence d'une volonté institutionnelle marquée.

En outre, le panel très large de ses activités cliniques permet d'élaborer des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans de nombreuses disciplines, développant ainsi une offre de prévention la plus large possible.

Enfin, l'hôpital est un lieu de santé connu par chacun dans une aire géographique donnée. Cette notoriété facilite grandement le travail avec des acteurs de prévention extérieurs : éducation nationale, secteur médico-social car elle est la plupart du temps synonyme pour ces derniers d'actions structurées, coordonnées et valorisées financièrement.

L'hôpital a donc toute sa place parmi les acteurs de la prévention. Celle-ci se justifie tant au niveau de la vocation sanitaire large des centres hospitaliers que de leur qualité d'opérateur de santé central et intégré.

¹⁹ BOURGUEIL Y., L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal ?, RHF, mai juin 2003, n°492. p 20

B) L'hôpital, acteur de la pérennisation du système de santé

L'hôpital, du fait de cette place stratégique, doit savoir s'adapter, évoluer et même anticiper les nouvelles exigences de son environnement : environnement sanitaire lorsqu'il a à faire face à de nouvelles pathologies et doit s'organiser, ce fut le cas avec le SRAS par exemple ; mais également environnement politique et législatif lorsque que de nouvelles organisations sont déclinées. C'est pourquoi, il doit s'inscrire d'ores et déjà dans les préconisations élaborées pour pérenniser l'assurance maladie.

Le Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie remis au Premier Ministre le 23 janvier 2004 a pour objet de réaliser un bilan de la prise en charge des patients financée par l'assurance maladie et de faire des préconisations afin d'endiguer le déficit croissant des dépenses.

Le Rapport fait du développement de la prévention un axe fort de l'avenir et de la pérennisation financière du système de santé.

Pour les auteurs de ce rapport : *« un axe d'effort préliminaire et capital consiste à prendre conscience de ce que l'efficacité du système de soins ne se limite pas à l'efficacité du système strictement curatif. L'action sur l'environnement, dans la vie privée et au travail, sur les modes de vie, les comportements de prévention, l'éducation sanitaire, est encore trop souvent considérée comme secondaire ou résiduelle. C'est au contraire un champ capital de l'assurance maladie, insuffisamment documenté sur le plan médico-économique (ce qui fait obstacle à la parfaite rationalité des décisions d'arbitrage financier), et insuffisamment relayé par l'ensemble du système de soins. »*

De plus, il ajoute que *« pour les pays développés (et ainsi que le montrent, en France, les comparaisons interrégionales de plusieurs indicateurs généraux de mortalité et morbidité, rapprochés d'indicateurs de densité d'établissements ou de professionnels de santé), il n'est pas possible d'établir une relation claire entre le degré d'équipement sanitaire d'un territoire et l'état de santé de ceux qui y habitent. Ce point n'est pas dépourvu de conséquences en termes de choix budgétaires. Car il justifie que l'on consacre une certaine proportion des ressources collectives aux opérations de promotion de la santé et de prévention primaire, autrement dit aux actions non curatives, qui prennent en compte des facteurs liés à l'environnement général de la personne »*.²⁰

²⁰ M. FRAGONARD/ Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 23 janvier 2004 p 96

Les rapporteurs manifestent ainsi la volonté de voir se développer la prévention au sein du système de santé français. Cependant, ils vont plus loin dans leur analyse en faisant de la prévention une des conditions nécessaires au remboursement de certains actes de soins.

« En France, il n'y a pas de modulation en fonction des pratiques. D'autres pays [comme l'Allemagne] ont fait des choix différents qui tiennent par exemple compte des actions de prévention au moment de la prise en charge. L'exemple qui vient naturellement à l'esprit est celui de la promotion des comportements de prévention. Il consiste à moduler le taux de remboursement des soins selon que l'assuré peut ou non établir qu'il a, avant de tomber malade, suivi un certain protocole déterminé de prévention (qui diminuait en principe les chances de survenance de la maladie). »²¹

Le cancer en tant que pathologie chronique liée dans certains cas à un comportement individuel à risque est directement concerné par cette préconisation du Haut Comité : *« Certaines maladies dites « de longue durée », pathologies à la fois lourdes et chroniques, qui sollicitent de manière régulière des intervenants très divers, sont des candidats naturels pour une telle réforme. »²²*

Ce Rapport prône donc le recours à la prévention notamment pour limiter les remboursements des soins qui auraient pu être évités par le suivi d'un comportement préventif adapté. Cependant, pour que les individus puissent mettre en place ces comportements de prévention, il faut que le système de santé propose une offre d'actions de prévention suffisante. L'hôpital, en tant qu'opérateur de santé jouissant d'un quasi monopole, doit relever le défi proposé par l'assurance maladie et s'insérer déjà dans un dispositif de prévention du cancer.

C) La prévention ou la qualité de la prise en charge hospitalière

Développer la prévention au sein de l'hôpital, c'est également améliorer la qualité de la prise en charge et l'image de l'hôpital.

L'ANAES a largement pris en compte dans sa procédure la nécessité pour les hôpitaux de mettre en place des activités de prévention et de positionner le patient au centre de la

²¹ ibidem p43

²² ibidem p 122

démarche de soins. La version 2 de l'accréditation des établissements de santé, parue en novembre 2003, en témoigne à travers les références suivantes²³ :

- référence 1 : l'établissement dispose d'orientations stratégiques pour la prise en charge et la promotion de la santé du patient
- référence 40 : l'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge
- référence 41 : le patient est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge
- référence 49 : l'éducation du patient sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique le concernant est assurée.
 - o A/ une programme d'éducation adapté à son état de santé est mis en place en veillant à la compréhension du patient
 - o B/ l'entourage du patient est associé aux actions d'éducation le cas échéant
 - o C/ une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient selon le cas
 - o D/ Le patient est informé des stratégies médicamenteuses concernant la prévention des conduites addictives

Les décideurs hospitaliers, dont les établissements sont soumis par les Ordonnances de 1996 à la procédure d'accréditation, trouvent donc une motivation supplémentaire pour mettre en œuvre une politique de prévention.

Promouvoir la santé à l'hôpital en développant des actions de prévention est également un facteur important de l'amélioration de l'image de l'hôpital auquel les décideurs hospitaliers ne peuvent rester insensibles.

D'une part, il s'agit d'améliorer l'image de l'hôpital auprès des patients.²⁴ Les actions de prévention sous-tendent une prise en charge plus individualisée, une plus grande écoute de la part des professionnels. Or, c'est souvent ce qu'il manque le plus au sein de l'hôpital quand on observe les motifs de mécontentement dans les bilans des anciennes commissions de conciliation des hôpitaux.²⁵

²³ Intervention à l'ENSP de Florence DA SILVA, Centre Hospitalier de Dreux, juin 2004

²⁴ KRAJIC K. Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital, La santé de l'homme N° 360-juillet-août 2002

²⁵ Commission de conciliation du CHU de Toulouse, bilan 2003 présenté en conseil d'administration le 11/06/04 (document non publié)

D'autre part, la mise en place de politiques de prévention améliore l'image de l'hôpital dans la cité car cela permet à celui-ci de s'inscrire dans un circuit comprenant la médecine de ville, les cliniques, les associations et les structures médico-sociales, atténuant ainsi grandement l'image d'hospitalo-centrisme associée habituellement aux établissements publics de santé.

De plus, comme le souligne le Directeur Général du CHU de Nice : « avec la prévention, l'hôpital devient lieu de santé et non plus le lieu de la maladie : c'est une révolution pour l'hôpital qui en 100 ans sera passé de l'image du mouvoir à celle de pôle de santé ».

Enfin, la promotion de la santé à l'hôpital peut être un facteur de satisfaction pour le personnel qui voit se développer une activité sollicitant des capacités d'écoute et de relation d'aide. C'est pourquoi, ces derniers manifestent la volonté de voir se créer ce type d'activités au sein des établissements.

D) Une volonté affichée des acteurs hospitaliers

Développer la prévention du cancer au sein de l'établissement, c'est répondre à la volonté des patients, des soignants mais également des acteurs institutionnels du CHU de Toulouse.

Une enquête²⁶ menée auprès de 150 personnes qui ont fréquenté, en novembre 1995, la manifestation Euromédecine souligne les attentes des usagers en matière de prévention à l'hôpital. Si, pour les personnes interrogées, la première mission de l'hôpital reste le soin, la prévention arrive en deuxième position, devant la recherche et l'enseignement. Et, 92,5 % des personnes souhaitent recevoir à l'hôpital des informations sur la prévention des maladies (80%) ou sur la santé et le bien être (91%).

Le témoignage de Mme V., 51 ans, patiente en cours de chimiothérapie pour le traitement d'un cancer du poumon, marque également cette volonté des patients.²⁷

Lorsqu'on lui a annoncé le diagnostic, Mme V. a ressenti un vide immense. Elle n'a pas réalisé ce qu'il se passait et les conséquences de la maladie : le traitement, la fatigue... Elle pense qu'on ne lui a pas assez expliqué plus jeune les conséquences de la cigarette et que les jeunes qui fument devraient venir passer quelques temps dans les services de

²⁶ TERRAL C. La prévention au CHU de Montpellier : que font les professionnels, que demandent les usagers ?, La Santé de l'homme n° 324-juillet/août 1996

²⁷ Entretien avec Mme V. réalisé le 14/06/04 en pneumologie, pôle CVR

pneumologie pour voir les dégâts de la cigarette : la prévention marcherait certainement mieux comme cela qu'en montrant des publicités à la télé.

Quant à l'accompagnement dont elle bénéficie dans le service, elle trouve que les infirmières et les médecins ont toujours pris le temps de répondre à ses questions ainsi qu'à ses proches sur la maladie, le traitement et ses effets dans sa vie de tous les jours malgré leur travail important. Pour elle, cet aspect de la prise en charge est tout aussi important que le traitement en lui-même.

Une enquête menée en 1999 au CHU de Dreux auprès de professionnels de santé hospitaliers²⁸ révèle qu'aux yeux de la grande majorité des personnes interrogées, l'éducation du patient est d'abord le rôle des médecins (83%) et des infirmières (82%). Ce constat est corroboré par les entretiens réalisés à Toulouse qui manifestent également l'intérêt des médecins et des infirmières pour les activités de prévention.

Le chef de service de pneumologie, marque sa volonté de développer la prévention tertiaire dans le panel de ses activités. Cela se manifestera prochainement par la constitution d'une consultation d'éducation thérapeutique auprès de patients atteints d'asthme ou de bronchite chronique. Cette consultation sera animée par une infirmière diplômée en éducation thérapeutique. L'adaptation de cette pratique aux malades atteints de cancers lui semble réalisable, dans un second temps.

Quant aux infirmières, la réalisation d'actions de prévention les valorise amplement. Elles mettent en valeur leur compétence dans la relation d'aide, mettent de côté les gestes et soins techniques de plus en plus mécaniques et reçoivent en retour une reconnaissance importante des patients.²⁹

De plus, les activités de prévention, d'éducation du patient impliquent un degré d'autonomie important des soignants, une adaptation de leur savoir-faire à chaque patient en élaborant un diagnostic éducatif, un programme éducatif et une évaluation adaptée. Cette construction d'un diagnostic infirmier, d'une prise en charge individualisée du patient contribue à valoriser d'autant plus le travail de prévention auprès des IDE. C'est cet aspect de la démarche de prévention qui a d'ailleurs séduit les deux infirmières diplômées en éducation thérapeutique interrogées.³⁰

Dans un contexte de démotivation ou de « burn ut » observé chez les personnels infirmiers, du notamment à un décalage de plus en plus important entre leur idéal d'une prise en charge globale du patient et une technicisation de la pratique, un fonctionnement à flux tendu et une restriction ou non reconnaissance par les textes de leur compétences

²⁸ AUJOLAT I. / Une enquête sur les pratiques au CH de Dreux , La Santé de l'Homme Nov dec 1999, n° 344. p12

²⁹ Entretien avec une IDE en pneumologie, pôle CVR, réalisé le 17/06/04

au niveau universitaire souhaitée³¹, la démarche de prévention et d'éducation constitue donc un moyen intéressant de valoriser l'activité soignante et de redonner une motivation aux équipes dans leur exercice quotidien.

Le CHU de Toulouse a également affiché sa volonté de voir se développer la prévention au sein de l'établissement en en faisant un axe fort de textes institutionnels majeurs de l'établissement : le projet médical et le projet de soins 2001-2005.

Le projet médical 2001-2005 comprend un axe sur l'éducation pour la santé et les pratiques addictives. Comme il est rappelé dans ce texte institutionnel de premier plan : *« les hôpitaux doivent prendre une place plus importante dans des thématiques d'éducation pour la santé et de prévention des pratiques addictives afin qu'aux missions générales de soin s'ajoutent des missions structurées de prévention »*.

L'objectif du plan d'action est de coordonner les différentes actions d'éducation de la santé et de prévention dans le but d'améliorer la cohérence des actions déjà menées ou en projet. Cette coordination devrait se réaliser au sein d'une structure ad hoc et d'un comité de suivi. Cette structure dispenserait de la formation, une assistance méthodologique et serait une interface avec les acteurs extérieurs de la prévention : les associations, les médias, les familles...

La volonté du corps médical du CHU de Toulouse de mettre en place une organisation favorisant le développement et la coordination des actions de prévention, notamment dans le champ des addictions et donc du tabac et de l'alcool, deux facteurs de risque majeurs du cancer, est donc largement affichée dans un document institutionnel déterminant puisqu'il oriente la politique médicale de l'établissement pendant 4 ans.

Cette volonté médicale est relayée par le projet de soins qui donne également une place importante à la prévention et à l'éducation pour la santé.

Il se décline selon 4 axes : enrichir la prise en charge du malade, promouvoir le professionnalisme des équipes, maîtriser les organisations et les coûts, communiquer.

Le premier axe : enrichir la prise en charge du patient est développé selon 3 objectifs. Le premier, consolider la démarche de soins et l'enrichissement des soins infirmiers, fait référence au renforcement de l'éducation du patient au sein de l'établissement : développer les soins éducatifs, développer des formations nouvelles pour aller dans le sens de l'évolution de la prise en charge du patient : (démarche éducative, spécialiste clinique).

³⁰ Entretien avec deux IDE de pneumologie, pôle CVR réalisé le 17 et le 18/06/04

³¹ DECQ A. Les infirmières de la vocation à la profession, mémoire, IEP Bordeaux, 2001

Le troisième axe, maîtriser les organisations et les coûts, note également la nécessité de valoriser avec les SIIPS les actes infirmiers éducatifs et en relation d'aide mettant ainsi en avant le travail réalisé dans ce champ par les IDE.

Le soutien de l'institution à une politique de prévention affichée, comme c'est le cas au CHU de Toulouse dans le projet d'établissement, marque la volonté des acteurs institutionnels de voir se développer des activités de prévention du cancer au sein de l'établissement.

Le terrain hospitalier constitue donc aux yeux de nombreux acteurs ou observateurs du système de santé un terrain favorable pour la prévention du cancer. A ce constant, il convient d'ajouter de nombreux autres éléments facilitateurs propres aux caractéristiques du CHU de Toulouse et à son environnement sanitaire.

1.2.2 Des éléments leviers propres aux caractéristiques et à l'environnement sanitaire du CHU de Toulouse

A) La prévention du cancer, une activité très développée en Midi-Pyrénées

Le Département de la Haute-Garonne se caractérise par un développement accru de la prévention en matière de lutte contre le cancer. Ces actions sont menées par les associations ou encore l'assurance maladie.³²

A titre d'exemple de l'implication des acteurs associatifs, le travail de la Ligue contre le cancer et de l'association « femmes santé » peut être noté.

Les activités de la ligue contre le cancer s'exercent dans trois domaines : l'information, la prévention et le financement de la recherche. En matière de prévention primaire et notamment de la prévention primaire du tabagisme, le comité de Haute-Garonne mène des actions de prévention auprès des jeunes en milieu scolaire. Un club de prévention du tabagisme : « Pataclope, génération non fumeurs » a été mis en place pour les 9-12 ans. Il responsabilise les jeunes en les informant des méfaits de la cigarette et de son incidence sur le capital santé.³³

³² PICH-TRAVESET S. , La lutte contre le cancer : une priorité de santé publique. Eléments d'une politique globale en Haute-Garonne, Mémoire de fin d'étude, ENSP, 2003. 81 pp

³³ Entretien avec la directrice de la ligue contre le cancer de Haute-Garonne réalisé en juillet 2003.

L'association « femmes et santé », quant à elle, œuvre pour inciter les femmes marginalisées soit par la ruralité soit par la barrière de la langue ou de la culture, à se faire suivre par un gynécologue et surtout à se faire dépister afin de prévenir les cancers du sein et du col de l'utérus.

La CPAM exerce également des actions de prévention concernant le tabac et l'alcool. Depuis huit ans, une éducatrice santé de la CPAM anime des séances d'information dans les établissements scolaires ou lors de forums santé pour sensibiliser les jeunes aux dangers du tabac. Au jour d'aujourd'hui, environ 6500 jeunes ont été rencontrés. Quant à la prévention des conduites à risque liées à l'alcool, des relations avec l'éducation nationale sont élaborées depuis plusieurs années sous la forme de programme d'éducation pour la santé dans les collèges et lycées. Cette politique est coordonnée par un schéma régional d'éducation pour la santé.

Le CHU n'est donc pas un acteur de prévention isolé dans le paysage sanitaire du département. De nombreux autres acteurs mettent en oeuvre des politiques de prévention auxquelles il pourrait s'associer.

De plus, en matière de prévention du cancer la place du CHU de Toulouse n'est pas usurpée car il occupe une place prépondérante dans la prise en charge des patients atteints de cancer et possède donc une connaissance aigüe de l'ensemble des aspects de la maladie.

B) Le CHU de Toulouse, acteur prépondérant de la lutte contre le cancer

La lutte contre le cancer fait partie intégrante de la culture, de la politique et de l'activité sanitaire dans les établissements de santé en Midi-Pyrénées.

Le cancer a fait l'objet d'un des axes du SROS Midi-Pyrénées 1999-2004. Ce dernier s'attache essentiellement à l'organisation des soins en cancérologie et non à la prévention.

Cette organisation se base essentiellement sur le renforcement des unités de concertations pluridisciplinaires, au moins une par département, qui associe autour d'un dossier : médecins généralistes, spécialistes d'organes et oncologues.

Cet objectif de proximité et de pluridisciplinarité est également porté par la création d'un réseau : ONCOMIP. Construit à partir des sept sites référents régionaux d'offres de soins, ce réseau regroupe tous les établissements de santé, quel que soit leur statut, à

l'exception de deux établissements. Reposant sur les UCP fonctionnelles, il doit prochainement constituer un système d'information commun à partir d'un dossier médical cancérologique harmonisé.

Le précédent SROS, en faisant de la cancérologie un axe important de sa politique, relayait simplement l'activité des établissements publics, et celle du CHU de Toulouse en particulier, très marquée par la cancérologie. Dans la région, un peu plus de 70 établissements dispensent des soins en cancérologie. Le secteur public assure 1/3 de l'activité chirurgicale et radiothérapique ainsi que 60% de la l'oncologie non chirurgicale (tableau 3). Près de 57% de l'activité non chirurgicale est réalisé en Haute-Garonne.³⁴

Tableau 3 : Part d'activité cancérologique par secteur en Midi-pyrénées en 1996

	Nombre de patients	Secteur privé	Secteur public	Secteur PSPH
Oncologie chirurgicale	15 757	62%	31%	7%
Oncologie non chirurgicale	13 0033	39%	46%	15%
radiothérapie	6767	63%	9%	28%
Chimiothérapie	nc	69%	5%	26%

Sources : DRASS Midi-Pyrénées

Au sein de cette activité de cancérologie, dans le segment de l'activité publique, le CHU dispose d'une activité de cancérologie très développée.

Tableau 4 : L'activité de cancérologie au CHU de Toulouse en 2002

	Séjour "cancer"	CHU	%
Points ISA	27 441 224	178 719 865	15,4%
Séjours	21 169	181 705	11,7%
Journées	100 245	722 321	13,9%
DMS	7,2	5,6	

Sources : DIM CHU de Toulouse

³⁴ PICH-TRAVERSE S. , La lutte contre le cancer : une priorité de santé publique. Eléments d'une politique globale en Haute-Garonne, Mémoire de fin d'étude, ENSP, 2003. 81 pp

L'activité de cancérologie représente 11,7% des séjours de l'établissement et 15,4% de son volume de point ISA. Celle-ci constitue donc une activité phare pour le CHU de Toulouse qui peut miser sur cette dernière dans ses projets stratégiques.

C) Le CHU de Toulouse, hôpital de proximité

L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. De plus, ses déclarations successives insistent sur le rôle d'acteur des individus dans la gestion de leur santé et met l'accent sur le développement des soins primaires, premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, et donc vecteur de santé. La proximité de l'offre de soins permet l'émergence du concept de santé au sein de la population puisqu'elle implique une reconnaissance mutuelle : connaissance des acteurs de santé par la population, adaptation de l'offre de santé aux besoins de la population prise en charge. Cette « communautarisation » de la santé permet un développement pertinent des actions de prévention et de soins en fonction de l'épidémiologie du bassin de vie. C'est pourquoi, les défenseurs de ce concept de santé communautaire incitent au maintien et au renforcement des hôpitaux locaux et de leurs missions.

Le CHU de Toulouse, hôpital régional, à vocation également nationale puisque possédant un plateau technique de pointe, peut-il intégrer ce concept de santé communautaire et donc de proximité ? Sur l'ensemble des patients hospitalisés dans l'établissement en 2003, 89,6% sont originaires de la région Midi-Pyrénées. 65% de ces mêmes patients habitent la Haute-Garonne, les $\frac{3}{4}$ venant de Toulouse et de son agglomération.³⁵

Tableau 5 : Origine géographique des patients du CHU de Toulouse

	Effectif	%
HAUTE GARONNE	753	50,9%
Toulouse	3 832	18,1%
Haute Garonne (Hors Toulouse)	6 921	32,7%
REGION	658	36,2%
HORS REGION	734	12,9%

Sources : DIM CHU de Toulouse

³⁵ <http://www.chu-toulouse.fr> rubrique les chiffres clés

De plus, le CHU de Toulouse est le CHU qui, en France, réalise le plus de consultations externes. En 2003, 668 000 consultations ont été enregistrées, dont 90,9% au titre de consultants externes : 2 424 consultations externes sont ainsi réalisées par jour ouvrable.

La provenance géographique des patients essentiellement issus du bassin de population toulousain ainsi que la forte prégnance de l'activité de consultation font du CHU de Toulouse un centre hospitalier de proximité. A ce titre, l'établissement peut s'inscrire dans la cadre d'une politique médicale communautaire définissant des pratiques de soins et de prévention adaptées au plus près des besoins de la population qu'il est amené à prendre en charge ou pour laquelle il constitue le centre de santé de référence.

L'environnement sanitaire du CHU de Toulouse : volontarisme des décideurs sanitaires régionaux en matière de cancérologie, actions développées de nombreux acteurs extérieurs dans le cadre de la prévention ; ainsi que ses caractéristiques propres : activités de cancérologie importante, activité de proximité constituent des éléments favorables à la mise en œuvre d'une politique de prévention du cancer au sein de l'établissement. Elle s'ajoute à une volonté affirmée des acteurs hospitaliers ainsi qu'à des facteurs objectifs affirmant la place de l'hôpital en général dans l'activité de prévention des maladies.

Une problématique de santé majeure, une volonté des institutions sanitaires de mettre au premier plan la notion de prévention qui se traduit dans les textes, de nombreux facteurs confirmant l'existence d'un terrain favorable à l'hôpital et au CHU de Toulouse en particulier dans la mise en pratique de ces orientations : la prévention du cancer semble donc avoir toute sa place au sein des institutions hospitalières.

Cependant, cette volonté affichée par les textes s'est-elle traduite dans les faits au sein des hôpitaux ? Les décideurs hospitaliers ont-ils pris, dans les faits, toute la mesure de la situation alarmante du cancer en France et de la nécessité de prévenir la maladie ?

Le CHU de Toulouse a servi de terrain d'étude pour répondre à l'interrogation suivante : quelle est la réalité de la prévention du cancer aujourd'hui à l'hôpital ?

2 LA POLITIQUE DE PREVENTION DU CANCER AU CHU DE TOULOUSE : DES REALITES CONTRASTEES

Le délais imparti pour la réalisation de l'étude ainsi que le caractère « insolite », pour les interlocuteurs, de la thématique étudiée : la prévention du cancer à l'hôpital, ont eu pour conséquence de privilégier une approche par entretiens à une approche par questionnaire qui aurait sans doute appauvri le recensement dans la mesure où le sujet a dû être explicité de nombreuses fois et certaines pratiques de prévention « verbalisées » lors des entretiens.

Tous les entretiens ne feront pas l'objet de développements. La lutte contre les facteurs de risques les plus prégnants que sont l'alcool et le tabac sera développée le plus longuement.

Les entretiens ont permis de dégager deux constats : le CHU de Toulouse a mis en place des activités ou des pratiques de prévention diversement coordonnées ou structurées qui sont freinées dans leur développement ou leur pérennisation par certains obstacles.

2.1 La prévention du cancer au CHU de Toulouse : des activités multiples

L'établissement s'est doté d'activités de prévention organisées, s'inscrivant dans les textes. Les activités de prévention du CHU de Toulouse dans le domaine du cancer sont réalisées au sein de ces entités ou plus largement. Elles privilégient les activités de prévention secondaire et surtout tertiaire.

2.1.1 Des activités de prévention du cancer inscrites dans un cadre normé

A) Le Réseau hôpital sans tabac

Le CHU de Toulouse est adhérent au réseau hôpital sans tabac³⁶.

³⁶ BRÜCKER G./ *Guide de l'hôpital hôpital sans tabac*, Vanves, éditions CFES, 1999 ; 125pp

Créé en 1996 à l'initiative de l'AP-HP, et de la MNH, il a pour objectif la maîtrise du tabagisme à l'hôpital, le respect de la loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme et l'encouragement des liaisons ville-hôpital. L'adhésion au réseau est à l'initiative du chef d'établissement et implique le versement d'une cotisation annuelle fonction du nombre de lits. Au CHU de Toulouse, celle-ci s'élève à 800 €. Cette adhésion signe la volonté du CHU de s'inscrire dans une stratégie de lutte contre le tabac, de s'engager dans des actions de promotion de la santé et d'aide à l'arrêt de la consommation de tabac et de s'associer à d'autres partenaires. En adhérant au réseau, le CHU s'engage à respecter la Charte Hôpital sans tabac³⁷, à mettre en place un Comité local de prévention du tabagisme et à désigner un correspondant qui sera l'interlocuteur du réseau.

Le réseau a pour mission de soutenir le centre hospitalier à plusieurs niveaux. Il dispense une assistance technique qui permet à l'établissement de s'assurer de sa conformité avec la législation et les normes ANAES. Il met à disposition une signalétique « hôpital sans tabac » : autocollants, affiches...Il contribue à la formation des personnels soignants et administratifs à la prévention du tabagisme et à l'abandon du fumeur. Il permet également à l'hôpital de participer à des manifestations nationales, internationales ou scientifiques en relation avec le tabagisme : participation à des enquêtes épidémiologiques, à la Journée mondiale sans tabac, le 31 mai.

Le relais au sein de l'établissement est assuré par un référent et par un comité local de prévention du tabagisme. Au CHU de Toulouse, il existe deux comités: un à Purpan et un à Rangueil qui sont les deux sites majeurs des six que comptent l'établissement. Ils réunissent les médecins du travail, les chargés de communication, un membre de la direction, des personnels sécurité incendie et toute autre personne intéressée. Ils sont en charge de la mise en œuvre des actions menées par Hôpital sans tabac, évoquées précédemment.

B) L'unité de coordination en tabacologie

Pour une plus grande cohérence dans la politique de lutte contre le tabac, une unité de coordination en tabacologie a été créée. Cette unité se trouve au sein du pôle des voies respiratoires à l'hôpital Larrey. Son but est à la fois d'animer et piloter les actions et les structures initiées par le réseau hôpital sans tabac mais également de réaliser des consultations de tabacologie. Elle dispose de 8 vacations médicales et d'un temps plein infirmier, l'infirmière est à la fois coordinatrice de l'unité et référente du réseau hôpital

³⁷ Annexe 3

sans tabac dans l'établissement. La consultation existe depuis 1975 et a été consolidée grâce à la Loi Evin et les Circulaires de 2000 et 2003 relatives à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé. Elle est localisée dans l'enceinte de la consultation mutualisée de pneumologie.

C) L'équipe de liaison en alcoologie

L'équipe de liaison en alcoologie a été créée en 2000 au sein du service de gastro-entérologie du Professeur Vinel et en application de la circulaire DH/EO4 n°557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison. Cette équipe de liaison est constituée de deux médecins vacataires : un psychiatre effectuant 3 vacations hebdomadaires et un hépato-gastro-entérologue réalisant 4 vacations hebdomadaires. Cette équipe de liaison a pour missions de réaliser des consultations en alcoologie, un sevrage des patients dans 4 lits dédiés au sein du service d'hépatogastro-entérologie, un repérage précoce au sein des services des patients susceptibles d'être dépendants à l'alcool ou tout au moins en ayant un usage abusif, et, enfin, de dispenser une formation au personnel soignant de ces mêmes services afin qu'il sache réaliser lui-même ce repérage précoce et dispenser un conseil de base en la matière.

La prévention du cancer fait donc l'objet d'une structuration partielle à travers l'existence de différentes entités visant à organiser la lutte contre les facteurs de risques tabac et alcool, conformément aux textes.

Quelle est la nature de ces actions, quelle place les différents niveaux de la prévention y prennent-ils ? Les entretiens menés auprès de personnes ressource dans des services potentiellement concernés par le cancer et ses facteurs de risque permettent de répondre à cette interrogation.

2.1.2 Des activités réservant une place prépondérante à la prévention secondaire et tertiaire

En matière de prévention, l'OMS distingue trois niveaux de prévention qui peuvent se décliner de la façon suivante, si on les applique au cancer :

- la prévention primaire constituée par l'ensemble des mesures éducatives, prophylactiques, normatives destinées à lutter contre l'apparition de la maladie se traduit par des actions visant à empêcher le développement des facteurs de risque : tabac, alcool, mauvaise hygiène alimentaire ;

- la prévention secondaire prend en compte les mesures diminuant la durée et la gravité de la maladie ou évitant la rechute. Il s'agit du dépistage et du sevrage tabagique ou alcoolique ;
- la prévention tertiaire détermine les mesures réduisant les déficiences ou handicaps dus à la maladie. L'éducation thérapeutique, dans ce cadre, permet d'accompagner le patient dans la phase de maladie et de traitement.

A ces trois échelons traditionnels de la prévention, il faut aujourd'hui ajouter une dimension nouvelle: la médecine prédictive. Basée sur des tests génétiques, elle a pour but de déceler le facteur héréditaire de l'apparition de certains cancers.

L'introduction de ce niveau supplémentaire de la prévention ainsi d'ailleurs que la disparition progressive des frontières entre les trois temps de la prévention rend cette segmentation des activités obsolète pour de nombreux spécialistes de santé publique. Cependant, par souci de clarté, ces différentes définitions appuieront les développements suivants.

Les trois volets de la prévention du cancer, à des échelles variables, sont présents au quotidien dans les activités du CHU de Toulouse, à des échelles, des niveaux de maîtrise et des potentialités variables. Ainsi, il est important de noter que la plupart des actes de prévention recensés lors des 17 entretiens réalisés auprès du personnel médical ou paramédical est en rapport avec le soins ou la médicalisation de la pathologie et relève donc de la prévention secondaire et tertiaire. Ce constat est synthétisé dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Les activités de prévention recensées lors des entretiens

Activité évoquée	Part dans l'ensemble des entretiens
Prévention primaire	11%
Prévention secondaire	38%
Prévention tertiaire	51%

- A) Prévention primaire : une place confidentielle pour l'hôpital parmi les acteurs de prévention des facteurs de risque du cancer

La prévention primaire est peu développée au sein de l'hôpital. Ceci s'explique par la survivance du schéma traditionnel de l'hôpital lieu de soin et de maladie et non lieu de santé. En interne, les actions de prévention primaire restent donc confidentielles et, le plus souvent, cantonnées à la prévention des cancers professionnels. Quant à l'hôpital comme acteur de prévention primaire hors de ses murs, son intervention est là aussi tout aussi marginale car il est largement suppléé par des acteurs plus qualifiés.

a) *La prévention primaire du cancer dans les murs hospitaliers*

La prévention primaire réalisée au sein de l'hôpital se fait essentiellement par le biais de la médecine du travail et des consultations.

Une des missions essentielles de la médecine du travail hospitalière porte sur la prévention des cancers professionnels et des risques cancérogènes.

« Les Médecins du travail sont amenés à suivre au plus près la réglementation en vigueur en la matière : définition, actualisation de la politique du CHSCT lors de l'apparition d'un nouveau facteur de risque défini par la législation, et suivi des agents exposés »³⁸. Les risques cancérogènes hospitaliers concernent avant tout les rayonnements des appareils d'imagerie et les réactifs de laboratoires.

La prévention du cancer à l'endroit des agents s'exerce lors des visites de contrôle qui ont lieu idéalement tous les deux ans, pour chaque agent. A cette occasion, le médecin du travail peut faire le point avec le patient sur sa consommation de tabac, lui rappeler les structures d'aide au sevrage existantes ou l'orienter vers un médecin généraliste. Etant donné la forte prégnance de la population féminine, les médecins du travail s'attachent à dispenser une information à chaque agent pouvant faire l'objet d'une mammographie, lui proposant une orientation vers un spécialiste.

Cependant, dans le cadre de la médecine du travail, les marges de manœuvre du médecin sont très faibles car il ne peut qu'informer, inciter l'agent à aller voir un médecin traitant.

³⁸ Entretien avec le médecin coordonnateur de la médecine du travail, réalisé le 2/06/04

« *La prévention primaire fait partie intégrante du rôle du médecin, elle doit être présente lors de chaque consultation* » souligne le médecin pneumologue.³⁹ Ce dernier reçoit de nombreux patients dans le cadre de la consultation mutualisée de pneumologie souffrant d'affections diverses: allergies, asthme, bronchite chronique. Lors de la consultation, un point sur la consommation tabagique et sur ses risques est réalisé systématiquement. En cas de consommation, une orientation vers la consultation de tabacologie est proposée aux patients avec la remise d'un dépliant présentant cette même consultation.

Le pôle femmes-mères-couples s'inscrit également dans ce champ de la prévention primaire lors de la consultation. Les sages-femmes pratiquant les consultations obstétricales évoquent obligatoirement la consommation de tabac lors des premières consultations et ses dangers pour l'enfant et pour la mère.

Les consultations de diététique dispensées aux patients souffrant de troubles cardiovasculaires, du métabolisme ou réalisées à la demande de tout patient désireux d'avoir une consultation de ce type, sont également le lieu d'une prévention primaire du cancer par la dispensation de conseils concernant les bienfaits d'une alimentation saine, variée, riche en fruits et légumes et d'une bonne hygiène de vie.

b) La prévention primaire hors les murs de l'hôpital

« *Les actions de prévention primaire que je réalise se limitent à une intervention annuelle au Collège de Balma dans le cadre des journées Rallye santé. Cette intervention a pour but d'informer les collégiens sur les risques liés à l'alcool*⁴⁰ » indique le médecin vacataire au sein de l'équipe de liaison en alcoologie.

Quant à l'unité de coordination en tabacologie, elle n'opère plus aucune prestation de prévention primaire à l'extérieur de l'hôpital car elle « *ne dispose pas de moyens humains et donc de temps suffisant* »⁴¹ à cet effet.

Quant aux cancers du sein ou du col de l'utérus, les campagnes de prévention sont essentiellement menées par l'assurance maladie en lien avec des associations telle que « *femmes-santé* » qui se rendent dans des zones où les femmes se font peu suivre : quartiers avec une forte proportion de femmes immigrés, zones rurales difficiles d'accès...Le CHU de Toulouse ne participe pas à ces actions.

³⁹ Entretien avec le chef de service de pneumologie, pôle CVR, réalisé le 24/06/04

⁴⁰ Entretien avec le médecin vacataire de l'unité de liaison en alcoologie du service d'hépatogastro-entérologie réalisé le 12/07/04

⁴¹ Entretien avec l'infirmière tabacologue, unité de coordination en tabacologie, pôle des voies respiratoires réalisé le 18/05/04

Les entretiens révèlent donc que la prévention primaire constitue encore une activité plutôt marginale pour l'hôpital surtout à l'attention de publics captifs extérieurs. Ce état de fait s'explique essentiellement par la difficulté de la construction d'une démarche pédagogique entraînant la modification d'un comportement fortement marqué par l'habitude et la norme et donc par la nécessité d'une professionnalisation de ces interventions. Ainsi, de nombreuses associations tels que les centres régionaux d'éducation pour la santé (CRES) se sont spécialisées dans ce type d'intervention auprès de publics captifs de divers horizons : scolaire, entreprise, et ce avec succès.

La prévention secondaire, déjà plus proche des activités de soins inhérentes au monde hospitalier trouve, peu à peu, une place plus importante au sein de l'établissement.

B) Prévention secondaire : des activités à développer et à consolider

Les activités de prévention secondaire sont constituées par le dépistage : dépistage précoce des facteurs de risque de la maladie et dépistage du cancer ; et également par le sevrage des conduites addictives. Ces activités représentent une part importante des activités mentionnées lors des entretiens : 38% des pratiques recensées.

a) *Le dépistage précoce des addictions au tabac et à l'alcool*

Le dépistage précoce des conduites addictives est essentiel en terme de prévention du cancer.

Ce dépistage précoce fait partie des missions de l'unité de liaison en alcoologie.

« Nous sommes appelés par les infirmières des services auprès de malades présentant des manifestations de dépendance à l'alcool. Nous allons peu aux urgences où nous nous sommes pourtant fait connaître lors de notre création mais les relations fonctionnent bien par contre avec la traumatologie. (...) Les symptômes de la surconsommation ou de l'alcoolisme : tremblement, sueurs, anxiété, troubles sensoriels se font jour lors d'une hospitalisation due à un chute, un accident. L'hospitalisation n'est pas directement liée à l'alcool mais cette dernière en est, à coup sûr, le fait générateur », souligne le médecin de l'unité.

Le nombre de patients rencontrés à cette occasion est très variable. Le médecin qui se déplace auprès d'eux s'attache, dans un premier temps, à déterminer leur niveau de consommation, puis, dans un deuxième temps, à délivrer soit un conseil de base *« aux jeunes inconscients qui se saoulent tous les week-ends et prennent ensuite la voiture »*, soit une information sur la consultation d'alcoologie ou sur les structures de sevrage

existant au CHU de Toulouse et dans les cliniques psychiatriques privées environnantes si la dépendance est installée.

Lors de ces entretiens de dépistage précoce, les dommages dus à l'abus d'alcool sont systématiquement évoqués avec les patients : dommages sociaux et professionnels, dommages relationnels, dommages psychologiques ou psychiatriques et enfin dommage physiques dont le cancer, surtout si la consommation de tabac accompagne la consommation d'alcool.

L'infirmière tabacologue peut également être appelée à réaliser ce dépistage précoce au sein des services et délivrer un conseil de base. Ce conseil de base est d'autant plus important en tabacologie car, selon elle, *« on estime à 10 % le nombre de personnes ayant entamé un sevrage après la dispensation par le personnel infirmier d'un conseil minimal »*.

La formation d'aide à l'abandon du fumeur doit servir de relais au déplacement de l'infirmière tabacologue, de sorte que, in fine, elle ne soit plus amenée à se déplacer.

*« Lorsque des patients viennent en hôpital de jour pour se faire faire des batteries de tests ou un bilan concernant leur asthme, surtout s'il sont jeunes, pour ma part, et je sais que mes collègues le font également, j'évoque à chaque fois la consommation de cigarette et ses méfaits par rapport à leur pathologie mais également les risques de cancer. Si ils disent vouloir arrêter, je leur parle alors de la consultation de sevrage et leur donne son dépliant de présentation »*⁴² indique une infirmière de pneumologie.

Le dépistage précoce du tabagisme et le conseil minimal afférant sont également dispensés dans les services de pneumologie recevant, en hôpital de jour, des patients atteints de bronchites chroniques, asthme ou d'allergies. L'IDE rencontrée dispose d'une formation en éducation thérapeutique mais il semble que cette pratique soit commune à l'ensemble des infirmières du service.

Des actions de dépistage précoce de la dépendance au tabac et à l'alcool sont donc effectuées au sein du CHU de Toulouse. Cependant, toutes les consommations abusives ne sont pas décelées à temps et se transforment pour beaucoup en une dépendance qu'il faut sevrer afin d'éviter ou de limiter les effets physiques de l'addiction et notamment la survenance du cancer.

⁴² Entretien avec une IDE dans le service de pneumologie 3A, pôle CVR réalisé le 17/06/04

b) Le sevrage des addictions

Le sevrage tabagique est proposé aux patients qui se rendent à la consultation de tabacologie mais également aux agents de l'établissement.

Les patients sont suivis, selon leur choix, par un médecin tabacologue ou une infirmière tabacologue. Un livret est distribué lors de la première consultation et est rempli lors de chaque consultation afin d'assurer un suivi du sevrage avec le patient.

Le consultant fait le point sur sa consommation de départ puis décide avec le médecin ou l'infirmière des dispositions à prendre pour l'arrêt du tabac : modification de l'environnement, travail sur les besoins et représentations du tabac, prescription de substituts tabagiques.

La consultation connaît un succès tout à fait significatif. En 2002, 1546 consultations ont été dispensées dont 737 premières consultations et 809 consultations de suivi. En 2003, on dénombrait déjà 1957 consultations dont 813 premières consultations et 1144 consultations de suivi.

Les agents hospitaliers s'inscrivent également dans le champ du sevrage tabagique. Ils peuvent, sous l'impulsion de la médecine du travail ou, de leur propre chef, se rendre à la consultation de sevrage comme tout un chacun. Dans le cadre des actions du réseau Hôpital sans tabac, une campagne dénommée « Ce mois-ci, j'arrête » a été développée à leur attention en 2003 et 2004. Cette opération effectuée lors la journée mondiale sans tabac propose aux hospitaliers d'initier un sevrage en ayant accès à des patchs gratuits pendant un mois. Une campagne de communication a été réalisée à la fois sur intranet : actualités du portail intranet et message à l'ensemble des personnes possédant une messagerie et par affichage dans l'ensemble des sites. Plus de 70 agents se sont inscrits en mai et ont participé aux séances de groupes.

Les personnels hospitaliers représentent aujourd'hui 30% des consultations de sevrage, ce qui retentit sur les délais de rendez-vous pour les patients externes. C'est pourquoi dans le cadre de la circulaire DHOS/02 n°2004-135 du 23 mars 2004 relative aux mesures destinées au renforcement de la tabacologie hospitalière dans le cadre du plan cancer, le CHU de Toulouse a décidé de mettre en place des consultations collectives à l'attention des seuls personnels hospitaliers. Ce choix a été fait en raison du caractère relativement homogène culturellement, professionnellement parlant des personnes concernées. Ce dispositif, répondant directement aux préconisations du Plan cancer, concernera environ 400 personnes à l'année.

Le déroulement des consultations collectives reste identique à celui des consultations de sevrage traditionnelles.

Le sevrage alcoolique, quant à lui, peut se dérouler de deux façons : soit grâce aux consultations ou à l'hospitalisation réalisées par l'équipe de liaison en alcoologie, soit en mode ambulatoire dans le cadre du CCAA, association médico-sociale externe au CHU, qui de part une convention, réalise des consultations au sein de l'établissement.

Les consultations d'alcoologie sont donc effectuées selon l'adressage des patients par l'équipe de liaison ou le CCAA. Cet adressage se fait le plus souvent par le biais du médecin généraliste mais il n'existe pas de réseau formalisé entre ces deux acteurs et la médecine de ville. Les consultations sont réalisées selon le même processus dans les deux entités. Le médecin détermine le niveau de consommation grâce à différents questionnaires : mesure de la consommation déclarée d'alcool, questionnaire DETA, questionnaire d'audit permettant de déceler un mésusage ou une dépendance. Il définit ensuite l'environnement familial, social, professionnel de la personne et élabore en conséquence un diagnostic éducatif ou de sevrage. La prise en charge physique de la dépendance en ambulatoire se traduit par l'abstinence et une dispensation de médicaments permettant d'annihiler les symptômes du sevrage. *« La dépendance à l'alcool est souvent la manifestation de trouble psychologique résurgent »* indique le médecin de l'équipe, un accompagnement social et psychologique de la personne est donc réalisé systématiquement.

La file active de la consultation du CCAA est de l'ordre de 300 personnes à l'année et d'une centaine pour l'équipe de liaison dont la vocation est plus hospitalière qu'ambulatoire.

« La situation sociale des patients alcooliques, souvent sans travail, parfois sans toit, sans famille pour encadrer leurs soins ambulatoires ou au contraire avec une famille pathogène nous conduit à privilégier la plupart du temps une hospitalisation de sevrage. Pour cela, nous disposons de 4 lits dédiés dans le service de gastro-entérologie » expose le médecin gastro-entérologue.

Deux à trois patients sont suivis en moyenne par semaine pour des durées de séjour de 5 à 7 jours, ce qui conduit l'équipe de liaison à souvent orienter des patients désireux d'entamer une cure de désintoxication vers des cliniques psychiatriques privées du département.

Le mode de prise en charge : abstinence, prise en charge physique, médicamenteuse, psychologique et sociale est similaire à celui opéré en ambulatoire mais à un degré plus intense et dans le cadre d'une surveillance continue. La prise en charge de la post-cure se fait par le biais de consultations de suivi veillant à ce que l'état d'abstinence se pérennise une fois le patient retourné dans ses conditions de vie quotidiennes.

Le CHU de Toulouse dispose ainsi d'une offre de soins élaborée en matière de sevrage des addictions et donc d'une diminution des facteurs de risques du cancer que sont le tabac et l'alcool.

Outre le sevrage, la prévention secondaire comprend également la limitation des effets de la pathologie elle-même en la prenant à temps grâce au dépistage.

c) *Le dépistage du cancer*

Les acteurs du dépistage de masse sont en majorité extrahospitaliers. Dans le cadre du Plan cancer et de sa déclinaison régionale, la priorité a été mise sur le dépistage du cancer du sein en Haute-Garonne avec comme partenaires privilégiés les médecins généralistes et les médecins radiologues du secteur privé libéral. Les établissements publics ou privés ne sont concernés par ces campagnes de dépistage massif que dans le cas où l'offre libérale est absente, ce qui n'est pas le cas dans le département. De plus, la rétribution des médecins participant à ces actions se fait par paiement à l'acte, ce qui n'est pas réalisable à l'hôpital.⁴³

Les dépistages réalisés dans l'établissement sont donc avant tout, dans le cadre des dépistages de masse, des dépistages de second niveau, visant à confirmer ou infirmer par des examens plus poussés le premier test. Pour le cancer du sein, ce deuxième volet du dépistage ou cette confirmation du diagnostic se fait généralement à l'occasion d'une consultation avec un spécialiste durant laquelle des examens complémentaires plus poussés sont pratiqués. Les patientes sont dans ce cas, la plupart du temps, orientées vers l'hôpital par le médecin traitant prévenu par le médecin radiologue.⁴⁴

Le CHU réalise également un dépistage individuel lié à son activité courante de consultations ou de soins.

« En pneumologie, de nombreux cas de cancers sont révélés à l'occasion d'une consultation ou d'un bilan suite à des troubles pulmonaires qui ont conduit le médecin traitant ou les patients eux-mêmes à prendre un rendez-vous pour une consultation ou à se faire hospitaliser » souligne le Chef du service de pneumologie.

C'est également le cas en consultation de gynécologie où la consultation permet le dépistage précoce d'un cancer du sein ou du col de l'utérus.

⁴³ Entretien avec le médecin inspecteur à la DDASS, réalisé le 16/06/04

⁴⁴ Entretien avec le cadre de santé de la consultation de gynécologie du pôle femme-mère-couple, réalisé le 19/05/04

Dans le cadre de cette activité de dépistage, la prise en charge des patients lors de l'annonce du diagnostic tend à se développer dans les services de pneumologie et de gynécologie.

En pneumologie, à la suite de l'annonce du diagnostic par le médecin, celui-ci propose aux patients de rencontrer l'infirmière sophrologue et un psychologue. Au sein de la consultation de gynécologie, c'est une infirmière clinicienne de l'unité qui est à la disposition des patientes *« pour les aider à verbaliser leur souffrance ou les aider à dépasser parfois un état de déni complet du diagnostic »*⁴⁵. Cet accompagnement sera prochainement renforcé car l'établissement, au titre du Plan cancer, a sollicité le recrutement d'onco-psychologues afin de structurer les consultations d'annonce et de développer un suivi psychologique accru des patients, comme préconisés dans le Plan.

Cette volonté de développer la prévention secondaire et en particulier le dépistage individuel du cancer au sein du CHU se retrouve dans le choix institutionnel qui a été fait de demander à la DHOS le financement d'un mammographe et d'un poste de radiologue dans le cadre des mesures du Plan cancer et de sa circulaire applicative du 3 novembre 2003.

Cette volonté de développer les activités de dépistage devrait se traduire également par une participation active du CHU dans les actions de dépistage du cancer du colon qui seront réalisées dans une seconde phase de la mise en œuvre du Plan cancer au niveau départemental.

Les activités de prévention secondaire du cancer sont donc développées au sein du CHU de Toulouse que ce soit par le dépistage précoce des addictions, leur sevrage ou encore le dépistage de la maladie.

L'existence de ces activités et leur structuration tient à leur lien structurel très prégnant avec l'activité dominante de l'hôpital qui est le soin. En effet, le dépistage précoce est réalisé auprès de patients déjà hospitalisés et donc « captifs ». Le sevrage est lui-même considéré comme un acte de soins puisqu'il vise à annihiler une dépendance physique. Si l'on met de côté le sevrage tabagique effectué, pour des raisons évidentes, en ambulatoire par l'unité de coordination en tabacologie, le sevrage alcoolique est réalisé de préférence dans le cadre d'une hospitalisation. Enfin, si l'on s'attache au dépistage, le CHU et l'hôpital en général ne sont pas concernés généralement par les dépistages de masse mais bien par le dépistage individuel réalisé au cours d'une consultation hospitalière, d'un bilan hospitalier ou d'une hospitalisation.

Ainsi, le CHU de Toulouse semble privilégier des activités préventives fortement liées au curatif. Cette tendance culturelle à insérer le préventif dans l'univers hospitalier par le biais du curatif se confirme par la prédominance de la prévention tertiaire du cancer au sein de l'établissement.

C) Prévention tertiaire : la prévention hospitalière par excellence

a) *Education thérapeutique ou information thérapeutique ?*

Dans le cadre de la lutte contre le cancer, la prévention tertiaire se concentre essentiellement sur l'éducation thérapeutique des patients ayant développé la maladie et se trouvant dans la phase de traitement puis de rémission.

L'éducation thérapeutique signifie la mise en place d'un diagnostic éducatif auprès des patients et donc la mise en œuvre d'une démarche élaborée. Néanmoins, afin de refléter avec le plus d'exactitude la nature des entretiens réalisés avec les personnels soignants et les médecins, il faut noter qu'aucune action d'éducation thérapeutique en tant que tel n'est réellement menée dans le domaine du cancer. Les entretiens réalisés auprès des soignants ne mentionnent pas la mise en œuvre d'un diagnostic éducatif posé.

Selon le cadre de santé⁴⁵ de la consultation mutualisée de pneumologie, diplômée en éducation thérapeutique, dans ce cas « *il faut plutôt parler d'information thérapeutique ou d'accompagnement de la maladie et de ses effets par les infirmières et les médecins que d'éducation thérapeutique* ».

En effet, les actions structurées d'éducation thérapeutiques existent au sein de l'établissement mais elles concernent plutôt l'hypertension, le diabète ou l'asthme. D'ailleurs, la plupart des agents suivant les formations d'éducation thérapeutique travaillent dans des services où sont traitées ces pathologies chroniques.

Cette absence de structuration, de protocolisation de ces actions d'information thérapeutique les rend tout à fait « invisibles » pour une grande majorité des acteurs rencontrés. Les entretiens ont permis d'en faire émerger certaines.

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ Entretien avec le cadre de santé des consultations mutualisées de pneumologie, pôle CVR, réalisé le 3/06/04

b) *L'accompagnement des malades cancéreux*

La prévention tertiaire du cancer se fait au moment de l'annonce du diagnostic et de ses suites thérapeutiques, dans le cadre du traitement et, enfin, durant la phase de rémission.

Le dépistage positif de la maladie est suivi du diagnostic d'annonce de la maladie, lui-même précédant l'énoncé des dispositions thérapeutiques à prendre.

C'est le médecin qui a la charge d'énoncer les modalités du traitement : chirurgie, traitement par chimiothérapie, radiothérapie. Cependant, l'annonce couplée du diagnostic et du traitement et le choc produit effacent ou déforment la perception des patients. C'est pourquoi, le personnel infirmier prend la relève du médecin après la fin de la consultation, d'abord pour revenir sur le diagnostic, puis pour répondre aux questions des patients sur l'impact du traitement sur leur vie quotidienne, professionnelle, sociale.

Dans le service de gynécologie, c'est l'infirmière clinicienne de la consultation qui encore une fois joue ce rôle.

« Beaucoup de questions se bousculent dans leurs têtes : l'impact de la chirurgie sur la physionomie de leur poitrine, la sensation au touché, la perte des cheveux... Nous essayons de leur apporter des réponses les plus simples possibles et surtout de les écouter. »⁴⁷

Le processus est identique au sein du service de pneumologie. Après l'annonce du diagnostic, le patient est d'abord vu par l'infirmière sophrologue et le psychologue puis une infirmière du service prend le relais pour évoquer les soins. C'est également le cas en hématologie.

Durant la phase de traitement et en particulier de chimiothérapie, la prévention tertiaire joue un rôle considérable car le traitement est très agressif et les conséquences sur la vie quotidienne des patients sont importantes.

Que ce soit dans le service d'hôpital de jour de gynécologie, de pneumologie ou d'hématologie, cet accompagnement se fait dans le cadre du soin et, en particulier, lors de la pose et du changement des perfusions. Les infirmières profitent de ce moment pour parler avec le malade des effets du traitement : la perte des cheveux, l'immunodépression, la nutrition difficile et notamment le dégoût pour les aliments cuits ou en sauce, l'absence de goût, d'odorat, les nausées ; et des moyens pour les limiter.⁴⁸ Le recours à des consultations de diététique hospitalières est très souvent nécessaire pour

⁴⁷ Entretien avec une IDE clinicienne des consultations de gynécologie, pôle femme-mère-couple, réalisé le 19/05/04

⁴⁸ Entretien avec une IDE dans le service de pneumologie 3A, pôle CVR réalisé le 17/06/04

permettre aux malades d'avoir une alimentation appropriée durant le traitement. Lorsque les phases d'hospitalisation sont plus longues, notamment à l'issue d'une opération chirurgicale, le travail des masseurs kinésithérapeutes est également déterminant pour accompagner le patient, notamment en pneumologie grâce au travail de kinésithérapie respiratoire.

La prévention tertiaire s'étend alors à l'entourage du malade afin qu'il soit informé et prévienne des attitudes ou habitudes de vie contraires au traitement. *« Cette attention donnée aux familles est d'autant plus importante que la force psychologique du malade et donc le soutien, le réconfort qu'on lui prodigue contribuent grandement à la réussite du traitement »* souligne le Chef de service de pneumologie.

Le suivi des malades continue une fois leur séance de traitement hospitalier achevé. Dans le service de pneumologie, les patients peuvent joindre les infirmières dès qu'ils en éprouvent le besoin : fièvre un peu élevée, questions concernant leur traitement de confort, la suite des soins...

Enfin, la prévention tertiaire s'exerce également durant les phases de rémission.

Les consultations de suivi ou « follow up », sont systématiques. Elles perdurent à intervalles réguliers à l'hôpital puis ce sont ensuite les médecins traitant qui prennent le relais. Si le cancer était du au tabac, le médecin s'attache à prévenir toute nouvelle consommation et insiste à la fois sur la nécessité d'avoir une hygiène de vie saine et équilibrée : consommation de légumes, pratique de sport ; et de réaliser des bilans de santé à intervalles réguliers.⁴⁹

Le rôle des médecins est primordial dans l'accompagnement des patients atteints de cancer. C'est à eux que revient le triste privilège d'annoncer le diagnostic et ses suites thérapeutiques. A leur action première, s'ajoutent les actions de prévention tertiaire des personnels paramédicaux dispensées de façon plus ou moins élaborées, selon la formation des acteurs et l'organisation des services. Souvent initiées par des éléments moteurs formés, on peut constater qu'elles ont fait « tâche d'huile » au sein des équipes et que l'accompagnement du malade durant sa phase de maladie est réalisé par le personnel soignant dans chacun des services qui ont été visités au moins sous la forme d'une information ou d'un conseil minimal.

La prévention tertiaire du cancer est ainsi la prévention hospitalière par excellence. Consubstantielle aux soins, à un tel point que les personnes interrogées ne la caractérisent pas vraiment comme une action de prévention ou d'éducation mais bien

comme un prolongement de leur pratique soignante, elle est inhérente à la prise en charge du malade cancéreux et semble un bien commun pour l'ensemble des équipes œuvrant dans le champ du cancer.⁵⁰

Les trois volets traditionnels de la prévention sont donc présents au sein du CHU, avec une implication et une intensité fortement liées à la vertu cardinale de l'hôpital qui reste et demeure incontestablement le curatif.

D) La médecine prédictive : l'avenir de la prévention au sein du CHU ?

Néanmoins, aujourd'hui, un nouveau qualificatif semble vouloir désormais déterminer le système de santé. Après le préventif et le curatif, voici arrivée l'ère du prédictif.

Un CHU a pour missions: le soin, la formation et la recherche. Il est également le lieu des disciplines médicales et des équipements de pointe au sein du paysage sanitaire français. C'est pourquoi, l'oncogénétique s'est naturellement développée au sein des laboratoires des CHU. L'oncogénétique est fondée sur l'évaluation des risques génétiques liés à l'apparition d'un cancer. Si pour la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, moins de 1% des cancers sont véritablement héréditaires, il, existe, pour 5 à 10 % des cas, des associations familiales faisant soupçonner un rôle génétique important. Les débuts de l'oncogénétique date du début des années 80 avec, notamment, l'observation de certains cancers chez l'enfant comme le rétinoblastome ou le néphroblastome. Puis de la pédiatrie, les observations ont été étendues chez l'adulte, en particulier pour le cancer du sein. Avec la collaboration des familles, les premiers arbres généalogiques ont été dressés, puis des études épidémiologiques ont été publiées. Enfin, ce sont dans les années 90 que les premiers gènes du cancer ont été découverts.⁵¹

L'oncogénétique prend son essor au CHU de Toulouse à partir de la loi de bioéthique en 1994. Auparavant, l'oncogénétique existe déjà au sein du laboratoire de génétique mais elle est exclusivement dispensée par des biologistes généticiens qui se forment sur le tas en oncologie et psychologie. Quant aux consultations, elles sont organisées et rémunérées par le biais d'une association. La loi de bioéthique structure l'oncogénétique en créant des équipes pluridisciplinaires associant les généticiens et les spécialistes

⁴⁹ Entretien avec le chef de service de pneumologie, pôle CVR, réalisé le 24/06/04

⁵⁰ Entretien avec la Coordonnatrice générale des soins, réalisé le 9/06/04

⁵¹ LEURIDAN S., Conseiller en génétique, un nouveau métier à l'horizon 2007, Hospimédia, 12 mars 2004 (en ligne)

d'organes tout en maintenant le principe que seuls les généticiens sont habilités à prescrire les examens à une personne saine. Enfin, les consultations vont être pleinement consacrées lors de la signature avec l'ICR en 2003 d'une convention visant à insérer au sein de l'équipe pluridisciplinaire un oncologue, en poste au CLCC.⁵² Ce renforcement de l'activité d'oncogénétique intervient dans le cadre du Plan cancer et de la Circulaire DHOS/SDO/n°2003/292 du 23 juin 2003 relative au renforcement des consultations d'oncogénétique.

Les consultations dispensées à l'ICR concernent la prise en charge de patients susceptibles de présenter un risque héréditaire de tumeurs solides fréquentes telles que les cancers du sein et/ou de l'ovaire, les cancers digestifs notamment colorectaux, les cancers de la prostate... La consultation du CHU assure pour ceux qui est des infections tumorales malignes, le suivi des patients susceptibles de présenter un risque héréditaire de rétinoblastome, de cancers thyroïdiens, de mélanome malin et autres cancers cutanés, de néoplasie endocrinienne multiple, de maladie de Von-Hippel-Lindau, et d'une façon générale des risques tumoraux s'intégrant dans des syndromes complexes de prédisposition.⁵³

Environ 30 consultations sont dispensées annuellement au sein de l'établissement. Les patients sont orientés vers la consultation lorsqu'une tumeur maligne à forte prégnance héréditaire est décelée par des spécialistes d'organes exerçant dans la région. Une enquête commence alors qui dure 6 à 12 mois pour déterminer l'incidence du facteur génétique sur la maladie. La consultation d'oncogénétique se double d'un accompagnement psychologique important des familles qui viennent consulter puisque, surtout s'il s'agit de la maladie d'un enfant, *« le sentiment de culpabilité des parents porteurs sains du gène est toujours très présent »* souligne le généticien.

La médecine prédictive est devenue une discipline non négligeable dans la prévention du cancer. Les pouvoirs publics en ont largement pris conscience puisque le développement des consultations d'oncogénétique est une des priorités du plan cancer.

Cette activité de prévention est une activité hospitalo-universitaire par excellence puisqu'elle allie les disciplines biologiques, cliniques et fait appel à des professionnels et à des techniques de pointe. En effet, l'oncogénétique pourrait devenir dans les prochaines années le fer de lance de la prévention ou plutôt prédiction du cancer dans les CHU.

⁵² Entretien avec un médecin généticien, pôle biologie, réalisé le 24/06/04

⁵³ Convention entre le CHU de Toulouse et l'ICR concernant l'activité d'oncogénétique (non publié)

Ainsi, les différents entretiens qui ont été menés semblent confirmer l'existence d'activités de prévention du cancer au sein du CHU de Toulouse.

Les réalités de cette prévention sont différentes selon que l'on s'attache à la prévention primaire, secondaire ou tertiaire ; les deux derniers champs de cette activité, plus conciliables avec l'activités traditionnelles de soins de l'hôpital, étant largement plus développés, organisés – c'est le cas pour la prévention secondaire - ou totalement confondues avec la pratique elle-même des soins, dans le cas de la prévention tertiaire. Enfin, l'existence de plateaux techniques hospitaliers de pointe dans les centres hospitaliers universitaires connaît le développement, encouragé par le Plan cancer, des consultations d'oncogénétique. Il semble également que le CHU de Toulouse ait ainsi la volonté de se conformer à ses missions réglementaires en s'inscrivant dans des projets portés par le Ministère par le biais de Circulaires.

De l'étude de l'ensemble de ces réalités de la prévention au sein du CHU de Toulouse ainsi que des entretiens réalisés et de l'observation documentaire émergent de nombreux éléments de questionnement et une interrogation : la prévention du cancer a-t-elle vraiment pris toute la dimension qui lui est donnée par les textes ? Les actions de prévention qui viennent d'être énoncées connaissent-elles des limites structurelles et conjoncturelles ? Quels facteurs peuvent constituer un frein à leur développement ?

Dans une seconde partie, les différents obstacles au déploiement généralisé, coordonné, valorisé de la prévention du cancer seront analysés.

2.2 Les freins et obstacles à la mise en place pérenne et construite d'une politique de prévention du cancer au CHU de Toulouse

La prévention du cancer au CHU de Toulouse existe par de nombreux aspects. Cependant, les différents entretiens ainsi que l'observation directe et documentaire menés au sein de l'établissement ont démontré que de nombreux freins et obstacles venaient limiter l'efficacité de ces mêmes actions, limiter leur développement ou la mise en place d'une politique globale de prévention incluant la prévention du cancer. Certains de ces freins sont largement inhérents à la place réservée au sein du système de santé français à la prévention et s'illustrent au sein de l'établissement ; d'autres sont propres aux pratiques observées au CHU de Toulouse.

Les personnes rencontrées font état de nombreux freins dont les plus fréquemment cités sont les suivants :

Tableau 7 : Les obstacles au développement de la prévention du cancer au CHU de Toulouse énoncés par les personnes interrogées

Obstacle évoqué	Fréquence dans les entretiens
Obstacle financier	cité dans 23 entretiens
Le manque de temps	cité dans 22 entretiens
La prédominance des soins	citée dans 14 entretiens
Le manque de formation	cité dans 12 entretiens
Le cloisonnement avec les acteurs extérieurs	cité dans 8 entretiens

2.2.1 La prévention : parent pauvre du système de santé

La prévention occupe une place mineure dans notre système de santé comme l'a souligné le Rapport 2003 de IGAS intitulé «Santé, pour une politique de prévention durable»⁵⁴.

Cette place réduite s'explique par la prédominance du curatif dans le modèle culturel de santé français et se traduit par une sous dotation financière des activités de prévention qui ne fait que perpétuer la prédominance du soin sur la prévention.

A) Un frein culturel majeur : un système de santé centré sur le curatif

En France, la santé est systématiquement associée aux soins ; l'aspect curatif est enraciné dans les représentations collectives et l'hôpital, fer de lance de l'organisation des soins en France, ne fait que s'inscrire dans cet ordonnancement des choses, a fortiori lorsqu'il s'agit des CHU.

La mythologie grecque renseigne sur la genèse de cette dichotomie entre préventif et curatif. Asclépios, Dieu de la santé, foudroyé après avoir perturbé l'ordre des choses en ressuscitant les morts, avait eu deux filles Hygié et Panacée. Déesse des soins, panacée avait une grande connaissance des produits extraits des plantes, de la terre et de leur usage médicinal. Hygié, sa sœur enseignait l'art de rester en bonne santé en vivant selon la raison et avec modération en toutes circonstances.

Ces deux figures de la mythologie perdurent aujourd'hui avec une nette victoire de Panacée sur Hygié.⁵⁵

Pour la plupart des personnes aujourd'hui : être en bonne santé signifie ne pas être malade. Cette conception de la santé, très éloignée de la définition de l'OMS : « *un état de complet bien-être physique, psychique et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* », sous-tend le développement et l'omnipotence du curatif supporté par les progrès de la médecine et l'innovation industrielle afférente. Les individus s'en remettent aux soins pour garantir leur santé et, face à ce besoin exprimé par les usagers du système de santé, les pouvoirs publics développent l'offre de soins adéquate. Pour s'en convaincre, il convient d'observer le volume des dépenses de prévention dans les comptes de la santé en France⁵⁶, qui ne constituaient que 2,3% des dépenses de santé en 2002.

L'hôpital en tant que clef de voûte du système sanitaire français de part le volume d'admissions, de crédits publics engagés mais surtout du fait de son rôle de formateur des professionnels de santé : médecins, paramédicaux, perpétue cet ancrage culturel.

La création des CHU en 1958 a accentué la valorisation du curatif. Pour les professionnels, l'exercice de leur pratique en CHU, lieu de la médecine de pointe, de l'innovation grâce à des plateaux techniques d'excellence, lieu de la recherche clinique est valorisé très favorablement par l'ensemble des corps concernés. En effet, la pratique au sein de ces établissements est souvent assimilée à une réussite professionnelle.

Ainsi, au CHU de Toulouse, les actions de prévention du cancer les plus développées sont très fortement liées aux soins. La prévention secondaire, le sevrage des addictions liées aux facteurs de risque que sont le tabac ou l'alcool est mise en oeuvre; tout comme la prévention tertiaire : l'éducation thérapeutique ou l'accompagnement du patient durant son traitement de la maladie. Par contre, plus l'éloignement du soin est manifeste, plus il est difficile pour l'hôpital de s'inscrire dans une démarche de prévention. C'est évidemment le cas pour la prévention primaire où les actions menées à partir des unités de soins vers l'extérieur, en excluant donc la médecine du travail, ne sont que ponctuelles. En ce qui concerne le CHU de Toulouse, cette exclusion des actions de prévention primaire est dommageable dans le sens où, comme cela a été souligné, l'hôpital est réellement un acteur de proximité pour les usagers du système de santé départemental et régional. A ce titre, il pourrait s'inscrire pleinement dans une démarche

⁵⁴ Rapport IGAS, *Santé, pour une politique de prévention durable*. 2003. 399 pp

⁵⁵ BOURGUEIL Y., L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal ?, RHF mai juin 2003, n°492. p 20

⁵⁶ DREES, *Les dépenses de la santé dans les comptes nationaux de la santé* in Etudes et Résultats, n°247-juillet 2003.8 pp

d'éducation des populations en liaison avec les autres acteurs de la prévention primaire : la Ligue, le CRES, les associations, l'assurance maladie.

Dans tout processus de changement, les variables culturelles sont, la plupart du temps, des freins majeurs. La prédominance du curatif sur le préventif dans le système de santé en général constitue un de ces freins qu'il convient de dépasser. Un peu plus de la moitié des entretiens souligne comme un obstacle cette notion de prédominance du soin sur la prévention.

B) Une absence de valorisation financière des activités de prévention

Le financement reste un des obstacles majeurs au développement des actions de prévention dans les établissements de santé. Le volume du budget consacré à la prévention en France est faible. Cette faiblesse marque une nouvelle fois la prédominance du curatif au sein du système de santé.

Cette part congrue attribuée aux budgets de prévention s'illustre au CHU de Toulouse.

Le recensement effectué par la direction des affaires financières afin de déterminer le volume financier des MIGAC a mis à jour le budget prévention de l'établissement. Celui-ci s'élève à 1 965 681€ en 2004. Ce chiffre comprend tous les aspects de la prévention : éducation du patient, actions de prévention structurées et financées par des crédits, actions d'éducation thérapeutique montées dans les services, dépistage.... Les actions de prévention abondent sur les quasi 2 millions d'euros de financement, le plus souvent par le biais de crédits assurance maladie ou Etat. Ces pratiques de prévention concernent, pour la plupart, des pathologies chroniques hors cancer.

Ce chiffre est important en valeur absolue par rapport à d'autres établissements. Toutefois, si l'on compare ce budget prévention à la base 2004 du budget CHU qui s'élève à 548 485 000 €, la prévention ne représente alors que 0,36% du budget de l'établissement. La part du budget CHU consacrée à la prévention est tout de même faible en comparaison à d'autres CHU comme Nice ou Montpellier.

Ce volume de financement moindre peut s'expliquer par différents biais.

Le CHU de Nice a, par exemple, une politique extrêmement offensive en matière de prévention. Il s'attache à répondre à l'ensemble des appels à projet prévention dans toutes les disciplines : SIDA, diabétologie, addictologie. De plus, une structuration de ces activités autour d'un pôle commun de santé publique engendre une mutualisation des crédits et permet donc à de nombreuses actions ayant trait à des disciplines ou

pathologies chroniques diverses de fonctionner sur des crédits théoriquement fléchés. Cette pratique est d'ailleurs largement connue et avalisée officieusement par les tutelles.⁵⁷ Cette recherche systématique de crédits n'était pas forcément affichée à Toulouse avant l'apparition du Plan cancer. Pour citer un exemple, on peut avancer celui des équipes de liaison en addictologie dont la création a été préconisée par une circulaire de 2000⁵⁸, il n'en existe pas à Toulouse. Le projet ne s'est pas concrétisé malgré les préconisations du projet médical 2001-2005. Cette absence de concrétisation tient à l'absence de relais par le COM des objectifs du projet médical.

Il faut noter néanmoins qu'en 2003 et 2004, les actions prévention labellisées Plan cancer ont été largement portées au sein de l'établissement : renforcement des consultations tabacologiques, dépistage du cancer du sein, oncogénétique. Le Plan cancer semble donc constituer un levier de changement important quant au financement de la prévention. Ce dernier permet également, si ce n'est une pérennisation, une stabilité des crédits durant la durée du plan (2003-2007) car l'absence de pérennisation des crédits est également un frein important au développement et au maintien des actions de prévention au sein des établissements.

En effet, pérennité et lisibilité du financement sont des obstacles majeurs. La plupart des crédits prévention accordés aux centres hospitaliers sont des crédits Etats : appels d'offres nationaux DGS/DHOS, négociations avec l'ARH dans le cadre du COM, crédits DDASS, DRASS dans le cadre de leurs missions santé publique et prévention ; ou plus rarement des crédits assurance maladie : DRDR, FNPEIS. Cette multiplicité des acteurs de financement couplée à une multiplicité de champs et de disciplines d'action rend, d'une part, assez difficile la lisibilité du financement de la prévention en l'absence de structure de coordination dédiée. D'autre part, le système d'appel à projet et d'enveloppe fléchée est toujours assorti d'une période d'effectivité de trois ans en moyenne. Ainsi, l'institution peut difficilement s'engager dans une politique de prévention à long terme si ce n'est en acceptant d'intégrer, à l'issue des crédits fléchés, ces actions dans la dotation globale ou alors en en faisant des thématiques de contractualisation avec l'ARH.

Dans le cadre d'un financement sous dotation globale, ces deux dernières modalités pouvaient constituer un recours pour les institutions hospitalières souhaitant développer et pérenniser les actions de prévention. Cependant, le changement de mode de financement

⁵⁷ Le réseau des hôpitaux promoteurs de santé : de la théorie à la pratique , Hôpital Expo – Paris, Porte de Versailles, 25/05/04

⁵⁸ Circulaire DHOS/02-DGS/SD6B 2000/460 du 8/06/00

hospitalier et en particulier l'introduction de la tarification à l'activité modifie considérablement la donne.

Désormais, la dotation globale n'est plu. Le financement des établissements est réalisé en fonction de leur volume de production de GHS et du tarif qui leur est associé.

Le système d'information et en particulier le PMSI, les logiciels de gestion sont alors déterminants pour connaître non seulement le volume et la qualité des séjours mais également les coûts engendrés par ces mêmes séjours. Or, la valorisation de la prévention est extrêmement difficile à établir. Lorsqu'il s'agit de consultations médicales tabacologiques ou alcoolologiques ou des consultations de spécialistes durant lesquelles sont dispensés des conseils de prévention, la valorisation monétaire de la prévention est comprise dans le prix de la consultation.

Par contre, les mêmes consultations réalisées par une infirmière comme c'est le cas à Toulouse en tabacologie, ne représentent rien en terme de facturation puisque celles-ci ne sont pas reconnues par la nomenclature.

Que dire de l'éducation thérapeutique qui est comprise dans le soin et non valorisée comme un acte ou une activité à part entière ? Aucun encodage ne permet aujourd'hui de valoriser un diagnostic médical associé à la prévention.

La valorisation des actions d'éducation infirmière est également difficile à réaliser. Les SIIPS permettent de distinguer le soin technique du soin de base et du soin relationnel ; et au sein des soins relationnels, les soins ou actes éducatifs. Cependant, pour qu'une IDE puisse coder un acte éducatif, il faut que celui-ci soit un acte posé c'est à dire l'acte principal qu'elle ait réalisé en entrant dans la chambre du patient. Or, comme décrit précédemment, le soin : pose d'une perfusion, toilettes... est très souvent l'occasion de parler avec le patient de sa pathologie, de son traitement et de délivrer une information ou un conseil : le soin éducatif n'est alors pas le soin principal dispensé au patient et il n'est pas codé.⁵⁹

Cette absence de valorisation de la prévention dans le système d'information a eu pour conséquence de faire entrer les actions de prévention dans les MIGAC. Quel sera leur sort au sein de cette enveloppe ?

Le CHU de Toulouse a adressé au ministère pour 2004, un recensement valorisé de ses activités MIGAC représentant 100 000 000 d'euros. L'ARH sera-t-elle en mesure de tout financer à l'avenir ? Sur quels critères les arbitrages seront-ils faits en octobre ? Quelle sera la teneur de la contractualisation ? Aujourd'hui encore, les certitudes sont peu nombreuses dans ce domaine et les doutes pléthoriques.

Comme le souligne le Directeur Général du CHU de Nice : « *Désormais avec la T2A, les établissements voulant développer la prévention le feront certainement au détriment d'autres activités d'intérêt général, tout aussi nécessaires.* »

Dans ce cadre, portée par une volonté politique forte, la prévention du cancer pourrait être préservée au moins jusqu'à la fin du Plan en 2007 mais quid de l'après Plan cancer ?

La problématique du financement de la prévention reste donc structurellement un obstacle au développement d'une politique de prévention durable au sein des établissements : émiettement, absence de pérennisation des crédits, introduction de la T2A la fragilisent nettement. Dans les entretiens réalisés, cette difficulté est citée comme la cause majeure d'absence de développement des actions de prévention au sein de l'établissement.

Cette fragilisation de la prévention en milieu hospitalier est d'autant plus prégnante dans un mode de financement T2A si l'on s'attache à décrire ce que certains chercheurs en santé publique appellent le paradoxe de la prévention à l'hôpital.⁶⁰

La prévention est considérée, dans l'esprit du Rapport du Haut Comité à l'assurance maladie, comme une solution à la médicalisation croissante de la société française et donc comme une solution au déficit croissant de l'assurance maladie qui s'élevait en 2003 à 11,1 milliards d'euros.

Ainsi, prévenir les maladies reviendrait à réduire le volume des hospitalisations demain et donc à résoudre la pénurie de lits si souvent mise en avant par les acteurs hospitaliers.

Cette solution serait particulièrement séduisante si, dorénavant, activité ne rimait pas avec financement. En effet, le paradoxe de la prévention à l'hôpital réside en cela : développer une activité de prévention aujourd'hui revient à diminuer nos activités de soins demain, dans un contexte où diminuer l'activité de l'hôpital, c'est le priver d'une partie de son financement.

Cette évolution radicale se fera dans un contexte encore une fois renouvelé : la demande ne sera forcément plus la même et les activités hospitalières seront entièrement alors remodelées : la prévention et l'éducation à la santé conduiront à terme à une transformation radicale de l'hôpital, à une redéfinition de ses missions et de la place qu'il occupe dans le système de santé. Néanmoins, le paradoxe est tout à fait prégnant pour les décideurs hospitaliers actuels même si, à long terme, l'instauration d'une politique de prévention hospitalière durable rendra sûrement tout à fait obsolète la notion d'activité

⁵⁹ Entretien avec la Coordonnatrice générale des soins, réalisé le 9/06/04

⁶⁰ BOURGUEIL Y., L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal ?, RHF mai juin 2003, n°492. p 20

hospitalière ainsi que le mode de financement en vigueur, et aura réussi à mettre la santé au premier plan dans le système de santé.

Le financement et la culture du curatif constituent donc des obstacles majeurs à la montée en charge d'actions de prévention au sein des hôpitaux. Le CHU de Toulouse, en tant que centre hospitalo-universitaire, temple du curatif par excellence dans les représentations et les faits, établissement expérimentateur de la T2A, est largement confronté à ces deux problématiques. S'y ajoutent d'autres obstacles inhérents à ses propres activités et pratiques.

2.2.2 Les obstacles et contraintes observés au CHU de Toulouse dans la pratique de la prévention du cancer

Dans le cadre d'une Etude menée par J.Pommier⁶¹ auprès d'étudiants de l'IFSI de Saint-Dié concernant la place de la santé publique à l'hôpital, les étudiants interrogés ont fait émerger les obstacles suivants à la mise en œuvre de la santé publique à l'hôpital : le manque de temps, le manque de personnel, le manque de formation et des barrières institutionnelles.

A travers les entretiens réalisés, certains de ces obstacles ont été également relatés ainsi que d'autres peut être plus spécifiques à l'établissement. Ces observations concernent un cloisonnement des activités avec les intervenants extérieurs, un manque global de structuration et de coordination des activités en sus d'un manque de formation ainsi que d'une organisation du temps médical et paramédical à flux tendu.

A) Un cloisonnement externe des pratiques de prévention

L'hospitalo-centrisme est souvent évoqué comme un mal difficile à soigner dans le système de soins français. Or, en matière de prévention, la réussite des actions tient souvent à un suivi continu et longitudinal des individus. La prévention hospitalière doit donc s'inscrire dans une filière associant médecine de ville, hôpital, acteurs médico-sociaux, éducation nationale, associations et autres. Le dessein de la charte d'Ottawa ainsi que de l'ensemble des chartes et déclaration de l'OMS est de développer cette optique : changer le prisme du système de soins en faisant du malade le centre de tout projet et de toute activité.

⁶¹ POMMIER J./, La perception de la santé publique des infirmières à l'hôpital, (non publié)

En matière de cancérologie, cette notion de filière est d'autant plus primordiale que les différentes phases de la maladie impliquent tout à tour des acteurs différents. C'est pourquoi, le Plan cancer a fait de la constitution des réseaux en cancérologie une de ses mesures phare.

Certains entretiens ont révélé les limites de ce concept dans la pratique même si le cloisonnement du CHU vis à vis des partenaires extérieurs n'est pas souvent mentionné comme un obstacle à la mise en œuvre de la prévention du cancer à l'hôpital. Lorsque les personnes interrogées en font état, il s'agit le plus souvent d'acteurs externes à l'établissement.

En matière de tabacologie, si le travail en réseau est actif à travers Hôpital sans tabac et ses déclinaisons locales notamment dans le cadre de l'association Capitole Stop tabac, la formalisation d'un travail en réseau local avec d'autres partenaires du champ de la santé et de la prévention reste plus difficile.

En ce qui concerne la prévention secondaire du cancer et le sevrage alcoolique en particulier, le CHU comprend une structure hospitalière l'équipe de liaison et une structure ambulatoire médico-sociale : le CCAA, qu'il héberge. Cependant, malgré cette proximité, *« aucune relation formalisée ne permet un partage d'activités entre nos deux structures »* indique le médecin au CCAA. *« Les patients suivis en sevrage au CHU pourraient nous être adressés par la suite afin que, en tant que structure médico-sociale et ambulatoire, nous aménagions avec eux un projet de vie et de soins, mais à ce jour, cela n'existe pas. »*⁶²

Ce cloisonnement est également sensible si l'on s'attache au mode d'adressage des patients venant suivre une cure de sevrage ou des consultations. Comme le souligne le médecin de l'équipe de liaison en alcoologie : *« aucun réseau n'est formalisé quant à l'adressage des patients. Les rapports avec les médecins généralistes se font au coup par coup. »*

Enfin, en matière de prévention primaire, le cloisonnement du CHU est notable par rapport aux autres acteurs puisque, comme évoqué précédemment, les interventions de prévention primaire du cancer et de ses facteurs de risque hors du CHU sont extrêmement isolées et non institutionnalisées.

Le cloisonnement externe du CHU constitue donc un obstacle à un développement efficace, complet des actions de prévention puisque aucun projet continu n'est construit autour du patient.

B) Un cloisonnement interne préjudiciable

Ce cloisonnement externe se double d'un cloisonnement interne important. Il est nécessaire de rappeler, tout d'abord, les dimensions du CHU de Toulouse : 6 sites aujourd'hui transformés en 14 pôles cliniques, 5 pôles médico-techniques et 7 pôles logistico-administratifs.⁶³ Les 14 pôles cliniques regroupent à eux seuls 95 services.

La constitution des pôles a permis de créer des transversalités au sein des services regroupés et de mutualiser les pratiques, c'est le cas notamment au sein de la consultation mutualisée de pneumologie du pôle CVR.

Cependant, en matière de prévention du cancer, la segmentation demeure entre chaque pôle puisque aucun pôle cancérologie n'a été créé et que la fédération de cancérologie ne fonctionne plus réellement dans les faits.

Les acteurs de prévention sont donc plutôt isolés chacun dans leur discipline. Les entretiens étayent ce constat. Par exemple, l'infirmière de la consultation en pneumologie méconnaît la pratique de « consultation d'annonce infirmière » mise en place au sein des consultations de gynécologie et inversement.⁶⁴ Les personnes rencontrées au sein des services, dans la quasi totalité des cas, disent ne pas communiquer avec d'autres services sur leurs pratiques de prévention.

Cette segmentation et l'absence de coordination qu'elle corréle est largement préjudiciable aux actions de prévention du cancer.

D'une part, les entretiens ont révélé de nombreuses pratiques isolées, souvent bien élaborées par l'équipe : c'est le cas de l'accompagnement du patient lors de l'annonce du diagnostic et des suites thérapeutiques dans les consultations de pneumologie et de gynécologie. Cependant, les personnes ressources impliquées : recours à une infirmière clinicienne, à un psychologue et à une infirmière sophrologue ne sont pas les mêmes. Il pourrait être intéressant de faire se rencontrer les acteurs, d'évaluer les deux actions et d'élaborer une méthodologie commune applicable à d'autres consultations adultes impactées par un diagnostic d'annonce et elles sont nombreuses au sein du CHU : gastro-entérologie ou dermatologie, par exemple.

D'autre part, les entretiens ont également révélé une pratique diffuse d'éducation thérapeutique ou d'information thérapeutique durant les phases de traitement. Ces actions n'étaient absolument pas protocolisées et émanaient la plupart du temps d'un

⁶² Entretien avec le médecin au CCAA, réalisé le 14/06/04

⁶³ Annexe 4

⁶⁴ Entretiens réalisés avec une IDE de pneumologie et une infirmière clinicienne des consultations de gynécologie

membre de l'équipe formé ou d'un savoir faire infirmier acquis après des années d'expérience au sein du service. Les personnels soignants, de leur propre chef, ont acquis dans leur pratique la nécessité de dispenser des actions de prévention tertiaire aux patients. Là encore, une méthodologie commune, plus poussée, couplée à une formation systématique permettrait de donner une valeur ajoutée importante à ces actions de prévention du cancer.

Ce manque de coordination, cette segmentation réduit la portée et surtout la potentialité du CHU en tant qu'acteur de prévention du cancer : la motivation des acteurs existe, les actions sont mises en œuvre parfois mais leur émiettement au sein de l'institution ainsi que leur « amateurisme » dans bien des cas les limitent, au déficit du patient.

Cette absence de coordination est concomitante d'un manque de communication manifeste sur les actions de prévention au sein de l'établissement.

D'une part, comme évoqué précédemment, les acteurs de la prévention du cancer ne savent pas ou peu comment travaillent leur pairs dans des disciplines d'organes différentes puisqu' aucune des actions n'est valorisée à l'échelle de établissement par un plan de communication.

D'autre part, il est difficile pour les acteurs de prévention de se faire connaître et reconnaître au sein de l'institution.

La consultation de tabacologie existant depuis 1975, son identification ne pose pas de problème, preuve en est, les consultations à destination des membres du personnel n'ont de cesse d'augmenter. Les supports de communication du réseau « Hôpital sans tabac » : signalétiques, affichage, favorisent la communication concernant ses actions, sa localisation...

Pour l'équipe de liaison en alcoologie, cette visibilité est bien plus difficile. Créée depuis trois ans, son existence au sein d'un établissement aussi vaste, faute peut être d'une communication systématique, n'est pas entérinée par l'ensemble des services de soins. Ainsi, ses missions tel notamment le repérage précoce ne sont pas totalement effectives car les services, qui ne la connaissent, pas ne peuvent pas faire appel à elle.

Enfin, le CHU de Toulouse possède un site intranet et Internet, outils majeurs de communication aujourd'hui. Si l'on se réfère à d'autres CHU et notamment à celui de Montpellier, la communication sur la prévention est mise en avant à la fois sur intranet où tous les projets en lien avec la prévention se retrouvent sous un item commun ainsi que sur Internet où les patients peuvent consulter dans une rubrique prévention les différentes activités dispensées au sein de l'établissement dans ce domaine. Ce n'est pas le cas à Toulouse où, sur intranet, les protocoles formalisés concernant la prévention ne font pas

l'objet d'une visibilité particulière. Quant au site Internet, il ne fait pas état des activités de prévention de l'établissement.

L'absence de coordination des actions de prévention induit un déficit méthodologique préjudiciable et une absence d'évaluation, limitant leurs effets à moyen terme. Le déficit de communication institutionnel sur ces mêmes actions tend à freiner d'autant plus leur valorisation au sein de l'établissement et à l'endroit des acteurs externes, marquant le manque d'une politique globale concernant la prévention en général et la prévention du cancer en particulier.

Ce constat est appuyé par l'existence d'une formation incomplète des acteurs en matière de prévention.

C) Une formation incomplète des acteurs dans le domaine de la prévention

a) *Les actions de formation des acteurs de la prévention*

L'éducation, la formation constituent un levier de changement fondamental en matière de transformation des références culturelles d'un individu ou d'un groupe : c'est l'essence même de l'éducation du patient. Dans la problématique qui lie prévention et hôpital et où les freins culturels sont d'importance, le changement de l'univers de référence des acteurs hospitaliers passe nécessairement par la formation. Cependant, la place de la prévention dans la formation initiale ou continue reste limitée. Les personnes rencontrées identifient ce manque de formation comme un frein dans la moitié des entretiens.

La formation initiale des médecins et infirmières, qui représentent une part conséquente des effectifs hospitaliers, laisse peu de temps à l'enseignement de la prévention et des pratiques associées.

Dans le cadre des études médicales, une part très importante de la formation est dédiée au curatif. On dénombre peu de temps d'apprentissage lié à la prévention dans son ensemble et spécifiquement à la prévention du cancer: 4 objectifs terminaux sur 345⁶⁵. L'étudiant doit valider chaque année un module optionnel d'au moins 60 heures. Dans la liste de modules proposés figure un unique module concernant la prévention : « le rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective ».

⁶⁵ Programme officiel des études médicales de deuxième cycle, arrêté du 10-10-2000

Le Rapport 2003 de l'IGAS⁶⁶ confirme ce constat: la formation médicale telle qu'elle est pensée et organisée aujourd'hui, couplée par la suite à des conditions d'exercice difficiles, ne permet pas aux médecins de s'investir pleinement dans la prévention.

La prédominance du curatif dans le cursus de formation initiale se retrouve dans la formation des infirmières. L'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) propose un module « santé publique » comprenant une partie obligatoire et une partie optionnelle. Le cancer fait également l'objet d'un module mais la prévention n'y est pas abordée de façon poussée. Chaque formateur, au sein des grands modules enseignés : (Soins Infirmiers aux personnes atteintes d'affections neurologiques, Soins Infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses, par exemple) peut choisir de développer ou non les aspects de prévention dans ses cours. L'enseignement de la prévention dans ses différents volets : primaire, secondaire et même tertiaire est donc plutôt aléatoire.

Face aux manques de la formation initiale, la formation continue constitue une impérieuse nécessité.

Cependant, le plan de formation 2004 du CHU de Toulouse destiné aux agents non-médicaux ne propose pas un nombre important de formations consacré à la prévention : 12 formations sur 480 formations proposées. Seules 3 formations sont spécifiques au cancer, 2 aux facteurs de risque liés à la maladie.

De plus, la proportion des agents suivants ces formations est faible. A titre d'exemple, durant l'année 2003 et le premier semestre 2004, 7 agents ont suivi la formation « chimiothérapie en cancérologie », 22 agents étaient inscrits en première ou deuxième année de DU d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, 16 en DU d'éducation pour la santé des patients. La plupart sont des IDE, viennent ensuite les diététiciens et les masseurs kinésithérapeutes.

Le palmarès des formations fait ressortir une attraction plus importante vers des formations axées sur les soins et surtout vers les formations ayant un caractère obligatoire telle la sécurité incendie.

Si l'on s'intéresse également aux formations directement liées aux facteurs de risque du cancer telle que la formation à l'abord du fumeur, le nombre d'agents formé est inférieur aux préconisations du Réseau Hôpital sans tabac. L'infirmière tabacologue souligne ainsi que : *« bien que la circulaire prévoit que tous les personnels hospitaliers doivent recevoir cette formation à l'abord du fumeur, trop peu de personnes sont encore formées : 294 depuis 2002 sur 9800 agents »*

⁶⁶ Rapport IGAS, Santé, pour une politique de prévention durable. 2003. 399 p.

Quant à la mission de formation de l'équipe de liaison au repérage précoce du patient en état de dépendance : « *les demandes sont rares* » souligne le médecin vacataire au sein de la structure.

La prévention est également le parent pauvre de la formation continue des médecins puisque aucune formation concernant la prévention ou le cancer n'est contenue dans le plan de formation médicale permanente de 2003.

La formation initiale et continue dans leurs définitions et organisations actuelles ne permettent donc pas de renverser le schéma culturel existant.

Ce constat interpelle d'autant plus que dans les entretiens et dans les observations réalisées au sein des services auprès des personnels paramédicaux, une pratique diffuse d'information du patient, d'éducation ou de relation d'aide auprès de malades souffrant de pathologies cancéreuses a été perçue.

Pour les professionnels de santé, le suivi de formations continues dans le champ de la prévention est donc sans doute considéré comme une nécessité de second ordre dans le cadre de projets de formation privilégiant avant tout l'efficacité technique demandée au quotidien dans les services, en particulier dans un CHU. Une politique volontariste et incitative de l'encadrement soignant et de la CME permettrait sans doute de donner une nouvelle orientation au plan de formation et à la participation des soignants et des médecins.

La formation initiale souffre des mêmes impératifs : l'urgence est d'abord de former des professionnels pouvant être opérationnels au lit du malade le plus rapidement possible.

A cette absence de formation des acteurs s'ajoute un autre élément freinant la démarche de prévention à l'hôpital : l'organisation du temps de travail.

D) Concilier prévention et organisation du temps hospitalier

Pour mener à bien l'ensemble des missions qui lui sont données, le CHU de Toulouse comme l'ensemble des établissements de santé, a besoin de personnels. Cependant, le contexte actuel l'oblige à se recentrer sur ses missions les plus urgentes ou aigues.

Les budgets hospitaliers connaissent les mêmes cycles que la conjoncture globale. Ainsi, depuis quelques années, le CHU de Toulouse a élaboré des plans d'économie ou d'équilibre mettant en œuvre des mesures permettant à l'établissement de s'insérer dans le budget qui lui est alloué. Avec l'instauration de la T2A, la nécessité de s'aligner sur des coûts hospitaliers optimums afin de réaliser des coûts de production de GHS inférieurs

aux tarifs rémunérateurs a également entraîné une politique d'économies importantes, notamment à l'égard du groupe 1.

Les effectifs de soins disponibles sont suffisants pour couvrir l'activité de soins mais le rythme de travail très soutenu est tourné vers le plus urgent : le soulagement de l'aigu, l'urgence.

Dans ce cadre, les actions de prévention dans les unités de soins ne peuvent s'effectuer que difficilement. Elles se font alors à l'occasion du soin, conditions qui ne permettent pas, d'une part, l'édification d'un diagnostic infirmier élaboré, la réalisation d'une action de prévention préparée et posée ; et, d'autre part, d'isoler ces actions au niveau des SIIPS et donc de les valoriser.

Cette densité de l'activité est également soulignée par le médecin pneumologue qui la pointe comme la raison principale de la prédominance du curatif dans l'activité médicale. Il est relayé en cela par l'ensemble des personnes rencontrées qui font du manque de disponibilité du personnel médical et soignant le second frein au développement de la prévention du cancer à l'hôpital après le manque de financements.

Le manque de temps est donc pointé par la plupart des acteurs. C'est aussi cet élément qui est évoqué par l'équipe de liaison concernant le faible recours à ses services de repérage précoce au sein des unités et notamment dans les services d'urgences.

Enfin, pour reprendre le constat de l'absence de formation continue des agents en matière de prévention, des effectifs en flux tendus ainsi que l'instauration des 35H font que les personnels se concentrent d'autant plus sur des formations bien ciblées. Comme le fait remarquer l'infirmière tabacologue : *« les cadres ont des difficultés à envoyer les agents en formation car il y a un manque de personnel dans les services, et parmi les formations obligatoires (gestes d'urgences, hémovigilance, sécurité incendie...) le tabagisme ne représente pas une priorité à leur yeux. »*

C'est pourquoi, la plupart des infirmières suivant des formations liées à l'éducation du patient ou l'éducation thérapeutique exercent dans des services où ce type d'action sont fortement attachées à la pratique quotidienne des soins : cardiologie, endocrinologie, diabétologie. Les services traitant des maladies aiguës sont peu représentés, tout comme les services accueillant des patients malades du cancer.

Des obstacles liés au cloisonnement du CHU de Toulouse vis à vis des autres acteurs de prévention externe, une absence de coordination de ces mêmes activités en interne induisant une méthodologie insuffisante, une absence de communication et de valorisation d'une part importante des activités, d'une formation à la prévention et à la

prévention du cancer peu diffusée doublée une organisation des pratiques soignantes tournées vers l'urgence et donc l'aigu limitent le développement structuré, coordonné et pérenne d'actions de prévention au sein de l'établissement.

Le CHU de Toulouse peut, toutefois, dépasser ces obstacles et asseoir une véritable politique de prévention du cancer au sein de l'établissement. Mais, cette politique doit également s'inscrire dans une politique de prévention globale affirmée au sein du système de santé dans son ensemble.

Ces éléments feront l'objet de préconisations dans la partie suivante.

3 CONSTRUIRE UNE POLITIQUE DE PREVENTION DU CANCER AU CHU DE TOULOUSE

Au regard de ce qu'il a été possible de constater lors des entretiens et des observations directes réalisées au CHU de Toulouse, l'établissement et l'hôpital dans son ensemble a besoin d'être conforté dans son rôle de prévention du cancer. Certains leviers de changements prépondérants peuvent appuyer l'instauration d'une politique structurée, pérennisée dans l'établissement. Cependant, pour être efficaces, ces préconisations locales doivent s'inscrire dans une politique globale de prévention au sein du système de santé.

3.1 Pour une politique de prévention durable au CHU de Toulouse

Pour asseoir une politique durable de prévention du cancer, le CHU de Toulouse doit donner une dynamique institutionnelle forte dans ce domaine et organiser, structurer ses activités.

3.1.1 Donner une dynamique institutionnelle forte

La définition d'une politique de prévention du cancer durable au sein de l'établissement passe par l'inscription de la prévention du cancer dans la politique de l'établissement au sein de textes institutionnels majeurs, mais également par la définition d'une politique de formation adaptée ou, enfin, par l'intégration du CHU dans le réseau des hôpitaux promoteurs de santé.

A) Inscrire la prévention comme priorité institutionnelle

Le CHU de Toulouse est en cours de rédaction du projet d'établissement 2005-2009, une impulsion peut donc être donnée afin d'intégrer la prévention du cancer au sein de objectifs du texte.

Le Projet médical comporte un axe cancérologie important puisque l'offre de soins hospitalière dans cette discipline est en train de se recomposer à Toulouse avec la création, à partir de 2007, du pôle européen de cancérologie sur l'ancien site du groupe AZF. Le site comprendra à la fois des soins et de la recherche publique et privée. Le CHU de Toulouse sera présent dans ce projet au titre de son activité d'oncologie médicale, l'oncologie chirurgicale restant au CHU sur un site unique, l'hôpital Rangueil-Larrey. Le projet médical sera donc prioritairement orienté vers cette nouvelle organisation médicale de l'oncologie dans le bassin sanitaire. Le volet prévention n'y sera malheureusement pas développé.

Cependant, on peut gager que la concentration des activités de cancérologie chirurgicale sur un même site favorisera le fonctionnement du Centre de Coordination en Cancérologie (3C) dont les missions de coordination pourront constituer un terrain favorable à la mise en œuvre d'actions de prévention notamment dans le domaine de l'éducation thérapeutique.

Le projet de soins infirmier, quant à lui, est résolument marqué par la prévention puisque les actions de prévention et d'éducation constituent un des « axes de progrès centrés sur la prise en charge des personnes soignées ».

Afin de développer les actions de prévention et d'éducation, la Direction du service de soins infirmiers a défini les objectifs suivants :

- valoriser et renforcer les consultations paramédicales pour la prise en charge des patients nécessitant des actions d'éducation et de prévention (diabète, hypertension, pathologies cancéreuses...)
- formaliser et harmoniser les plans de soins guides à visée éducative et assurer les liens dans le cadre du réseau « ville/hôpital ».
- Faire un bilan annuel des projets conduits
- Porter à la connaissance de l'ensemble de la communauté hospitalière les activités

Le projet de soins, également en cours de définition, associera des « fiches actions » à ces objectifs.

Cette priorisation des actions d'éducation et de prévention en particulier, notamment dans le champ du cancer, est déterminante. La sensibilisation des cadres via un projet de soins porté par la Direction du service de soins infirmiers et suivi par la commission du service de soins infirmiers permettra de donner une légitimité plus importante aux formations concernant l'éducation du patient et la formation mais également à des activités menées au sein des services.

Pour que l'affichage institutionnel d'une politique active en matière de cancérologie et de prévention soit viabilisé, le projet d'établissement doit être traduit dans le COM signé avec l'ARH. Il planifie pour 4 ans le soutien financier de la tutelle à certains des projets phares du CHU.

A ce jour, aucun projet de COM n'a été rédigé puisque le projet d'établissement lui-même n'a pas été encore entériné par les instances. Cependant, ce dernier devra assurer les moyens humains mais également logistiques des objectifs du CHU, notamment dans le cadre de la cancérologie pour laquelle le CHU devra avoir les moyens de répondre aux exigences du Plan cancer en matière de prévention, dépistage et accompagnement des patients.

B) Définir une politique de formation incitative

La dynamique institutionnelle passe également par la définition d'une politique de formation active dans le champ de la prévention.

Le CHU de Toulouse dispose d'un atout particulier dans la définition d'un changement culturel au profit de la prévention puisque la formation initiale des professionnels de santé est une de ses missions principales. A ce titre, il peut orienter le contenu des formations, toujours dans le respect des programmes définis par le Ministère.

La formation initiale des médecins a été réformée en 2001 et les enseignements concernant la prévention n'ont pas connu une augmentation notable. En exploitant le programme officiel⁶⁷ à dessein, les facultés de médecine peuvent mettre l'accent sur la prévention tout au long du cursus de formation.

Une sensibilisation est possible lors du module de sciences humaines en première année : à la faculté de Paris-Broussais, par exemple, deux heures sont explicitement consacrées à l'éducation du patient. D'autres cours permettent aux étudiants d'amorcer une réflexion sur la relation médecin malade, sur la prévention ou sur l'éthique médicale (la prévention est une des missions du médecin énoncées dans le code de déontologie). De plus, réaliser des stages dans un service qui pratique l'éducation du patient ou

⁶⁷ Programme officiel des études médicales de deuxième cycle, arrêté du 10-10-2000

l'éducation thérapeutique peut également être l'occasion d'approfondir la formation dans ce domaine.⁶⁸

Enfin, le programme étant décliné par pathologie, pour chacune d'elle l'enseignement de l'éducation du patient et de la prévention peut être intégré.

Une démarche analogue peut être initiée au sein de l'IFSI et des écoles paramédicales en général.

Le programme officiel des IFSI est construit autour d'un enseignement par grandes pathologies, le Directeur de la formation et de l'école peuvent élaborer une démarche pédagogique tenant compte des objectifs du projet de soins et intégrer un volet prévention important dans les différents cours. Les travaux dirigés peuvent aussi être le lieu d'un apprentissage de la démarche éducative comme ils le sont pour la démarche de soins : apprentissage du diagnostic éducatif, de l'élaboration d'une démarche éducative, du travail avec un groupe de patients...

La formation continue est également un élément moteur du changement culturel en faveur de la prévention.

La formation médicale continue est la prérogative de la CME qui, par le biais d'une sous-commission, définit les besoins du personnel médical en la matière. Le projet médical étant fortement marqué par la cancérologie, la commission médicale devrait adapter le plan annuel de formation permanente aux exigences de la nouvelle politique médicale en matière de cancer. De plus, elle devra également se conformer à la loi de santé publique du 9 août 2004 qui dispose dans son Article L. 4133-1 : « *La formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique.* »

La formation permanente des agents hospitaliers est formalisée, quant à elle, par un plan de formation tenant compte des orientations institutionnelles et des besoins formulés par la Direction des ressources humaines, la Direction du service de soins et, désormais, les pôles. L'existence d'un projet de soins axé sur la prévention et l'éducation du patient, notamment dans le domaine du cancer, devrait permettre l'édification de nouvelles formations dans ce champ afin d'augmenter l'offre à disposition des agents.

⁶⁸ SANDRIN BERTHON B., Education pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? Etat des lieux et recommandations, mars 2002, 85 pp

Par ailleurs, pour les IDE, la formation permanente signifie aussi: spécialisation, notamment en diagnostic clinique. Les entretiens réalisés ont montré l'importance jouée par les infirmières cliniciennes dans les actions de prévention secondaire et tertiaire. Cette compétence des infirmières cliniciennes en la matière est soulignée par le Président de l'Anfiide : *« les infirmières cliniciennes abordent les situations de soins dans une approche interdisciplinaire où les compétences relationnelles et éducatives sont déterminantes. Elles jouent également un grand rôle dans la promotion de la santé. »*⁶⁹ Ce rôle dans l'éducation du patient n'est qu'un prolongement de deux de leur missions essentielles : la consultation, durant laquelle elle pose leur diagnostic infirmier, et la formation qu'elles exercent à l'endroit de leurs pairs comme des patients et de leur famille.

Le CHU de Toulouse a déjà engagé un mouvement de formation des infirmières à la clinique : 80 IDE seront formées ou sont en cours de formation. Cette démarche devrait s'accroître du fait de la priorisation de cette formation par la Direction du service de soins infirmiers.

Cette spécialisation de la pratique infirmière devrait de plus s'intensifier puisque le Rapport Berland intitulé « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » prône la création de métiers comme celui d'infirmière clinicienne spécialisée dont le travail consisterait notamment à faire le suivi des consultations de pathologies chroniques en particulier dans les services de cancérologie.⁷⁰

La prévention du cancer devrait donc intégrer fortement la pratique soignante dans un futur proche.

Formation initiale et formation continue de l'ensemble des acteurs de soins peuvent donc dans ce contexte d'évolution, être un facteur clé de la dynamique institutionnelle en faveur du développement d'actions de prévention du cancer au CHU de Toulouse.

⁶⁹ IVALDI C., *Infirmière clinicienne, une expertise enfin reconnue ?* L'infirmière magazine mai 2004, n°193. p39

⁷⁰ Ibidem

C) Adhérer au réseau des hôpitaux promoteurs de santé⁷¹

Un signe fort et structurant pour l'ensemble des acteurs hospitaliers de cette volonté institutionnelle consisterait également en l'adhésion du CHU de Toulouse au réseau des Hôpitaux promoteurs de santé.

Dès 1992, la charte de Budapest propose des objectifs d'évolution aux hôpitaux. Il s'agit d'encourager des démarches participatives, de développer des programmes éducatifs et informatifs pour les patients, leurs proches et le personnel. Il y est souligné que l'hôpital doit être un modèle pour les services de santé et les lieux de travail, en mettant l'accent sur les conditions de travail, la qualité et la nourriture, en prenant conscience de l'impact de l'environnement hospitalier sur l'état des patients, du personnel et de la communauté. L'hôpital est invité à s'ouvrir sur la communauté et sur la ville en améliorant sa collaboration avec les services sociaux et de santé.

La Déclaration de Vienne renforce la Déclaration de Budapest en 1997 en proposant des stratégies d'implantation du projet des hôpitaux promoteurs de santé. L'adhésion au réseau permet de :

- améliorer l'information, l'éducation, la communication (entre les personnels et patients, mais aussi dans l'équipe d'encadrement, avec les services sociaux de la communauté, les groupes de volontaires, les organisations extérieures) ;
- favoriser la participation des professionnels (y compris extérieurs de l'institution), des patients, de leurs proches ;
- utiliser des méthodes de gestion de projet, de développement organisationnel ;
- échanger des expériences avec d'autres hôpitaux promoteurs de santé, en adhérant aux réseaux régionaux, nationaux et internationaux.

Aujourd'hui 700 hôpitaux en Europe ont adhéré au réseau. Ils sont 17 en France.

Les institutions hospitalières qui souhaitent adhérer au réseau des hôpitaux promoteurs de santé doivent :

- Suivre les recommandations dictées par l'OMS en souscrivant aux principes fondamentaux et aux stratégies de mise en œuvre reprises dans la déclaration de Vienne, en adhérant au réseau national ou régional, en se conformant aux

⁷¹ BUTTET P. L'hôpital, promoteur de santé, RHF, mai-juin 2004, n°498. p 46

décisions et aux règles établies aux niveaux international et régional par les membres du réseau international, l'OMS et le coordinateur européen;

- participer aux réunions périodiques du réseau (partage des expériences en cours, échanges d'idée et de documentation, ouverture sur les projets internationaux) ;
- régler une cotisation annuelle ce qui inclut la cotisation de 100 US\$ à l'OMS.

L'adhésion à ce réseau permet d'inscrire l'établissement dans une dynamique commune interne et externe de promotion de la santé et donc d'éducation du patient et de prévention. Elle est un facteur de changement culturel fort et assurera au CHU de Toulouse un label qualité et un label européen.

L'affirmation institutionnelle de la prévention comme un axe fort de la politique du CHU de Toulouse est une cause nécessaire à l'installation durable d'une vraie politique de prévention de la maladie et également de la promotion de la santé au sein de l'établissement. La cause suffisante est constituée par la définition d'une organisation de la pratique des activités de prévention.

3.1.2 Organiser une pratique intégrée des activités de prévention du cancer

D'une part, les entretiens ont souligné le manque de coordination et donc de structuration des activités de prévention du cancer au sein de l'établissement. Le CHU de Toulouse, à l'instar d'autres grands établissements du même type, doit pallier cette difficulté et créer une structure ad hoc. D'autre part, l'activité elle-même de prévention du cancer doit être plus développée au sein des services.

A) Structurer les pratiques de prévention du cancer

Cette structuration doit permettre le développement d'une politique interne et externe au CHU de Toulouse en matière de prévention du cancer.

a) *Un pôle prévention comme coordonnateur des pratiques intrahospitalières*

Le projet d'établissement 2001-2004 a engagé le CHU dans une démarche de gestion novatrice puisqu'il a projeté la constitution du CHU en pôles d'activité.

L'organisation en pôle a été entérinée par le Conseil d'administration, le 12 janvier 2004. Désormais, le CHU est organisé en 26 pôles de gestion : 14 pôles cliniques, 5 pôles médico-techniques et 7 pôles logistico-administratifs. Les pôles sont constitués de

disciplines d'organes associées : le pôle des voies respiratoires associe, par exemple, la pneumologie, l'ORL et la chirurgie thoracique. Dans cette logique d'association, les activités transversales comme l'hygiène, la nutrition ou la cancérologie doivent être organisées. En effet, il était peu aisé de mettre sur pied un pôle cancérologie car celui-ci amputerait les pôles, organisés en disciplines d'organes, et n'aurait pas de cohérence médico-économique. Le choix de l'institution a donc été de regrouper sur un même site (Rangueil / Larrey) les activités de cancérologie pour que, au delà des pôles, une proximité et une dynamique de site puissent se mettre en œuvre avec le relais du 3C, notamment.

Cette problématique de la transversalité se retrouve également dans le domaine de la prévention. La prévention du cancer comme de toute autre maladie est réalisée au sein des pôles, au plus près des malades. Faut-il créer une structure dénommée « pôle prévention et éducation » qui détache ces activités des services pour créer des connections entre elles au risque de les déconnecter de la pratique clinique ? Un comité transversal semble plus approprié car tout en ayant la notion de spécialisation d'un pôle, il ne comporte ni lits, ni patients et apporte une structuration des actions dans ce champ.

Ce comité transversal ne doit pas se borner à édifier une politique de prévention du cancer uniquement, il doit être le creuset d'une politique globale de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Cependant, le cancer, priorité nationale, peut être un moteur pour son édification.

La mission de ce comité est d'encadrer la pratique de la prévention dans l'établissement en étant un support technique pour les services : en réalisant un encadrement méthodologique; en assurant une sélection des projets : validation, évaluation ; en définissant des actions de formation sur la prévention ; en effectuant le suivi des projets : réponse aux appels à projet des tutelles, suivi des crédits ; en élaborant des actions de communication sur les projets ; en coordonnant le travail des activités existantes : consultation de tabacologie, équipe de liaison en alcoologie et en assurant une interface avec les acteurs externes. Il n'a pas vocation à mener en son sein des actions de prévention : consultations...

Le comité doit s'intégrer dans le projet de gestion en s'inscrivant dans la délégation aux activités transversale. A l'image de ce même projet de gestion, il comité doit avoir un pilotage médico-économique et soignant. Le Directeur coordonnateur des pôles cliniques, un médecin désigné par la CME et un Directeur des soins animent la structure. Un attaché d'administration hospitalière aux activités transversales les assiste dans leur tâche ainsi qu'un cadre supérieur de santé.

L'organe principal du comité est une assemblée composée du Directeur de la formation, de deux cadres impliqués dans des projets de prévention ou d'éducation, d'un médecin du travail, d'un médecin impliqué dans des projets d'éducation ou de prévention ; en sus du Directeur coordonnateur, du Directeur des soins et du médecin de la CME. Le cas échéant, des personnes invitées peuvent prendre part à l'assemblée, notamment dans le cadre d'édification de partenariats extérieurs.

Cette assemblée a pour mission de :

- définir la politique du CHU en matière de prévention et d'éducation en liaison avec le projet médical et le projet de soins ;
- définir une politique de formation adaptée ;
- valider les outils méthodologiques et les supports de communication élaborés ;
- valider et hiérarchiser les projets réalisés par les équipes.

La méthodologie et la formation constituent des objectifs primordiaux pour cette entité. Des passerelles avec le CRES peuvent être alors instaurées sur ces thématiques : suivi, évaluation des projets, méthodologie en prévention. La Direction de la formation constitue également un relais important pour les autres formations : formation à l'abord du fumeur, ou repérage précoce des addictions, DU d'éducation thérapeutique...

La coordination et le suivi des projets sont également deux objectifs fondamentaux. Cette entité devra s'attacher, en premier lieu, à établir un recensement des activités de prévention, tout d'abord dans le champ du cancer. A partir de ce recensement, des projets seront priorisés par l'assemblée en fonction, par exemple, des possibilités de financement ou de leur inscription dans les priorités institutionnelles. Une aide méthodologique de la structure apportée aux équipes sur le terrain viendra viabiliser le projet qui sera ensuite validé par l'assemblée. Cette validation sera systématiquement accompagnée d'une communication interne et externe. La communication interne s'appuiera sur une diffusion des comptes-rendus des assemblées à tous les cadres supérieurs de santé, médecins coordonnateurs et Directeurs délégués de pôles, sur l'affichage d'une rubrique prévention sur intranet qui contiendra toutes les informations utiles sur la structure, ses missions, ses objectifs, les formations proposées ainsi que les projets labellisés. Un bilan annuel de l'action du comité sera présenté en CME, en CTE et en CSSI. La communication externe sera portée par le site Internet du CHU qui comportera une rubrique prévention qui retracera le rôle de l'hôpital dans la promotion de la santé et qui détaillera son organisation en la matière.

Dans les entretiens, le cloisonnement des activités de prévention du cancer a été mentionné comme une limite à leur développement en interne et en externe. En interne,

le comité permettra, en élaborant des méthodologies et des formations communes, d'harmoniser les pratiques mais également de susciter des passerelles entre les disciplines d'organes et de créer des projets transversaux.

Le cloisonnement du CHU par rapport aux autres intervenants externes de la prévention constituait un écueil important au développement de la prévention du cancer au sein de l'établissement. Le comité devrait permettre de créer une interface avec la sphère médico-sociale et les associations oeuvrant dans ce domaine. Les intervenants extérieurs auront un intervenant interne unique, ce qui facilitera les échanges mais également les partenariats. Les partenaires externes, le cas échéant, seront invités aux assemblées du comité afin de valider ou évaluer les projets réalisés en commun.

Cette unicité de structure donnera ainsi une visibilité plus importante au financement des activités de prévention. Une gestion centralisée des projets par une structure spécialisée permettra une réponse systématique aux appels à projet de la tutelle mais également la sollicitation d'autres acteurs de financement dont les collectivités locales.

Certains établissements ont souhaité donner une dimension géographique forte à leurs structures de santé publique. C'est le cas à Nice où le pôle de santé publique, dans l'esprit du principe de santé communautaire, s'est installé en centre ville dans le cadre de l'ancien hôpital Saint Roch. Le site de l'Hôtel Dieu, dans le centre ville de Toulouse, semble correspondre à la fois à la logique de transversalité et de proximité du projet. De plus, la proximité de la PASS permettrait également d'élaborer un espace santé plus ample, noyau peut être d'une plate-forme de santé publique intégrant, dans un second temps, des actions éducatives auprès de la population.

Ce comité hospitalier d'éducation et de prévention pourrait constituer une base solide dans le cadre de la structuration de la politique de prévention du CHU de Toulouse. Les moyens à mettre en œuvre ne sont pas pléthoriques puisque la plupart des acteurs : Directeur des soins, cadre supérieur, attaché d'administration sont déjà en poste notamment au titre de la délégation aux activités transversales.

Si le cancer a été choisi comme premier terrain d'application de cette structure, ce n'est pas par facilité mais bien par opportunité car des échéances passionnantes se profilent à l'horizon 2007 dans ce domaine permettant peut être une interaction importante entre les sphères publiques et privées dans le domaine de la prévention. C'est pourquoi le CHU de Toulouse doit d'ores et déjà développer sa politique en la matière pour être moteur au sein du futur cancéropôle européen.

b) *Développer une structure d'interface entre l'ensemble des acteurs de prévention du cancer*

Le cancérpôle européen, en projet à Toulouse, réunira sur l'ancien site AZF l'oncologie médicale privée et publique avec, notamment, le transfert du CLCC Claudius Regaud et l'implantation de lits publics et privés. Dans une logique de campus intégré, à l'américaine, ce site recevra également des unités de recherche INSERM et des laboratoires privés : Pierre Fabre et Sanofi Synthélabo. Ce pôle européen constituera un ensemble unique en France et sera identifié comme le site de la lutte contre le cancer.

La prévention pourrait, au côté des soins et de la recherche, occuper une place sur le site mais une prévention de pointe, à l'image de celle dispensée dans le centre Epidaure à Montpellier.⁷²

Ce centre de prévention pourrait être un espace alliant information, formation, évaluation et recherche. Il proposerait une information scientifique adaptée à un large public pour comprendre et apprendre la santé. Il dispenserait des formations en prévention auprès d'enseignants et de professionnels de santé, fournirait des outils pédagogiques et mettrait en place des recherches en épidémiologie et en sciences. Cette structure au carrefour de nombreux domaines : santé, recherche, éducation pourrait être également un carrefour pour de nombreux partenaires associés dans la prévention du cancer : collectivités locales, assurance maladie, universités, établissements de santé, laboratoires privés, associations dont la ligue ou le CRES, secteur médico-sociale et permettrait de fédérer les actions.

Ce type d'espace de prévention trouverait sa place dans un projet de cancérpôle européen car, à son image, il allierait à la fois formation et recherche. Le relais avec la dimension soignante pourrait se faire grâce au comité hospitalier d'éducation et de prévention du CHU, par le biais de formations partagées ou la construction de projets d'activités ou de recherche communs de grande ampleur sur la prévention du cancer. Le cloisonnement interne et externe du CHU serait alors abandonné au profit de la définition d'une politique intégrée de la prévention du cancer au niveau régional.

Le projet cancérpôle européen constitue un projet d'avant-garde. A ce titre, au coté d'un l'espace de prévention de pointe du cancer alliant épidémiologie et formation, l'onco-génétique, activité de prévention du cancer de haut niveau devrait également trouver une place de choix. Elle se développerait en étendant le partenariat élaboré avec l'ICR à

⁷² Visite du site le 21 juillet 2004, Espace Epidaure, Val d'Aurelle, Montpellier

d'autres structures de soins privées présentes sur le site mais également en créant des passerelles avec les équipes de recherches publiques et privées.

Le CHU de Toulouse peut donc structurer son activité de prévention du cancer au sein d'un comité hospitalier de prévention et d'éducation dont les prérogatives pourront être élargies à l'ensemble des champs de la prévention, dans un second temps.

Cette structuration est un préalable nécessaire dans le cadre du projet de canceropôle européen qui possède des potentialités importantes en matière de prévention si les décideurs choisissent d'intégrer une dimension préventive et prédictive à l'activité du site.

B) Développer les activités de prévention du cancer au sein des services

Le comité hospitalier d'éducation et de prévention peut également être promoteur d'activité de prévention du cancer au sein des services.

Le développement de l'addictologie au sein du CHU serait une mesure de prévention secondaire et tertiaire intéressante à mettre en œuvre au sein du CHU.

Une Circulaire de 2000⁷³ définit la place et le rôle des établissements de santé en matière d'addictologie et prévoit un renforcement des moyens pour qu'ils accomplissent leurs missions dans ce domaine. Elles sont chargées d'assurer un travail de repérage et, à la demande des soignants des services concernés, d'intervenir auprès de patients susceptibles d'entrer dans la dépendance. Elles ont aussi un rôle de formation auprès des personnels afin qu'ils développent eux-mêmes ce réflexe de détection. Enfin, les équipes de liaison aident à l'élaboration de protocoles indiquant aux soignants la conduite à adopter face à ces patients. Repérage précoce des conduites addictives dont l'alcool et le tabac, formation des professionnels à cette fin, ces équipes de liaison entrent pleinement dans un dispositif hospitalier de prévention du cancer.

L'appel à projet est bien entendu désormais caduc. Cependant, dans le cadre des AC, ce type d'activités peut faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARH surtout si elles s'insèrent dans un projet global comme celui du comité hospitalier d'éducation et de prévention.

⁷³ 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.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique introduit de nouvelles activités hospitalières en matière de prévention notamment les consultations de santé publique qui devront être organisées. L'article 9 dispose ainsi :

« Art. L. 1411-6. - Sans préjudice des compétences des départements prévues à l'article L. 2111-2, des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés. Dans le cadre de ce programme sont prévus des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé. »

« Art. L. 1411-8. - Tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux et tous autres organismes de soins ou de prévention peuvent, dans les limites fixées par les dispositions législatives et réglementaires, concourir à la réalisation de tout ou partie des programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6. »

Le CHU de Toulouse est le CHU de France effectuant le plus de consultations externes (688 000 en 2003). Cette activité de consultation de prévention et de dépistage s'inscrit donc dans une pratique bien ancrée dans l'établissement. Ces consultations dédiées permettront d'isoler l'action de prévention et de dépistage de celle du diagnostic ou du suivi de la pathologie, ce qui gagera d'une démarche médicale élaborée autour de la prévention et également d'un temps proprement dédié à cette pratique.

Le Plan cancer préconise également la création de consultations d'annonce de la maladie. Selon le Rapport de la Commission Cancer qui a remis ses conclusions en janvier 2003, la consultation d'annonce est *« une consultation longue et spécifique, dédiée à l'annonce du diagnostic, du plan thérapeutique ou d'une éventuelle récurrence »*. Peu à peu, cette consultation s'est enrichie d'autres éléments qui l'ont transformée en un dispositif d'annonce. Se sont notamment ajoutées des consultations pluridisciplinaires qui décident ensemble du projet thérapeutique le plus adapté pour le patient.

« La consultation d'annonce ne se résume pas à une simple entrevue médecin-patient, remarque Julietta Hofmann, chargée de l'accompagnement de l'expérimentation de ce dispositif à la Ligue nationale contre le cancer. « Elle inclut la possibilité d'un accompagnement psychologique pour le patient pour mieux vivre sa maladie. Au cours du dispositif d'annonce, le patient est reçu au moins deux fois par des professionnels de santé, pas forcément les mêmes qui vont prendre le temps de lui expliquer sa maladie (ou une éventuelle rechute) ainsi que le traitement qui y est associé. » Généralement le

diagnostic est réalisé par un médecin oncologue, explique Julietta Hofmann, puis celui-ci est relayé par une infirmière ». ⁷⁴

Les consultations porteuses d'actions de prévention secondaire et tertiaire (accompagnement, information du patient de la phase d'annonce à la phase de traitement) assez proches dans leur organisation des consultations d'annonce prévues par le Plan cancer étaient déjà organisées dans certains services dont la gynécologie ou la pneumologie. Cette préconisation permettra d'institutionnaliser cette pratique et de demander les moyens afférents à la tutelle pour les généraliser dans l'établissement.

Les actions de prévention du cancer, si elles bénéficient d'une coordination et d'un suivi centralisés des projets, doivent pouvoir également bénéficier d'un soutien au sein des services du fait de la dimension du CHU et de la multiplicité des projets. C'est pourquoi, la constitution de référents ou correspondants d'éducation ou de prévention au sein des unités peut constituer un facteur déterminant pour l'évolution culturelle des pratiques en faveur de la prévention, au plus près du lit des malades. Ces correspondants peuvent être constitués, dans un premier temps, par des médecins, des cadres ou IDE formés à l'éducation thérapeutique ou en éducation du patient qui suivraient une formation complémentaire en méthodologie. Ces correspondants auraient un rôle d'aide et de conseil auprès des équipes et pourraient également jouer le rôle de chef de projet, le cas échéant. Ce maillage de référents prévention et éducation au sein de l'établissement constituerait sur le terrain un relais solide de la politique de prévention.

Le CHU de Toulouse doit donc structurer son activité de prévention du cancer et l'enrichir par de nouvelles activités pour faire de la politique de prévention, une politique durable au sein de l'établissement.

Cependant, cette démarche volontariste locale doit être relayée au niveau national pour être effective et efficiente.

⁷⁴ FAVIER A.L , L'annonce de la maladie en expérimentation, Hospimédia, 27 août 04 (en ligne)

3.2 Faire de la prévention un axe fort de la politique sanitaire nationale pour asseoir les politiques élaborées localement

Les pouvoirs publics doivent établir une politique de santé nationale offrant à la prévention une place plus importante voire égale à celle du curatif.

Cette politique de prévention se doit d'accroître et pérenniser le financement des activités de prévention et réorienter les stratégies sanitaires au profit de la prévention.

3.2.1 Accroître et pérenniser le financement des activités de prévention

La part de la prévention dans les dépenses de santé doit s'accroître fortement. En 2002, ces activités ne représentaient que 2,3 % de la dépense courante de santé, soit 3,6 milliards d'euros, un niveau bien inférieur à celui d'autres pays européens.

Au Royaume-Uni, elles étaient estimées à 5% des dépenses publiques de santé en 1997-98. L'Allemagne, quant à elle, consacre à la prévention 6,9% de ses dépenses de santé en 2000.⁷⁵

La marge de progression des crédits de prévention en France est donc importante au regard de l'exemple allemand et les pouvoirs publics doivent s'attacher à rééquilibrer la part du curatif et du préventif dans le système de santé. Pour cela, il convient d'accroître et pérenniser le financement de la prévention hospitalière.

Dans un système de financement T2A, la valorisation des activités de prévention dans le système d'information et dans la nomenclature des actes est un préalable majeur.

Un nombre important des activités de prévention est réalisé au sein des services par des IDE. Or, encore aujourd'hui, les consultations infirmières hospitalières ne sont pas reconnues par la nomenclature de l'assurance maladie. Dans le contexte du Rapport Berland sur les compétences professionnelles qui prône notamment le développement des consultations des infirmières cliniciennes, l'instauration de cette nomenclature est d'autant plus requise.

Outre les consultations, les activités de prévention doivent être valorisées au sein du PMSI afin de pouvoir par la suite faire l'objet d'une rémunération tarifaire.

⁷⁵ Rapport IGAS, Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire, 2003. p56

A ce titre, les groupes homogènes de malades pourraient être enrichis afin de permettre un encodage optimal des séjours faisant l'objet d'une prise en charge intégrant la prévention. Cet enrichissement du panel des GHS est envisagé pour les séjours ayant trait à la mission de recours des CHU, il pourrait l'être également pour la prévention.

Cette valorisation pourrait être effectuée également à travers les SIIPS. Si les actes éducatifs sont présents dans ces indicateurs de charge d'activités dans le cadre des soins relationnels, ils ne sont mesurés que lorsqu'ils sont réalisés à l'occasion d'un acte posé. Une cotation systématique de ces actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire permettrait une mesure exhaustive de l'activité réelle de prévention des IDE et pourrait légitimer par la suite une contractualisation avec les ARH sur ces activités.

Cependant, il semble que la T2A ne concernera pas la totalité du financement des centres hospitaliers. En effet, lors de la séance du mardi 13 juillet 2004 ayant trait à la loi sur l'assurance maladie, M. Douste-Blazy a déclaré à l'assemblée nationale que « 50 % des budgets relèveront de la T2A et 50 % des missions d'intérêt général des services publics hospitaliers ».

Dans le cadre d'un financement T2A global, les missions d'intérêt général ne représentaient que 20 % de l'EPRD des établissements de santé. Au sein de ces 20%, la part de la prévention aurait été à contractualiser et à défendre dans les négociations avec l'ARH. Dans la perspective d'un financement T2A à 50%, la part des activités dites de service public ou d'intérêt général dont fait partie la prévention est largement valorisée. Quelle forme prendra le financement de ces 50% du budget ? La contractualisation avec l'ARH perdurera-t-elle, par exemple ? On peut penser que ce sera le cas. A présent, les termes de la négociation seront plus aisés et les activités de prévention non sacrifiées au profit d'autres activités d'intérêt général.

De plus cette existence d'un système mixte permettra peut être le maintien d'enveloppes nationales issues de l'ONDAM. Ainsi, une enveloppe budgétaire nationale pourrait être instaurée à l'instar de l'enveloppe réseau. Cette enveloppe pourrait être abondée par une ponction sur les enveloppes sanitaires et médico-sociales. La constitution de cette enveloppe faciliterait les négociations entre ARH et établissements et permettrait une homogénéisation du financement aujourd'hui dispersé.

Néanmoins, l'accroissement et la pérennisation du financement de la prévention ne peuvent être établis si ils ne viennent pas en accompagnement d'une réorientation des stratégies sanitaires au profit de la prévention.

3.2.2 Réorienter les stratégies sanitaires au profit de la prévention

L'IGAS a établi en 2003 deux Rapports d'importance visant à donner une place plus importante à la prévention du système de santé : « Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire » et « Santé, pour une politique de prévention durable ».

Le premier Rapport décrit les politiques de prévention développées dans trois pays étrangers : le Québec, la Finlande et le Royaume-Uni, expériences dont la France pourrait s'inspirer. Le second Rapport a pour but de livrer des mesures favorisant la construction de cette politique en France. En 2004, les pouvoirs publics semblent déjà avoir pris la mesure de ces nouvelles orientations à travers des textes majeurs.

A) S'inspirer des stratégies étrangères en matière de prévention

Le Québec, la Finlande et le Royaume-Uni ont en commun une culture de santé publique, la volonté de développer la promotion de la santé, et une réflexion sur la réforme du système de santé qui intègre la prévention sanitaire. Dans chacun de ces pays, la mise en œuvre de la prévention sanitaire se fait essentiellement au niveau local.

La prévention ne constitue dans aucun de ces pays un objectif spécifique mais elle est intégrée dans les réflexions en cours, qui font l'objet d'un large débat public, sur les politiques d'amélioration des systèmes de soins ainsi que sur les besoins globaux de financement. C'est particulièrement le cas au Royaume-Uni qui a décidé d'augmenter de 40 % les crédits du système national de santé et de consacrer une part accrue à la prévention, tandis que le Québec s'engage dans ce qui est appelé « le virage de la prévention », réforme assortie d'une enveloppe financière complémentaire non négligeable. Les démarches adoptées pour réformer les systèmes de santé qui impliquent de manière importante les autorités politiques font toutes référence à la nécessité de développer la prévention sanitaire, avec une tendance croissante à l'adoption du concept de promotion de la santé. L'organisation du système de soins a permis de développer des modalités de prise en charge qui tendent à favoriser la prévention : l'affiliation à un même médecin généraliste au Royaume-Uni, la mise en place de centres locaux de services communautaires, qui rapprochent les services sociaux et de santé au Québec, et surtout les centres de santé municipaux en Finlande qui réunissent dans un même lieu l'ensemble des services de soins, de diagnostic et de suivi sanitaire et social. Ces systèmes de soins primaires ont été privilégiés dans l'idée de faire du médecin généraliste, même spécifiquement rémunéré pour cela, le pivot de la politique de prévention. S'orientant vers une stratégie d'ensemble qui prend en considération l'individu dans son milieu, les politiques de promotion de la santé ne sont pas conçues comme un

moyen de maîtriser l'augmentation des dépenses de santé, mais comme un objectif, repris au plus haut niveau politique (par le Premier ministre au Royaume-Uni) d'améliorer l'efficacité des investissements en santé et notamment de réduire les inégalités sociales et régionales. Si la définition de la politique de prévention se fait au niveau national, elle n'est pas le seul fait des ministères en charge de la santé: des agences dédiées à la santé publique ont été récemment créées (institut national de santé publique au Québec, agence de développement de la santé au Royaume-Uni) ou renforcées (institut national de santé publique en Finlande) et permettent de regrouper avec souplesse et efficacité les disciplines et les compétences.⁷⁶

La mise en œuvre des politiques de prévention sanitaire est essentiellement locale, décentralisée en Finlande, déconcentrée au Royaume-Uni et au Québec, mode d'organisation qui facilite les actions de proximité et une approche associant le sanitaire et le social. Une réflexion sur la répartition des compétences entre professionnels de santé, notamment entre généralistes et infirmières se développe au Royaume-Uni comme au Québec. Mais de plus en plus, d'autres acteurs, les patients eux-mêmes dans la prise en charge de leur maladie au Royaume-Uni comme aux États-Unis, les travailleurs sociaux ou les associations ont tendance à émerger, et partout, des réflexions sont en cours sur la formation en santé publique au delà des médecins.

Les expériences finlandaises, britanniques et québécoises livrent donc des éléments favorisant l'implantation d'une politique de prévention effective et efficiente.

Dans cette veine, l'IGAS a rédigé en 2003 un Rapport visant à donner toute sa mesure à la prévention dans notre système de santé.

B) Développer la démarche de prévention en France

Le Rapport 2003 de l'IGAS met en exergue diverses préconisations pour donner une place plus importante à la prévention en France : mettant notamment l'accent sur une politique de proximité et sur le financement.

Privilégier davantage les approches sélectives, communautaires et territoriales ; réorienter l'activité des services de médecine préventive vers des stratégies de santé publique ; développer les démarches territoriales et de santé communautaire ; promouvoir une dynamique de la multidisciplinarité plutôt que de la spécialisation : mieux intégrer soin et prévention, adapter l'administration sanitaire aux exigences de la nouvelle politique de

⁷⁶ Ibidem

santé publique ; mieux former et rémunérer les professionnels impliqués sans créer une profession statutaire de la prévention ; construire une politique nationale de prévention des risques professionnels ; renforcer les connaissances, les savoir-faire et les outils de la prévention ; donner plus de moyens à une recherche pluridisciplinaire et indépendante ; renforcer et développer la formation à la santé publique ; mobiliser l'ensemble des professionnels concernés par la prévention : voici les préconisations de ce Rapport.

Il insiste notamment sur une politique de proximité de la prévention, mettant en exergue le concept de santé communautaire et en déclinant l'organisation afférente à cette politique de proximité.

Les risques ne se répartissent pas de manière aléatoire dans la population. Ils sont dans une large mesure culturellement, socialement et spatialement prédéterminés. Au sein même d'une catégorie de population des différenciations de culture, de mode de vie, d'appartenance à un groupe ou à un réseau de solidarité vont intervenir et déterminer la répartition des risques au sein de la population. Une politique de prévention doit nécessairement jouer sur ces déterminants, qui doivent être identifiés et compris au plus près du terrain, par une analyse des groupes envisagés dans leur environnement proche et leurs conditions de vie réelles. Une approche de proximité et de santé communautaire est, en matière de prévention, une nécessité dont il faut tenir compte lors de la définition des modes d'organisation et de coordination entre les intervenants dans les domaines du curatif et du préventif, du sanitaire et du social.⁷⁷

A ce titre, les auteurs du Rapport désignent la région comme opérateur d'une politique de prévention de proximité.

La région, en tant que collectivité territoriale, est jusqu'à présent restée en marge du mouvement de régionalisation de la politique de santé. Ni les conférences régionales de santé, ni le dispositif des agences régionales de l'hospitalisation n'ont prévu de faire de la région un partenaire. Compétente en matière de formation professionnelle, la région est appelée à jouer un rôle dans le développement des connaissances et des savoir-faire de santé publique. La politique régionale de santé nécessite des dispositifs d'observation, de recueil et de traitement statistique, de surveillance et de recherche de plus en plus sophistiqués et de moins en moins strictement sanitaires. D'une façon générale, enfin, la politique de promotion de la santé appelle une telle cohérence des politiques publiques qu'une institution comme la région ne peut plus longtemps être tenue à l'écart.

⁷⁷ Rapport IGAS, Santé, pour une politique de prévention durable. 2003. 399 pp.

Les préconisations de ces Rapports quant à l'organisation de la prévention au sein du système de santé français se sont d'ores et déjà traduits, ou en passe de se traduire, par des évolutions importantes qui donneront une impulsion déterminante à une politique de prévention globale, en particulier au sein des établissements de santé.

C) Vers un changement des objectifs sanitaires à court terme ?

La Loi de santé publique du 9 août 2004 et la Loi sur la santé publique du 13 août 2004⁷⁸ marquent sans aucun doute une nouvelle orientation de la politique sanitaire nationale au profit de la prévention.

Dans son ouvrage intitulé « L'impossible politique de santé publique en France »⁷⁹, Marc Lorient met l'accent sur les facteurs limitant la définition d'une véritable politique de santé publique globale en France. La loi de santé publique semble remédier à cet écueil français. En établissant les fondations d'une politique de santé publique, elle donne également une place importante à la prévention, activité de santé publique par excellence.

Les activités de prévention sont concernées par l'organisation mise en place dans le domaine de la santé publique. Une organisation nationale est créée avec notamment le Haut Conseil de la santé publique et le Comité national de Santé publique.

Article 2: « *Il est institué un Comité national de santé publique. Ce comité a pour missions de coordonner l'action des différents départements ministériels en matière de sécurité sanitaire et de prévention ; d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population ; de contribuer à l'élaboration de la politique du Gouvernement dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention et d'en examiner les conditions de financement.* »

Cette politique est relayée au niveau régional. La région prend une place importante dans la conduite de la politique de santé publique puisqu'un Plan régional de santé publique doit être élaboré : article 3 : « *En vue de la réalisation des objectifs nationaux, le*

⁷⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

⁷⁹ LORIENT M. L'impossible politique de santé publique en France, Paris, Edition Action Santé, 2002, 166 pp

représentant de l'Etat arrête, après avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12, un plan régional de santé publique. »

La Loi introduit de nouvelles activités de prévention verront le jour, notamment les consultations de prévention et de dépistage évoquées à l'article 9.

La lutte contre le cancer, dans le prolongement des orientations présidentielles, constitue également un axe important de la présente Loi.

Son Chapitre 2 marque la création de l'INca dont une des missions principales est le « *développement et suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation* ».

En outre, la prévention des facteurs de risque : tabac et alcool occupe également une place majeure dans le texte.

En ce qui concerne l'alcool, l'article 42 dispose que : « *le Gouvernement remet au Parlement un Rapport avant le 30 juin 2005 sur les conditions de la création d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme.* »

Les articles 45 et 50 s'attachent surtout à la prévention et au repérage par une formation des personnels du syndrome d'alcoolisation fœtale.

Enfin, la pérennisation d'une politique de prévention et de santé publique passe aussi par une sensibilisation des décideurs aux enjeux de santé publique. La constitution de l'EHESP participe de ce processus.

L'article 84 dispose : « *L'Ecole des hautes études en santé publique, établissement public de l'Etat à caractère scientifique, culturel et professionnel, est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales, de l'éducation et de la recherche. Elle a pour mission : d'assurer la formation des personnes ayant à exercer des fonctions de direction, de gestion, d'inspection ou de contrôle dans les domaines sanitaires, sociaux ou médico-sociaux et notamment de celles relevant du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des affaires sociales ; d'assurer un enseignement supérieur en matière de santé publique ; à cette fin, elle anime un réseau national favorisant la mise en commun des ressources et des activités des différents organismes publics et privés compétents ; de contribuer aux activités de recherche en santé publique ; de développer des relations internationales dans les domaines cités aux 1°, 2° et 3°, notamment par des échanges avec les établissements dispensant des enseignements comparables.* »

La création de cette école des hautes études permettra sûrement un rapprochement entre formation des décideurs hospitaliers et recherche en santé publique, influençant la culture

des premiers et donc la politique qu'ils conduiront dans leurs établissements en matière de santé publique et de prévention.

Le Rapport 2003 de l'IGAS ainsi que de nombreux observateurs ont pointé la segmentation des politiques de prévention entre assurance maladie, Etat ou médecine libérale. La Loi sur l'assurance maladie, en complément de la Loi de santé publique, va contribuer à cette organisation en créant les Agences Régionales de Santé.

Article 68 « Au plus tard un an après l'entrée en vigueur de la présente loi, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale désignent les régions qui, sur la base du volontariat, sont autorisées à mener pendant une durée de quatre ans une expérimentation créant une agence régionale de santé, qui s'appuiera sur l'expérience tirée du fonctionnement des missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale. Les agences régionales de santé sont chargées des compétences dévolues à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'union régionale des caisses d'assurance maladie. »

Mentionnées à l'article 67, les missions régionales de santé déterminent notamment : « le programme annuel des actions, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine. » (...) « La mission apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en oeuvre par le groupement régional de santé publique prévu à l'article L. 1411-14 du code de la santé publique. »

En unissant médecine de ville et médecine hospitalière, les ARS contribueront à une meilleure coordination et donc à l'efficacité des politiques sanitaires et des politiques de prévention en particulier qui, pour être efficaces, doivent pouvoir être appliquées en cohérence par l'ensemble des acteurs. De plus, la définition de politiques au niveau régional permettra une adaptation au plus près des besoins de la population, gage également de la réussite des actions de prévention.

Une politique de prévention nationale est en train de naître en 2004, fruit des préconisations de Rapports réalisés en 2003.

Face aux différentes difficultés illustrées par l'exemple toulousain, il est possible de proposer des solutions organisationnelles ou de nouvelles activités afin de doter le CHU de Toulouse d'une véritable politique de prévention du cancer. Cette politique a, de plus,

toutes les chances de porter ses fruits puisqu'il semble que les pouvoirs publics aient la volonté de la relayer au niveau national. Il faut désormais attendre les concrétisations de cette volonté dans la prochaine Loi de finances de la sécurité sociale.

CONCLUSION

La prévention du cancer à l'hôpital ne peut plus être considérée comme une mission marginale des établissements de santé. En effet, face au fléau que constitue le cancer, l'hôpital et le CHU de Toulouse en particulier possèdent des atouts indéniables pour participer à la prévention de la maladie comme à son traitement.

Néanmoins, si ce constat est relayé de plus en plus amplement par les pouvoirs publics, la mise en œuvre des actions de prévention à l'hôpital est grevée par de nombreux obstacles : financement, formation, cloisonnement des activités intra hospitalières, hospitalo-centrisme et culture du système de santé orienté vers le curatif.

Pourtant, une politique de prévention durable du cancer peut être instaurée au CHU de Toulouse grâce à une valorisation plus importante de l'activité, à l'action en partenariat et à une réorganisation des structures hospitalières au profit des actions de prévention. Cette politique locale doit être impérativement renforcée par une politique nationale d'envergure qui semble, d'ores et déjà, s'initier à travers le Plan cancer, la Loi de santé publique et la Loi sur l'assurance maladie. Cependant, même si la volonté des pouvoirs publics en matière de prévention s'affirme depuis quelques années, elle n'est pas souvent suivie du volet financier nécessaire à sa réalisation. Le gouvernement devra donc se donner les moyens de sa politique.

Si une politique globale de prévention des maladies s'instaure enfin en France, c'est le Rapport même des usagers français à leur système de santé qui va être bouleversé en profondeur. Sommes-nous prêts à devenir acteurs de notre santé ? Le défi majeur d'une politique de prévention à la française sera ainsi de concilier liberté et santé.

Bibliographie

RAPPORTS

- Rapport IGAS, *Santé, pour une politique de prévention durable*. 2003. 399 p.
- Rapport IGAS, *Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire*, 2003. 84 pp
- DREES, *Les dépenses de la santé dans les comptes nationaux de la santé* in Etudes et Résultats, n°247-juillet 2003. 8pp
- DREES, *Enquête alcool auprès des usagers du système de santé*, in Séries Statistiques, n° 53 – juin 2003.105 pp
- SANDRIN BERTHON B., *Education pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? Etat des lieux et recommandations*, mars 2002, 85 pp
- M. FRAGONARD/ *Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, 23 janvier 2004. 155 pp
- Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, *Plan cancer 2003-2007*, avril 2003. 44 pp

ARTICLES

- SANDRIN-BERTHON, B. MARTIN F. *L'hôpital, espace de prévention*. La Santé de l'homme. juillet-août 1996, n° 324. p. I.
- TERRAL C. *La prévention au CHU de Montpellier : que font les professionnels, que demandent les usagers ?*, La Santé de l'homme n° 324-juillet/août 1996 p 30
- NUMERO SPECIAL *Education des patients...formation des soignants*, La Santé de l'homme, Mai-juin 1999, 51 pp.
- BUTTET P./Coord. *Dossier : Les hôpitaux, promoteurs de santé en France*, La Santé de l'homme, juillet-août 2002, n° 360 p. 15-44.
- KRAJIC K. *Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital*, La Santé de l'homme N° 360-juillet-août 2002
- NUMERO SPECIAL , *L'hôpital et le cancer*, Gestion hospitalière - mai 2004 – n° 436, 98pp
- BUTTET P. *L'hôpital, promoteur de santé*, RHF, mai-juin 2004, n°498. p 46
- *Dossier : l'hôpital, promoteur de santé*, RHF, mai-juin 2003, n° 492. p 10 à 47

- IVALDI C., *Infirmière clinicienne, une expertise enfin reconnue ?* L'infirmière magazine mai 2004, n°193. p39
- LEURIDAN S., *Conseiller en génétique, un nouveau métier à l'horizon 2007*, Hospimedia, 12 mars 2004 (en ligne)
- FAVIER A.L., *L'hôpital au rang de la prévention*, Hospimédia, 19 juin 2003 (en ligne)
- FAVIER A.L., *L'annonce de la maladie en expérimentation*, Hospimédia, 27 août 2004 (en ligne)
- BOURGUEIL Y., *L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal ?*, RHF mai juin 2003, n°492. p 20
- AUJOULAT I. / *Une enquête sur les pratiques au CH de Dreux*, La Santé de l'Homme Nov dec 1999, n° 344. p12
- *L'épidémiologie des cancers en Midi-Pyrénées*, Bulletin de l'ORSMIP, mai 1999, n°47
- *Dépistage des cancers : les enjeux*, Vecteurs santé, juin 2001
- POMMIER J., *La perception de la santé publique des infirmières à l'hôpital*, 2004 (non publié)
- LARCHER G, *L'hôpital rattrapé par la santé publique*, Lettre de la fédération hospitalière de France, mai 2005, p 1

MEMOIRES

- WETTA C. *La prévention et le rôle de l'hôpital*. Mémoire de fin d'assistantat, section administration hospitalière. Ecole nationale de la santé publique, 1981. 155 pp.
- ANDRE M./ *La place de la prévention dans les établissements de soins : l'exemple de l'addictologie*. Module interprofessionnel de santé publique. Ecole nationale de la santé publique, 2003. 84 pp
- PICH-TRAVERSE S. , *La lutte contre le cancer : une priorité de santé publique. Eléments d'une politique globale en Haute-Garonne*, Mémoire de fin d'étude, ENSP, 2003. 81 pp
- DECQ A., *Les infirmières de la vocation à la profession*, mémoire de fin d'étude, IEP de Bordeaux, 2001. 145pp

OUVRAGES

- IMBERT J. *Les hôpitaux en France*, Paris, Edition Que sais-je ?, 1996, 124 pp
- LEVY A./ *Santé publique*, Paris, Editions Masson, 1998, 249 pp

- LORIOU M. *L'impossible politique de santé publique en France*, Paris, Edition Action Santé, 2002, 166 pp
- BRÜCKER G./ *Guide de l'hôpital sans tabac*, Vanves, éditions CFES, 1999, 125 pp

COLLOQUES

- *Le réseau des hôpitaux promoteurs de santé : de la théorie à la pratique*, Hôpital Expo – Paris, Porte de Versailles, 25/05/04
- Intervention à l'ENSP de Florence Da Silva, centre hospitalier de Dreux, juin 2004

TEXTES

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Programme officiel des études médicales de deuxième cycle, arrêté du 10 octobre 2000
- Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de Centres Hospitaliers et Universitaires
- Circulaire DH/EO2/DGS/200/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé
- Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme 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
- Circulaire DH/EO4 n°557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison La circulaire DHOS/SDO/OPRC 2004-264 du 11 juin 2004 relative au programme 2004 de soutien aux consultations d'oncogénétique circulaire DHOS/O2 n° 2003-285 du 13 juin 2003 relative à la création et au renforcement des consultations hospitalières de tabacologie
- Circulaire DHOS/DGS n° 2003-516 du 3 novembre 2003 relative à la participation des établissements de santé publics et participant au service public hospitalier au dépistage organisé du cancer du sein
- SROS 1999-2004 en Midi-Pyrénées, ARH, juin 1999
- SROS 2004-2009 en Midi-Pyrénées, ARH, juillet 2004

SITES INTERNETS

- www.chu-toulouse.fr
- www.sante.gouv.fr
- www.chu-montpellier.fr
- www.epidaure.fr
- www.inpes.fr
- www.hospimedia.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Entretiens réalisés et grille d'entretien type

Annexe 2 : Schéma explicatif du changement d'un comportement individuel

Annexe 3 : Charte des hôpitaux sans tabac

Annexe 4 : Organigramme du CHU de Toulouse

Annexe 1: Entretiens réalisés et grille d'entretien type

Service	Fonction	date
Direction de la qualité	Directrice	20/05/04
Direction des soins	Coordonnatrice générale	9/06/04
Gastro-entérologie	Cadre supérieur	23/06/04
Gynécologie hôpital de jour oncologie/consultations	Cadre de santé	19/05/04
hématologie	Cadre supérieur de santé	19/05/04 (entretien tél)
Consultations mutualisées de pneumologie	Cadre de santé	3/06/04
Fédération de nutrition	médecin	2/06/04 (entretien tél)
CCAA	médecin	14/06/04
Equipe de liaison en alcoologie	médecin	12/07/04
hématologie	Directrice	3/07/04 (entretien tél)
Pneumologie 3A	IDE	17/06/04
Pneumologie consultations	IDE	18/06/04
Ligue contre le cancer	Directrice	07/03/04
Pneumologie, hôpital de semaine	usager	14/06/04
Unité de coordination en tabacologie	IDE	18/05/05

Consultations de chirurgie maxillo-faciale	IDE	18/05/04(entretien tél)
Pneumologie	Chef de service	24/06/04
Médecine du travail	Médecin coordonnateur	2/06/04
Laboratoire d'oncogénétique	Généticien	24/06/04
Consultations de gynécologie	IDE clinicienne	19/05/04

Service	Fonction	date
DRASS	Médecin inspecteur	17/05/04
DDASS	Médecin inspecteur	16/05/04
INPES	médecin	28/05/04
Hôpital de Dreux	Coordonnatrice prévention	28/05/04
CHU de Montpellier	Directrice des soins	21/07/04
Epidaure	Visite du site	21/07/04

GRILLE D'ENTRETIEN TYPE

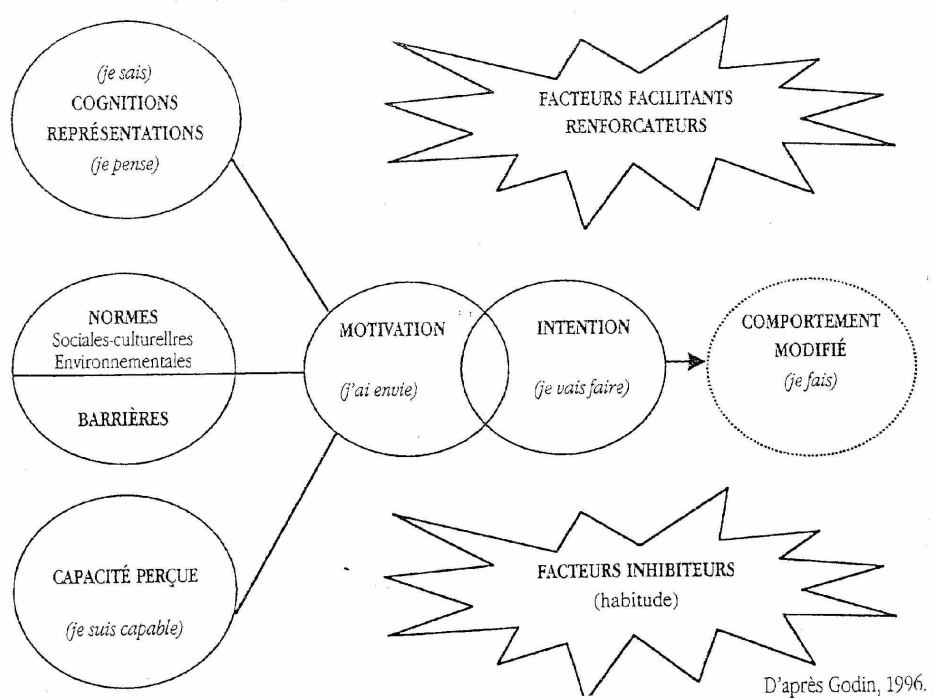
1. Présentation :

- 1.1. **Présentation de la fonction et du parcours**
- 1.2. **Présentation du thème de mémoire**
- 1.3. **Définition de la prévention**

2. Thématique d'entretien

- 2.1. **Est-ce que, selon vous, vous réalisez au quotidien une action de prévention?**
- 2.2. **Si oui, quel est le contenu de ces actions ?**
 - Histoire de cette pratique,
 - Public visé,
 - moyens mis à disposition,
 - pérennité de l'action,
 - existence d'actions semblables dans le CHU
- 2.3. **Quels sont les éléments qui aident à la réalisation de ces actions ?**
- 2.4. **Quels sont les éléments qui font obstacle à la mise en place ?**
- 2.5. **Etes vous formés à la prévention ?**
- 2.6. **Les autres personnels du service ont-elles suivi des formations en cancérologie, éducation thérapeutique ?**
- 2.7. **Quels sont vos liens dans le cadre de cette pratique avec les autres personnels soignants du service, avec d'autres services du CHU ?**
- 2.8. **Selon vous, que faudrait il faire pour que la prévention du cancer occupe une place plus importante au sein de l'hôpital ?**

Annexe 2 : Schéma explicatif du changement d'un comportement individuel



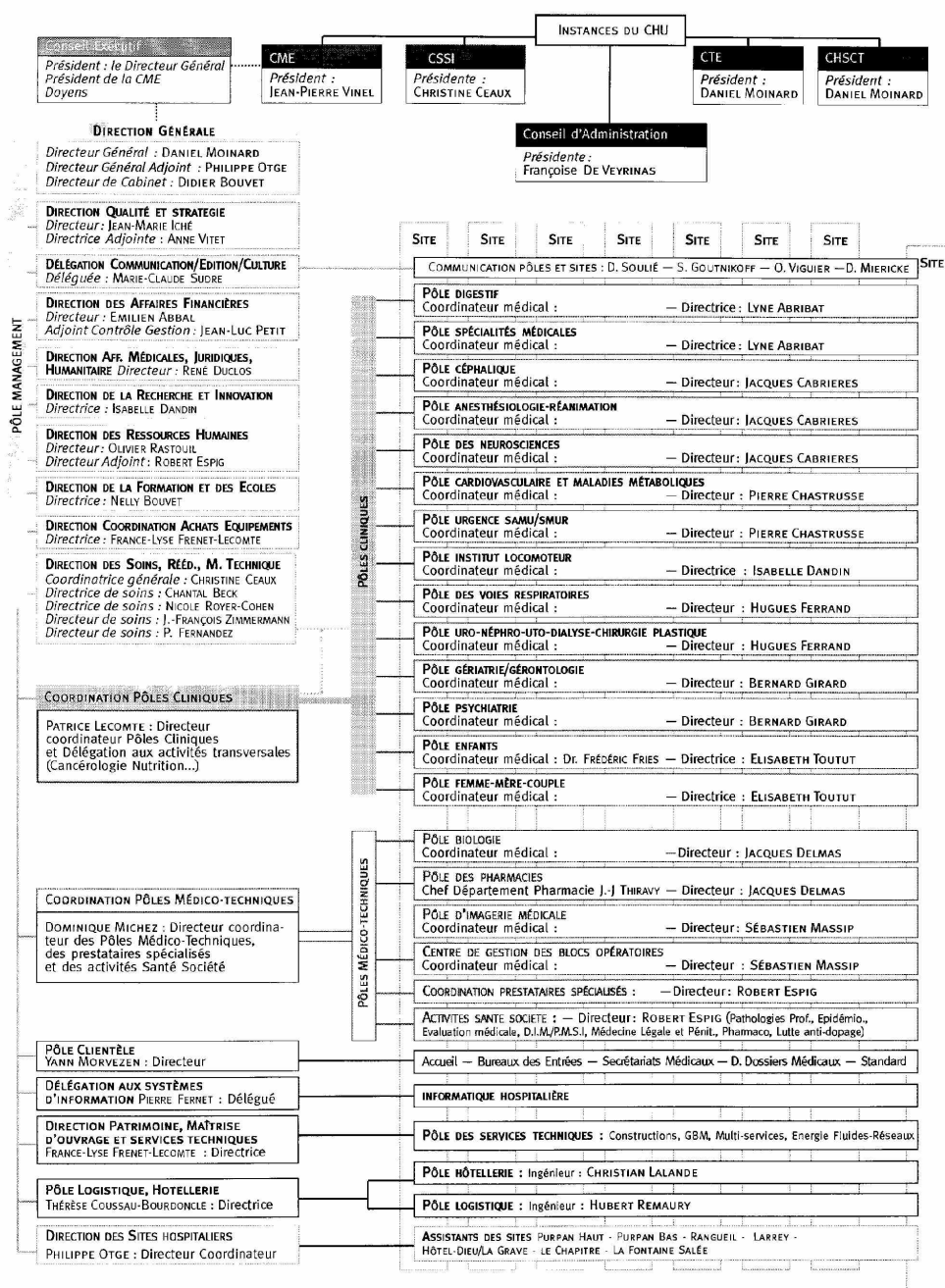
Annexe 3: Charte du réseau des Hôpitaux sans Tabac



Charte européenne Hôpital Sans Tabac

- 1. Mobiliser les décideurs et sensibiliser tous les personnels. Informer les patients et les usagers.**
- 2. Mettre en place un comité de prévention du tabagisme, définir une stratégie et coordonner les actions.**
- 3. Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du fumeur**
- 4. Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée du fumeur et prévoir son suivi.**
- 5. Etablir un plan d'aménagement des zones fumeur à distance des lieux de soins et d'accueil.**
- 6. Adopter une signalétique appropriée : panneaux, affiches, etc.**
- 7. Supprimer toute incitation au tabagisme (suppression des cendriers).**
- 8. Renouveler les campagnes d'information.**
- 9. Assurer la continuité et se doter des moyens d'évaluation.**
- 10. Convaincre d'abord, contraindre si nécessaire.**

Annexe 4: Organigramme du CHU de Toulouse



ORGANIGRAMME CHU DE TOULOUSE
SEPTEMBRE 2004

