



**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2003 –**

**LA PREVENTION DANS LES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS : L'EXEMPLE DE L'ADDICTOLOGIE**

**– Groupe n° 2–**

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 7 élèves en formation initiale**

***Animateur/trice(s)***

**– *Laëtitia Vinçont***

**– *Jean-Claude Palicot***

---

# Sommaire

---

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>2</b>
<b><u>METHODOLOGIE</u></b> .....	<b>4</b>
<b><u>1 LA PRÉVENTION DANS LE CHAMP DE L'ADDICTOLOGIE : UNE MISSION POUR L'HÔPITAL</u></b> .....	<b>5</b>
<b><u>1.1 L'HOPITAL, ACTEUR DE PREVENTION : UNE PRISE DE CONSCIENCE PROGRESSIVE DES POUVOIRS PUBLICS</u></b> .....	<b>5</b>
<u>1.1.1 La vocation d'accueil de l'hôpital</u> .....	5
<u>1.1.2 Les Déclarations internationales</u> .....	6
<u>1.1.2.1 La Charte constitutive de l'OMS - 1946</u> .....	6
<u>1.1.2.2 La Déclaration d'Alma-Ata – 1978</u> .....	6
<u>1.1.2.3 La Charte d'Ottawa – 1986</u> .....	6
<u>1.1.2.4 La Déclaration de Budapest – 1991</u> .....	6
<u>1.1.3 Le cadre législatif et réglementaire</u> .....	7
<u>1.1.3.1 Les Lois hospitalières</u> .....	7
<u>1.1.3.2 La Circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives</u> .....	7
<u>1.1.3.3 Les Décrets de compétences des professionnels de santé</u> .....	8
<u>1.1.4 Les politiques de santé territoriale : Plan Départemental en Ile-et-Vilaine</u> .....	9
<b><u>1.2 LA PREVENTION DES ADDICTIONS : UN INTERET MAJEUR POUR L'HOPITAL ET LES PATIENTS HOSPITALISES</u></b> .....	<b>10</b>
<u>1.2.1 Un intérêt majeur pour l'hôpital</u> .....	10
<u>1.2.1.1 Un intérêt financier à long terme</u> .....	10
<u>1.2.1.2 L'image de l'hôpital</u> .....	10
<u>1.2.1.3 Le décloisonnement des services hospitaliers</u> .....	11
<u>1.2.1.4 La prévention, un facteur de qualité à l'hôpital</u> .....	11
<u>1.2.2 Répondre aux besoins des patients</u> .....	12
<u>1.2.2.1 La satisfaction des besoins de la population</u> .....	12
<u>1.2.2.2 Les témoignages d'utilisateurs</u> .....	13
<u>a) Témoignage d'un patient de l'hôpital intercommunal Fréjus-Saint Raphaël</u> .....	13
<u>b) Rencontre avec l'association d'utilisateurs : Alcool Assistance-La Croix d'or à Rennes</u> .....	14

## **2 LA REALITE DE LA PREVENTION A L'HOPITAL EN MATIERE D'ADDICTOLOGIE 15**

### **2.1 LES MODALITES DE LA PREVENTION EN MATIERE D'ADDICTOLOGIE A**

<b><u>L'HOPITAL :</u></b> .....	<b>15</b>
2.1.1 <u>La prévention primaire à l'hôpital : des actions encore marginales</u> .....	15
2.1.1.1 <u>Le Réseau Hôpital Sans Tabac</u> .....	15
2.1.1.2 <u>Des actions ponctuelles</u> .....	15
2.1.2 <u>Les préventions secondaires et tertiaires : un rôle croissant pour l'hôpital</u> .....	16
2.1.2.1 <u>Des actions de prévention secondaire de plus en plus élaborées</u> .....	16
2.1.2.2 <u>La prévention tertiaire : d'une prise en charge par produit à la notion d'addictologie</u> .....	16
a) <u>Des unités indépendantes au Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus-Saint-Raphaël</u> .....	16
b) <u>Une ouverture de l'hôpital sur l'extérieur : l'exemple du réseau Ville-Hôpital Addictions du Douaisis</u> .....	18
c) <u>De rares expériences globales de prise en charge des addictions</u> .....	19

### **2.2 LES OBSTACLES A LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE**

<b><u>PREVENTION A L'HOPITAL.</u></b> .....	<b>20</b>
2.2.1 <u>Les obstacles pratiques</u> .....	20
2.2.1.1 <u>Le manque de moyens humains et financiers</u> .....	20
2.2.1.2 <u>Une formation incomplète</u> .....	21
2.2.2 <u>Des freins culturels</u> .....	21
2.2.2.1 <u>La perception sociale des substances psycho-actives</u> .....	21
2.2.2.2 <u>La prédominance du curatif</u> .....	22
2.2.3 <u>Le cloisonnement interne et externe</u> .....	23

## **3 VERS UNE POLITIQUE DE PREVENTION DURABLE A L'HOPITAL..... 24**

### **3.1 VERS UNE VALORISATION ACCRUE DE L'ACTIVITE DE PREVENTION A**

<b><u>L'HOPITAL</u></b> .....	<b>24</b>
3.1.1 <u>Engager les décideurs hospitaliers</u> .....	24
3.1.1.1 <u>Les documents institutionnels</u> .....	24
3.1.1.2 <u>Un plan de communication</u> .....	24
3.1.1.3 <u>Faire de la prévention une référence de l'ANAES</u> .....	25
3.1.2 <u>Valoriser le travail des professionnels de la prévention</u> .....	25
3.1.2.1 <u>La formation</u> .....	26
3.1.2.2 <u>L'évaluation</u> .....	26

3.1.3	<u>Améliorer le financement des actions de prévention</u> .....	27
<b>3.2</b>	<b><u>AGIR EN PARTENARIAT : ASSURER L'EFFICACITE ET L'EFFICIENCE DE LA PREVENTION A L'HOPITAL</u></b> .....	<b>28</b>
3.2.1	<u>Réaliser le décloisonnement interne</u> .....	28
3.2.1.1	<u>Le décloisonnement des services</u> .....	28
3.2.1.2	<u>La participation du patient</u> .....	28
3.2.2	<u>Inscrire l'hôpital dans un circuit de prévention</u> .....	29
<b>3.3</b>	<b><u>REORGANISER L'HOPITAL : ACCROITRE LA PLACE DE LA PREVENTION A L'HOPITAL</u></b> .....	<b>30</b>
3.3.1	<u>De l'addictologie à la prévention générale</u> .....	30
3.3.1.1	<u>Les Pôles communs d'addictologie</u> .....	30
3.3.1.2	<u>Le Pôle prévention, un aboutissement de la prévention à l'hôpital</u> .....	31
3.3.2	<u>Le projet de la Loi de santé publique</u> .....	31
3.3.3	<u>Améliorer le rôle de l'hôpital local</u> .....	31
	<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>33</b>
	<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	<b>34</b>
	<b><u>LISTE DES ANNEXES</u></b> .....	<b>36</b>

---

# Remerciements

---

Nous remercions les différentes personnes qui nous ont aidés à réaliser ce mémoire :

- ◆ Les animateurs de notre groupe : Laëtitia Vinçont et Jean Claude Palicot
- ◆ Le Docteur Védeilhé, responsable de l'ENVOL à l'hôpital G. Régnier
- ◆ Le Docteur de Bournonville, responsable de l'unité tabacologie à l'hôpital Pontchaillou
- ◆ Le Docteur Deugnier, médecin inspecteur à la DRASS de Bretagne
- ◆ Le Docteur Brunet, médecin inspecteur à la DDASS d'Ille-et-Vilaine
- ◆ Le Docteur Pierre Buttet, chargé de mission à l'INPES
- ◆ Le Docteur Le Gal, gastro-entérologue au Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus-Saint Raphaël
- ◆ Mme Bonelli, infirmière à la consultation de tabacologie du Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus-Saint Raphaël
- ◆ M. B., usager du service de gastro-entérologie du Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus-Saint Raphaël
- ◆ M. Moureau, Président de l'association La croix d'Or à Rennes
- ◆ M. Touffet, Directeur du Centre Départemental pour la Prévention de l'Alcoolisme de Rennes
- ◆ Mme Le Guéhenneq, Infirmière à l'USID de Douai

---

## Liste des sigles utilisés

---

OMS	Organisation mondiale de la santé
INPES	Institut nationale de promotion et d'éducation pour la santé
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies
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
PASS	Permanence d'accès aux soins et à la santé
CMP	Centre médico-psychologique
CSST	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
ETP	Equivalent temps plein
USID	Unité de soins et d'information sur les drogues
ANFH	Association nationale de la formation hospitalière
ANPAA	Association nationale de la prévention en alcoologie et en addictologie
IFSI	Institution de formation en soins infirmiers
ASH	Agent de service hospitalier
G&T	Généralistes et toxicomanies
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
CCAS	Centres communal d'action sociale
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
DU	Diplôme universitaire
ONDAM	Objectif nationale des dépenses d'assurance maladie
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
D3S	Elèves Directeurs d'établissements sociaux et sanitaires et sociaux
EDH	Elèves Directeurs d'hôpitaux

## INTRODUCTION

D'abord institué comme hospice et lieu d'enfermement ou d'isolement des personnes marginales ou atteintes de maladies contagieuses, l'hôpital avait pour vocation de protéger les populations. La notion de prévention 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.

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.

La crise économique à partir des années 70 montre les difficultés financières du système de soins. Les crises graves comme l'affaire du sang contaminé, aboutissent à la mise en place progressive d'une véritable politique de santé publique.

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 de moyens pour l'améliorer. La santé est un moyen, le but est d'atteindre un état général de bien être. 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.

En 1986, la première Conférence internationale pour la promotion de la santé à Ottawa, favorise en France, l'émergence de la dimension préventive dans les politiques comme dans la législation sanitaire. Les créations de l'Institut National de la Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et des Conférences nationales et régionales de santé traduisent la prise de conscience par les pouvoirs publics des enjeux de la prévention.

Bien que le système de santé français a été classé par l'OMS comme le plus performant en 2000, la France se situe parmi les pays d'Europe ayant la mortalité prématurée évitable exprimée avant 65 ans, la plus élevée. En 1991<sup>1</sup>, sur 120 000 décès survenus avant 65 ans, 60 000 étaient évitables dont 40 000 par des actions de prévention, en amont. Le cancer est la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires due à la consommation de tabac et d'alcool. La mortalité brutale est la première cause de décès des jeunes notamment par accidents de la circulation dont le déterminant de consommation d'alcool joue un rôle essentiel. A ces facteurs comportementaux, il faut ajouter le poids des inégalités sociales et géographiques.

Pour tenir compte de ces indicateurs épidémiologiques, la prévention des drogues et des dépendances devient une des priorités nationales. Le Plan triennal mis en place en 1999 par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) préconise des actions de prévention ciblées sur les comportements d'usage de produits psychoactifs. Ces comportements peuvent être déclinés par :

- l'usage individuel et épisodique ;
- l'usage nocif et l'abus de consommation répétée qui peut créer des dommages biologiques, psychologiques, économiques et culturels ;
- la dépendance qui se traduit par l'impossibilité de s'abstenir de consommer tout en connaissant les conséquences sur la santé. On parle alors d'addiction.

La notion d'addiction est un principe fédérateur des comportements de dépendance avec ou sans consommation de produits psycho-actifs. Il s'agit de l'ensemble des comportements de dépendances. La prévention des conduites addictives se décline en trois volets : la prévention primaire qui implique la formation et l'éducation de la santé, la prévention secondaire qui permet de repérer les comportements risque et la prévention tertiaire chargée de prévenir les états de dépendance.

L'hôpital a un rôle majeur dans le système de prévention dans les domaines de l'information et de l'éducation. Pourtant, la prise en charge des malades hospitalisés garde une prédominance curative avec un fonctionnement cloisonné. La place de la prévention en matière d'addictologie est le plus souvent initiée par des motivations individuelles médicales et/ou administratives. Elle est soumise à des contraintes financières qui sont souvent dénoncées comme un frein à l'implantation de mesures nouvelles. Ainsi, il semblerait qu'il y ait un décalage entre les volontés législatives et leurs applications concrètes. Au vu de ces éléments, comment donner une juste place à la prévention au sein des établissements de soins aujourd'hui?

La prévention des addictions est une mission de l'hôpital (1). Cependant, si la mise en œuvre d'actions de prévention est une réalité aujourd'hui, de nombreux obstacles demeurent.(2) Néanmoins, les conditions d'une politique de prévention durable peuvent exister.(3)

---

<sup>1</sup> Dossier documentaire du Module Interprofessionnel de Santé Publique



## METHODOLOGIE

Le Module Inter Professionnel a pour objectif, à partir d'un problème de santé publique, de permettre la confrontation de la culture et des connaissances d'élèves issus de filières différentes : D3S, EDH. Il s'agit de favoriser les conditions d'une meilleure appréhension de notre environnement professionnel futur et de percevoir l'intérêt de l'approche pluridisciplinaire des problèmes. L'enjeu de ce travail est de taille car il doit mesurer notre capacité à travailler ensemble et partager les expériences de chacun.

Il a fallu définir une méthodologie pour appréhender un sujet sur lequel certains d'entre nous avaient des acquis tandis que d'autres découvraient la problématique de la prévention.

Lors de notre première rencontre avec les animateurs et le groupe, nous avons fait le choix d'un référent logistique, en charge des problèmes pratiques.

Nous nous sommes ensuite répartis les lectures proposées dans le « dossier MIP » afin que chacun s'approprie le sujet. Nous avons également réalisé des recherches sur internet et créé un « e-groupe » pour partager nos informations et communiquer entre nous et avec les animateurs.

Nous avons confronté le fruit de nos recherches lors d'une deuxième réunion.

Dès lors un consensus est apparu autour des définitions-clefs, à savoir : la prévention, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique, l'addictologie.

L'appréhension de ces différents concepts nous a permis de dégager plusieurs pistes de réflexion ; des questions ont été formulées ; nous nous sommes, en effet, interrogés sur le décalage entre les textes et la réalité sur le terrain.

Sous la forme d'un débat, des hypothèses ont été suggérées puis nous avons décidé de procéder à des entretiens afin de répondre aux questions soulevées.

Trois grilles d'entretien ont été élaborées, concernant respectivement, les structures de soins, les autorités sanitaires, et les usagers.

Après avoir recensé les établissements, organismes et personnalités susceptibles d'enrichir notre problématique, nous avons construit un calendrier de rendez-vous.

Chaque entretien a donné lieu à des comptes rendus écrits accessibles à l'ensemble du groupe par le biais de « l'e-group » ; à partir d'une analyse des lectures, et entretiens, la structure de notre rapport est devenue apparente : nous avons pu confronter nos expériences, dégager une problématique majeure et le plan de notre rapport.

Les rédactions individuelles ont donné lieu par la suite à une harmonisation collective et un consensus a été rapidement dégagé.

# **1 LA PREVENTION DANS LE CHAMP DE L'ADDICTOLOGIE : UNE MISSION POUR L'HOPITAL**

Le développement de la prévention des dépendances à l'hôpital est un phénomène récent en France. Il a été impulsé par les pouvoirs publics qui tendent à transformer l'hôpital en un véritable acteur de santé publique. Cette dynamique devrait trouver un écho favorable sur le terrain du fait de l'intérêt que représente la prévention à la fois pour les usagers du système de santé et pour les structures hospitalières en terme de stratégie.

## **1.1 L'HOPITAL, ACTEUR DE PREVENTION : UNE PRISE DE CONSCIENCE PROGRESSIVE DES POUVOIRS PUBLICS**

Alors que l'hôpital a longtemps été uniquement un lieu de soins, ses missions se sont peu à peu élargies pour englober le champ de la santé publique. L'hôpital, établissement de santé, s'est alors vu attribuer de nouvelles tâches dont celle de prévention. Cette évolution s'est traduite en premier lieu par une promotion des missions de prévention au niveau international avant de trouver un écho en France à partir des années 1970.

### **1.1.1 La vocation d'accueil de l'hôpital**

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. Or, la particularité même du champ de l'addictologie renforce souvent cette exclusion. On comprend alors que c'est avant tout à l'hôpital d'agir vers les populations ayant des comportements d'addiction, et pas seulement au moment de leur hospitalisation pour une autre pathologie. Il semble bien que l'hôpital ait un rôle à jouer en amont et donc dans le domaine de la prévention. En tant qu'acteur de santé publique et promoteur de santé publique, l'hôpital ne peut accueillir pour d'autres pathologies des patients présentant des comportements d'addiction, sans même évoquer avec eux les problèmes d'addictologie dont ils souffrent, ni les informer sur les structures qui peuvent leur apporter une aide.

## 1.1.2 Les Déclarations internationales<sup>2</sup>

### 1.1.2.1 La Charte constitutive de l'OMS - 1946

L'article 1 de cette Charte 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.

### 1.1.2.2 La Déclaration d'Alma-Ata – 1978

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

### 1.1.2.3 La Charte d'Ottawa – 1986

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. 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.

### 1.1.2.4 La Déclaration de Budapest – 1991

Cette Déclaration énumère les objectifs spécifiques des « hôpitaux promoteurs de santé » parmi lesquels la recherche d'une participation active du patient aux soins en

---

<sup>2</sup> SROS Alsace 1999-2004- « La prévention à l'hôpital » ARH Alsace 1999

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...

### **1.1.3 Le cadre législatif et réglementaire**

#### **1.1.3.1 Les Lois hospitalières**

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.

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. La prévention devient une mission de service public, dont la réalisation est facilitée par la création de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et par celle du Comité Technique National (qui n'a pas encore vu le jour). L'INPES est investi d'une mission de conseil auprès du gouvernement. Il est désormais le partenaire privilégié de la Direction Générale de la Santé.

#### **1.1.3.2 La Circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives**

Cette Circulaire 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. En 1999, des équipes de liaison étaient déjà mises en place dans le secteur de l'addictologie mais ces équipes travaillaient par produit : ainsi, on recensait 169 équipes d'alcoologie de liaison et 69 équipes de liaison et de soins aux toxicomanes. 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.

Grâce à la circulaire de 2000, ce sont désormais des équipes de liaison et de soins en addictologie qui voient le jour, afin qu'il n'y ait plus de cloisonnement entre les équipes travaillant sur des produits différents. Il s'agit donc, pour ces équipes, d'apporter des réponses centrées sur les personnes et les comportements et non plus sur les produits consommés. Ces équipes sont composées d'un praticien hospitalier à temps partiel, de deux ou trois équivalents temps plein de personnel non médical (infirmière, psychologue, travailleur social, diététicienne) et d'un temps de secrétariat. La circulaire prévoit en 2000 une enveloppe nationale de 38 millions de francs (soit 5,8 millions d'euros) pour la création et/ou le renforcement d'équipes de liaison en addictologie.

#### 1.1.3.3 Les Décrets de compétences des professionnels de santé

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». 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). Les activités infirmières en santé publique regroupent la prévention, le dépistage et l'éducation du patient (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.

Quant aux manipulateurs d'électroradiologie et aux masseurs-kinésithérapeutes, ils ont, au cours de leur formation, des enseignements sur la santé publique, sur la prévention et la promotion de la santé.

#### **1.1.4 Les politiques de santé territoriale : Plan Départemental en Ille-et-Vilaine**

En Ille-et-Vilaine, un programme Départemental de prévention des consommations nocives et des dépendances a été mis en place pour la période 2000-2003. Il est la déclinaison au niveau Départemental du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances préparé par la MILDT en 1999. Les objectifs du Plan triennal sont les suivants : développer et structurer les réseaux notamment ville/hôpital, améliorer la prise en charge à l'hôpital par le développement des équipes de liaison alcoologie et toxicomanie, renforcer les consultations spécialisées en sevrage tabagique et alcoologique avec la création de 180 structures sur deux plans et financer les centres de soins aux toxicomanes (CSST) par l'Assurance Maladie.

Dans chaque Département, le chef de projet désigné par le Préfet est chargé d'élaborer un programme dans le cadre du comité de pilotage composé des représentants des services de l'Etat. En Ille-et-Vilaine, c'est le Docteur Brunet, médecin-inspecteur de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), qui a été désignée chef de projet. Parmi les actions entreprises, une formation « alcool-urgences » avait pour but d'aider les médecins, infirmiers, aides-soignants des services d'urgences des centres hospitaliers du Département à avoir une meilleure compréhension des conduites d'alcoolisation et des mécanismes psychologiques et physiques qui les sous-tendent. Par ailleurs, l'élaboration de protocoles adaptés aux diverses situations d'alcoolisme que ces professionnels rencontrent était prévue dans ce stage de quatre jours.

Cette consécration par les textes de la prévention des dépendances à l'hôpital est susceptible d'être relayée par les établissements de soins et les usagers qui pourraient en tirer un grand bénéfice.

## **1.2 LA PREVENTION DES ADDICTIONS : UN INTERET MAJEUR POUR L'HOPITAL ET LES PATIENTS HOSPITALISES**

La prévention des dépendances, si elle constitue une mission légale et réglementaire de l'hôpital et donc obligatoire, doit être perçue comme un enjeu stratégique pour les établissements de soins. En effet, le développement de la promotion de la santé à l'hôpital et la mise en œuvre d'actions de prévention sont des outils de valorisation de l'institution. De plus, ces actions répondent à un véritable besoin de la population en matière de lutte contre les addictions.

### **1.2.1 Un intérêt majeur pour l'hôpital**

#### **1.2.1.1 Un intérêt financier à long terme**

L'évaluation de l'impact des actions de prévention n'est pas une chose aisée puisqu'elles s'inscrivent dans le long terme. Cependant, prévenir les comportements d'addiction aujourd'hui revient à économiser des journées d'hospitalisation en oncologie, pneumologie ou gastro-entérologie demain. Le bénéfice prochain de l'action de prévention engagé par un hôpital ne lui sera certainement pas répercuté directement : c'est le système de santé en général qui en bénéficiera et l'hôpital lui-même par ricochet. En effet, on estime à 33 millions d'euros<sup>3</sup> le coût social imputable à l'ensemble des drogues licites ou non. Les moyens dégagés pourraient servir au développement des établissements de soins.

A plus court terme, l'hôpital peut être prestataire en matière de prévention pour d'autres institutions : éducation nationale, prisons, entreprises. Il peut exporter son savoir faire : conférences, formation et donc créer des revenus grâce à la prévention.

#### **1.2.1.2 L'image de l'hôpital<sup>4</sup>**

Promouvoir la santé à l'hôpital en développant des actions de prévention est un facteur important de l'amélioration de l'image de l'hôpital. D'une part, il s'agit d'améliorer l'image de l'hôpital auprès des patients. 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

---

<sup>3</sup> « Alcool et drogues : discours officiels et réalité », Le Quotidien du Médecin, 11/09/03

<sup>4</sup> « Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital » Dr Karl Krajic ; La santé de l'homme N° 360-juillet-août 2002

hôpitaux<sup>5</sup>. D'autre part, la mise en place de politiques de prévention permet d'améliorer 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. Enfin, la promotion de la santé à l'hôpital peut être un facteur de motivation et de satisfaction pour le personnel. Les soignants se plaignent de façon croissante de la technicisation de leur pratique et de la pauvreté du soin relationnel. Les actions de prévention sont un moyen efficace de restaurer le lien entre soignants et soignés. Un Congrès sur « La promotion de la santé, des politiques, des métiers, des vécus » réalisé à Nancy en 1995 soulignait l'intérêt des soignants pour la prévention, intérêt malheureusement freiné par le manque de temps consacré à cette pratique.<sup>6</sup>

#### 1.2.1.3 Le décloisonnement des services hospitaliers

La prévention doit être une action transversale au sein de l'hôpital. Elle ne doit pas seulement concerner les services spécialisés dans l'accueil des personnes en état de dépendance : unités de tabacologie, d'alcoologie ou de toxicomanie. Selon le Rapport<sup>7</sup> rédigé par Mme TOBELEM à la demande de Mme Gillot, Secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés en 2000, 13 à 20 % des personnes hospitalisées ont une difficulté avec l'alcool. Cette statistique touche tous les services d'hospitalisation, avec tout de même une statistique haute pour les services d'urgences où ce même Rapport estime à environ 40 % les admissions en lien avec une prise d'alcool ou de drogues.

La dimension globale de la prévention est un moyen pour les services- qui le plus souvent s'ignorent- de monter des projets communs et d'échanger sur des modes de prise en charge du malade dépendant. Pour les managers hospitaliers, la prévention peut ainsi être un des rares leviers de décloisonnement de l'hôpital.

#### 1.2.1.4 La prévention, un facteur de qualité à l'hôpital

La Déclaration de Budapest de 1991 a institué les hôpitaux promoteurs de santé. Les hôpitaux qui rejoignent ce réseau s'inscrivent assurément dans une dynamique d'amélioration de la qualité. Ils doivent ainsi :

- orienter toute décision importante avec la promotion de santé comme critère additionnel ;

---

<sup>5</sup> Bilan de la Commission de conciliation du CHU de Bordeaux-non publié-2001

<sup>6</sup> Congrès sur : « La promotion de la santé, des politiques, des métiers, des vécus » réalisé à Nancy en 1995

<sup>7</sup> « Repérage précoce des pratiques addictives à l'hôpital » Rapport ministériel-mai 2000



- viser la santé physique, mentale et sociale des patients, du personnel et de la communauté ;
- maintenir et améliorer la santé grâce à des interventions vers la maladie et la santé positive
- renforcer « l'empowerment »<sup>8</sup> des personnes par des interventions expertes et par la communication ;
- viser la santé des populations dans et hors de l'hôpital ;
- rendre des services et être une organisation apprenante

S'inscrire dans un réseau de promotion de la santé, satisfaire les besoins de santé locaux, les professionnels de santé, décroquer en interne et en externe l'hôpital, améliorer la prise en charge des patients, réaliser des gains financiers... autant d'éléments qui font de la prévention un facteur déterminant de la qualité et de l'efficacité à l'hôpital. Par ailleurs, l'amélioration de l'information du patient, sa satisfaction ainsi que celle des personnels constituent des références dans le Référentiel de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui s'impose aux hôpitaux depuis 1996.

## 1.2.2 Répondre aux besoins des patients

### 1.2.2.1 La satisfaction des besoins de la population

L'efficacité des actions de prévention est étroitement liée à leur adéquation avec les besoins réels de la population. Or, la consommation de substances psycho-actives n'est pas un phénomène marginal. En témoigne le tableau suivant :

Rapport de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies 1999 :

Nombre de consommateurs	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Drogues illicites
Expérimentateurs	46 millions	32 millions		7,1 millions
Occasionnels	44 millions	16 millions		2,2 millions
Réguliers	10 millions	15 millions	5,4 millions	
« à problèmes »	3,3 millions	10 millions		142 à 176 000

Le système de santé peut endiguer l'existence de ces comportements à risque par la prévention. L'hôpital doit être un acteur privilégié dans le cadre de cette politique de prévention du fait de sa mission de service public, du mandat que lui donnent les textes en la matière mais également des données objectives. En effet, l'hôpital est un lieu de passage pour les personnes en état de dépendance ou consommateurs de substances

<sup>8</sup> « appropriation »

psycho-actives qui développent des pathologies associées (traumatismes, cancers, maladies cardio-vasculaires, diabètes). De plus, l'enquête réalisée par le Rapport Tobelem pré-citée fait état de 13% des patients hospitalisés, en moyenne, ayant des difficultés avec l'alcool. La prévention à l'hôpital répond donc à un réel besoin des usagers du service public de santé et du service public hospitalier, en particulier.

Une enquête<sup>9</sup> menée auprès de 150 personnes qui ont fréquenté, en novembre 1995, la manifestation Euromédecine souligne également 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%).

#### 1.2.2.2 Les témoignages d'usagers

Les attentes fortes des patients envers l'hôpital en matière de prévention sont corrélées par les entretiens réalisés auprès d'usagers.

##### a) *Témoignage d'un patient de l'hôpital intercommunal Fréjus-Saint Raphaël*<sup>10</sup>

M. B, 58 ans, présente 2 addictions, alcool et tabac.

Alcoolique depuis 23 ans, il est actuellement en cure de sevrage d'alcool depuis le 5 septembre 2003. Il a choisi l'hôpital en premier lieu pour des raisons de proximité avec son domicile et ses proches. Il ne semble pas s'agir de sa première tentative d'arrêt, mais cette fois c'est pour lui un choix définitif. Il explique sa décision par des arguments avant tout médicaux: les conséquences somatiques de son alcoolisme sur son organisme l'ont poussé à venir consulter à l'hôpital; il y a subi de nombreux examens, et a rencontré des spécialistes de diverses disciplines: gastro-entérologue, pneumologue, psychiatre.

Il est satisfait de sa prise en charge car elle lui semble très complète : sur place il peut bénéficier d'une prévention efficace. En situation précaire il apprécie également de pouvoir trouver à l'hôpital une possibilité d'orientation sociale, et psychologique grâce au service social de l'établissement.

De plus, ayant également choisi de traiter son addiction au tabac, il trouve sur place des personnes compétentes pour l'aider à se sevrer de ses addictions.

Cette démarche paraît cohérente dans la mesure où M.B privilégie surtout l'aspect médical (plutôt que psychologique) de ses addictions. Cela explique pourquoi il n'a pas choisi les associations, ni les groupes de parole existant pourtant à proximité.

---

<sup>9</sup> La prévention au CHU de Montpellier : que font les professionnels, que demandent les usagers ? Docteur Claude Terral, La Santé de l'homme n° 324-juillet/août 1996

<sup>10</sup> Entretien réalisé par Joanna Obasa au Centre hospitalier intercommunal Fréjus-Saint Raphaël le 16/09/03

b) *Rencontre avec l'association d'usagers : Alcool Assistance-La Croix d'or à Rennes*<sup>11</sup>

Mr François Moureau est Président de l'association La Croix d'Or qui accompagne les personnes dépendantes de l'alcool dans leur parcours vers l'abstinence. Les membres de l'association sont surtout appelés à entrer en contact avec l'hôpital et notamment le service d'alcoologie de l'hôpital Pontchaillou à Rennes dans le cadre de visites où ils viennent informer les malades hospitalisés des services qu'offre leur association. Les relations avec les autres services « généralistes » sont inexistantes.

Pour M. Moureau, le rôle de l'hôpital est primordial car c'est le lieu où le repérage de la pratique alcoolique peut être fait. En effet, *« ces personnes évitent le plus souvent de se confronter au système de santé, le passage à l'hôpital est donc une opportunité de faire évoluer leur comportement face à l'alcool »*. Cependant, ce repérage n'est pas toujours effectué *« du fait du manque de temps des professionnels de santé, du large tabou qui entoure encore l'alcool et de l'absence de formation des personnels pour communiquer sur ce sujet »*.

Pour cette association d'usagers, l'hôpital doit donc avoir une place prépondérante dans la prévention des addictions.

Les actions de prévention à l'hôpital répondent ainsi à un véritable besoin de santé exprimé ou non par la population. De plus, les patients tirent un bénéfice personnel certain<sup>12</sup> du développement d'actions de prévention à l'hôpital. Elles améliorent la santé des personnes pendant leur séjour et au-delà :

- en réduisant les risques pour la santé par des mesures de protection (hygiène, information sur les pathologies associées à leur consommation ...)
- en améliorant la qualité de vie à l'hôpital ( suivi personnalisé, psychologique)
- en augmentant leur niveau de connaissance en santé pour mieux recourir au système de soins, mieux coopérer au traitement de leur dépendance, mieux contrôler leur consommation, mieux choisir leur style de vie.

Les textes et les entretiens réalisés l'attestent : la prévention dans le champ de l'addictologie est bien une mission de l'hôpital. Si le principe semble admis par tous, son application effective reste balbutiante et inégale.

---

<sup>11</sup> Entretien réalisé par Anne Decq auprès de François Moureau, président de la Croix d'Or le 21/09/03

<sup>12</sup> « Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital » Dr Karl Krajic ; La santé de l'homme N° 360-juillet-août 2002

## **2 LA REALITE DE LA PREVENTION A L'HOPITAL EN MATIERE D'ADDICTOLOGIE**

L'hôpital tente de mettre en œuvre des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Cependant, globalement, celles-ci se heurtent à de nombreux obstacles.

### **2.1 LES MODALITES DE LA PREVENTION EN MATIERE D'ADDICTOLOGIE A L'HOPITAL :**

La prévention des conduites addictives est plus ou moins élaborée selon que l'on s'intéresse au stade primaire, secondaire ou tertiaire. Ces deux dernières, plus achevées, semblent évoluer vers davantage de transversalité.

#### **2.1.1 La prévention primaire à l'hôpital : des actions encore marginales**

##### **2.1.1.1 Le Réseau Hôpital Sans Tabac<sup>13</sup>**

Fondé en juillet 1996, ce réseau est l'exemple emblématique d'une prise en charge par produit. En 2001, on dénombrait 210 hôpitaux ou établissements engagés dans cette stratégie de prévention. Le public visé par ces actions comprend les patients, les visiteurs, les familles et le personnel.

Ses objectifs et missions sont uniquement axés sur le tabac et reposent sur des actions d'information (plaquettes, affichage, journée de sensibilisation du personnel), formation, application de la législation, multiplication des consultations d'aide au sevrage, contribution à la recherche scientifique, ainsi que sur le développement d'un réseau européen.

##### **2.1.1.2 Des actions ponctuelles**

Les actions de prévention à l'hôpital se limitent souvent au tabac. Mme de Bournonville, médecin tabacologue à l'hôpital Pontchaillou s'efforce ainsi de mener des actions de prévention primaire tournées vers l'extérieur : écoles primaires et IFSI.

En ce qui concerne les toxicomanies, les actions de prévention sont difficiles à réaliser par l'hôpital, faute de moyens. L'ENVOL a ainsi délégué sa mission de prévention

---

<sup>13</sup> Rapport d'activité du réseau hospitalier sans tabac (septembre 2000-septembre 2001)

primaire à une association créée ad hoc par des membres du personnel qui y travaillent bénévolement.

La prévention primaire à l'hôpital reste plutôt confidentielle.

### **2.1.2 Les préventions secondaires et tertiaires : un rôle croissant pour l'hôpital**

Les entretiens réalisés auprès des professionnels de santé font état d'une évolution. Les hôpitaux modifient progressivement leurs modes de prise en charge des addictions. Même si dans les cas cités ci-après, le modèle « thématique » l'emporte encore sur les formules de prise en charge globale, les projets de Pôles, Départements ou unités « des addictions » témoignent d'une dynamique.

#### 2.1.2.1 Des actions de prévention secondaire de plus en plus élaborées

L'hôpital accueille des personnes qui consomment des substances psycho-actives sans dépendance caractérisée mais qui développent des traumatismes ou des pathologies en lien avec cette consommation. L'exemple le plus fréquent est l'admission aux urgences après un accident en état d'ébriété. L'hôpital a alors un rôle à jouer dans le repérage de ces patients afin qu'ils aient une information éclairée sur l'évolution possible de leur consommation et sur ses risques. Ce travail de repérage est assuré par les équipes de liaison, créées en 1999. Ces équipes sont chargées, 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.

#### 2.1.2.2 La prévention tertiaire : d'une prise en charge par produit à la notion d'addictologie

##### a) *Des unités indépendantes au Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus-Saint-Raphaël.*

Le Département du Var connaît un essor démographique important, le plus fort de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA). Ce Département a le deuxième taux de mortalité pour alcoolisme de la région PACA, soit environ 5 décès sur 1000 (PACA : 2.5). Le Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) répond à cette problématique locale de santé

publique par l'existence de diverses unités (consultation tabacologie, prise en charge de l'alcoolisme) fonctionnant encore de manière cloisonnée.

- L'alcool<sup>14</sup>

La prise en charge du patient alcoolique commence par un repérage assuré par les services d'urgences (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), de psychiatrie, du Centre médico-psychologique (groupe de parole), et du Centre de Soins de Spécialisés aux Toxicomanes (CSST). Il est ensuite orienté vers le service de gastro-entérologie. Pour donner davantage de cohérence à ces actions, un Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie (CCAA) est en voie de fonctionnement. Les moyens humains mis à disposition pour le CCAA sont les suivants : un psychiatre, un psychologue, un infirmier diplômé d'Etat (IDE), un demi Equivalent Temps Plein (ETP) de secrétaire médicale, un demi ETP d'assistante sociale, un agent de service hospitalier (ASH) et deux vacations de gastro-entérologues.

- Le tabac<sup>15</sup>

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus/Saint-Raphaël gère une consultation de tabacologie depuis la fin de l'année 2000. Cette consultation - rattachée au service de pneumologie - a été ouverte en novembre 2001. Elle fonctionne à raison de deux matinées par semaine. Les moyens affectés sont les suivants : deux vacations de médecins attachés, pneumologues, un demi ETP d'infirmière, de psychologue et de secrétariat.

L'attractivité de cette consultation s'explique par une importante campagne d'information auprès des professionnels de santé libéraux. Après des débuts hésitants (difficulté à recruter des médecins vacataires), l'unité de tabacologie est maintenant victime de son succès. Les délais de prise de rendez-vous s'allongent progressivement, contraignant à l'abandon certains candidats au sevrage. Une certaine volonté de cohérence dans les soins se traduit par l'existence de la consultation anti-tabac dans une démarche de complémentarité entre pneumologues et psychiatres autour de la problématique de l'addiction.

- Vers une prise en charge globale

Le tabac et l'alcool sont deux sources principales de cancers et les services de gastro-entérologie et de pneumologie proposent à un patient admis pour un sevrage alcool de suivre également un sevrage tabac et réciproquement. On constate bien ici la volonté de mettre en œuvre une prise en charge globale. Dans le cas de Fréjus un partenariat entre tabacologie et alcoolologie reste à l'état de projet pour l'instant. Mais, dans les faits, on

---

<sup>14</sup> Entretien réalisé par Joanna Obasa au CHI de Fréjus/Saint-Raphael auprès du Dr.Le Gal le 18 septembre 2003.

réalise que ces unités ne travaillent pas toujours de concert. Le CHI tend vers une prise en charge globale des addictions, et un projet de fédération est en cours de réalisation. Le CHI souhaite pouvoir offrir une prise en charge somatique, psychiatrique et sociale des personnalités addictives dans une même unité : prise en charge des dépendances à l'alcool, à la drogue, au jeu, à la nourriture. Cette unité travaillera en partenariat avec les structures d'aval du secteur et avec la médecine de ville et souhaite fédérer un réseau en constituant un ensemble loco-régional cohérent.

b) *Une ouverture de l'hôpital sur l'extérieur : l'exemple du réseau Ville-Hôpital Addictions du Douaisis.*<sup>16</sup>

Ce réseau est animé et coordonné par l'Unité de Soins et d'Information sur les Drogues (USID) depuis 1995. Cette structure est gérée par le Centre Hospitalier de Douai. Au départ, ce réseau était thématique (axé sur les drogues illicites), mais il a évolué vers une prise en charge de plus en plus globale (essentiellement alcool et drogues illicites). Les moyens humains de l'USID sont les suivants : un psychiatre (mi-temps), un médecin vacataire (deux après midi par semaine), deux IDE (temps plein) et deux IDE (80%), un psychologue (temps plein), une assistante sociale (mi-temps), une secrétaire médicale (temps plein), un médiateur social (emploi jeune non pérenne), un psychologue et un cadre infirmier du « cèdre bleu »<sup>17</sup> pour le suivi méthadone.

Parmi les nombreuses activités de l'USID (soins, liaison extérieure, prévention, formations, recherche, participation à des colloques etc. ) l'animation et la coordination du réseau ville hôpital addictions du Douaisis reflètent la volonté de l'hôpital de Douai de s'inscrire dans une prise en charge globale des addictions. Les contacts sont très nombreux. Le réseau ville hôpital est une énorme toile d'araignée où se font et se défont des liens informels la plupart du temps : le Centre Hospitalier de Douai (plus particulièrement les services d'urgences, de pharmacie, de gastro-entérologie, de maternité, de pédiatrie, d'orthogénie, le laboratoire, la PASS), le tissu associatif, le réseau « généralistes et toxicologies 59/62 », le CCAA, l' UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires), une centaine de médecins généralistes et de pharmaciens libéraux du Douaisis. Dans la pratique il s'avère que les médecins et les pharmaciens viennent peu aux réunions, et, pour relancer l'intérêt de ces partenaires, celles-ci se font désormais par thème.

---

<sup>15</sup> Entretien réalisé par Joanna Obasa au CHI de Fréjus/Saint-Raphael auprès de Mme Bonelli le 17 septembre 2003.

<sup>16</sup> Entretien réalisé par Catherine Dusautoir à l'USID de Douai auprès de Mme Le Guéhenec le 19 septembre 2003.

<sup>17</sup> Le Cèdre bleu, CSST, qui gère l'unité « méthadone » de l'USID.

Le projet de mise en place d'un service d'addictologie structuré et réunissant dans les mêmes locaux l'alcoolologie et la toxicomanie est attendu avec impatience. Ce projet a vu le jour en 2000, mais de nombreux aléas (difficultés de trouver un local en centre ville par exemple) ainsi que des résistances médicales (maintien d'une identité propre à chaque type d'addictologie), l'ont retardé. A ce jour le projet médical est abouti. Un maillage existe (une IDE formée en addictologie dans chaque service), mais il manque un pilotage, une coordination, qui ne seront effectifs qu'avec la création d'une unité d'addictologie.

c) *De rares expériences globales de prise en charge des addictions.*

◆ Le Département d'addictologie au CHS G. Régnier à Rennes.<sup>18</sup>

L'hôpital Guillaume Régnier comprend deux services phares en matière de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. « L'ENVOL » est une structure qui comprend des lits d'hospitalisation en cure et post cure. Les Iris est une unité de sevrage pour les alcooliques auquel est adjoint un CCAA. De plus, à partir de « l'ENVOL » est constituée une équipe de liaison qui travaille au sein du Centre hospitalier spécialisé mais aussi à l'hôpital Pontchaillou.

Dans la veine de la circulaire du 8 septembre 2000 qui met en avant une prise en charge par comportement et non par produit, l'hôpital Guillaume Régnier a mis en place un Département d'addictologie rassemblant les structures existantes. La création de ce Département répondait au constat fait par les professionnels de terrain de l'arrivée de poly-consommateurs dont les comportements d'addiction devaient être traités dans leur globalité.

◆ Le réseau des hôpitaux promoteurs de Santé<sup>19</sup>

Au départ, les actions préventives sont forcément thématiques dans la mesure où elles sont initiées par des soignants spécialisés dans tel domaine. Mais, ces actions deviennent au fur et à mesure transversales car ce savoir-faire peut être réutilisé par d'autres services.

La coordination des réseaux nationaux est assurée au niveau international par le bureau "hôpitaux" de l'OMS. Dans la pratique, ce réseau a abouti sur diverses expériences globales, par exemple, à Dreux où une unité de prévention et d'éducation a été inaugurée en 1995.

---

<sup>18</sup> Entretien réalisé par Anne Decq et Nathalie Come auprès du Dr. Védeilhé au CHS G.Régnier le 13 septembre 2003.

<sup>19</sup> Article de P.Buttet, "Les hôpitaux, promoteurs de santé en France"-La santé de l'Homme - N°360. Entretien réalisé par Marina André et Valérie Woszto à l'INPES auprès de P.Buttet le 16/09/03.



Ainsi, au vu de ces différents exemples, la place de la prévention à l'hôpital en matière d'addictologie reste essentiellement axée sur la prévention tertiaire et, dans une moindre mesure, sur la prévention secondaire. Cependant, le développement de ces actions est freiné par de nombreux facteurs.

## **2.2 LES OBSTACLES A LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION A L'HOPITAL.**

La prévention repose souvent sur la bonne volonté des professionnels de santé, soignants ou médicaux. Cependant, des lacunes fragilisent les actions de prévention. L'insuffisance des moyens octroyés, la nécessité d'un changement des mentalités et le phénomène de cloisonnement de l'hôpital, constituent des problématiques majeures.

### **2.2.1 Les obstacles pratiques**

#### **2.2.1.1 Le manque de moyens humains et financiers**

Le problème du temps et des effectifs médicaux et paramédicaux est une réalité. On remarque dans les cas de Fréjus et de Douai que bien souvent, les personnels dédiés aux services d'addictologie, font également partie d'un autre service somatique (exemple typique de l'infirmière de tabacologie qui partage son temps à 80% dans le service de pneumologie et à 20% dans le service de consultation de tabacologie). Ce cas de figure est également vrai pour le personnel médical : par exemple, le service de tabacologie de Fréjus où 2 médecins vacataires assurent 2 matinées de consultation. La fragmentation du temps effectif fragilise l'implication des personnels concernés, et par voie de conséquence, la mise en œuvre de la prévention.

Les moyens financiers ne permettent pas d'instaurer une stratégie de prévention durable à l'hôpital. Le manque de pérennité des crédits, ainsi que la multiplicité et l'imbrication des sources de financement - enveloppe médico-sociale, enveloppe sanitaire, MILDT, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et crédits fléchés - sont sources de complexité. Cela traduit une contradiction entre la volonté affichée par les textes et les crédits alloués, ainsi qu'un manque de lisibilité. Dans un tel contexte, il est difficile pour les hôpitaux de bâtir régulièrement des projets de prévention. Bien souvent, afin d'obtenir les crédits nécessaires auprès de l'ARH, ces projets doivent s'inscrire dans

le Contrat d'Objectifs et de Moyens. Le choix de la prévention n'est pas toujours prioritaire.<sup>20</sup>.

#### 2.2.1.2 Une formation incomplète

La formation initiale des professionnels, essentiellement axée sur le curatif laisse peu d'espace à l'aspect préventif de la santé publique. On dénombre depuis 2001 un module optionnel<sup>21</sup> dans le 2ème cycle des études médicales, un diplôme universitaire de tabacologie, un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) d'addictologie ouvert aux seuls médecins spécialistes depuis 2002.

Le Rapport 2003 de l'IGAS confirme cette idée : il apparaît que la formation et les conditions d'exercice des médecins ne permettent pas de s'investir pleinement dans la prévention.

La formation dans le domaine de la prévention est nécessaire pour tous les professionnels de santé. La complexification du système de prévention implique de mener des actions globales en équipes pluridisciplinaires, comme le fait remarquer à juste titre le Dr De Bournonville : « *La prévention à l'hôpital est indispensable les soignants ne devant pas se considérer comme des spécialistes de la maladie mais comme des spécialistes de la santé. C'est l'affaire de tous y compris des administratifs* ». <sup>22</sup>

Quant à la formation du personnel non médical en matière de prévention, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) propose un module « santé publique » comprenant une partie obligatoire et une partie optionnelle, et deux stages pratiques axés sur la santé publique. Dans la pratique quotidienne des soignants, l'apport de la formation est d'autant plus important que l'on se rend compte que le simple fait de demander à quelqu'un s'il fume et s'il a l'intention d'arrêter (conseil minimal) permet un arrêt de 2% des fumeurs.

### 2.2.2 Des freins culturels

#### 2.2.2.1 La perception sociale des substances psycho-actives

En France, l'alcoolisation conviviale, festive, est plutôt bien acceptée, voire favorisée sociologiquement, par opposition à l'alcoolisation mal tolérée d'une personne physiquement dégradée, socialement exclue, et à laquelle nul ne souhaite s'identifier.

Par ailleurs, si la légitimité de l'hôpital en tant qu'acteur de la prévention est incontestable, sa représentation par ses agents doit être irréprochable. Autrement dit, la question du

---

<sup>20</sup> Entretien réalisé par Anne Decq et Nathalie Come à la DDASS auprès du Dr. Brunet le 15 septembre.

<sup>21</sup> Module intitulé « la formation du patient atteint de maladies chroniques »

comportement addictif du personnel hospitalier doit être étudiée afin de faire de l'hôpital un lieu d'exemplarité<sup>23</sup>. Pour faire de la prévention efficace en amont, il faut être crédible donc les agents qui "sentent le tabac froid", incapables de tenir 8h sans fumer, montrent qu'ils ne sont pas en mesure de pratiquer une réelle prévention au quotidien.

Émerge alors un problème récurrent : la difficulté de concilier le libre arbitre des individus (personnels ou patients) et la crédibilité d'un système de prévention efficace. Cette idée est largement relayée par les associations pour lesquelles le libre consentement (par opposition au sentiment de culpabilité) est fondamental. Au-delà de ce changement de mentalités nécessaire, il arrive que les personnes en état d'addiction soient stigmatisées (surtout les alcooliques et les toxicomanes) par les personnels soignants. Ce phénomène est également vrai pour les patients eux-mêmes qui, malgré un comportement dépendant commun, ne tiennent pas à être assimilés les uns aux autres. Par exemple, les consommateurs de tabac ne souhaitent pas partager les locaux des personnes alcooliques.

#### 2.2.2.2 La prédominance du curatif

En France, la santé est systématiquement associée aux soins ; l'aspect curatif est enraciné dans les représentations collectives de l'univers sanitaire. Les personnels hospitaliers sont bien souvent dans des situations d'urgences, où le curatif domine l'aspect préventif. Pour beaucoup de professionnels de santé, la prévention au quotidien n'est pas prioritaire voire fréquemment sacrifiée par le manque de temps. Culturellement, la prise de conscience de l'importance de la prévention des conduites addictives n'est pas encore palpable dans la pratique quotidienne des soignants. Comme le souligne Mme Le Guéhenec<sup>24</sup>, il faut une « *révolution culturelle pour que chacun s'approprie la prévention, que celle-ci devienne automatique, naturelle et quotidienne à l'hôpital* ».

Enfin, la prévention n'est pas toujours un service attractif : il apparaît moins gratifiant de faire de la prévention que de développer un plateau technique d'envergure dans la mesure où elle s'adresse souvent à une population précarisée, ou en voie d'exclusion.

De plus, ses résultats s'apprécient à long terme et, l'hôpital est le domaine de l'aigu, de l'urgence.

---

<sup>22</sup> Entretien réalisé par Catherine Dusautoir et Léon Forys auprès du Dr. De Bournonville au CHU de Rennes le 16/09/2003.

<sup>23</sup> Entretien réalisé par Joanna Obasa au CHI de Fréjus/Saint-Raphaël auprès de Mme Bonelli le 17/09/2003.

<sup>24</sup> Entretien réalisé par Catherine Dusautoir à l'USID de Douai auprès de Mme Le Guéhenec le 19/09/2003.

### 2.2.3 Le cloisonnement interne et externe

En interne, la transversalité entre les services est insuffisante. Par exemple, le dépistage des comportements addictifs dans les services somatiques et psychiatriques est marginal. Parallèlement, on peut constater un cloisonnement entre les différentes addictions : souvent, les équipes spécialisées par produit, se limitent à leur champ de compétence et ne prennent pas en compte le problème des poly-consommations.

En externe, l'hôpital a tendance à se replier sur lui-même. Les réseaux ville-hôpital<sup>25</sup> sont en nombre insuffisant, et quand ils existent, ils nécessitent beaucoup d'énergie et de bonne volonté pour maintenir la dynamique qu'ils génèrent. Or, le domaine de la prévention, va bien au-delà du concept de maladie, ou d'offre de soins : il s'agit de produire du bien être. Les personnes sous l'emprise d'addiction, parfois vulnérables, ont besoin de relais extérieurs (médecine libérale, réseau d'orientation sociale, tissu associatif, centres de post cure, réinsertion professionnelle etc.) ; le témoignage de M. B<sup>26</sup> traduit ce besoin de lien avec les autres structures externes, et ces partenaires, incontournables, ne sont pas toujours faciles à mobiliser.

Ainsi, une cohérence semble nécessaire entre les actions de prévention, l'offre de soins, les centres de réhabilitation. Il est donc primordial de développer des liens entre toutes les structures sanitaires, sociales, associatives, institutionnelles et la médecine de ville. Le manque de cohésion tient à différents facteurs, culturels et fonctionnels, ce qui aboutit à une situation paradoxale pour l'établissement sanitaire : bien qu'il y ait une forte motivation pour faire de la prévention primaire, l'hôpital émerge avant tout en tant qu'acteur de prévention secondaire.

Si les textes encouragent l'hôpital à développer des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, les structures visitées montrent que la réalité est toute autre. Les établissements de soins se heurtent à de nombreux obstacles et s'éloignent ainsi souvent des exigences législatives et réglementaires.

Afin de garantir l'application d'une politique de prévention durable à l'hôpital, des préconisations peuvent être formulées.

---

<sup>25</sup> Entretien réalisé par Catherine Dusautoir à l'USID de Douai auprès de Mme Le Guéhennec le 19 septembre 2003.

Article de Pierre Poloméni « Les réseaux addictions » revue Toxibase n°8 décembre 2002.

<sup>26</sup> Entretien réalisé par Joanna Obasa au CHI de Fréjus/Saint-Raphaël auprès de M.B le 16 septembre 2003.

### **3 VERS UNE POLITIQUE DE PREVENTION DURABLE A L'HOPITAL**

Au regard de ce qu'il a été possible de constater dans la pratique, trois propositions visant à conforter l'hôpital dans son rôle de prévention peuvent être formulées : valoriser la prévention à l'hôpital, développer des partenariats avec les autres acteurs de la prévention et reconnaître l'activité préventive comme faisant partie intégrante de l'activité hospitalière, en veillant à son organisation.

#### **3.1 VERS UNE VALORISATION ACCRUE DE L'ACTIVITE DE PREVENTION A L'HOPITAL**

Cette valorisation se situe à 3 niveaux : institutionnel, professionnel et financier.

##### **3.1.1 Engager les décideurs hospitaliers**

###### **3.1.1.1 Les documents institutionnels**

La valorisation institutionnelle de l'activité préventive dépend très largement de l'implication du Directeur et de sa volonté d'impulser une dynamique de projet. Dans cette perspective, la communauté médicale pourrait intégrer un volet prévention dans le Projet Médical. Le Directeur, quant à lui, doit mettre au rang de priorité une politique de prévention en l'inscrivant au Contrat d'Objectifs et de Moyens et au Projet d'Etablissement. La mise en œuvre d'une telle politique suppose qu'une réflexion soit préalablement menée avec le corps médical et les soignants. Ce travail est essentiel en ce qu'il incite les professionnels à dresser un bilan de l'existant, repérer la place de chacun et permettre l'échange d'informations et de savoir-faire. La finalité de cette démarche est d'aboutir à un véritable consensus entre les différents acteurs, lesquels se seront appropriés les conduites à tenir, formalisées dans un protocole qu'ils auront élaboré.

###### **3.1.1.2 Un plan de communication**

Le Directeur peut développer une politique de communication tant interne qu'externe, de façon à renforcer le rôle de l'hôpital en matière de prévention primaire. La communication interne peut se traduire par la réalisation de livrets ou brochures d'informations relatifs,

entre autres, aux conduites addictives, et destinés à toute population accueillie : jeunes, personnels, familles et patients hospitalisés ou en transit.

Cette documentation peut également être un outil de communication externe si elle est mise à disposition des structures d'accueil des populations, comme par exemple les mairies ou les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). Ce type de communication s'oriente vers une démarche d'ouverture de l'hôpital vers la ville, en touchant plus particulièrement des populations ciblées, tels que les détenus en milieu carcéral ou des personnes faisant l'objet de mesures éducatives. De même, l'intervention de professionnels de la prévention dans les établissements scolaires et dans les entreprises est une démarche que peut réaliser l'hôpital, avec l'appui d'acteurs du réseau d'addictologie. La communication externe est importante dans la mesure où elle reflète l'image que l'hôpital véhicule : il doit être un modèle d'exemplarité pour le public, y compris pour le personnel.

#### 3.1.1.3 Faire de la prévention une référence de l'ANAES

Depuis l'Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique, l'une des missions de l'ANAES est la réalisation d'une évaluation externe des établissements de santé : l'accréditation. Celle-ci se base sur le contenu d'un référentiel nommé le Manuel d'accréditation et qui comprend trois grands axes : le patient et sa prise en charge, le management et la gestion au service du patient, et la qualité et la prévention.

Dans cette dernière partie, la prévention n'est finalement abordée que de manière très spécifique et thématique. En effet, seule la prévention du risque infectieux est concernée. Le domaine de la prévention peut devenir incontournable, et donc « s'imposer » aux décideurs hospitaliers, si le manuel de l'ANAES comprend un axe exclusivement réservé à l'évaluation de la place de la prévention à l'hôpital. Cette procédure permettrait un changement des pratiques et une évolution culturelle en douceur, par le biais du système d'accréditation qui ne présente pas le caractère autoritaire de textes législatifs et réglementaires.

#### **3.1.2 Valoriser le travail des professionnels de la prévention**

La valorisation professionnelle relève à la fois d'une nécessaire sensibilisation du personnel à la prévention, mais aussi de la mise en œuvre d'une évaluation des actions menées.

### 3.1.2.1 La formation

Sensibiliser le personnel à la prévention, c'est reconnaître le professionnalisme de chacun dans le domaine de compétences spécifiques qu'est l'addictologie. Dès lors, il apparaît primordial que l'hôpital soit le garant d'une telle connaissance (ou de savoir-faire) en s'assurant que le personnel est en mesure de répondre aux besoins du patient dans toutes leurs dimensions.

Aussi, le Directeur doit soutenir des plans de formation continue pour l'ensemble du personnel concerné, en dégagant des axes prioritaires dans le plan annuel de formation, comme ceux de la prévention et de l'éducation du patient. Ces mêmes thématiques ont d'ailleurs été retenues par l'ANFH Bretagne pour l'année 2004 (dispensées par l'ENSP), témoignant de l'intérêt porté à ces sujets d'actualité.

En matière d'addictologie, l'établissement a par ailleurs la possibilité de signer une convention avec des organismes qualifiés telle que l'ANPAA de Bretagne (antenne Départementale de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), capable de dispenser des formations multiprofessionnelles et d'intervenir sur site. En outre, la formation continue médicale peut éventuellement être diplômante (DU ou DESC de prévention).

Si la formation continue dépend de la seule volonté du Directeur, la formation initiale s'inscrit en revanche dans un cadre réglementaire contraignant. Dès lors, les pouvoirs publics doivent envisager une réforme des programmes d'études en médecine, en rendant obligatoires les modules relatifs à la prévention. De même, il est possible d'imaginer au même titre que les infirmières hygiénistes et cliniciennes, la spécialisation d'infirmières qualifiées en prévention.

### 3.1.2.2 L'évaluation

L'évaluation de la prévention est une action permettant de valoriser le travail des agents. En mesurant les effets de leur travail sur la communauté et sur l'établissement, une place leur est reconnue dans l'établissement. Les modalités d'évaluation sont, à première vue, assez difficiles à définir étant donné que les actions de prévention ont pour objectif de diminuer le nombre de malades ou les rechutes. Les résultats allant dans ce sens peuvent en effet être le fruit de facteurs exogènes dissuasifs, telle que l'entrée en vigueur de réglementations plus sévères : augmentation des taxes, des sanctions répressives, des effectifs de police. Toutefois, quelques indicateurs quantitatifs et qualitatifs peuvent être utilisés : application ou non des protocoles en urgence, suivi à long terme des usagers.

Par le biais d'enquête de semaine et d'entretiens, une évaluation peut donc être réalisée et une grille de diagnostic créée dans le cadre d'une démarche participative auprès du personnel<sup>27</sup>.

### **3.1.3 Améliorer le financement des actions de prévention**

Les managers hospitaliers et les décideurs doivent prendre conscience de l'importance de l'activité de prévention. Mais, cette activité n'est pas encore reconnue comme telle. Seuls les indicateurs de soins infirmiers sont susceptibles de quantifier les activités de prévention en les quantifiant comme soins relationnels ou activités afférentes aux soins. Cependant, ces indicateurs infirmiers ne sont pas pris en compte par le PMSI (Programme Médicalisé du Système d'Information). La reconnaissance de l'importance de l'activité de prévention passe donc, tout d'abord, par son intégration dans le PMSI.

Ce manque d'indicateurs fait que la valeur de la prévention à l'hôpital et dans le système de santé est mal appréciée. Une étude de la DREES<sup>28</sup> sur les comptes de la prévention à l'hôpital démontre qu'en 2002, les dépenses de prévention déclarées représentent 2,3 % des dépenses courantes de santé soit 3,6 milliard d'euros. Or, une enquête réalisée en 1998 évalue à 9 milliards d'euros les dépenses réelles de prévention.

La mise en place d'indicateurs devrait conduire par la suite à créer un mode de financement propre à ces actions à travers le système de la tarification à l'activité. Cependant, contrairement aux autres activités hospitalières financées sur l'enveloppe financière de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) et compte tenu du volume important des dépenses de prévention révélé par l'enquête de la DREES, les pouvoirs publics pourraient créer une « enveloppe prévention » comme cela a été fait pour les réseaux. Cette enveloppe serait abondée par une fraction des enveloppes sanitaires et médico-sociales mais aussi par une part du produit des taxes sur l'alcool et le tabac.

Cependant, valoriser la politique de prévention n'est pas suffisant. Pour être efficace et efficiente, la prévention doit aussi faire l'objet de partenariats entre l'hôpital et les autres acteurs oeuvrant dans le champ de l'addictologie.

---

<sup>27</sup> L'OFDT, sur son site internet, propose une base de données avec des indicateurs.

<sup>28</sup> Les dépenses de la santé dans les comptes nationaux de la santé : DREES N°247-juillet 03-09-17



## **3.2 AGIR EN PARTENARIAT : ASSURER L'EFFICACITE ET L'EFFICIENCE DE LA PREVENTION A L'HOPITAL**

Le cloisonnement est un des obstacles principaux à l'efficacité d'une politique de prévention dans le domaine de l'addictologie. La réussite des actions de prévention passe par un travail commun à l'intérieur même de l'hôpital, mais aussi par l'échange de savoir-faire et de moyens dans le cadre de réseaux extra-hospitaliers.

### **3.2.1 Réaliser le décroisonnement interne**

#### **3.2.1.1 Le décroisonnement des services**

Dans le domaine de l'addictologie, les unités de tabacologie, alcoologie et toxicomanie ne sont souvent pas regroupées. Cette situation due, entre autres, à la réticence du corps médical réparti en spécialité, est préjudiciable au patient. En effet, l'usager n'est pas pris dans sa globalité à l'hôpital. Il est admis pour une pathologie et pris en charge à travers celle-ci. Or, il est nécessaire, en matière d'addictologie, de personnaliser la prise en charge et de retracer le parcours de vie, la trajectoire de soins du patient. Un projet global doit lui être proposé en plus d'une phase de sevrage.

Le décroisonnement des services de tout l'hôpital est la première condition à remplir afin de permettre ce type de prise en charge. Ainsi, un repérage précoce passe par la détection des personnes à risques<sup>29</sup> et la mise en place d'un protocole au service des urgences. De même, les services de psychiatrie et les équipes de liaison en addictologie doivent travailler ensemble afin de prendre en compte la dimension psychosociale du patient, parallèlement à sa demande de soins techniques. Il est nécessaire que chaque service de l'hôpital soit informé des possibilités qui s'offrent à lui en terme de repérage des addictions et d'orientation du patient. Par exemple, une femme enceinte, ayant une forte consommation de tabac et qui consulte un médecin du service obstétrique, peut se voir proposer une orientation vers l'unité de tabacologie ou vers une consultation spécialisée.

#### **3.2.1.2 La participation du patient**

L'orientation du patient ne lui sera évidemment pas imposée, mais elle lui permettra d'être informé des services existants à l'hôpital. La participation des individus est une donnée fondamentale de la prévention de l'addictologie. Le patient doit être acteur de la

---

<sup>29</sup> Rapport ministériel Tobelem, mai 2000, sur « le repérage précoce des conduites addictives à l'hôpital »

prévention, au même titre que l'hôpital, et donc pouvoir donner son avis sur le projet global qu'on lui propose. Les soignants ne savent pas forcément toujours ce dont la personne a réellement besoin. Il est vrai que cette approche par les besoins est plus délicate en matière d'addictologie, puisque le patient ne reconnaît pas toujours qu'il est malade. Toutefois, la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et la Charte d'Ottawa préconisent cet aspect participatif. Cette démarche implique que le patient maîtrise certaines informations et qu'il a accès à certaines données, comme par exemple à son dossier personnel.

### **3.2.2 Inscrire l'hôpital dans un circuit de prévention**

L'hôpital n'est pas le seul acteur de la prévention en matière d'addictologie. Contribuent également au circuit de prévention : les CSST, les Comités d'Éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), les services de la gendarmerie et de la police, les associations d'anciens buveurs, les structures de post-cure, les médecins de ville, les travailleurs sociaux. Parallèlement, le Comité d'Éducation pour la Santé intervient auprès des hôpitaux au titre de la formation et de l'information en matière d'éducation thérapeutique. En termes de prévention secondaire et donc de dépistage, l'hôpital a une place primordiale puisqu'il est à la fois un lieu de rencontres et un lieu d'échanges personnalisés. En ce qui concerne les préventions primaire et tertiaire, son action s'inscrit de façon accrue dans un réseau de santé. Si un projet personnalisé est écrit avec le patient, celui-ci se fait dans la durée et doit éviter les ruptures dans la prise en charge. Le décloisonnement sanitaire et social est donc à réaliser afin de permettre le suivi du patient.

Le réseau doit permettre l'échange de savoir-faire et de compétences entre les différents acteurs et chacun doit clairement trouver quel est son rôle dans le système. Pour éviter les rechutes, le réseau doit permettre l'information (quels sont les acteurs de la prévention de l'addictologie avec la création d'un annuaire et d'un journal), la formation (grâce aux échanges lors de réunions mensuelles sur des thèmes précis), l'orientation (le patient doit savoir quelle structure peut l'accueillir en post-cure : établissement, consultation externe, hôpital de jour).

La pérennisation du réseau addictologie est indispensable à une bonne qualité de prise en charge du patient. Elle sera possible par des financements reconductibles, mais aussi par une organisation appropriée permettant la réalisation d'un bilan de l'existant et d'un programme de travail, la définition d'objectifs et de stratégies, la rédaction d'une charte, la clarification des rôles, une communication efficace et la réalisation de réunions de travail.

Le partenariat et le travail en réseau sont deux conditions indispensables à l'émergence d'une politique de prévention efficace en matière d'addictologie. La réorganisation de l'hôpital est une action, plus générale et plus ambitieuse, qui peut être réalisée afin d'établir une prévention durable en son sein.

### **3.3 REORGANISER L'HOPITAL : ACCROITRE LA PLACE DE LA PREVENTION A L'HOPITAL**

La prévention peut être reconnue en tant qu'activité non seulement dans le cadre d'unités communes d'addictologie, mais aussi à travers la création de véritables Départements de prévention. Le projet de loi de santé publique apporte quelques nouveautés représentant un premier pas vers la reconnaissance de la prévention à l'hôpital. De plus, les grands centres hospitaliers ne sont pas les seuls établissements concernés par la prévention. Les hôpitaux locaux ont un rôle non négligeable à jouer.

#### **3.3.1 De l'addictologie à la prévention générale**

##### **3.3.1.1 Les Pôles communs d'addictologie**

L'addictologie peut être abordée de manière plus globale par la création de Pôles communs. Ceux-ci ont pour objectif de proposer une offre cohérente, globale et diversifiée. Ils doivent permettre une meilleure lisibilité du système, avec un unique lien : y seront regroupés des lits de sevrage, des lits de suite permettant l'éducation du patient, une équipe de liaison en addictologie, un hôpital de jour ou de l'hospitalisation à domicile, un centre de consultations externes, un CCAA et un centre de formation et de recherche<sup>30</sup>. La question de la pertinence du rapprochement entre les trois addictologies principales peut être posée. Une seule unité permet d'apporter des réponses centrées sur les personnes, les comportements et non sur les produits. Elle prend par ailleurs en compte le phénomène de la poly-consommation. Elle permet une mutualisation des moyens, des outils et des savoirs et rend plus lisible l'offre de soins. Toutefois, la tabacologie peut être envisagée comme un secteur à part<sup>31</sup>. Les personnes suivant un sevrage tabacologie ne se sentent pas concernées par l'alcoologie et la toxicomanie qui sont des dépendances touchant de façon bien plus importante l'état mental, ainsi que

---

<sup>30</sup> Un exemple de ce type de Pôles communs est représenté par l'expérience de l'hôpital Paul-Brousse, à Paris, qui a mis en place un centre d'addictologie comportant un grand nombre des dispositions pré-citées.

<sup>31</sup> Entretien du Docteur De Bournonville, CHU de Rennes, Pontchaillou par C. Dusautoir et L. Forys

l'environnement social, familial et professionnel. Il peut exister un risque de rejet de ces personnes qui ne se sentiraient plus concernées par l'activité de l'unité. Un certain nombre de médecins semble plutôt opposé à la création de Pôles communs d'addictologie.

#### 3.3.1.2 Le Pôle prévention, un aboutissement de la prévention à l'hôpital

La place de la prévention à l'hôpital doit être accrue. De façon plus générale, le Pôle commun d'addictologie est une possibilité d'évolution, mais pas la seule. En effet, la création de Pôles ou Départements de prévention, transversaux, serait une amélioration considérable. La prévention à l'hôpital serait reconnue en tant qu'activité à part entière et en tant que complément à tous les services de l'hôpital.

Le modèle suivant peut être retenu<sup>32</sup> : dans tous les hôpitaux de niveau régional serait créé un Département de prévention qui aurait pour mission de former, sensibiliser les médecins, concevoir des actions de prévention et réaliser des travaux de recherche. Ces Pôles seraient relayés au niveau départemental par des Pôles de santé publique qui auraient une mission essentiellement de diffusion de l'information de la santé, avec l'élaboration d'un programme annuel et la mise en place d'équipes de liaison de prévention. Enfin, les maisons de santé se situeraient au niveau local et constitueraient une assise de proximité aux différentes actions déterminées au niveau régional. Elles permettraient de garder le contact avec les associations, les médecins et les autres partenaires locaux. Dans un esprit pluridisciplinaire, pédagogique et éducatif, elles orienteraient correctement et localement les patients.

### 3.3.2 Le projet de la Loi de santé publique

Le projet de Loi concernant la santé publique apporte quelques évolutions en matière de prévention. En effet, elle prévoit la création d'un article L1411-6 dans le Code de la Santé Publique. Cet article précise que des consultations périodiques de prévention, des examens de dépistage et des actions d'information et d'éducation pour la santé seront mis en place. C'est un premier pas vers la reconnaissance institutionnelle de la prévention.

### 3.3.3 Améliorer le rôle de l'hôpital local

Le concept de santé communautaire permet une approche en terme de population, de déterminants de santé sur un territoire donné. Elle est liée à la notion de proximité et la

---

<sup>32</sup> WETTA C., *la prévention et le rôle de l'hôpital*, mémoire ENSP 1981

prévention est une de ses composantes. Par son implantation territoriale, l'hôpital local a un rôle primordial dans la coordination et l'amélioration des actions de prévention.

Selon l'article L. 6141-2 du Code de la Santé Publique, l'hôpital local a une vocation sanitaire et sociale. D'après l'article R. 711-6-4 du même code, « il participe notamment aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées, de médecine préventive et d'éducation pour la santé, et de maintien à domicile en liaison avec les professionnels locaux ». En terme de prévention, il doit pouvoir informer les patients se rendant à l'hôpital et dépister les personnes à risques (prévention secondaire). Selon la Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, celui-ci doit développer des consultations avancées de spécialistes afin de « se constituer en plate-forme sanitaire de premier secours ». Son rôle est également de pouvoir orienter les patients et de participer à un réseau en addictologie afin de connaître ses partenaires dans le domaine.

Le rôle de proximité de l'hôpital local est primordial et son implantation en milieu rural doit permettre d'améliorer le maillage hospitalier du territoire. Les inégalités entre les secteurs urbain et rural sont flagrantes. En matière d'addictologie, les villes sont mieux dotées en termes de structures et de réseaux, alors que le milieu rural est également concerné par ces problématiques d'addictions. L'hôpital local doit favoriser la réduction des inégalités et leurs conséquences en améliorant le dispositif de prévention et de soins mis à disposition des personnes. Il doit être au centre d'un réseau d'addictologie en sensibilisant les médecins de campagne et en orientant leurs patients vers des consultations filtrantes. Par ailleurs, l'hôpital local, en tant qu' « animateur local de santé », doit tenir compte des besoins de santé locaux et peut mettre en place des actions en matière d'éducation à la santé. Dans le domaine de l'addictologie, la Circulaire recommande l'aide au sevrage tabagique, des consultations d'alcoologie et de soutien au sevrage, la mise en place de cellules d'écoute pour les suicides et les conduites addictives sur les zones à risque.

Aujourd'hui, la prévention réunit les conditions pour être reconnue en tant qu'activité à l'hôpital (existence des textes, demande des professionnels et des populations). Toutefois, des mesures doivent être réalisées afin que cela devienne effectif dans les faits. La prévention durable doit améliorer à terme le système de santé, car elle est le complément indispensable d'une approche curative.

## CONCLUSION

La prévention des addictions à l'hôpital ne peut plus être considérée comme une mission marginale de l'hôpital. En effet, depuis quelques années les pouvoirs publics ont pris conscience de l'enjeu de santé publique que constitue la prévention.

De plus, l'hôpital a un intérêt stratégique à développer une politique de prévention car elle permet une amélioration de l'image de l'hôpital, de la satisfaction de la communauté hospitalière. Mais aussi, développer la prévention, c'est répondre aux besoins de la population.

Néanmoins, dans les faits, si des actions sont menées, de nombreux obstacles persistent. Ils sont liés aux moyens, à la formation des acteurs hospitaliers, au cloisonnement des services et des pratiques mais aussi et, avant tout, à la culture hospitalière.

Pourtant, une politique de prévention en addictologie durable peut être instaurée à l'hôpital grâce à une valorisation plus importante de l'activité, à l'action en partenariat et à une réorganisation des structures hospitalières.

Cependant, la prévention des addictions à l'hôpital ne peut être réalisée et reconnue que si la prévention elle-même devient un axe d'orientation du système de santé en général.

Pour cela, le système doit être repensé dans sa globalité. Le Rapport de l'IGAS <sup>33</sup> qui établit un comparatif des politiques de prévention en Finlande, au Québec et au Royaume-uni prouve qu'il est possible de placer la prévention au cœur de la politique de santé en recentrant le système sur les besoins réels des populations et non sur l'offre de soins.

Ainsi, la prévention peut s'avérer être un formidable levier de changement du système de santé. Sommes-nous prêts à cette évolution ?

---

<sup>33</sup> Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Mathilde LIGNOT-LELOUP, FRANCE. Inspection générale des affaires sociales . 2003

---

## Bibliographie

---

### RAPPORTS

- Rapport ministériel TOBELEM, Repérage précoce des conduites addictives à l'hôpital, mai 2000.
- Rapport d'activité du réseau hospitalier sans tabac (septembre 2000-septembre 2001)
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, *prévention de l'usage de drogues : questions éducatives*, livret des connaissances. Paris : MILDT et CFES. Janvier 2002 Collection Drogues, savoir plus. 69 p.
- Rapport IGAS, D. JOURDAIN-MENNINGER, M. LIGNOT-LELOUP. *Pour une politique de prévention durable*. 2003. 399 p.
- DREES, *Les dépenses de la santé dans les comptes nationaux de la santé*, N°247-juillet 2003.

### PERIODIQUES

- 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
- NUMERO SPECIAL Education des patients...formation des soignants, *la santé de l'homme*, Mai-juin 1999, 51 p.
- 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
- PERROT M. DANDE A., De la prévention de l'alcoolisme à la prévention des addictions dans le dossier « 60 ans d'éducation pour la santé ». *La santé de l'homme*. Novembre-décembre 2002 n° 362 p. 37.
- POLOMENI P., Les réseaux addictions, *Toxibase*, n°8, décembre 2002.

- Alcool et drogues : discours officiels et réalité, *Le Quotidien du Médecin*, septembre 2003.

### **MEMOIRES**

- BOUILLIN D. Les équipes hospitalières de liaison en addictologie : mise en place du dispositif dans le département d'Ille et Vilaine, bilan et perspectives. Mémoire MISP, Ecole nationale de la santé publique de Rennes, avril 2002. 107 p.
- 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 p.

### **COLLOQUES**

- Congrès « Promotion de la santé, des politiques, des métiers, des vécus », session 7, Education pour la santé : nouveaux publics, nouvelles pratiques, *Perspectives de l'hôpital public français en éducation pour la santé*, par T.Mishra-Bouchez, p.76 Nancy, 1995.

### **SITES INTERNETS**

[www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

[www.centre.sante.gouv.fr/dep18/sante/addict/telecharg/plan.pdf](http://www.centre.sante.gouv.fr/dep18/sante/addict/telecharg/plan.pdf) (plan de prévention et de prise en charge des conduites addictives du Cher)

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

[www.reseau-chu.org/A\\_ARTICLES/N15PARIS01.html](http://www.reseau-chu.org/A_ARTICLES/N15PARIS01.html) (plan stratégique 2004 de l'AP-HP)

### **SOURCES PEDAGOGIQUES**

- PALICOT J-C, VINCONT L., dossier documentaire, MIP santé publique 2003.



---

## Liste des annexes

---

- ◆ Définitions des notions principales
- ◆ Les stades de la prévention
- ◆ Grilles d'entretien

## **DEFINITIONS :**

### **PRODUITS PSYCHO-ACTIFS :**

drogues illicites, alcool, tabac, médicaments psycho-actifs

### **MEDICAMENTS PSYCHO-ACTIFS :**

neuroleptiques, anxiolytiques, anti-dépresseurs, tranquillisants

### **DROGUES ILLICITES :**

produits stupéfiants (hors cadre de prescription) et produits non classés comme stupéfiants et détournés de leur usage normal (colles, solvants...)

### **USAGE :**

L'usage caractérise une consommation qui n'entraîne ni dommage ni complication somatique (les seules complications sont sur le plan pénal ou social). On distingue trois modalités de consommation :

- la non-consommation (10% des Français ne consomment pas d'alcool, 66% ne fument pas, 90% ne consomment pas de produits illicites)
- la consommation socialement et individuellement réglée (refus, tolérance, valorisation d'une substance par une société donnée)
- la consommation à risque (dommages potentiels)

### **ABUS OU USAGE NOCIF :**

C'est une consommation répétée dans le temps qui induit des dommages somatiques, psychologiques ou sociaux sur le consommateur lui-même et sur son entourage familial, social, professionnel ou sur ses relations à l'ordre public. Cette définition est liée aux dommages induits liés à la prise de risque.

### **DEPENDANCE :**

Il s'agit d'un comportement psycho-pathologique spécifique dominé par un désir compulsif du produit avec difficulté de contrôle de la consommation et nécessité de reprise du produit pour éviter le syndrome du sevrage. L'augmentation des doses est indispensable pour maintenir l'effet du produit. La poly-consommation est fréquente.

### **ADDICTION :**

C'est l'impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation de substances psycho-actives qui vise à produire un plaisir ou écarter une sensation de malaise interne, poursuivi en dépit de ses conséquences négatives.

### **PROMOTION DE LA SANTE :**

La définition a été fournie par la Charte d'Ottawa. L'objectif recherché est de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie.

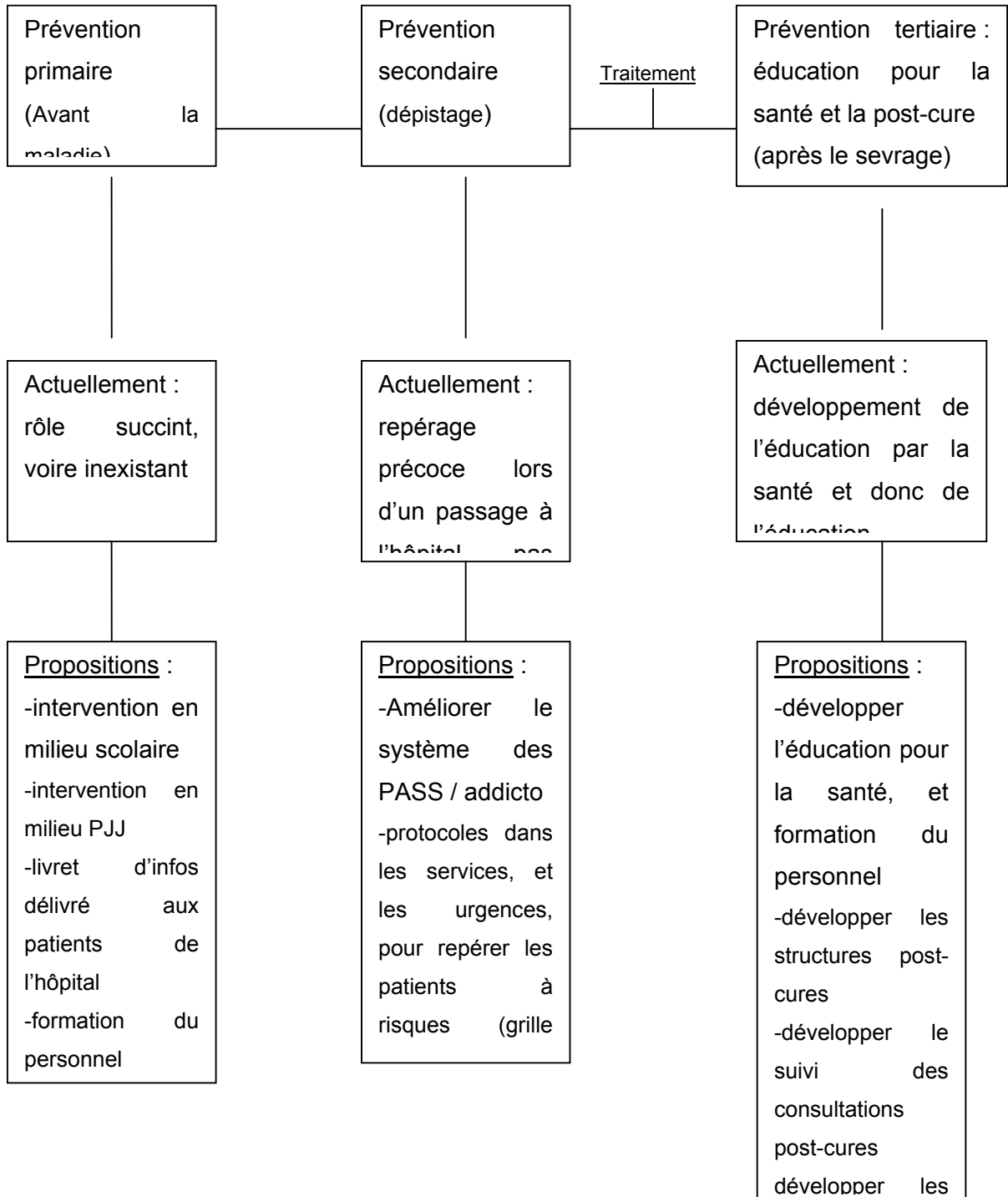
### **PREVENTION:**

Il s'agit 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 pour contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident.

### **EDUCATION POUR LA SANTE :**

Le but recherché est que chaque citoyen acquière 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 celles de la collectivité.

## LES STADES DE LA PREVENTION A L'HOPITAL EN MATIERE D'ADDICTOLOGIE



Quatre points-clés :

\*le rôle de l'hôpital local

\*l'importance du réseau

\*formation, communication, infos et recherche

<p style="text-align: center;"><b>GRILLE D'ENTRETIEN</b> <b>LES STRUCTURES DE SOINS</b></p>
---

- ❑ Quelle est votre structure : fédération, service, unité ?
- ❑ Quelle est la genèse de ce projet ? Personnes qui l'ont porté, les fondements épidémiologiques, sanitaires de ce projet ; comment le projet s'est mis concrètement en place ?
- ❑ De quels moyens disposez-vous ? humains, financiers, matériels
- ❑ Ces moyens et donc votre action sont ils pérennes ?
- ❑ Quelles sont vos actions:
  - en matière de prévention primaire
  - en matière de prévention secondaire
  - en matière de prévention tertiaire
- ❑ Quel est votre public ? Est-il conforme à la cible que vous voudriez atteindre par vos actions ?
- ❑ Quels sont vos contacts avec les autres acteurs de la prévention ?
  - les associations
  - les praticiens libéraux =} réseaux
  - les cliniques =} réseaux
  - l'éducation nationale
  - la médecine du travail
  - les autorités de tutelle
  - les autres financeurs
- ❑ Pouvez-vous évaluer votre action ou faire un bilan de cette même action ?
- ❑ Qu'en est-il de la formation du personnel en matière de prévention ?
  - formation initiale / formation continue
  - formation des Personnels Médicaux / des Personnels Non Médicaux
- ❑ Envisagez-vous de développer vos actions ?
- ❑ La prévention vous semble-t-elle légitime à l'hôpital ?
- ❑ Selon vous, quelles sont les conditions de réussite de la prévention à l'hôpital ?

<p style="text-align: center;"><b>GRILLE D'ENTRETIEN LES AUTORITES SANITAIRES</b></p>
---

- ❑ Quelle est la politique de l'autorité en matière de prévention et d'addictologie ?
- ❑ Comment est-elle élaborée ?
- ❑ Quelle place pour l'hôpital dans cette politique ?
- ❑ Quel est le bilan des actions de prévention en Bretagne ?
- ❑ Quels sont les moyens alloués à la prévention ? Quelle part pour l'hôpital dans ce financement ?
- ❑ Quelle est la légitimité de l'hôpital dans le système de prévention ?
- ❑ Quels peuvent être les obstacles à la mise en oeuvre d'actions de prévention à l'hôpital ? Les textes suffisent-ils à une mise en oeuvre de la prévention ? Que répondre aux acteurs qui mettent en avant le manque de moyens ?
- ❑ Qu'en est il des réseaux ville-hôpital en matière de prévention et d'addictologie ?
- ❑ Quid de la prévention à l'hôpital (pas de points ISA) dans le cadre d'un financement à l'activité ?

<p style="text-align: center;"><b>GRILLE D'ENTRETIEN LES USAGERS</b></p>
--

- ❑ Pourquoi avoir choisi l'hôpital plutôt qu'une association ?
- ❑ Quels sont les apports de la structure pour le malade ?
- ❑ Quels sont vos attentes et vos besoins vis-à-vis de ce service ?