



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**  
**Promotion 2002 - 2004**

---

**NOUVELLES ORIENTATIONS ET NOUVELLES  
NORMES DANS LE CHAMP DE LA PRISE EN  
CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES : LE  
CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX FACE AU  
CONCEPT D'ADDICTOLOGIE ET A LA NÉCESSITÉ  
DES COMPLÉMENTARITÉS.**

---

**Delphine DURLIN**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes remerciements aux équipes d'alcoologie et de toxicomanie, pour m'avoir si bien accueillie pendant mon stage d'observation en 2002. Je remercie le Docteur WEMEAU, pour m'avoir aidée à replacer une certaine perspective historique dans mon travail.

J'adresse également mes remerciements aux membres de l'équipe de direction qui m'ont accordé des entretiens relatifs aux conduites addictives. Je remercie à cette occasion le Directeur du Centre Hospitalier, Monsieur MAURY, pour un échange de points de vue contradictoires néanmoins cordial.

Merci également à Denis ARTOT, mon maître de stage, pour m'avoir soutenu dans un travail très axé Santé publique, et pour m'avoir aidée à mieux comprendre les jeux et les enjeux de pouvoir au sein de cette étude.

Enfin, mes remerciements tout particuliers à Jean-Philippe WILLEM, en charge de la Cellule d'analyse stratégique, pour son indéfectible aide documentaire et logistique – encore merci.

---

# Sommaire

---

INTRODUCTION : .....	1
UN PHENOMENE DE SOCIETE : .....	2
1. <i>Ampleur des consommations de substances psycho-actives (voir annexe 3)</i> .....	2
2. <i>Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de substances psycho-actives (voir annexes 5 et 6).</i>	2
LE ROLE DE L'HOPITAL : UN ACTEUR DE RECOURS, MAIS AUSSI DE PREMIER RANG.....	4
<b>I ANALYSE DES NOUVELLES ORIENTATIONS ET REGLEMENTATIONS DANS LE CHAMP DE LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES.....</b>	<b>5</b>
A. NOUVELLES ORIENTATIONS ET REGLEMENTATIONS AU PLAN NATIONAL.....	5
1) <i>De l'approche produit à l'approche comportementale</i> .....	5
2) <i>Le développement d'une perspective pragmatique</i> .....	9
B. DES ORIENTATIONS ADAPTEES AUX REALITES LOCALES.....	19
1) <i>Contexte</i> .....	19
2) <i>Des orientations locales globalement en phase avec les recommandations nationales</i> .....	21
<b>II LE CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX : FACE A DES BESOINS LOCAUX MAJEURS, UN VOLONTARISME APPARENT MULTIPLEMENT EMPÊCHE.....</b>	<b>30</b>
A. UN CONTEXTE QUI LAISSE PESER DE LOURDES RESPONSABILITES SUR LE CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX.....	30
1) <i>Un contexte sociologique et médical relativement sinistré</i> .....	30
2) <i>La prise en charge des addictions sur la zone de Roubaix est encore insuffisante et surtout éclatée.</i>	33
B. LE CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX, AMBIVALENT FACE AUX CONDUITES ADDICTIVES.....	42
1) <i>Un dynamisme apparent appréciable</i> .....	42
2) <i>Un volontarisme multiplement empêché</i> .....	47
C. LE CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX, A LA CROISEE DES CHEMINS SUR LES QUESTIONS DE L'ADDICTOLOGIE ET DU MONTAGE DE COOPERATIONS DANS LE CHAMP DES CONDUITES ADDICTIVES.....	54
1) <i>Les ambiguïtés de l'addictologie au Centre Hospitalier de Roubaix</i> .....	54
2) <i>Des volontés encourageantes quant aux complémentarités : l'équipe de liaison et le travail de réseau</i> .....	57
<b>III AGIR SUR LES REPRESENTATIONS POUR DONNER CORPS A LA NOTION D'ADDICTOLOGIE, RENFORCER ET FORMALISER LES COMPLEMENTARITES .....</b>	<b>64</b>
A. INITIER DES CHANGEMENTS EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS.....	64
1) <i>Le Centre Hospitalier de Roubaix doit changer ses modes de pensée</i> .....	64
2) <i>Le Centre Hospitalier doit se faire le héraut d'un changement des mentalités</i> .....	68
B. PROMOUVOIR LA COORDINATION EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE LES CONDUITES ADDICTIVES AU SEIN MEME DU CENTRE HOSPITALIER.....	71
1) <i>Donner du corps à la notion d'addictologie</i> .....	71

2) Renforcer l'équipe mobile du Centre Hospitalier.....	74
C. FORMALISER L'EXISTENCE D'UN RESEAU A PARTIR DES RELATIONS ET CONVENTIONS EXISTANTES.....	79
1) Pourquoi un réseau ?.....	79
2) Quelle démarche de réseau à Roubaix ?.....	81
3) Les conditions du succès d'une démarche de réseau à Roubaix.....	86
<b>CONCLUSION : LE DIRECTEUR D'HOPITAL ET LES INDESIRABLES DANS UN HOPITAL EN DIFFICULTE.....</b>	<b>93</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>95</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>101</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

Mot\* : voir bibliographie

A.B.E.J. : Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse

A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation

A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

A.N.P.A. : Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme

C.A.M.S.P. : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

C.A.P.I. : Centre d'Accueil Psychiatrique Intersectoriel

C.C.A.A. : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

C.C.A.S. : Centre Communal d'Action Sociale

C.D.O. : Convention Départementale d'Objectifs

C.D.P.A. : Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme

C.D.R.I.P.D. : Centre de Documentation Régional d'Information et de Prévention contre les Drogues

C.E.T.R.A.D.I.M.N. : Centre d'éducation des troubles alimentaires et des maladies de la nutrition.

C.G.P.R.S. : Comité de Gestion des Programmes Régionaux de Santé

C.H.A. : Centre d'Hygiène Alimentaire

C.H.A.A. : Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie

C.H.R.S. : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

C.H.R.U. : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

C.H.S.C.T. : Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail

C.I.M. : Classification Internationale des Maladies

C.I.T.D. : Centre d'Information et de Traitement des Dépendances

C.L.S.P.D : Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance

C.M.E. : Commission Médicale d'Établissement

C.N.I.L. : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

C.O.M. : Contrat d'Objectifs et de Moyens

C.R.E.S. : Comité Régional d'Education pour la Santé

C.R.P.S. : Comité Régional des Politiques de Santé

C.R.S. : Conférence Régionale de Santé

C.S.A.P.A. : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

C.S.P. : Code de Santé Publique

C.S.S. : Code de Sécurité Sociale

C.S.S.T. : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

C.R.E.D.E.S. : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé  
D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
D.E.C.T. : Digital Enhanced Cordless Telecommunications  
D.E.T.A. : Diminuer Entourage Trop Alcool  
D.G.S. : Direction Générale de la Santé  
D.G.A.S.S. : Direction Générale de l'Action Sanitaire et Sociale (Roubaix)  
D.M.S. : Durée Moyenne de Séjour  
D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
D.S.M. : Disease State Management  
D.S.S.I. : Direction du Service des Soins Infirmiers  
E.C.L.A.T. : Espace de Concertation et de Liaison des Actions contre le Tabagisme  
E.L.S.A. : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie  
E.P.S. : Etablissement Public de Santé  
E.S.P.A.S. : Espace de Soins de Proximité et d'Accueil Santé (Tourcoing)  
E.T.P. : Equivalent Temps Plein  
E.V.A.L. : Bureau d'études évaluation médicale, médico-sociale, santé publique  
F.A.Q.S.V. : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville  
F.I.P. : Fonds d'Initiative à Projets  
F.N.O.R.S. : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé  
G.A.S.P.A.R. : Groupement Académique de Soutien et de Prévention pour les Adolescents à Risque  
G.R.A. : Groupement régional en alcoologie  
G.R.A.N.I.T. : Groupement régional des associations intervenant en toxicomanie  
H.C.S.P. : Haut Comité à la Santé publique  
I.C.M. : Indice Comparatif de Mortalité  
I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
I.L.S. : Infractions à la Législation sur les Stupéfiants  
I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
I.N.S.E.R.M. : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
I.S.A. : Indice Synthétique d'Activité  
In.V.S. : Institut de Veille sanitaire  
M.I.L.D.T. : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie  
M.R.P.S. : Maison Régionale de Promotion de la Santé  
O.C.R.T.I.S. : Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants  
O.F.D.T. : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies  
O.R.S. : Observatoire Régional de la Santé

P.H. : Praticien Hospitalier  
P.I.B. : Produit Intérieur Brut  
P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile  
P.M.S.I. : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
P.R.A.P.S. : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins  
P.R.A.S.E. : Programme régional d'Action Santé Environnement  
P.R.S. : Programme Régional de Santé  
P.T.I. : Protection du Travailleur Isolé  
P.T.S. : Programme Territorial de Santé  
R.M.I. : Revenu Minimum d'Insertion  
R.S.S. : Réseau Santé Social  
S.I.D.A. : Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis  
S.R.O.S. : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire  
S.S.R. : Soins de Suite et de Réadaptation  
T.A.A. : Tarification à l'Activité  
T.G.I. : Tribunal de Grande Instance  
T.O.M. : Taux d'Occupation Moyenne  
U.C.T. : Unité de Coordination en Tabacologie  
U.D.I.V. : Usagers de drogues par voie intraveineuse  
U.F. : Unité Fonctionnelle  
U.R.C.A.M. : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie  
U.R.M.E.L. : Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral  
V.A.D.S. : Voies aéro-digestives supérieures  
V.H.C. : Virus de l'Hépatite C  
V.I.H. : Virus de l'Immunodéficiences Humaine

## INTRODUCTION :

Le thème des addictions est sans nul doute un thème « à la mode ». L'addictologie et les réseaux sont devenus une priorité de santé publique pour les derniers gouvernements. Ils le sont particulièrement dans le champ hospitalier. L'Hôpital s'est en effet fait « épingler » par de nombreux rapports sur la question, et a vu son action guidée à plusieurs reprises.

Nous nous attacherons au cas du Centre Hospitalier de Roubaix. Pour cela, nous étudierons d'abord dans le détail les dernières réglementations et recommandations dans le champ des conduites addictives, et leurs répercussions au niveau local : c'est en effet l'un des rôles du Directeur d'Hôpital de se tenir à jour dans la connaissance des normes qui touchent le monde hospitalier. Ensuite, nous analyserons la manière dont le Centre Hospitalier de Roubaix a adapté son action, et les orientations qu'il a choisi de prendre en la matière pour les années à venir. Enfin, nous apprécierons si une meilleure organisation est possible, et nous en définirons les modalités.

Pour cette étude, nous avons d'abord effectué une revue de la littérature sur le sujet (voir ***bibliographie***). Ensuite, nous avons rencontré un certain nombre de personnes clés au niveau local, dans et à l'extérieur du Centre Hospitalier (voir liste des entretiens en ***annexe 1***). Ces entretiens se sont déroulés selon une grille semi-directive (voir grilles d'entretien en ***annexe 2***). Enfin, nous avons assisté à des réunions de travail lorsque cela était possible.

Le champ du mémoire doit ici être précisé.

Conformément au rapport de B. Roques relatif à la dangerosité des drogues\*, nous considérerons comme « drogues » les produits dits « psycho-actifs » en fonction de leur dangerosité (en termes de potentialité, de dépendance et de toxicité), et non de leur statut légal. Seront admis comme tels le tabac, l'alcool, les médicaments psychotropes, les drogues illicites. Les produits dopants ne seront pas abordés ici.

Le rôle de l'hôpital sera considéré du point de vue du dépistage, de la prise en charge, et de la réduction des risques. Le champ de la prévention primaire ne sera traité qu'à la marge.

En guise de prolégomènes à cette étude, nous la justifierons par deux points successifs : d'une part, l'ampleur du problème des addictions aux points de vue individuel et collectif ; d'autre part, l'acuité de cette thématique dans le champ hospitalier.



Un phénomène de société :

### **1. Ampleur des consommations de substances psycho-actives (voir *annexe 3*).**

La France fait partie des plus gros consommateurs d'alcool et de tabac (pour mémoire : quatrième consommation mondiale d'alcool avec 10.7 litres d'alcool pur par habitant et par an). Il faut rattacher à cet état de fait l'importance culturelle de l'alcool dans notre pays, et sa situation géographique en carrefour européen qui en fait un lieu de vente et de trafic majeur pour l'ensemble des produits, licites ou non.

Du point de vue des individus, l'ampleur de la consommation de drogues se mesure par la quantité consommée et la fréquence de consommation. L'Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie (O.F.D.T.), dans ses études régulières sur les consommations des Français, distingue quatre types de consommateurs : les expérimentateurs, les consommateurs occasionnels, les consommateurs répétés, les consommateurs quotidiens. De l'étude de 2002\*, il ressort les constatations suivantes (voir *annexe 4: Ampleur de la consommation de substances psycho-actives en France*) :

L'alcool est le produit le plus ancré dans les pratiques de consommation et le plus fréquemment expérimenté de manière occasionnelle. Au niveau des consommations régulières, il est devancé par le tabac. Pour les drogues illicites, bien que l'expérimentation ait tendance à s'étendre (principalement pour le cannabis), le nombre de consommateurs déclarés ou repérables reste nettement plus faible.

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

### **2. Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de substances psycho-actives (voir *annexes 5 et 6*).**

#### **Alcool**

Les risques immédiats liés à la consommation d'alcool concernent une fraction non négligeable des accidents (de la circulation, du travail, domestiques), des suicides, et comportements sexuels à risque.

Des complications sanitaires sont également à déplorer. Par ordre de fréquence décroissante, l'alcool est responsable de : cancers, notamment des voies aéro-digestives supérieures (V.A.D.S.) ; complications digestives, neurologiques, cardio-vasculaires, embryo-foetologiques. La mortalité s'en ressent : le nombre de décès attribuables à l'alcool en France était évalué en 1995 à 45 000, dont 16 000 dus à des cancers, 8200 à

des affections digestives, 7600 à des maladies cardiovasculaires, 7700 à des accidents et traumatismes (2860 décès par accidents de la route sont attribuables à l'alcool).

L'alcool contribuerait à 14% des décès masculins et 3% des décès féminins. La moitié des décès liés à l'alcool surviendrait avant 65 ans.

Le coût de l'hospitalisation pour alcoolisme en 1995 était estimé à 1.22 milliards d'Euros. Dans une approche élargie, le coût du traitement de l'alcoolodépendance et des pathologies associées à l'usage excessif d'alcool a été estimé en 1999 à 9.9 milliards d'Euros, soit 10% des dépenses de consommation médicale.

Au total, son coût social est estimé à environ **1.4% du Produit Intérieur Brut (P.I.B.)**.

### **Tabac.**

Le nombre de décès associés au tabac était estimé en 1995 à 60 000 par an en France. Ces décès sont surtout imputables aux cancers du poumon et des V.A.D.S. (31 500), à des maladies cardio-vasculaires (14 000) et respiratoires chroniques (11 000). Les taux augmentent exponentiellement pour la consommation associée d'alcool et de tabac.

Au total, 21% de la mortalité masculine et 1% de la mortalité féminine seraient imputables au tabac. Les deux tiers de ces décès surviennent avant 65 ans. Compte tenu de l'évolution de la consommation de tabac, 125 000 décès sont attendus en 2025.

Le coût social de la morbidité et de la mortalité associées au tabac a été estimé à 10 milliards d'Euros, dont près de 3 milliards d'Euros en dépenses médicales directes.

Le coût social total du tabagisme est estimé à environ **1.1% du P.I.B.**

### **Drogues illicites.**

Les conséquences sanitaires les plus graves touchent les usagers de drogues par voie intraveineuse (**U.D.I.V.**).

On observe chez eux une prévalence élevée des infections virales :

- Dans les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (**C.S.S.T.**), la prévalence déclarée du **V.I.H.** (Virus de l'Immunodéficience humaine) était en novembre 1999 de 6% chez les usagers non injecteurs et 16% chez les U.D.V.I..
- La contamination par le **V.H.C.** (Virus de l'Hépatite C) concernerait les deux tiers des U.D.V.I., avec une forte co-infection V.I.H.-V.H.C..

Les co-morbidités psychiatriques sont très fréquentes.

Seule la mortalité directe est mesurée chez les usagers de drogues :

- Les décès par surdose des U.D.V.I. sont en forte baisse, de 564 en 1994 à 120 en 2000. La part de l'héroïne régresse (6/10), celle des médicaments augmente (1/3).

- Le nombre de décès par **S.I.D.A.** (Syndrome de l'Immuno-Déficienc e Acquis e) chez les U.D.V.I. a également connu une baisse spectaculaire : 1 044 en 1998, 148 en 2000.

Le coût social total des drogues illicites est estimé à **0.16% du P.I.B.**.

Le rôle de l'hôpital : un acteur de recours, mais aussi de premier rang.

L'importance du rôle de l'hôpital peut être appréciée relativement au nombre de consommateurs de substances psycho-actives, aux conséquences sanitaires de ces consommations, mais aussi au regard des recours au système de soins par les personnes ayant des problèmes de consommation.

La lutte contre les drogues compte parmi ses missions fondamentales, selon le **Titre III du Code de la Santé Publique relatif à la lutte contre les fléaux sociaux.**

### **Alcool**

Cinq millions de personnes seraient confrontées à des difficultés d'ordre médical, psychologique et social en raison d'un usage excessif d'alcool. Le nombre de sujets dépendants de l'alcool serait de 2 à 3 millions.

Un mésusage d'alcool a été identifié chez environ 1/5 des patients ayant recours au système de soins un jour donné (données du Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, **C.R.E.D.E.S.**) : 20% des patients hospitalisés et 18% des patients chez le généraliste. Parmi eux, les usagers avec dépendance représentaient 7% des hospitalisés et 5% en médecine générale.

En 2000, le nombre de séjours hospitaliers pour ivresse alcoolique s'est élevé à 54 233 et celui pour alcoolo-dépendance à 40 017 (source : **P.M.S.I.** 2000).

### **Tabac.**

769 477 hospitalisations et 7 130 174 journées d'hôpital lui seraient attribuables en 1997. Le tabagisme est signalé comme facteur de risque chez 16% des hospitalisés.

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

### **Drogues illicites.**

L'hôpital n'est un lieu de recours que pour les demandes de sevrages lourds, ne pouvant être réalisés en ambulatoire ; pour les situations de crise (manque, overdose) ; et pour les complications sanitaires de la consommation, en particulier virales.

# I ANALYSE DES NOUVELLES ORIENTATIONS ET REGLEMENTATIONS DANS LE CHAMP DE LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES.

Ces dernières années, de nouvelles orientations sont apparues en matière de prise en charge des addictions. Collectivités locales et établissements de soins les ont adaptées et mises en œuvre : le Nord-Pas-de-Calais s'est distingué par son action précoce...

## **A. Nouvelles orientations et réglementations au plan national.**

La lutte contre les drogues est influencée par la manière dont leur consommation est considérée ; en ce domaine, les scientifiques sont passés récemment d'une approche différenciée par substance à une approche globale fondée sur l'unicité des comportements. Cette évolution a conditionné une profonde remise en cause des politiques publiques en la matière : le principe de réalité prime désormais...

### ***1) De l'approche produit à l'approche comportementale.***

#### **a. L'approche produit et ses conséquences sur les dispositifs de prise en charge des usagers de substances psycho-actives.**

##### ***1° L'approche produit se fonde sur la pharmacologie des produits.***

En France, dans le cadre du développement des connaissances scientifiques, la notion de toxicomanie a été rapidement soumise à « **l'approche produit** » : on distinguait les types de consommation en fonction de la pharmacologie des substances psycho-actives, de la toxicité des produits ; les caractéristiques des produits étaient considérées comme étant seules à l'origine de la dépendance. Cette approche s'est basée sur la **théorie de l'intoxication**, et a fait émerger les figures de l'héroïnomane et de l'alcoolique.

Cette conception supposait que la rupture avec les habitudes de consommation (le sevrage) et le maintien de l'abstinence suffisaient pour sortir définitivement les patients de la toxicomanie.

De plus, elle légitimait le fait que le dispositif de prise en charge soit fragmenté selon les produits ; des dispositifs sanitaires, réglementaires, législatifs distincts sont apparus, en dehors du régime général, et financés à l'origine par l'Etat.

## **2° L'apparition inégale de dispositifs spécifiques.**

### *Drogues illicites*

C'est la **loi du 31 décembre 1970\*** qui pose le cadre de la politique française de lutte contre la toxicomanie pour plusieurs décennies. Elle comporte trois orientations majeures : la répression du trafic et l'interdiction de l'usage ; la possibilité d'une alternative thérapeutique à la sanction pénale ; la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers.

Durant les années 1970, la politique sanitaire s'oriente rapidement vers la création de structures spécialisées, les C.S.S.T., du fait de la réticence des établissements sanitaires à accueillir des toxicomanes. L'Etat s'appuie alors sur un secteur associatif très dynamique. L'accent est mis sur la prise en charge psychothérapeutique et le sevrage ; les traitements de substitution et les communautés thérapeutiques sont plutôt écartés.

Dans les années 1980, la volonté de rationaliser le système de prise en charge des toxicomanes se base sur une focalisation sur les structures essentiellement associatives, qui deviennent centres de soins en 1992 et dont les missions s'étendent du sevrage avec accompagnement psychothérapeutique à la prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative.

L'épidémie de S.I.D.A. et la dégradation de l'état sanitaire et social des toxicomanes a alors deux effets :

- Le réinvestissement de ce champ par le système sanitaire de droit commun.
- L'initiation d'une politique de réduction des risques, notamment à partir du **plan gouvernemental anti-drogues de 1993**.

### *Alcool.*

Les mesures de lutte contre l'alcool se sont longtemps limitées à la répression de l'ivresse et à la « condamnation » de l'alcoolisme. C'est notamment dans les années 1950 que l'Etat élabore le **Code des débits de boissons**, et institue la **loi sur les alcooliques dangereux\***. Des mesures législatives contre l'alcool au volant sont prises à partir de 1970, et visent le resserrement du taux d'alcoolémie toléré, les contrôles d'alcoolémie, les mesures pénales associées.

L'Etat choisit, comme pour la toxicomanie, de confier le problème des alcooliques à un dispositif spécifique. Les consultations d'hygiène alimentaire sont créées par la **circulaire du 23 novembre 1970**, et deviennent Centres d'hygiène alimentaire (**C.H.A**) en juillet 1975. C'est en mars 1983 que sont institués les Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (**C.H.A.A.**), dont les objectifs sont précisés et étendus : le traitement, la prévention, l'information et la recherche en matière d'alcool. Dès l'origine, ces dispositifs sont majoritairement portés par les structures associatives, en particulier

l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (**A.N.P.A.**). Les C.H.A.A sont devenus des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoolologie (**C.C.A.A.**) avec la **loi du 28 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions\***.

*Tabac.*

La lutte contre le tabagisme a ceci de particulier qu'elle a été longtemps ignorée en tant que dispositif de soins. Pour ce produit, il n'y a eu ni création d'un dispositif spécialisé, ni intégration expresse des missions de soins au dispositif général.

Les seules mesures existantes jusqu'en 2000 étaient des mesures de limitation de publicité, de distribution, et de protection des non-fumeurs. Ce fut le cas par exemple de la **loi Veil du 9 juillet 1976\***, et de la **loi Evin du 10 janvier 1991\***. A partir de 1992, l'accent est mis sur l'information des consommateurs.

### **3° Cette approche produit s'est révélée peu opératoire.**

Cette approche est aujourd'hui considérée comme réductrice : elle a conduit à la mise en place de dispositifs de prise en charge spécialisés peu cohérents :

- Un **cloisonnement** étanche entre les différents dispositifs. Il est lié à l'approche produit, mais aussi à une représentation sociale séparée des produits, et entérinée par l'Etat dans ses lignes de financement.
- Des structures centrées sur les **dépendances**. Les dispositifs spécialisés ne sont pas conçus pour favoriser l'accès précoce aux soins ; ils sont essentiellement tournés vers les alcoolo-dépendants et les héroïnomanes. Ce fut un obstacle à la conceptualisation et l'organisation des prises en charge précoces et des poly-consommations.

#### **b. L'apparition de l'approche comportementale et ses implications sur la prise en charge des usagers de substances psycho-actives et sur l'organisation du système de soins.**

Or la recherche scientifique s'est accordée ces dernières années pour reconnaître un certain nombre de caractéristiques communes à l'ensemble des substances psycho-actives. Ces similitudes ont été particulièrement explicitées par **le rapport Parquet Reynaud Lagrue « Pratiques addictives » de 2000\***.

D'une part, la recherche neurobiologique a montré qu'il existe une base biologique et moléculaire commune à toutes les dépendances, via la perturbation des sécrétions de dopamine au niveau du cerveau, et ce malgré les spécificités des produits.

D'autre part, cette évolution a été renforcée par une nouvelle approche, centrée sur les comportements de consommation de substances psycho-actives, et leurs déterminants (en particulier les facteurs de vulnérabilité ou de protection vis-à-vis de la prise de produits).

Enfin, l'épidémiologie des consommations a montré de nouvelles pratiques, avec une croissance forte des poly-consommations successives ou simultanées de produits, ou des transferts de dépendance.

La communauté scientifique internationale définit aujourd'hui trois comportements de consommation de substances psycho-actives ; l'usage, l'usage nocif, la dépendance (voir **annexe 7 : Définition internationale des pratiques addictives**).

- **L'usage** est un comportement de consommation de substances psycho-actives n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages. Cette définition est à dissocier du critère de licéité du produit.
- **L'usage nocif** est un comportement de consommation répétée de produit(s), induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, pour le sujet lui-même, ses proches ou pour la société.
- La **dépendance** est une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le comportement habituel du sujet, caractérisée par un versant psychique (consommation pour le plaisir ou éviter le malaise) et un versant physique, avec l'apparition d'une tolérance au produit et d'un syndrome de manque en cas de privation.

L'ensemble de ces comportements a été regroupé en 1990 par **Goodman** dans le concept d' « addiction » : un « *processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives* ».

On appellera dès lors « pratiques addictives » l'ensemble des comportements de consommation de substances psycho-actives, car ils présentent, à côté de leur diversité, une même potentialité évolutive, reposant sur les mêmes déterminants.

L'utilisation de ce concept fédérateur permet d'abandonner l'approche produit, pour une approche commune et plus objective des troubles addictifs, et sortir d'une qualification stigmatisante et peu opératoire.

## **2) Le développement d'une perspective pragmatique.**

Concomitamment à la mise en place d'une approche comportementale des consommations, les rapports de la communauté scientifique française se sont montrés plutôt alarmants sur la politique de prise en charge des conduites addictives.

Les rapports rédigés par les **Professeurs Parquet et Reynaud** sont très explicites sur ce thème. En particulier, le rapport « Pratiques addictives » précité a mis en évidence les carences suivantes :

- Le dispositif spécialisé est dérisoire en alcoologie (C.C.A.A.), inexistant en tabacologie, insuffisamment médicalisé pour les toxicomanes (C.S.ST.).
- Le dispositif de soins généraux, qui draine la majorité des personnes avec pratiques addictives, est grevé par des soignants peu motivés et peu formés à ces questions.
- Les différents acteurs dans un même champ, et les différents champs spécialisés par produits, sont cloisonnés et donnent lieu à peu de coordinations.
- Le repérage précoce et la prise en charge post-sevrage en pâtissent.

Or depuis ces rapports, il semble que l'approche des conduites addictives soit marquée par l'abandon d'une partie du déni social (donc gouvernemental) du problème, et que le principe de réalité soit désormais mis en avant. Cela passe par plusieurs phénomènes : la naissance du concept d'addictologie ; l'élaboration récente de nombreux référentiels et outils de prise en charge ; le développement des préoccupations de complémentarités entre acteurs de prise en charge ; et enfin le réinvestissement du champ par les établissements publics de santé (**E.P.S.**).

### **a. Naissance annoncée du concept d'addictologie.**

Le concept **d'addictologie** est sans nul doute issu de la nouvelle approche comportementale des phénomènes d'addiction, abordée plus haut. Il s'agit de se baser sur les composantes communes des pratiques addictives, pour développer une action globale pour toute consommation donnée, quel que soit le produit, quels que soient les poly-consommations ou les transferts de dépendance.

Cette volonté d'une approche globale de l'addictologie est tout d'abord apparue dans les rapports réalisés ces dernières années en la matière, et notamment dans les **rapports Parquet Reynaud de 1997 et 2000\***.

Par la suite, c'est la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (**M.I.L.D.T.**) qui s'est faite porteuse de cette préoccupation. L'idée d'une coordination interministérielle dans le champ des drogues est ancienne (la mission existe sous différentes appellations depuis 1982), mais il est remarquable que les missions de



la M.I.L.D.T. aient été étendues des toxicomanies aux drogues en général. Cela signifiait alors l'inclusion dans le concept de drogues de produits licites comme le tabac et l'alcool. La M.I.L.D.T. a fait paraître un certain nombre de « **livrets explicatifs\*** », dans lesquels les différentes drogues sont abordées conjointement.

Par ailleurs, le **Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001 de la M.I.L.D.T.\*** présente pareillement une approche commune des drogues, même si une « **Stratégie d'Action alcool\*** » a précisé en 2001 les points relatifs à cette substance.

L'une des manifestations juridiques les plus abouties du concept d'addictologie a été le rapprochement des statuts des dispositifs spécifiques que sont les C.C.A.A. et les C.S.S.T..

En effet, **la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions\*** a fait des C.H.A.A. des C.C.A.A., désormais régis par un statut juridique d'institution sociale et médico-sociale, bénéficiant d'un financement pérenne par l'assurance maladie : « *Art. L. 355-1-1. - Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille. »*

Il a fallu attendre la **loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale\*** pour que les C.S.S.T. se voient appliquer le même statut. Cette loi va encore plus loin : elle prévoit la possibilité de fusionner les C.C.A.A. et les C.S.S.T. pour créer des « **C.S.A.P.A.** ». « *Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux (...) les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie* ». Mais cette évolution est aujourd'hui remise en cause par le Gouvernement issu des élections législatives de 2002 : les décrets d'application ne sont pas parus à ce jour.

#### **b. La construction récente de nombreux référentiels de prise en charge dans le champ des addictions.**

Les **rapports Parquet Reynaud** précités ont suffisamment souligné le fait que la prise en charge des personnes avec conduites addictives pâtit pour une grande part des carences de formation et d'intérêt des soignants. En attendant la réelle promotion de ces enseignements dans les formations initiale et continue des acteurs sanitaires, un certain

nombre d'outils a été diffusé aux professionnels de la santé pour les aider dans leurs pratiques.

En premier lieu, il s'est agi de **référentiels cliniques** de prise en charge. Ils s'adressent aux praticiens des établissements hospitaliers ; ils ont été élaborés et diffusés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (**A.N.A.E.S.**) :

- Conférence de consensus « *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants des opiacés* », en 1998\*
- Conférence de consensus « *Arrêt de la consommation du tabac* », en 1998\*
- Conférence de consensus « *Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant* », en 1999\*
- Conférence de consensus « *Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage* », en 2001\*

Il est intéressant de noter le fait que ces « conférences de consensus » ont peu à peu ajouté la thématique de l' « accompagnement » à une vision originellement clinico-clinique. Suivant le mouvement général, elles sortent peu à peu de l'approche monomaniaque qui voulait résoudre la problématique de l'addiction par le seul sevrage.

En second lieu, des référentiels en matière de **repérage** ont été élaborés, qui sont plutôt des outils validés par la communauté scientifique, et prenant en compte les nouvelles orientations en faveur du repérage précoce. Le **rapport « Usage nocif de substances psycho-actives » de 2001, dirigé par le Professeur Reynaud\***, en a effectué une compilation (voir **annexe 8: les outils de repérage à disposition des professionnels**).

Ces outils sont généralement des tests à remplir par le patient. Ils peuvent détecter l'abus ou la dépendance à une substance, ou une conduite à risque sur l'ensemble des substances psycho-actives (les plus connus étant le **D.E.T.A**<sup>1</sup> sur l'alcool et le **Fagerström** sur le tabac). D'autres tests permettent de détecter les facteurs de fragilisation face aux consommations de produits : vulnérabilité psychologique, facteurs de risque liés à la personnalité ou à la situation sociale, facteurs de risques environnementaux...

Ces tests ont un champ d'utilisation potentielle beaucoup plus large que les seuls praticiens des établissements hospitaliers : ils peuvent être utilisés par tous les acteurs du système sanitaire et social, mais aussi par les institutions éducatives... pour peu que ces acteurs se préoccupent de la question.

---

<sup>1</sup> Diminuer Entourage Trop Alcool

### **c. L'implication de l'addictologie en termes de coordination.**

Issue de la notion d'addictologie, l'idée de la nécessaire coordination des acteurs s'entend de deux manières : d'une part, la structuration de l'offre de prise en charge ; d'autre part, les réseaux d'acteurs.

#### **1° La coordination s'entend d'abord comme un effort de mise en cohérence de l'ensemble des dispositifs de prise en charge : c'est l'exigence de programmation.**

L'inexistence d'une autorité ou d'un document assurant la cohérence des dispositifs en charge des personnes avec conduites addictives a été déplorée par les rapports précités.

Les deux plans de lutte contre les drogues que sont le **Plan triennal** de la M.I.L.D.T. et la « **Stratégie d'Action Alcool** » se sont fait l'écho de cette préoccupation : ils proposent tous deux de « *conduire une démarche d'inventaire et de programmation départementale et régionale* » à partir d'outils déjà existants.

Le **rapport Reynaud de 2001** précité a récemment rappelé cette idée, en appelant à une mobilisation régionale, de par des Programmes Régionaux de Santé (**P.R.S.**) consacrés aux addictions ; les Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire (**S.R.O.S.**) ; et de futurs schémas régionaux pour les structures médico-sociales en addictologie. Surtout, il insistait sur la nécessité d'harmoniser le contenu de ces outils : il proposait qu'une même personne ou équipe soit responsable de leur coordination, et éventuellement même d'un lien avec le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (**F.A.Q.S.V.**) pour le secteur libéral.

Or le risque est aujourd'hui peut-être celui de l'éparpillement de la programmation. Après la **loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale\*** instituant un schéma régional des C.S.A.P.A. (non établi à ce jour), la question demeure de savoir qui assure la cohérence des programmations...

#### **2° La coordination signifie aussi la reconnaissance et la formalisation des complémentarités entre acteurs.**

Les partenariats doivent évidemment concerner les acteurs de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes avec conduites addictives, mais ils ne pourront pas manquer d'associer d'autres acteurs comme la Justice.

*Les partenariats entre acteurs du sanitaire, du social et du médico-social.*

La justification des partenariats entre les acteurs de prise en charge précités réside dans la multiplicité des besoins d'un consommateur se présentant à l'un de ces acteurs à un instant donné : besoins en santé liés aux complications somatiques et psychologiques de la consommation, mais aussi à la dépendance elle-même ; besoins sociaux liés à l'exclusion qui touche souvent les usagers très dépendants (relativement au logement, à la famille, à la couverture sociale) ; besoins éducatifs, etc...

La question se pose surtout pour les consommateurs abusifs ou dépendants d'alcool et de produits stupéfiants, et beaucoup moins pour les fumeurs ; en effet, le tabac ne pose que peu de risques sociaux ou de désinsertion.

Des complémentarités se sont souvent construites entre les différents intervenants, par le biais d'un « carnet d'adresse », ou de procédures informelles. Mais la précarité de coordinations reposant sur des initiatives individuelles, par essence fragiles, conduit de plus en plus à formaliser les complémentarités dans une démarche de réseau.

Le mot « **réseau** » vient du latin « rete » qui signifie « **filet** ». Il explicite parfaitement l'objectif des prises en charge : il s'agit de fragiliser le filet qui s'est constitué autour du toxicomane sur son lieu de vie (trafic, proches consommateurs, etc...) pour en tisser un autre plus viable en termes de soins et/ou de vie sociale.

La question du **pilotage** du réseau a été posée par les rapports déjà présentés, ainsi que par les plans et circulaires gouvernementaux. Il semble que deux têtes de coordination doivent être envisagées.

D'une part, le **dispositif spécialisé** (C.C.A.A. et C.S.S.T., futurs C.S.A.P.A.) doit être le lieu de la cohérence de la prise en charge pour les cas suivis en ambulatoire. Cela tient en tout premier lieu à ses missions : accueil, orientation et information ; prise en charge médico-psychologique ; prise en charge sociale et éducative (dont réinsertion) ; sevrage et accompagnement du sevrage ; soutien à l'environnement familial.

En particulier, le Plan triennal de la M.I.L.D.T et la « Stratégie d'action alcool » le décrivent comme un faiseur de lien entre la ville et l'hôpital, comme le lieu par excellence de la combinaison des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales, et comme une tête de pont vers des publics cibles comme les jeunes et les détenus.

D'autre part, ce sont, au sein des E.P.S., les équipes de liaisons et de soins en addictologie (**E.L.S.A**) qui doivent coordonner les prises en charge des patients lourds.

Ces équipes de liaison ont été créées dans les champs de l'alcoologie et de la toxicomanie par **les circulaires du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison\*** et **du 3 avril 1996 relative aux**

**orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes\*** ; un dispositif comparable a été créé dans le champ de la tabacologie avec la **circulaire du 3 avril 2000, relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie (U.C.T.)\***.

Elles doivent aujourd'hui se regrouper et se développer (le Plan triennal de la M.I.L.D.T. préconise la création d'une E.L.S.A. dans chaque E.P.S. de plus de 200 lits). Leurs missions sont précisées dans la **circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives\***. Il s'agit de :

- former et assister les équipes soignantes de l'hôpital
- élaborer des protocoles de soins et de prise en charge
- intervenir en cas de besoin auprès des personnes hospitalisées et aux urgences
- développer les liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients
- mener des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement
- participer au recueil d'information et à la mise en place d'indicateurs.

Enfin, la démarche de réseau devra être **formalisée**, préférentiellement par des conventions impliquant la ville et l'hôpital. Suite aux demandes exprimées par les acteurs de terrain, et aux rapports et plans relatifs aux conduites addictives, la mise en place de réseaux formalisés a été favorisée par plusieurs textes :

## MODALITES JURIDIQUES DES RESEAUX

### DISPOSITIF LEGISLATIF :

- Les réseaux du Code de la Santé Publique. Les « filières et réseaux » des ordonnances de 1996.
- Les réseaux expérimentaux dits « Soubie », du Code de la Sécurité sociale.

### DISPOSITIF DES RESEAUX VILLE-HOPITAL

- La circulaire de 1994
- La circulaire du 7 mars 1996 relative à la mise en place de réseaux ville –hôpital dans le cadre de la prise en charge de la toxicomanie\*
- La circulaire du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool\*

### DISPOSITIF VISANT A DEVELOPPER LA COOPERATION HOSPITALIERE

#### Circulaires relatives :

- aux réseaux de soins et communautés d'établissement.  
par exemple la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de santé\*
- aux schémas d'organisation sanitaires.

Les réseaux peuvent être monothématiques (par produit ou spécifiques aux addictions"), ou évoluer vers des réseaux multithématiques «de santé ». La grande majorité des réseaux sont des associations loi 1901, monothématiques, relevant de la circulaire de 1994, et bénéficiant de financements diversifiés et peu importants.

Plusieurs **carences** demeurent encore sur l'ensemble des réseaux : l'exigence de pérennité n'est pas prise en compte ; il n'y a pas de définition des bases minimales d'une structuration en réseaux ; les pratiques sanitaires et sociales sont peu abordées.

En termes d'organisation, selon le rapport « Pratiques addictives » précité, deux **conditions** cumulatives sont nécessaires pour assurer la viabilité des réseaux de prise en charge en addictologie :

- Créer au moins un réseau pratiques addictives par département (ou zone de 100 000 à 300 000 habitants). Les réseaux alcool et toxicomanie doivent se regrouper, même si les lieux dédiés peuvent avantageusement être différenciés.
- Identifier les fonctions de coordination, d'animation, des moyens financiers pérennes.

### *Les partenariats avec la Justice.*

Avec la Justice, les exigences de coopérations sont non moins évidentes : il s'agit en effet de permettre une prise en charge rapide et adaptée des usagers de drogue relevant de la Justice, à tous les stades du processus pénal, en développant tant les alternatives aux poursuites que les alternatives à l'incarcération et les aménagements de la peine d'emprisonnement.

Les coopérations doivent être formalisées selon la **Circulaire interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs\* (C.D.O.)** pour la prise en charge locale des toxicomanes placés sous main de justice, complétée par la **note d'orientation du 12 février 1999\*** de la M.I.L.D.T..

Une C.D.O. devra être élaborée ; l'animation et le suivi du dispositif sont confiés aux chefs de projet départementaux instaurés par la **circulaire du 9 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental\***, dans le cadre des comités restreints de lutte contre la drogue et la toxicomanie, dont le conseil départemental de prévention de la délinquance constitue l'organe de concertation.

Plusieurs axes de travail ont été dégagés : la nécessité de combiner l'hébergement et un accompagnement sanitaire et social ; la constitution de permanences pour un diagnostic et une orientation rapides et un accès aux alternatives à l'incarcération ; la systématisation des interventions en détention et des préparations à la sortie ; le particularisme de l'accompagnement des jeunes, plus tourné vers la prévention ; la spécificité des problèmes des alcoolo-dépendants.

Pour ce faire, les partenariats visent essentiellement les acteurs du système sanitaire et social, les associations dédiées, les structures d'insertion professionnelle, les établissements scolaires, etc... Concrètement, les C.D.O. doivent être organisées selon un motif « en cascade » : il doit exister d'abord une convention d'objectifs triennale, déclinée chaque année en convention annuelle de prestation. La circulaire prévoit des mesures de financement spécifique des C.D.O. pour les surcoûts engendrés.

#### **d. Le réinvestissement du champ par les E.P.S..**

Enfin, nous allons nous centrer sur la place de l'Hôpital dans le système de prise en charge. Comme nous l'avons vu, les E.P.S. se sont longtemps tenus relativement à l'écart du champ des conduites addictives, se défaussant du problème sur les dispositifs spécialisés des C.C.A.A. et des C.S.S.T.. Mais deux mouvements convergents ont contribué au retour forcé des E.P.S. sur cette scène :

- D'une part, une certaine prise de conscience de la situation sanitaire dégradée des personnes avec conduites addictives.

- La diffusion de nombreux rapports soulignant les carences voire le désengagement hospitaliers. Parmi ces rapports, on compte évidemment les rapports sur les prises en charge des conduites addictives, dont les **rapports Parquet Reynaud** susmentionnés. Leur message a été renforcé par le **Rapport Tobelem de mai 2000 relatif au repérage précoce des conduites addictives à l'hôpital\***.

Dans tous les cas, les constats sont les mêmes : les réponses hospitalières sont très insuffisantes. D'abord, le repérage des conduites addictives, et surtout des abus, est très peu développé. Ensuite, même pour des consommations évidentes, peu de services organisent un projet de soins avec un patient dépisté : le plus souvent, les urgences le renvoient à domicile ou au commissariat après un épisode aigu ; dans les services d'hospitalisations, la prise en charge se limite souvent au traitement des seules complications liées aux consommations. Egalement, l'Hôpital est trop peu articulé avec les principaux intervenants extra hospitaliers en charge des conduites addictives, ce qui cause des ruptures dans les suivis. Enfin, la mission de prévention est quasiment inexistante, tant pour l'Hôpital soignant que pour l'Hôpital employeur.

Ces prises de conscience ont donc conduit à un retour progressif des E.P.S. dans le champ de la prise en charge des conduites addictives.

Un pas a été franchi avec le **Plan triennal** de la M.I.L.D.T., qui insiste sur la nécessité d'organiser au sein de l'hôpital des réponses coordonnées et une politique générale de lutte contre les dépendances.

Surtout, plusieurs circulaires de la Direction Générale de la Santé (**D.G.S.**), datées de 2000, ont clairement précisé aux E.P.S. l'ensemble de leurs missions et obligations. Deux circulaires en particulier sont à souligner :

- **La circulaire du 8 septembre 2000, relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives\***.

Elle précise les missions des E.P.S. dans le domaine de l'addictologie :

- Une mission de **repérage** : mieux prendre en compte le problème aux urgences ; dépister les comportements d'abus et de dépendance des consultants et hospitalisés, notamment les jeunes et les femmes enceintes.
- Une mission de **soins** : proposer aux personnes dépistées un bilan, une prise en charge spécifique et une orientation ; assurer la possibilité des sevrages, et des hospitalisations pour bilan et soins de la dépendance.
- Une mission de **coordination** : s'assurer du suivi médico-psycho-social ; développer les liens avec l'ambulatoire ; participer aux actions de prévention. Cette mission est particulièrement bien exposée dans la circulaire, qui détaille avec précision les missions des E.L.S.A..



- **La circulaire du 3 avril 2000, relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'U.C.T.\*.**

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et développer une politique de prévention du tabagisme, il est souhaité :

- Le renforcement ou la création de consultations hospitalières de tabacologie (dans tous les établissements de santé de plus de 500 lits d'ici à cinq ans).
- La création d'unités de coordination de tabacologie ou équipes de liaison (sur le même modèle que les E.L.S.A.) afin de mettre en place des actions de formation, d'information et de prévention du tabagisme, et de développer un travail de liaison.
- Une action interne à l'Hôpital employeur, sur base d'un baromètre « Soignants sans tabac » permettant d'apprécier la proportion de fumeurs parmi les soignants.

*Or la mise en place de ces nouvelles recommandations et normes de la politique de lutte contre les drogues dépend évidemment de la ré-appropriation locale des textes. Nous verrons donc comment les autorités du Nord-Pas-de-Calais ont adapté les orientations nationales à un contexte particulièrement touché par cette problématique.*

## **B. Des orientations adaptées aux réalités locales.**

### **1) Contexte.**

La région Nord-Pas-de-Calais présente un outil de recensement et d'analyse des conduites de consommation à risque très fourni. Nous nous sommes notamment appuyés sur les données épidémiologiques disponibles sur le site de l'O.R.S., ainsi que sur les données des « *Moniteurs 2001 et 2002 des P.R.S. Nord-Pas-de-Calais\** » (voir **annexe 9 : Données épidémiologiques et structurelles liées à la consommation de substances psycho-actives en Nord-Pas-de-Calais**).

Ces études font ressortir un certain nombre de traits marquants de l'usage de substances psycho-actives en Nord-Pas-de-Calais :

#### **a. Des ventes de produits plus importantes que dans le reste de la France.**

En 1995, la dépense moyenne en boissons alcooliques des ménages du Nord-Pas-de-Calais est nettement plus élevée qu'en France (ratio 1.37), alors qu'à l'inverse leurs dépenses totales en moyenne sont inférieures (ratio 0.9). On considère aujourd'hui que la consommation régionale d'alcool est supérieure de 50% à la moyenne nationale.

La consommation de tabac est, dans la région, proche de la moyenne française (ratio 1.06). Selon une enquête de l'O.R.S. en 1996, cela représente tout de même au sein de la population adulte, 38% d'hommes et 21% de femmes qui fument quotidiennement.

#### **b. Des conduites à risque plus fréquentes, notamment chez les hommes, chez les jeunes, et dans les sites « politique de la ville ».**

Pour l'alcool comme pour le tabac, les conduites de comportement à risque sont plus fréquentes, chez les hommes par rapport aux femmes, dans le département du Nord par rapport au Pas-de-Calais, et dans les sites « politique de la ville ».

En ce qui concerne en particulier les jeunes :

- L'usage du tabac, de l'alcool et du cannabis s'avère relativement moins fréquent dans la région chez les jeunes.
- Les poly-consommations régulières d'au moins deux produits parmi tabac, alcool, cannabis, sont également moins fréquentes que pour l'ensemble de la France, avec toujours une dominante du couple tabagisme quotidien et usage régulier de cannabis.

**c. Des conséquences sanitaires graves, aussi bien pour les consommateurs de drogues illicites que de substances psycho-actives licites.**

Les risques sanitaires sont les plus évidents chez les U.D.I.V.. On assiste à une nette diminution du taux de toxicomanes séropositifs au V.I.H., mais une relative stabilité du taux de toxicomanes séropositifs au V.H.C.. Si le taux de nouveaux cas de S.I.D.A. chez les U.D.I.V pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans est cinq fois moindre dans la région par rapport au reste de la France, le taux d'overdoses mortelles est presque trois fois plus élevé.

Concernant les autres produits : malgré la diminution des décès liées à l'intoxication alcoolique et/ou tabagique chronique, la région Nord-Pas-de-Calais conserve une surmortalité significative par rapport à la France. Selon l'O.R.S., le nombre des décès attribuables à l'alcool et au tabac serait estimé à près de 7 000 par an dans la région.

**d. Des conséquences judiciaires non moins préoccupantes :**

- Le taux des Infractions à la Législation sur les Stupéfiants (I.L.S.) a connu une hausse importante à partir de 1993. 5 391 personnes ont été interpellées dans ce cadre en 1998.
- En 1999, 2 238 usagers et usagers-revendeurs d'héroïne et de cocaïne ont été interpellés dans la région. Rapportés au nombre d'habitants de 20 à 39 ans, les taux sont nettement plus élevés que la moyenne française. Mais il faut noter la proximité avec la frontière qui est source à la fois de trafic et de contrôles, pour une population en partie non résidente en Nord-Pas-de-Calais.

Au total, le Nord-Pas-de-Calais est la première région française en termes d'interpellations liées à la toxicomanie ; le Nord est le deuxième département français pour le nombre d'injonctions thérapeutiques (658 en 1998).

**e. Un accès aux soins encore insuffisant et fragile.**

En ce qui concerne notamment l'accès à la prévention et aux soins des toxicomanes :

- En 1999, les résultants montrent une moindre vente de Stéribox (-12%) et délivrance de Méthadone (-8%) dans la région par rapport à la France, mais les taux de vente de Subutex sont plus importants (+16%). Le rééquilibrage est en cours : le recours à la substitution a augmenté de 5 points entre 1997 et 2000 ; la substitution à la

Méthadone a fait l'objet d'une forte augmentation en 1997-1999 (+10 points), contre une baisse pour le Subutex (-5 points).

- Une augmentation régulière des taux de toxicomanes pris en charge pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans. Les prises en charge sont motivées dans plus des deux tiers des cas par la prise d'héroïne.

Lorsque nous focalisons notre regard sur la métropole lilloise et la ville de Roubaix, les constatations suivantes peuvent être faites :

- Dans l'ensemble des études, la comparaison entre les sites « politique de la ville » et le reste de la région montre une plus grande acuité des problèmes dans les sites politiques de la ville (dont Roubaix fait partie).
- En termes de mortalité prématurée, le secteur sanitaire de Lille est dans une situation intermédiaire comparativement aux données régionales, déjà supérieures aux données nationales ; ceci pour les cancers des V.A.D.S. (dont poumon) et les cirrhoses et psychoses alcooliques.

Mais il faut bien voir que certains déterminants indirects des consommations de substances psycho-actives, en particulier les facteurs environnementaux / sociaux, sont particulièrement présents dans la région, et dans le secteur sanitaire :

- Une précarité sociale et économique. La Ville de Roubaix a un taux de chômage de 31.90% en 1999 ; les bénéficiaires de minima sociaux représentent 36.4% de la population ; 30.17% de la population bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (**C.M.U.**) (Source : *diagnostic ANAXAGOR du Contrat Territorial de Santé – 2001\**).
- Un poids culturel majeur de la consommation d'alcool.
- Une offre majorée par la situation de carrefour géographique.

## ***2) Des orientations locales globalement en phase avec les recommandations nationales.***

Nous étudierons ici l'appropriation des normes nationales par les acteurs locaux, et particulièrement la région et la Ville de Roubaix. Nous ne mentionnerons pas ici le rôle de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (**D.A.S.S.**) comme chef de projet, compte tenu de l'attribution toute récente de cette mission.

### a. Une région pionnière.

La région Nord-Pas-de-Calais a été pionnière dans la lutte contre les substances psycho-actives, et surtout dans l'organisation et la planification de celle-ci. Concrètement, elle fait partie de la douzaine de régions qui disposent aujourd'hui d'un P.R.S. relatif aux addictions ; et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (**A.R.H**) du Nord-Pas-de-Calais est la seule à ce jour qui ait intégré les structures de lutte contre les addictions au S.R.O.S.

#### **1° L'élaboration précoce d'un P.R.S. « Conduites de consommation à risque\* ».**

*Une prise de conscience précoce.*

La prise de conscience de la problématique « addictions » dans la région a été précoce, et bien antérieure à la multiplication des rapports et normes nationaux. Ainsi, des coordinations associatives régionales existaient antérieurement au P.R.S. :

- **E.C.L.A.T.** (Espace de concertation et de liaison des actions contre le tabagisme)
- **G.R.A.** (Groupement régional en alcoologie)
- **G.R.A.N.I.T.** (Groupement régional des associations intervenant en toxicomanie)

La question des addictions a été abordée dès la première Conférence Régionale de Santé (**C.R.S.**) en 1996, qui notait la « *non-reconnaissance de la maladie alcoolique, l'absence de visibilité d'une organisation de soins qualifiée pour la prise en charge des dépendances au tabac, la vulnérabilité des femmes et des adolescents avec, en particulier, l'accent sur l'importance de l'alcoolisme foetal* ».

Des propositions ont ensuite été avancées en 1997 : il s'agissait d'« *élaborer un plan d'urgence pour le soin et la prévention de la maladie alcoolique, de concevoir un dispositif original de soins en tabacologie, en insistant sur des actions globales de soins et prévention de l'ensemble des conduites de consommation* ».

Fin 1998, les Usages nocifs et toxicomanies ont été retenus comme priorité régionale par la C.R.S..

Après de nouvelles réflexions relatives à une approche commune des conduites de consommation, à la nécessité de distinguer usage nocif et dépendance, et à la nécessaire articulation entre les trois volets de prévention, soins et réinsertion, le P.R.S. « **Conduites de consommation à risque** » a été adopté en décembre 1999.

*Des objectifs ambitieux.*

Dès son introduction, ce P.R.S reprend exactement les données admises par la communauté scientifique, et notamment par le **Professeur Parquet** (qui a d'ailleurs rédigé l'avant-propos). Il est donc basé sur les deux axes majeurs de la réflexion du Professeur, à savoir, d'une part, la nécessité d'une approche globale de l'ensemble des substances psycho-actives (orientation en faveur de l'addictologie), et d'autre part la

nécessité de distinguer plusieurs types d'usage, dont l'usage réglé, l'usage nocif et la dépendance (préoccupation du repérage et de la prise en charge précoces).

En premier lieu, le P.R.S. établit un bilan de la prise en charge des conduites addictives dans la région. Celui-ci n'est pas sans rappeler l'appréciation par le **Professeur Parquet** de la situation au plan national.

Concernant la réponse strictement sanitaire aux conduites addictives dans les champs libéral, hospitalier et spécialisé, un certain nombre de carences graves sont à déplorer. Sont en particulier soulignés l'insuffisance de la prise en compte de l'usage nocif et des publics vulnérables, le déficit de formation de l'ensemble des acteurs du champ sanitaire, le cloisonnement des filières de soins couplé à une insuffisance des réseaux, la répartition anarchique de l'offre de prise en charge, et l'absence de référentiels, conduisant à des réponses thérapeutiques diverses et souvent lacunaires.

Concernant l'ensemble de l'accompagnement des personnes avec conduites addictives, des manques non moins aigus doivent être soulignés. Ils concernent tout particulièrement l'accès à la prise en charge (en termes de localisation, de ciblage des publics et des produits...), le morcellement des réponses existantes (notamment pour ce qui est des champs sanitaire, social, judiciaire...), l'inadéquation des dispositifs (manque de lieux de prise en charge tabagique, de premier contact ou au contraire de réinsertion...), et les moyens, tant en personnel que financiers.

En conséquence, le P.R.S. «Conduites de consommation à risque » présente trois objectifs principaux, déclinés en principes et objectifs opérationnels (voir **annexe 10 : Programmes Régionaux et Programmes Territoriaux de Santé en Nord-Pas-de-Calais**)

- Réduire la consommation de substances psycho-actives chez les jeunes et chez les adultes.
- Réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux.
- Promouvoir la recherche en vue de l'amélioration des connaissances, la formation et l'évaluation.

Le P.R.S. « Conduites de consommation à risque » souligne par ailleurs la nécessité de développer des liens avec les autres P.R.S., pour élaborer une cohérence d'action sur des publics cibles. D'où des liens avec les P.R.S. « **Santé des enfants et des jeunes** » et « **Santé et précarité** » (**P.R.A.P.S.**), que nous retrouverons dans le contrat de plan et dans le portage des projets. Egalement, les liens existent avec le P.R.S. « **Cancers / Challenges** », les conduites addictives étant des déterminants de la survenue de certains cancers.

*Une mise en œuvre inégale.*

Les P.R.S. peuvent être déclinés localement par le biais de Programmes territoriaux de Santé (**P.T.S.**), dont le zonage correspond généralement aux arrondissements. Mais compte tenu du poids de l'arrondissement de Lille, un découpage particulier a été adopté. La ville de Roubaix se situe dans une zone P.T.S. qui comprend **onze communes** : Croix, Hem, Lannoy, Leers, Lys-lez-Lannoy, Roubaix, Tourcoing, Toufflers, Saily-les-Lannoy, Wasquehal, Wattrelos.

La mise en œuvre des P.R.S. et sa déclinaison en P.T.S. dans la zone Roubaix-Tourcoing obéit à une organisation complexe (*voir **annexe 10 précitée***). La procédure est longue (parfois plus d'un an entre le dépôt d'un dossier et le versement de la subvention, pour les projets acceptés) et les critères de choix, s'ils sont explicités par le P.R.S. proprement dit, n'apparaissent pas avec le maximum de clarté au niveau des porteurs de projets. Sur cette zone spécifique, il manque d'un accompagnement à la préparation et à la révision des dossiers. Pour les porteurs de projets, dont le Centre Hospitalier de Roubaix, l'organisation adoptée peut ressembler à une succession de commissions, ne pouvant au demeurant s'opposer à des projets « portés politiquement ».

Par ailleurs, les actions menées dans le cadre du P.R.S. « Conduites de consommation à risque » dans la zone P.T.S. Roubaix Tourcoing présentent certaines particularités :

- Une forte proportion de projets concerne la prévention ; les projets relatifs à une prise en charge sanitaire sont très minoritaires.
- Les grands porteurs de projets sont les associations et les collectivités locales ; les établissements de soins ne sont présents qu'à la marge.
- L'enveloppe P.R.S. était loin d'être complètement consommée en 2002.

## **2° Le contrat de plan Etat – région\*.**

Schématiquement, le Contrat de plan Etat – région reprend dans son volet « Santé » l'ensemble des actions définies dans les P.R.S. ; il comporte une mise en évidence des partenariats avec contributions financières à la clé.

C'est surtout dans la « **Priorité d'intervention n°8 : améliorer l'état de santé de la population régionale** » que les conduites addictives sont prises en compte.

Cette partie du contrat de plan se fixe deux objectifs principaux :

- Agir prioritairement par la prévention, l'éducation et la promotion de la santé, sur le recours aux soins et l'ensemble des déterminants de santé de la population (et notamment les consommations de tabac et d'alcool).
- Améliorer quantitativement et qualitativement l'offre de soins régionale dans toutes les composantes : hospitalière, ambulatoire, médico-sociale.

Concernant le P.R.S. « Conduites de consommation à risque », le Contrat de plan reprend des actions de promotion de la santé, prévention, soins, accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes consommatrices de produits. Elles seront menées dans un partenariat entre l'Etat et le Conseil Régional, qui apporteront chacun 1.9209 M€ sur toute la durée du Contrat, avec des contributions des Conseils Généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

Les résultats sont attendus en termes de recul de l'âge d'expérimentation des produits chez les jeunes, et de leur niveau de consommation ; réduction des consommations d'alcool et de tabac en population adulte ; réduction des décès et des accidents de la voie publique associés aux consommations. Des objectifs chiffrés ont été définis en fonction des données fixées par le Haut Comité en Santé Publique (**H.C.S.P.**), adaptés à l'importance régionale du problème.

Concernant les autres P.R.S, le Contrat de plan met en évidence les financements apportés à des actions liées aux conduites de consommation à risque :

- Dans **les P.R.S. cardio-vasculaire** et « **Challenge** », des actions seront entreprises pour réduire les consommations de tabac et d'alcool, facteurs de risque des affections visées.
- Le **P.R.A.P.S** traite des déterminants indirects (sociaux) des consommations de substances psycho-actives, ainsi que des problèmes de marginalisation.
- Le **P.R.S. Santé des enfants et des Jeunes** prend en compte la problématique de la consommation lors de la grossesse, le repérage des jeunes en souffrance, les échecs scolaires (qui peuvent être des précurseurs des consommations).

Mais également, on remarque une prise en compte incidente de la question des addictions dans la « **Priorité d'intervention n°6 : lutter contre les exclusions notamment en mettant en œuvre la politique de la ville** ». Il s'agit de traiter en particulier les déterminants indirects des consommations ou leurs effets de marginalisation.

- L'Action 26 prévoit notamment de « *mettre en place un programme d'accès aux soins et à la prévention pour les personnes les plus démunies* ».



- L'Action 27 a pour but de « *Prévenir et lutter contre les exclusions* ». par un dispositif permanent de veille sociale départemental, et par la mise en place de parcours d'insertion individualisés. Ceci dans le cadre du P.R.A.P.S., du Schéma de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion ; et du Plan national d'accès à l'emploi.

### **3° Le volet « Usage nocif et dépendance » du S.R.O.S. \***

L'ambition du S.R.O.S. 1999 de la région Nord-Pas-de-Calais est de servir de guide à une restructuration de l'offre de soins selon :

- Une démarche plus **qualitative**, dans laquelle l'adéquation de l'offre de soins aux besoins se base non plus sur les techniques médicales, mais sur l'appréciation des besoins à partir de l'analyse des pratiques des acteurs de santé.
- Une approche plus **globale** fondée sur les comportements, et élargie à l'ensemble des substances psycho-actives.

Ce volet met en évidence les implications en termes de programmation hospitalière des priorités de santé dégagées par la C.R.S.

La conclusion de l'état des lieux réalisé par l'A.R.H. est que malgré les efforts déployés, les réponses restent insuffisantes au regard des besoins :

- Les dispositifs de prise en charge sont globalement **inadaptés** à la réalité des consommations : la prise en compte de l'usage nocif de produits est insuffisante ; la prise en charge de publics fragiles comme les femmes enceintes, les enfants et les détenus, est encore très lacunaire.
- Les structures existantes demeurent **fragiles** : le dispositif spécialisé reste précaire (du point de vue du personnel comme des finances) ; l'ensemble des structures souffre d'un grave déficit de formation des soignants sur ces problématiques, et de l'absence de référentiels en la matière.
- Les structures manquent de **cohérence** entre elles : leur répartition est inégale ; les filières de soins sont cloisonnées ; les réseaux sont trop peu nombreux ou fragiles.

Ce diagnostic peut être affiné selon la spécialité des structures :

- Si la capacité hospitalière en alcoologie peut sembler satisfaisante, on déplore un développement insuffisant de l'alcoologie ambulatoire, de liaison et des réseaux.
- Le problème du tabagisme est encore peu reconnu et les actions menées restent très insuffisantes et liées aux initiatives de chefs de services.
- Dans le domaine de la toxicomanie, la précarité des structures et le déficit de prise en compte de certains besoins (relatifs aux poly-consommations, aux co-morbidités psychiatriques et aux demandes de substitution) posent encore problème.

Dans ce contexte, le S.R.O.S. présente un certain nombre de lignes d'actions, desquelles ressortent trois idées majeures : d'abord, améliorer la prise en compte de l'usage nocif ; ensuite, améliorer la prise en charge de la dépendance et des complications liées à l'abus ; enfin, améliorer la coordination des interventions.

Pour cela, il faudra d'abord assurer un système de santé de qualité. Cela signifie garantir l'accessibilité, la qualité, la globalité et la continuité des soins.

Ensuite, la place de l'Hôpital devra être précisée et confortée :

- Quel que soit le lieu de contact avec le système de soins, l'Hôpital devra affirmer son rôle de référence médicale et de recours pour les prises en charge les plus lourdes.
- L'Hôpital devra remplir diverses missions relatives aux conduites addictives, pour l'ensemble des hospitalisés et consultants : diagnostic précoce, traitement des pathologies induites, gestion des situations de crise, orientation, réalisation de sevrages, initialisation de substitutions...
- L'Hôpital devra adapter ses réponses à des situations particulières. Il faudra par exemple adapter les urgences aux situations de crise ; mettre en place des consultations avancées dans les services très touchés par les pathologies induites (type cancérologie, cardiologie, pneumologie...); augmenter les alternatives à l'hospitalisation complète, les capacités de substitution à la Méthadone ; développer les aides au sevrage tabagique ; initier une politique de réduction des risques infectieux aux urgences...
- La fonction de liaison devra être développée, tant en interne (pour la formation des soignants, les consultations au lit, l'information et l'orientation des patients) qu'en interface avec l'extérieur (préparation à la sortie, consultations avant hospitalisation, maintien du lien avec les familles, coordination avec le réseau ville-hôpital...).

Par ailleurs, les réseaux de prise en charge en alcoologie, toxicomanie ou tabacologie devront être développés et renforcés. Trois éléments devront être pris en compte pour permettre un fonctionnement optimal de ces coordinations : la formation devra être à la hauteur pour l'ensemble des acteurs ; les modalités d'échanges des informations devront être précisées ; le rapprochement des réseaux devra être favorisé.

Egalement, certains publics cibles devront être mieux pris en compte, en particulier les détenus, les femmes enceintes consommatrices de produits et leurs enfants. Cela passera notamment par la sensibilisation des services concernés, et éventuellement par la mise en place de consultations avancées.

Enfin, la nécessité de renforcer la formation de l'ensemble des acteurs (et son actualisation par des échanges de pratiques) et l'évaluation des dispositifs et des prises en charge ne devront pas être négligées.

## **b. Une implication communale récente.**

La Ville traite des questions de conduites addictives sous deux optiques : la santé (Direction Générale de l'Action Sanitaire et Sociale : **D.G.A.S.S.**) et la sécurité (Conseil Local de Sécurité de Prévention de la Délinquance : **C.L.S.P.D.**). Plusieurs documents intègrent cette préoccupation : **le projet de territoire Roubaix 2000-2006 ; le contrat d'agglomération ; le contrat de ville d'agglomération.**

Mais l'intérêt porté aux questions d'addictions, et particulièrement de toxicomanie, semble être inversement proportionnel à la proximité des échéances électorales...

### **1° La participation à la lutte contre la toxicomanie, la réduction des risques.**

La Ville porte peu de projets en elle-même, mais travaille en coopération avec l'association « **Le Relais** » qui gère le C.S.S.T.. Elle soutient ses actions dans de nombreux domaines : aide au financement, participation au Comité de pilotage et à diverses réunions, soutien de leurs dossiers auprès de la D.D.A.S.S. ...

Notamment, la Ville a accompagné la création d'un centre d'activité de jour et de préformation au « Relais », par des financements du Fonds Ville.

Un fonds d'initiative à projet (**F.I.P.**) a également été créé : il s'agit d'une enveloppe financière d'appel à projets pour aider des associations et opérateurs d'actions de prévention des conduites addictives ; cette enveloppe sera accompagnée d'une aide méthodologique et d'une expertise pour le montage des dossiers. Il est aujourd'hui effectivement mis en place, grâce à des fonds issus de la politique de la ville.

Un **programme de réduction des risques infectieux** a été institué en 1998, par la mise en place d'échangeurs de seringues. Il s'agissait pour la ville de diminuer les risques infectieux pour les U.D.I.V., mais aussi de limiter la présence de matériels souillés dans les espaces publics. De cinq échangeurs de seringues en 1999, ne reste aujourd'hui en service que l'appareil installé en Centre-Ville (du fait de problèmes de fonctionnement et de dégradations).

D'autres projets ont été récemment réalisés. Il s'agit notamment d'une formation d'agents municipaux (du nettoyage et des parcs et jardins) à la manipulation de seringues souillées, et de la mise en place d'un « Observatoire » de l'abandon de seringues.

Est également prévue une formation / sensibilisation aux drogues de synthèse à destination d'acteurs locaux du champ sanitaire et social.

Enfin, il était prévu de mettre en place un réseau associatif de médecins sur un plan intercommunal, pour la prescription de médicaments de substitution et l'assistance

en matière d'urgence. Pour des raisons de faisabilité, ce projet a perdu en ambition et a été réorienté autour de la **Maison de Santé** du Centre Hospitalier.

Aujourd'hui, la Ville a mis en place un C.L.S.P.D., auquel est associé le Centre Hospitalier. L'axe «**Prévention et Sécurité routière** » pourra concerner les conduites addictives, et associer l'hôpital. Le thème de la conduite en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiants a été abordé.

## **2° L'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool**

Une structure, **l'ETAPE**, a été créée : il s'agit d'une antenne d'accueil, d'écoute, d'orientation et de médicalisation pour les grands exclus. Ce centre a surtout une perspective sociale, mais propose également des services d'hygiène, et réalise une orientation sanitaire (l'un des objectifs de ce centre est en effet que la santé soit reprise comme une des priorités pour la personne marginalisée ou exclue).

En matière d'alcool, l'Etape travaille avec le groupe «**Horizon** », émanation de l'association néphaliste Croix d'Or ; celui-ci organise des groupes de paroles pour les personnes qui viennent de réaliser un sevrage à l'hôpital.

Plus généralement, ce centre est un instrument de prévention et d'accompagnement des prises en charge de conduites addictives, en ce qu'il constitue un préalable à la réinsertion, par l'existence d'un Point accueil jeunes, etc...

*Nous verrons ensuite comment, à partir de ces orientations et de leur adaptation locale, le Centre Hospitalier de Roubaix a dirigé sa politique de lutte contre les conduites addictives, particulièrement face au concept d'addictologie et à la nécessité de bâtir des partenariats.*

## **II LE CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX : FACE A DES BESOINS LOCAUX MAJEURS, UN VOLONTARISME APPARENT MULTIPLEMENT EMPÊCHE.**

### **A. Un contexte qui laisse peser de lourdes responsabilités sur le Centre Hospitalier de Roubaix.**

Le contexte sera présenté sous deux aspects : d'une part, l'état sociologique et sanitaire de la population, et l'offre de soins sur la zone de Roubaix nous permettront d'avoir une vue d'ensemble sur la santé ; d'autre part, l'offre de prise en charge en addictologie sur Roubaix nous donnera un panorama de l'existant en matière d'addictions.

#### **1) *Un contexte sociologique et médical relativement sinistré.***

Ce type de données n'est pas inintéressant dans le cadre de prises en charge qui se veulent globales. Les données relatives à l'offre de soins sont à relier non seulement au traitement des addictions, mais aussi au soin des pathologies associées et autres affections liées à une fragilisation de l'état sanitaire d'un consommateur.

##### **a. Les données sociologiques de la population.**

La population du Nord-Pas-de-Calais présente deux caractéristiques principales :

- Une forte **concentration** d'habitants. Le Nord-Pas-de-Calais est la quatrième région française avec 7 millions d'habitants.
- Une grande **jeunesse**. C'est la région la plus jeune de France avec 36.7% de moins de 25 ans contre 32.4% en moyenne nationale.

Au sein du bassin Métropole, ces traits sont encore renforcés :

- Ce secteur représente 30% de la population régionale.
- La structure par âge de la population est fortement polarisée.
- Il en va de même de la structure socioprofessionnelle de la population et de sa richesse.

##### **b. L'état de santé de la population Nord-Est Métropole est plutôt alarmant.**

Selon l'O.R.S. en 1997 : « *La région est en mauvaise santé, quels que soient les indicateurs utilisés pour la mesurer* ». L'espérance de vie à la naissance y est de trois ans inférieure à la moyenne nationale.

Comme l'indique le rapport « Santé et environnement » de l'O.R.S., certains secteurs géographiques sont en bonne santé relative alors que d'autres nécessitent de réels efforts : c'est le cas du Nord-Est de la Métropole et de la ville de Roubaix en particulier. A la sur-morbidité due à des facteurs immédiatement médicaux s'ajoute le poids de déterminants sanitaires extérieurs à la santé, comme les modes alimentaires, les comportements individuels et collectifs (dont addictions) et les situations socioprofessionnelles.

Certaines affections montreront par exemple l'urgence de la situation :

- **Cancers** : l'indice comparatif de mortalité (I.C.M.) est supérieur à la moyenne régionale, notamment pour les cancers des V.A.D.S., des poumons et de l'intestin.
- **Addictions** : Roubaix est particulièrement concernée par la consommation de tabac, facteur de risque de bronchiques chroniques et de maladies pulmonaires obstructives, et par la consommation d'alcool (avec une forte mortalité par cirrhose alcoolique).
- **Maladies cardio-vasculaires** : le Nord-Pas-de-Calais reste la lanterne rouge de la France (avec un I.C.M. de 126 pour une moyenne nationale de 100).

### c. Une offre de soins toujours inégale.

#### *1° L'offre de soins du Centre Hospitalier de Roubaix.*

L'offre de soins du Centre Hospitalier est marquée par plusieurs caractéristiques :

- Le poids de **l'ambulatoire**. Les hospitalisations de moins de 24 heures représentent en volume près de 45% des entrées de l'établissement. Les consultations externes sont incomparablement plus importantes à Roubaix que dans des établissements comparables. Enfin, l'activité du service des Urgences à Roubaix est majeure, avec près de 60.000 passages annuels, dont plus de 20.000 aux urgences pédiatriques.
- La **variété** des disciplines disponibles forme un ensemble cohérent et complet (malgré quelques carences en dermatologie ou neurologie par exemple).
- La **notoriété** du corps médical assure au Centre Hospitalier un rayonnement qui peut aller très au-delà de sa zone d'attraction : par exemple en cardiologie, dans le traitement de l'asthme, des maladies liées à l'amiante, l'éducation du patient, l'addictologie... La présence de services universitaires comme l'urologie est un atout. Les liaisons avec le C.H.R.U. de Lille sont également précieuses pour l'image de marque de l'établissement. Le Centre Hospitalier dispose aussi d'unités pivots pour la prise en charge des patients : unité de néphrologie dialyse, réanimation chirurgicale, chirurgie infantile, fédération d'éducation du patient.

En revanche, l'hôpital doit faire face à plusieurs difficultés :

- **La qualité structurelle et opérationnelle du plateau technique** n'est pas à la hauteur. La vétusté des blocs opératoires, le manque d'équipements modernes (pas d'I.R.M. jusqu'il y a peu, un seul scanner saturé...) pénalisent le corps médical. La saturation due aux consultations externes, l'impact stressant des urgences sur le plateau conduisent à des difficultés profondes d'organisation, pénalisantes pour les malades et le personnel. A ce propos, l'A.R.H. a reconnu que le Centre Hospitalier est sous-médicalisé, et qu'il connaît des difficultés budgétaires non négligeables.
- Une **attractivité réduite** pour le corps médical, peu séduit par la surcharge de travail née de l'insuffisance des effectifs médicaux, et par la lourdeur due à l'ampleur de l'activité et aux caractéristiques d'une partie de la population.

## **2° L'offre de soins du bassin de vie « Métropole » (voir l'annexe 11 : Offre de soins et de prise en charge sur le secteur de Roubaix Tourcoing, pour la zone P.T.S.)**

Au sein du bassin, le **poids du C.H.R.U. de Lille** est naturellement prédominant en tant que référent régional, tant pour l'activité clinique que pour l'enseignement et la recherche. Mais le C.H.R.U. assure également une desserte de proximité qui peut interférer avec le rôle des centres hospitaliers généraux de la Métropole, dont Roubaix : son rôle doit impérativement être précisé et les complémentarités clairement identifiées.

Sur le plan de la recherche et de l'enseignement, bien que centre hospitalier général, par sa taille, sa disponibilité et ses compétences, le Centre Hospitalier de Roubaix a toujours été un partenaire apprécié du C.H.R.U..

Dans le **secteur public**, le Centre Hospitalier de Roubaix doit par ailleurs gérer ses relations avec les centres hospitaliers de Tourcoing et de Wattrelos. Là encore, des complémentarités existent et peuvent encore être développées.

Au total, tant du fait de l'importance de sa population de référence (de 300 000 à 500 000 habitants selon les spécialités), de l'éventail de ses savoir-faire (plus de quarante disciplines présentes) et de sa taille (1500 lits installés, 3000 salariés), le Centre Hospitalier de Roubaix se veut être un **établissement référence de « bassin »**, interface entre les établissements de « proximité » et le C.H.R.U..

Dans le **secteur privé institutionnel**, l'hôpital de Roubaix doit se situer vis à vis d'établissements privés nombreux et souvent dynamiques sur le versant, et notamment la Clinique du Parc à Roubaix.

Toutefois, le **secteur privé libéral** n'est pas suffisamment implanté sur le secteur. C'est particulièrement le cas pour les spécialistes, peu nombreux (en dermatologie ou pneumologie surtout).

## **2) La prise en charge des addictions sur la zone de Roubaix est encore insuffisante et surtout éclatée.**

Autour de Roubaix, la discussion court encore sur la définition de la **zone pertinente** de prise en charge des conduites addictives. Un certain nombre d'acteurs sanitaires et sociaux considère comme critique la zone P.T.S. de onze communes autour de Roubaix et Tourcoing, au sein du secteur Nord-Est de la Métropole ; d'autres font valoir le fait que chacune de ces deux villes a vocation à être un pôle complet en addictologie, compte tenu de l'ampleur des besoins et de la taille des deux centres hospitaliers.

Sans vouloir entrer dans ce débat, nous considérerons comme zone pertinente pour examiner la prise en charge de proximité des conduites addictives la zone P.T.S., tout en nous centrant sur Roubaix même. Dans notre présentation, nous dégraderons l'offre de prise en charge en **quatre catégories** : l'offre au Centre Hospitalier de Roubaix ; l'offre à Roubaix ; l'offre de proximité sur la zone P.T.S. ; et enfin nous dirons quelques mots sur l'offre de recours essentiellement située à Lille (compte tenu de son attraction naturelle et des facilités de communication).

### **a. Etat de l'offre de prise en charge des conduites addictives. (voir annexe 12 : Offre de soins en toxicomanie et alcoologie)**

#### **1° L'offre de prise en charge au Centre Hospitalier de Roubaix.**

A ce jour, la prise en charge des conduites addictives au Centre Hospitalier de Roubaix est réalisée autour de quatre unités fonctionnelles (U.F.) :

- **Une U.F. de toxicomanie**, composée de 6 lits, et rattachée au service de Médecine interne. De cette U.F. dépend une **équipe mobile de toxicomanie**, avec un temps plein d'I.D.E.. Des appartements thérapeutiques sont en cours d'aménagement depuis plusieurs mois. La mise en place d'un échangeur de seringues est également à venir.
- **Une U.F. de substitution Méthadone**, avec 50 places en ambulatoire, et rattachée à la Médecine interne.
- **Une U.F. d'alcoologie**, de 10 lits, rattachée à la Médecine interne.
- **Une U.F. de tabacologie**, à ce jour destinée aux seuls agents de l'établissement, et rattachée à la Fédération de pneumologie.

#### **2° L'offre de prise en charge non hospitalière à Roubaix.**

L'offre de prise en charge sur la ville de Roubaix est relativement importante et fait intervenir une pluralité d'acteurs d'horizons variés.



Dans le champ de la toxicomanie, plusieurs acteurs se sont investis :

- Un C.S.S.T. associatif, **Le Relais**, gère des activités très diversifiées : il organise à la fois des prises en charge en ambulatoire, et des actions de réduction des risques et d'accueil d'urgence, avec le « **Point Fixe** ».
- La **Ville**, par l'intermédiaire de son Centre communal d'action sociale (**C.C.A.S.**), mène un programme d'échange de seringues. Elle s'engage par ailleurs dans la voie de la collecte d'informations, et de la formation de certaines catégories d'agents municipaux.
- De nombreux clubs et ateliers de prévention se sont mis en place dans les quartiers « chauds ». L'engagement de certains établissements scolaires est à noter.

Dans le champ de l'alcoologie, les acteurs sont de même type. Mais bien que la thématique alcool soit plus problématique à Roubaix en termes de population touchée et de dommages induits que les questions de toxicomanie, l'offre de prise en charge est bien plus mince, moins affichée, peut-être plus « honteuse » :

- Un C.C.A.A. se centre sur les prises en charge en ambulatoire ; il est géré par le Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (**C.D.P.A.**).
- La **Ville** s'est engagée sur l'alcoologie dans sa plate-forme d'accueil **ETAPE**, centre d'accueil pour grands exclus qui intègre un groupe de parole mené par les associations néphalistes et à destination des nouveaux sevrés (groupe Horizon).
- Plusieurs associations **néphalistes** sont très actives, en particulier les Alcooliques Anonymes de Roubaix et la Croix d'Or, ainsi que Vie Libre.

En tabacologie, l'offre de prise en charge non hospitalière est encore plus modeste. Seul le **Centre de Prévention Santé** mène des consultations de sevrage tabagique.

### ***3° L'offre de prise en charge de proximité immédiate sur le reste de la zone P.T.S..***

Deux villes sont particulièrement concernées et actives dans le champ des addictions, et notamment par leurs Centres Hospitaliers : Tourcoing et Wattrelos.

Sur **Tourcoing**, le Centre Hospitalier s'est centré sur l'alcoologie : il gère une unité d'alcoologie clinique, ainsi qu'une équipe de liaison en alcoologie. Son action est complétée par la présence en ville d'un C.C.A.A. géré par le C.D.P.A., et par des associations néphalistes.

Dans le champ de la toxicomanie, c'est le C.S.S.T. associatif REAGIR qui mène la quasi-totalité des actions, avec une permanence d'accueil, une boutique, un centre de

soins et un hébergement de transition. Son action est complétée dans le champ de la prévention par des clubs et ateliers de prévention.

Pour ce qui est de la tabacologie, les actions sont menées par le Centre de Prévention Santé, mais aussi par le service de pneumologie du Centre Hospitalier.

A **Wattrelos**, l'offre est plutôt univoque sur chacun des champs.

Pour la toxicomanie, l'essentiel du travail est réalisé par l'association « La Clairière ».

En alcoologie, l'**E.S.P.A.S.** (Espace de Soins de Proximité et d'Accueil Santé) est une plate-forme médico-sociale située à l'accueil du Centre Hospitalier. Elle est surtout à destination des plus démunis, pour lesquels elle offre sur un même site des soins, ainsi que des permanences de la Sécurité Sociale et du C.C.A.S. de Wattrelos. Cet espace intègre des actions propres au public en difficulté avec l'alcool. Par ailleurs, une association néphaliste, Bien-être et Liberté, est active sur la ville.

Enfin, le Centre Hospitalier de Wattrelos a créé très récemment une consultation de tabacologie.

#### **4° L'offre de prise en charge de recours sur Lille.**

L'offre sur Lille n'est intéressante qu'en tant que support de recours.

On remarque que Lille concentre :

- D'importants moyens de prévention, d'information, de soutien aux personnes en démarche de soins (le C.D.R.I.P.D. ; le C.R.E.S. ; la M.R.P.S. ; l'E.C.L.A.T., le G.R.A., le G.A.S.P.A.R., des associations comme AIDES, les Alcooliques Anonymes, Spiritek).
- De nombreux Centres de Soins qui assurent une prise en charge médicalisée tant dans le domaine de l'alcoologie que de la toxicomanie, et de la tabacologie (l'Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse (A.B.E.J.), Boris Vian, l'Ellipse, le Cèdre Bleu, l'Espace du Possible en ambulatoire ; mais aussi la Clinique du Sablier, le Centre Hospitalier Saint Vincent, le C.H.R.U....).
- Une offre importante d'hébergement thérapeutique, d'urgence ou de transition.

#### **b. Etat des coopérations entre acteurs.**

Il faut d'abord noter qu'il n'existe pas de réseau formalisé de prise en charge des conduites addictives, ni sur un produit en particulier, ni en addictologie, dans la zone P.T.S. Roubaix Tourcoing. Pourtant, dans le Nord-Pas-de-Calais, de tels réseaux existent, sur Lille, mais aussi dans des villes d'importance comparable à Roubaix : Valenciennes, Maubeuge, Douai, Dunkerque.

Nous exposerons donc l'état des coopérations. Nous nous intéresserons au premier chef aux actions incluant le Centre Hospitalier ou la ville de Roubaix.

### **1° Les coopérations sur base de l'utilisation d'un produit.**

#### *Peu de mobilisation en tabacologie.*

La problématique des coopérations se pose avec peu d'acuité en matière de tabagisme : on considère qu'il s'agit d'une dépendance socialement non risquée, nécessitant des prises en charge moins lourdes. Il ne s'agit donc pas d'un sujet propre à créer des dynamiques de coopération ou de réseau.

Néanmoins, au Centre Hospitalier de Roubaix, la coordination est assurée d'emblée par une identité de personne : c'est le même médecin pneumologue qui assure la consultation de tabacologie du Centre Hospitalier, et les consultations anti-tabac du Centre de Prévention Santé.

#### *Une dynamique forte en alcoologie.*

Les coopérations dans le champ de l'alcoologie sont essentiellement basées sur une **Convention** entre le Centre Hospitalier et le C.C.A.A. du C.D.P.A., depuis 1982..

Aujourd'hui, la Convention se base sur trois exigences :

- les complémentarités thérapeutiques
- les échanges de compétences
- l'éducation du patient en difficulté avec l'alcool.

Elle définit et coordonne les différentes étapes de la prise en charge du patient, à savoir l'accueil, l'accompagnement du sevrage et la prévention de la rechute. La collaboration s'oriente sur plusieurs axes, aujourd'hui à des niveaux de réalisation divers :

#### ⇒ **La coopération dans le champ du soutien.**

- par des thérapies individuelles (les thérapies de soutien et les psychothérapies existent dans les deux structures)
- et / ou de groupe (différents types sont proposés par l'une ou l'autre structure, par exemple des groupes de parole au Centre Hospitalier, des thérapies conjugales et familiales au C.C.A.A....),

Un protocole très complet a par exemple été monté sur un projet alimentation, comportant des interventions réciproques de diététiciens, médecins...

- ainsi que par l'accompagnement socio-éducatif (exclusivement proposé au C.C.A.A.).

#### ⇒ **Le développement de la liaison.**

- Il s'agit d'élargir le champ de compétences de l'équipe de liaison en toxicomanie du Centre Hospitalier pour en faire une équipe de liaison en addictologie.

- Cette équipe devrait être étoffée pour devenir pluridisciplinaire.
- Cette action est actuellement au stade du projet au sein du Centre Hospitalier.
  - ⇒ **Le développement d'une filière de soins**
- La prévention se ferait autour du C.D.P.A. avec des collaborations au coup par coup.
- Le repérage devrait être étendu en lien avec les médecins généralistes et du travail, avec le Centre d'éducation des troubles alimentaires et des maladies de la nutrition (**C.E.T.R.A.D.I.M.N.**), avec le Tribunal de Grande Instance (**T.G.I.**)...
- Pour ce qui est de la réhabilitation, les liens avec les services de soins de suite et réadaptation (**S.S.R.**), les Centres d'hébergement et de Réinsertion sociale (**C.H.R.S.**), groupes néphalistes, divers paramédicaux et intervenants du champ social devraient être renoués ou renforcés.

Dans ce cadre, un projet intéressant a été monté par le C.C.A.A. : il s'agit de « **Groupes d'analyses de situations** » rassemblant des soignants et des intervenants du champ social.

Par ailleurs, le Centre Hospitalier et le C.C.A.A. travaillent avec d'autres partenaires ; les liens avec les organismes extérieurs sont très développés.

L'U.F. d'alcoologie travaille en lien avec les associations néphalistes, en particulier les Alcooliques Anonymes et Croix d'or ; ces associations viennent au sein de l'unité présenter aux patients leurs actions et possibilités de soutien post-sevrage.

L'offre de soutien est également élargie par une collaboration approfondie avec le S.S.R. d'alcoologie de Felleries-Liessie, LE CAP.

Des liens avec les C.H.R.S., pour les publics très démunis et en grande précarité, existent aussi : avec le C.H.R.S. de la Madeleine REVIVRE, avec celui de Croix RENOVATION, avec celui de Tourcoing REGAIN, avec celui de Lille REALITE.

Enfin, l'unité a initié une coopération avec la Justice : avec le T.G.I. via le Service pénitentiaire d'insertion et de probation de Lille, et avec l'Association socio-éducative de contrôle judiciaire et de réinsertion sociale de Lille. Ces liens doivent être développés.

#### *Une volonté de coopération « mesurée » en toxicomanie.*

Dans le champ de la toxicomanie, les coopérations sont moins diversifiées, mais également moins hospitalo-centrées.

La coopération entre les acteurs repose en grande partie sur la **Convention** existant entre le Centre Hospitalier de Roubaix et le C.S.S.T. Le Relais. Cette convention a pour but principal le fonctionnement de l'unité de Méthadone ; elle est en effet nécessaire pour que le Centre Hospitalier puisse dispenser ce produit en bénéficiant de

l'agrément du Relais. Celui-ci a en charge l'abord psychologique et socio-éducatif, alors que le Centre Hospitalier gère l'aspect médical.

Par ailleurs, le Relais et le C.C.A.S. ont signé une **Convention** portant principalement sur l'entretien et le fonctionnement de l'échangeur de seringues de la Ville. C'est désormais le Relais qui assure l'approvisionnement de l'appareil en Kits et jetons, et la collecte des seringues souillées.

Le Centre Hospitalier de Roubaix sera également appelé à travailler avec le C.C.A.S. de la Ville de Roubaix dans le cadre de la mise en place par l'hôpital d'un échangeur de seringues. Ils envisagent de travailler ensemble pour réaliser des économies d'échelles sur les kits et les jetons, et des échanges de bons procédés pour la gestion du matériel.

Il est également possible que le C.C.A.S. devienne un centre de ressources en termes d'informations et de formation, dont pourraient profiter le Centre Hospitalier ou Le Relais, par le biais par exemple de son Observatoire de l'abandon de seringues, ou sa formation aux nouvelles drogues de synthèse.

*Vers un / des réseau(x) ?*

Nous l'avons vu, le Centre Hospitalier de Roubaix a basé ses coopérations sur deux conventions :

- une Convention entre l'unité d'alcoologie et le C.C.A.A.
- une Convention entre les deux U.F. de toxicomanie et Le Relais.

Selon le chef de service de Médecine interne, ce dispositif doit constituer le « **socle d'une prise en charge coordonnée des conduites addictives dans leurs composantes médico-psycho-sociales pour l'agglomération** », soit d'une démarche de réseau.

Cette amorce de réseau doit sans nul doute être conjuguée à un certain nombre d'actions développées en direction de la **médecine de ville** :

- Les unités d'alcoologie et de toxicomanie ont monté des réunions **d'intervision** avec les médecins généralistes et les pharmaciens sur le champ des conduites addictives.
- Ces unités participent à la Formation médicale continue des médecins généralistes.
- Le C.C.A.S a associé nombre de pharmaciens de la ville de Roubaix à son programme d'échange de seringues.

Ces coopérations avec la médecine de ville devront être maintenues, voire renforcées ; restera l'inconvénient que constitue la faible densité médicale à Roubaix.

## **2° Les coopérations en addictologie.**

La notion d'addictologie est surtout portée par le Centre Hospitalier de Roubaix ; elle est relativement absente en ville.

Au sein du Centre Hospitalier, le concept d'addictologie transparaît dans l'organisation du personnel et dans certaines liaisons administratives (voir **annexe 13 : Organisation administrative, médicale et soignante des unités fonctionnelles dédiées à la prise en charge des conduites addictives au Centre Hospitalier**) :

- Le lien entre l'unité d'alcoologie et les unités de toxicomanie est assuré par leur rattachement au service de **Médecine interne**. Par conséquent, elles sont chapeautées par le même chef de service, qui assure une orientation médicale commune. Par ailleurs, deux praticiens hospitaliers interviennent indifféremment en alcoologie et en toxicomanie. A noter que l'avenir du service de Médecine Interne laisse entrevoir la possibilité d'une organisation sous forme de pôles ; un pôle Addictologie serait créé dans ce cadre, regroupant les U.F. d'alcoologie et de toxicomanie.
- Les unités d'alcoologie et de toxicomanie sont toutes deux partie intégrante du secteur « **Médecine sociale** », situé sur le site de la Fraternité (voir en **annexe 14 le plan des sites de l'hôpital**). Cela signifie qu'ils ont un cadre infirmier supérieur commun (responsable également de l'orthogénie et de la psychiatrie), et que le pool infirmier de réserve tourne indifféremment sur ces U.F..
- Par ailleurs, l'alcoologie, la toxicomanie et la tabacologie sont membres de la **Fédération d'éducation du patient**, structure qui vise à promouvoir des actions de Santé publique.
- Enfin, la notion de poly-consommations est intégrée de multiples manières. D'une part, les formations relatives à la prise en charge des conduites addictives sont accessibles à l'ensemble des agents. D'autre part, l'infirmière de liaison en toxicomanie prend en charge les poly-consommations en faisant le lien entre l'unité de toxicomanie et l'unité d'alcoologie. Egalement, un atelier anti-tabac est proposé dans l'unité d'alcoologie.

Mais il faut noter que l'addictologie pourra prendre un nouveau sens au Centre Hospitalier de Roubaix par la construction d'un « **Centre des conduites addictives** ». Il est en effet prévu de démolir le pavillon 14, vétuste, où est installée l'unité d'alcoologie ; deux projets sont à l'étude : soit restructurer le pavillon 15 de toxicomanie pour y intégrer l'alcoologie, soit construire un bâtiment neuf pour y loger les deux disciplines. A noter que la tabacologie n'est pas intégrée dans ce projet.

On le voit, au Centre Hospitalier de Roubaix, la notion d'addictologie intervient surtout comme une **facilité organisationnelle** ; il ne s'agit pas à ce jour d'un concept opérationnel en termes de prise en charge.

Sur l'ensemble de la ville, la notion d'addictologie est surtout défendue et représentée par le P.H. chef de service de Médecine Interne du Centre Hospitalier. Celui-ci intervient notamment dans un certain nombre de formations à l'addictologie (pour la capacité en alcoologie et toxicomanie à la faculté de médecine de Lille ; en toxicologie à la faculté de Pharmacie ; en addictologie à l'I.F.S.I. de Roubaix). Il est aussi présent dans plusieurs Conseils d'administration et Comités de pilotage, en particulier du Relais et du C.C.A.A..

### ***3° Les coopérations relatives aux complications somatiques ou pathologies intercurrentes des personnes avec conduites addictives.***

Ces thématiques sont essentiellement traitées ausein ou à partir du Centre Hospitalier de Roubaix.

L'U.F. de toxicomanie est particulièrement active pour la prise en charge des pathologies associées ou intercurrentes.

Au premier chef, il existe une **équipe de liaison** en toxicomanie, qui fait le lien avec les services d'hospitalisation. L'infirmière de liaison a vocation à intervenir au lit du patient à la demande, mais aussi à soutenir les équipes soignantes, à les former, et à apporter sa contribution à l'établissement de protocoles de prise en charge.

L'unité de toxicomanie est également active face à l' « épidémie » **d'hépatite C** ; l'infirmière de liaison effectue des actions de sensibilisation et d'information des patients par cassettes vidéo ; de plus, une consultation avancée hebdomadaire d'hépatologie a été montée avec l'un des P.H. du service de gastro-entérologie.

Un projet de **consultation dentaire avancée** est actuellement à l'étude. Il concerne particulièrement le problème spécifique de la « carie du collet », dont la douleur peut être un motif d'échec de la prise en charge. Cette consultation associerait l'U.F. à la faculté dentaire de Lille, au service de stomatologie du Centre Hospitalier ainsi qu'aux cabinets dentaires de ville. Ce projet est en attente de financement P.R.S..

Le service d'alcoologie monte aujourd'hui des projets relatifs à l'**alcoolisme foetal**, et surtout au **syndrome de Korsakov**. Sur cette pathologie, un projet a pour but de réunir la gastro-entérologie, le service des convalescents du Vert Pré (long séjour), l'établissement psychiatrique de Saint-André et la Ville autour d'un accueil des patients

atteints, préférentiellement à Roubaix. Les financements sont acquis, un local adapté est recherché.

La problématique des consommations lors de la grossesse est également prise en compte.

Ainsi, il existe un groupe dit « **Grossesse et Toxicomanie** », qui associe des obstétriciens, pédiatres, néonatalogistes et le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (**C.A.M.S.P.**) du Centre Hospitalier, ainsi que les services de la Protection Maternelle et Infantile (**P.M.I.**).

Par ailleurs, le Centre Hospitalier menait traditionnellement des consultations anti-tabac en obstétrique. Ces consultations sont aujourd'hui suspendues pour des raisons de carences en personnel. Demeure l'action « **Maternité sans tabac** ».

Enfin, les questions **sociales** sont aussi traitées à partir des services de cure. Il semble assez évident que cela concerne au plus haut point les patients des U.F. de toxicomanie et d'alcoologie, et assez peu ceux de la tabacologie : dans leur cas, la consommation n'induit pas de sur-risque de désinsertion sociale. Ces patients passent donc par la filière sociale de droit commun du Centre Hospitalier.

Pour les U.F. de toxicomanie et de tabacologie, la coordination sanitaire – social se fait sur deux modèles différents et non mis en cohérence :

- Dans l'U.F. de toxicomanie, la spécificité des patients (en particulier leur jeunesse et la multiplicité des conduites à risque développées) a conduit à l'affectation au sein même de l'équipe de deux éducateurs. A l'origine, ils doivent surtout faire le lien avec les institutions de post-cure, mais de fait, ils s'occupent aussi des questions d'ouverture de droits, de réinsertion socioprofessionnelle...
- Dans l'U.F. d'alcoologie, un modèle moins « stigmatisant » a été adopté : au sein du service social de l'hôpital, l'une des assistantes sociales est prioritairement en charge de cette unité. Elle s'occupe d'ouverture de droits et de réinsertion, et fait le lien avec les assistantes sociales de secteur pour préparer la sortie des patients.

L'expérience montre que le modèle des éducateurs fonctionne mieux ; de fait, les assistantes sociales de l'hôpital sont peu connues en ville, ce qui peut donner à penser que la coordination avec l'extérieur n'est pas optimale.

*Pour saisir la manière dont cette offre de soins doit évoluer, et les conditions pour qu'elle le puisse, nous aborderons d'abord la manière dont la question des conduites addictives est appréhendée au Centre Hospitalier de Roubaix ; puis nous traiterons plus spécifiquement de l'addictologie et des coopérations.*



## **B. Le Centre Hospitalier de Roubaix, ambivalent face aux conduites addictives.**

Face à la problématique des conduites addictives, le Centre Hospitalier de Roubaix navigue à vue entre deux tendances : la priorisation de cette question de droit, et sa non priorisation de fait.

### **1) *Un dynamisme apparent appréciable.***

Une apparence de dynamisme sur le thème de la prise en charge des conduites addictives se retrouve tant au niveau de la Direction que dans les services concernés.

#### **a. Une vraie reconnaissance de la question dans les documents stratégiques du Centre Hospitalier.**

Le Centre Hospitalier affiche clairement sa préoccupation pour les questions de prise en charge des conduites addictives. L'ensemble des documents stratégiques priorise la question des addictions, et ce surtout depuis le Projet d'Etablissement (2001-2005).

Lors du premier Contrat d'objectifs et de moyens (**C.O.M.**) (1999-2003), la préoccupation en faveur de la lutte contre les conduites addictives n'était pas encore très nette. De fait, si un certain nombre de grands principes peut y être rattaché, les dépendances ne sont que peu abordées. Ainsi, le C.O.M. souligne, au sein des objectifs généraux, la nécessité de :

- « *Offrir à la population du secteur des structures de prise en charge médicales, de niveau recours, coordonnées et multidisciplinaires pour les pathologies les plus prévalentes sur le Versant Nord-Est* » ;
- « *Considérer le patient au sein de son réseau complet de prise en charge et assurer un suivi global jusqu'à la guérison ou la stabilisation* » ;
- « *S'engager dans des actions correspondant à des besoins sanitaires et sociaux de la population, au titre de la proximité comme à celui de la région* »,

toutes questions qui mettent en exergue les conduites addictives de par leur prévalence importante et la nécessité de réponses coordonnées.

De même, les moyens généraux à mettre en œuvre dans le C.O.M. peuvent pour partie être rattachés à la prise en charge des conduites addictives :

- « *S'engager dans une dynamique sociale qui permette d'allier les attentes des professionnels et la réalisation des missions, toujours évolutives, de l'hôpital* » ;

- « *Dans le cadre des règles de présentation et de financement de son activité, pouvoir poursuivre sa mission, y compris dans les champs d'activités peu pris en compte au titre du P.M.S.I.* » ;
- « *Poursuivre les accords entre structures de soins ou associations de professionnels pour créer, renforcer ou animer des réseaux concertés de prise en charge* ».

Mais concrètement, le C.O.M. ne cite la prise en charge des conduites addictives que dans un paragraphe consacré aux problèmes sanitaires et sociaux de la population du Versant Nord-Est : l'activité de lutte contre la toxicomanie devra être développée. Aucun moyen n'est cependant accordé par l'A.R.H. en ce sens. Pourtant, le Centre Hospitalier avait présenté, dans les travaux préparatoires au C.O.M., une fiche relative à la constitution d'une équipe de liaison en toxicomanie ; la demande de financement a été réorientée vers la D.D.A.S.S..

Les choses changent avec le **Projet d'Etablissement 2001-2005**, qui prévoit une prise en compte importante de la problématique des conduites addictives, et des pathologies liées aux consommations.

Il est intéressant de noter que la notion d'addictologie a su trouver sa place : au sein du service de Médecine interne, les unités d'alcoologie et de toxicomanie sont appréciées de manière indistincte, en tant que « pôle » futur ; ces deux unités sont d'ailleurs destinées à être regroupées au sein d'un même bâtiment.

La complexité de ces activités de soins est reconnue : le service d'alcoologie assure une prise en charge ambulatoire des patients, et l'hospitalisation des cas lourds avec précarités psychologiques, socio-économiques, co-morbidités somatiques ; le service de toxicomanie assure le suivi des patients en traitement de substitution, initie le partenariat avec les services de l'établissement, en Hépatologie (hépatite C), Obstétrique, Néonatalogie, Pédiatrie, et prend en compte les poly-consommations.

Pour y répondre, le Projet d'Etablissement présente l'utilité de développer l'équipe de liaison, embryonnaire à ce jour en toxicomanie, pour en faire une réelle équipe de liaison en addictologie, avec une augmentation des effectifs (en temps médical, psychologue et secrétariat médical). Par ailleurs, le Projet d'Etablissement se propose de mettre en place un réseau relatif aux conduites addictives.

Les conduites addictives sont prises en compte à un autre titre : celui des priorités régionales de la C.R.S.. En matière de conduites addictives, le maître mot est la coordination. La nécessité de créer un réseau est rappelée ; il devra s'appuyer sur un outil informatique. La coordination devra être systématique entre les unités d'alcoologie et de toxicomanie ; elle devra aussi être faite en direction des autres établissements hospitaliers. Un partenariat spécifique est prévu avec la maternité : projet de guidance anténatale pour les femmes avec conduites addictives.

Enfin, les conduites addictives sont abordées au travers des besoins de santé locaux sur les deux disciplines majeures que sont la pneumologie et la gastro-entérologie. En pneumologie, un projet d'éducation du patient est prévu en tabacologie ; de plus, les réseaux seront favorisés pour la prise en charge oncologique et des pathologies chroniques obstructives. En gastro-entérologie, il faudra développer les prises en charge des Hépatites C et de l'Alcoolologie (en partenariat avec l'U.F. et avec des structures extérieures), dans le cadre de projets Korsakov, alcoolisme foetal, hépatites...

Par la suite, l'engagement en faveur de la lutte contre les conduites addictives continue. **L'avenant au C.O.M. 2002-2003** présente en mesures nouvelles la réorganisation de la médecine interne autour de deux pôles « addictologie » et « neurologie », déjà abordée dans le Projet d'Etablissement.

L'objectif pour le Centre Hospitalier dans le cadre de l'addictologie est ici « d'accompagner » le développement de ces activités. Pour cela, l'A.R.H. finance un nouveau P.H. temps plein en addictologie.

A terme, les trois U.F. en addictologie (U.F. d'alcoolologie, U.F. de toxicomanie, Unité de Méthadone ambulatoire) sont vouées être organisées en fédération. A court terme, cela sera anticipé par la création d'un « Centre des Conduites addictives » (projet présenté dans le Projet d'Etablissement, le Plan Pluriannuel d'Investissement, et dans une fiche pour préparation du C.O.M. 2003-2007), qui reliera l'ensemble des acteurs et des thérapeutiques dans un réseau de soins.

L'ensemble de ces perspectives est néanmoins conditionné par le travail des services, qui font preuve d'un même élan.

#### **b. Des services très engagés dans la conduite de projets.**

Le dynamisme des services engagés dans la lutte contre les conduites addictives n'est plus à prouver au Centre Hospitalier de Roubaix.

Les trois champs (alcoolologie, toxicomanie, tabacologie) sont organisés par un **projet de soins**, qui présente un état des lieux complets et une perspective détaillée des possibilités futures.

Dans le cas de l'alcoolologie et de la toxicomanie, le dynamisme est évident dans le portage de projets et dans la tentative de créer des filières de soins.

L'U.F. d'alcoologie se distingue par une pluralité d'activité et d'ateliers mis en œuvre en cure, et par une avancée nette dans la construction d'un réseau de soins.

Plusieurs types d'ateliers sont actuellement utilisés au sein de l'unité : relaxation, remise en forme, atelier mémoire, divers groupes de parole avec les patients, les familles ou les associations néphalistes, un atelier de cuisine diététique et créative, un atelier esthétique et coiffure, le jeu *Nutrissimo*. L'ensemble de ces activités a pour objet de prévenir les rechutes en agissant sur le relationnel, les habitudes de consommation, l'image de soi.

D'autres projets sont en cours, dans la même veine : expression corporelle, piscine, atelier d'affirmation de soi, groupe de parole autour du support «*Les MAUX-DITS*». Un autre projet consisterait à ouvrir un site Internet du Pavillon 14. Cela permettrait de faire connaître l'unité d'alcoologie, et de sensibiliser les populations à ce problème de santé publique. Cela offrirait également une initiation à l'informatique pour les patients. Ce projet est actuellement en recherche de financement.

L'un des projets les plus aboutis, et mené en coopération avec le C.C.A.A., est l'atelier du goût. Il repose sur des interventions de la diététicienne du C.C.A.A., et sur des interventions ponctuelles d'acteurs extérieurs (par exemple le médecin du travail de l'hôpital) sur le café, le sel... L'objectif est pour le C.C.A.A. de se faire connaître par les patients sur un mode non médical ; pour les patients, il s'agit de rééduquer leur goût altéré par l'alcool, et d'éviter des dérives sur le sel (risque d'hypertension) ou les excitants. A terme, et dans le cadre de l'éducation du patient, il s'agira également pour les patients d'apprendre à rééquilibrer leur alimentation et à la diversifier à moindre coût.

Les partenariats menés par cette U.F. sont extrêmement diversifiés et construits. Ils se basent sur une convention déjà très ancienne avec le C.D.P.A. : les échanges de pratiques et de praticiens sont nombreux entre les deux structures. Des ateliers sont menés en commun, comme nous l'avons vu. Par ailleurs, les coopérations tendent à s'ouvrir à des acteurs spécialisés ou non, en amont comme en aval de la prise en charge :

- Une collaboration s'engage avec des médecins généralistes et des médecins du travail.
- Des liens sont progressivement tissés dans le champ judiciaire et pénitentiaire avec le Service pénitentiaire d'insertion et de probation de Lille, et l'Association socio-éducative de contrôle judiciaire et de réinsertion sociale de Lille
- Une coopération traditionnelle avec les C.H.R.S. du secteur, ainsi qu'avec le S.S.R. d'alcoologie de Felleries-Liessie (cf. supra) est en cours depuis plusieurs années.
- Des liens étroits sont entretenus avec les associations néphalistes présentes en ville.

- L'unité d'alcoologie bénéficie aussi des Groupes d'analyses de situation mis en œuvre à l'initiative du C.C.A.A., avec les assistantes sociales, la P.M.I., les paramédicaux de ville, des travailleurs sociaux, etc... de Roubaix, Villeneuve d'Ascq et Wattrelos.

Il faut noter qu'aujourd'hui le C.D.P.A. est demandeur de la mise en place d'un réseau formalisé sur l'alcool dans l'agglomération roubaisienne.

Dans l'U.F. de toxicomanie, l'accent est mis plus particulièrement sur les coordinations, plutôt intra-hospitalières. Les projets et les réalisations sont nombreux :

- L'unité porteuse en toxicomanie est l'unité Méthadone, dont la file d'attente témoigne du succès. Elle est menée en coopération avec Le Relais.
- Entité nouvellement créée (2001), l'équipe de liaison en toxicomanie a en charge la coordination avec les autres services du Centre Hospitalier, leur formation, et le développement de liens extra-hospitaliers.
- L'équipe entière de l'U.F. de toxicomanie participe à la mise en place d'une filière de soins intégrée pour les toxicomanes au sein de l'hôpital. Deux exemples sont frappants : d'une part, les projets autour de l'hépatite C (large information des toxicomanes, éducation du patient atteint, consultation avancée d'hépatologie) ; et d'autre part le projet « Grossesse et toxicomanie » en lien avec obstétriciens, néonatalogistes, pédiatres, C.A.M.P.S., P.M.I.. Par ailleurs, un projet de consultation dentaire avancée est en cours d'étude.
- La réflexion se poursuit sur deux thèmes : d'abord la création d'un réseau de soins en toxicomanie (avec pour premier axe la signature d'une nouvelle convention de partenariat avec Le Relais) ; ensuite la mise en place du Centre des conduites addictives en lien avec l'U.F. d'alcoologie.

Le cas de la consultation de tabacologie est distinct ; il s'agit en effet d'une structure créée de toutes pièces en 2000-2001, à l'initiative d'un agent membre d'E.C.L.A.T. et de l'un des pneumologues de l'hôpital, en concertation avec les instances de l'établissement. Cette consultation a été montée en partenariat avec l'I.F.S.I. de Roubaix, qui a réalisé toute la phase de collecte d'informations et d'analyse des demandes de prise en charge.

La consultation fonctionne actuellement avec un mi-temps médical de pneumologue, et 0.3 E.T.P. de psychologue. Cette pluridisciplinarité contribue à son dynamisme. Celui-ci est également fondé sur la gratuité des consultations et des substituts nicotiques pour les agents du Centre Hospitalier.

Par ailleurs, différentes ambitions émergent à partir de cette consultation :

- Participer à l'information et à la sensibilisation au sein du Centre Hospitalier sur les risques spécifiques du tabagisme passif, du tabagisme féminin, etc...

- Ouvrir la consultation aux hospitalisés : il s'agirait surtout d'intervenir en post-hospitalisation pour des hospitalisations liées au tabac.

Mais l'A.R.H. n'a pas accordé cette année les financements afférents.

Il faut néanmoins nuancer le volontarisme que nous venons d'exposer : sur le thème des conduites addictives, certaines réticences sont compréhensibles, et observées.

## **2) *Un volontarisme multiplement empêché.***

Plusieurs indices tendent à nous donner à penser que le volontarisme peut cacher des attitudes plus désinvoltes ; est particulièrement remarquable la position de la Direction face à la « médecine sociale ».

### **a. Le volontarisme ne serait-il qu'apparent ?**

#### **1° *Une préoccupation « seconde » pour la Direction.***

Un certain nombre d'indices nous permettent de suggérer que la priorisation de la lutte contre les conduites addictives, si elle est affichée, n'est pas intériorisée par l'équipe de Direction.

Par exemple, les documents de la gestion quotidienne de l'établissement témoignent d'un certain désintérêt pour cette problématique.

Ainsi, le **règlement intérieur** du Centre Hospitalier (qui certes date de 1980) ne comporte que peu de dispositions relatives aux addictions.

En premier lieu, le règlement intérieur reprend les dispositions du règlement type de l'époque relativement à l'accueil des malades toxicomanes et des malades alcooliques.

Ensuite, les patients de l'ensemble des services et leurs visiteurs se voient interdire d'introduire dans l'établissement des boissons alcoolisées ou médicaments, ainsi que de fumer dans les chambres.

Enfin, pour les agents hospitaliers, seul le tabagisme est expressément réglementé : interdiction de fumer dans les chambres des malades, dans les magasins et dans les ateliers ; a fortiori près des dépôts de produits inflammables ou volatils.

Egalement, le **site Internet** du Centre Hospitalier de Roubaix est quelque peu lacunaire. Ce site peut être d'un grand intérêt pour un aspirant patient, de par sa présentation des services de cure ; dans la rubrique « informations et ressources santé » est mis en ligne un nombre important de documents sur les drogues, l'alcool, le tabac,

etc... Or l'on peut supposer un certain désintérêt pour ces activités du fait que, contrairement à la majorité des services, la composition des équipes présentées n'est pas à jour. Egalement, il n'est nulle part fait mention de l'équipe mobile de toxicomanie.

Pour terminer, le **portail Intranet** du Centre Hospitalier ne fait pas mention particulière de cette thématique. Ce portail a notamment l'intérêt de fournir en ligne une compilation importante de procédures et protocoles validés ; or la seule procédure mise en ligne relativement aux consommations de substances psycho-actives concerne la conduite à tenir au cas où un patient serait porteur de stupéfiants.

Par ailleurs, les services se sentent laissés pour compte.

Au fil des entretiens, en particulier avec les paramédicaux, un sentiment de **frustration** de ces agents a pu transparaître, vis-à-vis de la considération de leur activité par la Direction, les instances, et éventuellement les autres services.

Par exemple, en termes de locaux et de moyens, les agents ressentent un « refus d'investir » dans leur service : ils se sont vus refuser des crédits pour des jeux de société, un budget d'ergothérapie ; ils se sentent reprocher les bris de matériels par les violences des patients ; plusieurs années ont été nécessaires à leur équipement en D.E.C.T. et P.T.I...

Au final, si l'on combine cette « crise » matérielle à des tensions internes issues de la violence des patients, l'on obtient deux U.F. relativement sinistrées, surtout pour la toxicomanie, qui connaît actuellement une véritable hémorragie de personnel. Cela pèse sur le dynamisme de cette U.F., aujourd'hui en perte de vitesse en termes de portage de projets.

Enfin, le **temps** de mise en œuvre des orientations énoncées dans les documents stratégiques du Centre Hospitalier (cf. supra) est évocateur de certaines réticences :

- L'extension du champ de compétences de l'équipe mobile de toxicomanie à l'alcoologie est en discussion depuis la création de celle-ci ; des problèmes de financement, de personnel, de matériel sont particulièrement en jeu.
- L'extension de la consultation de tabacologie aux patients a été ajournée ; un dossier avait été monté, mais les financements d'une U.C.T. sont allés au Centre Hospitalier de Watrelos.
- La création d'un centre d'addictologie est différée depuis son évocation en 1999. Ceci tout comme l'idée d'un réseau formalisé de prise en charge des conduites addictives. Crainte d'un coût élevé, dissensions médicales, manque d'intérêt pour la question... addictologie et réseaux sont l'Arlésienne du Centre Hospitalier de Roubaix.

Certes, les questions financières, voire politiques, ne sont certainement pas à dédaigner par le Directeur d'hôpital ; mais ces considérations doivent sans nul doute être

balancées par les nécessités de santé publique.

De fait, le Directeur du Centre Hospitalier de Roubaix assume le fait d'avoir considéré cette question des conduites addictives comme « *seconde, sinon secondaire* ». Ce qu'il justifie en partie par la sensibilité de la question, et le peu de valorisation liée à ce type d'activité.

## **2° Des activités généralement peu valorisées.**

Le manque de valorisation de la lutte contre les conduites addictives est d'abord **social**, partagé par une large frange de la population. Les figures traditionnelles de l'héroïnomanie, de l'alcoolique, sont très chargées émotionnellement ; ces comportements addictifs sont le plus souvent vus comme **déviants** et non comme pathologiques.

C'est cette difficulté à considérer les addictions comme des pathologies qui induit une dévalorisation sociale de ces activités de prise en charge et de soins. Il n'est donc pas étonnant qu'elle transparaît au sein même du monde hospitalier. Cela y est même renforcé par d'autres facteurs.

Au sein du Centre Hospitalier de Roubaix, la réticence vis-à-vis des services de lutte contre les conduites addictives (essentiellement toxicomanie et alcoolologie) vient en grande partie de ce que ces services se distinguent constamment des autres par la **négative**.

Ils sont en premier lieu situés dans la zone sinistrée de la Fraternité, sur le chemin du quartier « chaud » des Trois-Ponts. Il s'agit d'un secteur particulièrement déshérité, avec une forte incidence de la délinquance et du trafic de stupéfiants. L'étiquette « Médecine sociale » renvoie à une image peu avenante et pleine de violence.

D'ailleurs, cette idée de **violence** est continue dans l'appréhension des patients traités ; il n'est pas rare que l'entrée en cure soit précédée de problèmes judiciaires, d'accidents, de violences aux urgences ou dans les services pour les patients alcoolisés ou les toxicomanes en manque. Cette violence se retrouve aussi au sein des services de cure, et les dégradations matérielles consécutives – et le coût qu'elles engendrent – sont particulièrement mal ressenties dans l'hôpital.

Egalement, il s'agit de patients souvent difficiles, pour lesquels les taux de réussite des cures sont relativement faibles, qui effectuent de nombreux passages au sein du Centre Hospitalier, et entraînent souvent plusieurs pathologies liées à leur addiction. Ce sont notamment des patients qui posent problèmes dans les services de médecine interne, de gastro-entérologie, de traumatologie, aux urgences, etc...



Enfin, pour ce qui est des **médecins**, il ne faut pas s'étonner de rencontrer ces préventions chez eux. Ces thématiques « honteuses » ne sont en effet pas très valorisantes en termes de carrière. Il s'agit bien plus d'une tâche de « missionnaire » : très chronophage, peu rémunératrice, offrant peu d'évolutions de carrière... Si les questions d'organisation (addictologie, réseaux) peuvent motiver un praticien, la gestion du quotidien de ces services apparaît bien plus aride, et l'encadrement médical peut en pâtir... Ainsi, au Centre Hospitalier, les agents des U.F. d'alcoologie et de toxicomanie peuvent ressentir une certaine absence du chef de service.

### **3° Les activités de prise en charge des conduites addictives sont elles-mêmes inégalement dynamiques.**

Plusieurs indices et thèmes nous permettent de comprendre que le dynamisme des U.F. en charge des conduites addictives est **différent**.

*Les taux d'occupation.*

<b>Alcoologie</b>	<b>1995</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Entrées totales	254	246	246	242
Journées		3447	3448	3608
D.M.S.		14,01	14,02	15,6
<b>T.O.M.</b>		<b>95,17%</b>	<b>94,21%</b>	<b>100,65%</b>
Consultations externes	782	846	1713	1213

<b>Toxicomanie</b>	<b>1995</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b>Entrées totales</b>	<b>291</b>	<b>189</b>	<b>164</b>	<b>166</b>
Journées		1398	1259	1421
D.M.S.		7,56	7,68	8,56
<b>T.O.M.</b>		<b>68,53%</b>	<b>62,27%</b>	<b>69,45%</b>
Consultations externes	838	932	2255	1769

Au vu des chiffres d'activité des U.F., on peut se poser la question de l'avenir du service de toxicomanie : en effet, lorsque le taux d'occupation moyen (**T.O.M.**) est inférieur à 60% pendant trois années consécutives, le service peut fermer.

Sur cette U.F., on assiste à un **transfert d'activité** lié à la modification du comportement des toxicomanes : l'activité de cure est en forte diminution (plus de 40% de baisse entre 1995 et 2001), alors que les consultations externes explosent. Cela vient de ce que les toxicomanes semblent de moins en moins aspirer à l'abstinence, et gardent de

plus en plus une dépendance assumée et socialement contrôlée aux produits de substitution. Or la substitution est plus facilement gérée en ambulatoire.

Au contraire, l'U.F. d'alcoologie montre un mode de développement plus équilibré : le T.O.M. est à son maximum (il dépasse les 100%), et la croissance des consultations externes est régulière (croissance d'environ 50% sur la période 1995-2001).

#### *Activités et projets.*

Le cadre infirmier responsable de la Fédération d'Education du Patient (c'est particulièrement à ce niveau que sont recensés les projets en cours, les demandes de financement) juge diversement les différentes unités :

- L'U.F. d'alcoologie montre un fort dynamisme, tant dans la prise en charge de ses patients en cure que dans les consultations externes, tant dans les relations avec l'ensemble des services de l'hôpital que pour le montage de projets avec des partenaires extérieurs. Elle fait figure de meilleur élève de la classe.
- L'U.F. de toxicomanie apparaît en perte de vitesse. Les problèmes de violence et le turn-over du personnel y sont beaucoup plus importants. Le portage de projets s'en ressent, notamment depuis le changement d'infirmière de liaison. La cure est en perte de vitesse.
- L'U.F. de méthadone atteint les limites de ses capacités ; elle fonctionne déjà au-delà des places autorisées. Son efficacité est en outre obérée par l'arrivée massive de toxicomanes alternant ou combinant les consommations d'opiacés, de médicaments et de produits de substitution. Par ailleurs, il semble que la coopération avec le Relais pour cette consultation ne fonctionne pas toujours au mieux.
- La consultation de tabacologie est encore une structure relativement neuve. Elle fonctionne à plein, et avec une liste d'attente très longue. Mais le dynamisme observé à sa création paraît devoir s'essouffler : le maintien d'une consultation réservée aux agents ne lui est pas profitable. D'autant que le temps de la pneumologue responsable de cette consultation est compté : cette spécialité est très chargée au Centre Hospitalier, avec l'ouverture d'une unité d'oncologie et de l'Ecole du souffle (asthme).

#### *Démarches de réseau.*

La réflexion sur une démarche de réseau est diversement avancée.

C'est au sein de l'unité d'alcoologie que l'idée est à ce jour la plus aboutie. En effet, c'est l'unité qui réunit dans ses efforts de coordination le plus grand nombre d'acteurs, spécifiques ou non. Par ailleurs, c'est dans cette unité que la coordination se rapproche le plus d'une démarche de réseau centrée sur le patient, même si le terme est

récusé. Il est remarquable à ce propos que des discussions viennent de s'engager entre le chef de service et le C.D.P.A. sur l'éventualité de formaliser un réseau.

Au sein de l'unité de toxicomanie, la réflexion est moins poussée. L'enjeu aujourd'hui tourne plutôt autour de l'équipe de liaison, qu'il faut étoffer et douer d'un rôle reconnu au sein de l'hôpital. Dans l'idée de réseau, c'est surtout la relation avec Le Relais qui prime, sans être exempte de difficultés ; pour le reste, les coordinations s'organisent surtout autour des séances mensuelles d'intervision. Ce qui n'empêche pas le réseau d'être l'objectif final pour le chef de service.

Enfin, la consultation de tabacologie est moins intéressée aujourd'hui par la notion de réseau, du fait de sa grande jeunesse. En termes d'association de compétences, c'est la multidisciplinarité qui prime comme objectif. La coopération est aussi un but, dans l'enceinte de l'hôpital, du fait notamment de la mise en place de six lits d'oncologie dans le même service. De fait, la tabacologie n'a vocation, selon le service, à s'associer à une démarche de réseau qu'après le recrutement d'un médecin tabacologue.

Les réticences observées ou l'essoufflement de certaines des unités concernées sont encore aggravées par l'ambiguïté qui marque toute la thématique de la médecine dite « sociale » au Centre Hospitalier de Roubaix.

#### **b. La Direction et sa position ambiguë face à la « médecine sociale ».**

On peut considérer que face aux conduites addictives, la direction du Centre Hospitalier de Roubaix développe une **attitude ambiguë**, comme elle le fait d'ailleurs pour l'ensemble du secteur dit de « médecine sociale » (addictions, psychiatrie, orthogénie)

Le Centre Hospitalier aurait voulu être un hôpital « ordinaire », mais il se trouve dans une zone non compatible avec cette ambition : la nécessité de prendre en compte et en charge certaines pratiques « déviantes » s'impose à lui. D'une certaine manière, il le fait à **reculons**, avec toujours l'ambition d'être un établissement de référence de bassin sur des disciplines nobles. Ce qui a pu faire dire que la Direction du Centre Hospitalier ambitionnait de devenir un « petit C.H.U. ». De ce fait, le Centre Hospitalier réalise un grand écart fragile sur la teneur exacte de ses missions.

Ce grand écart repose aujourd'hui sur deux phénomènes qui le rendent possible :

- D'une part, la « médecine sociale » a été repoussée hors du cœur de l'hôpital, sur le secteur de la Fraternité. Cette zone peut être considérée comme le « dépotoir » de

l'hôpital, où ont été reléguées les disciplines incontournables mais « honteuses ». La création de cette zone permet à la direction de traiter ces questions sans être sous leur pression.

- D'autre part, l'affichage d'une volonté de développement et de coopérations sur ces disciplines, et particulièrement en addictologie, est maintenu et même développé. Cela permet au Centre Hospitalier de se donner une image médico-sociale, considérée comme « progressiste ». Cela permet aussi de mettre en avant l'action d'un chef de service très actif et disposant d'un certain entret.

Au-delà des questions d'image, l'ambiguïté existe aussi dans le champ **financier**. Au sein de la Direction, les services de médecine sociale, et surtout les addictions, sont considérés aussi bien comme des « vaches à lait » que comme des fardeaux.

Ces services peuvent rapporter ; les questions d'addictologie et de réseaux sont considérées comme des thématiques « **à la mode** », et peuvent servir de faire-valoir au Centre Hospitalier pour l'obtention de subventions, par exemple.

Mais surtout, ces services coûtent très **cher**, notamment en personnel et en matériel. Ceci est essentiellement la conséquence de la violence développée dans et à proximité de ces services (tentatives d'effractions de toxicomanes en manque, par exemple ; ou dégradation du mobilier dans le service), et de la globalité voulue des prises en charge (présence d'éducateurs, de psychologues, éventuellement d'ergothérapeutes ; salle de sport, sauna, bain bulle, etc...). Relativement à ces coûts, les activités de lutte contre les addictions sont peu rémunérées en points I.S.A., et donc peu intéressantes à développer, surtout dans la perspective du passage à la tarification à l'activité (**T.A.A.**).

Mais au final, il faut bien considérer que le Centre Hospitalier est dans une situation budgétaire et médicale relativement difficile ; dans ce contexte, il est possible de comprendre qu'il recentre son attention et ses moyens sur des activités de soins proprement dits (essentiellement somatiques) et autant que possible sur des disciplines rémunératrices, ce qui reste la garantie de sa pérennité.

*Après avoir considéré la manière dont le Centre Hospitalier Roubaix aborde et priorise la lutte contre les conduites addictives, nous allons maintenant traiter plus spécifiquement de l'addictologie et des coordinations.*

## **C. Le Centre Hospitalier de Roubaix, à la croisée des chemins sur les questions de l'addictologie et du montage de coopérations dans le champ des conduites addictives.**

Si la nécessité de complémentarités pour mettre en œuvre une prise en charge globale des patients avec conduites addictives a bien été comprise, et si de telles organisations sont entrées dans les mœurs, dans des modalités informelles, la notion d'addictologie n'a pas encore su trouver sa place, et reste bien floue.

### **1) Les ambiguïtés de l'addictologie au Centre Hospitalier de Roubaix.**

L'addictologie à Roubaix, nous l'avons vu, est une notion fortement encouragée à plusieurs niveaux : documents stratégiques, fédération d'éducation du patient, chef de service... Mais elle n'est pas dénuée d'ambiguïtés, et plusieurs notions sont encore insuffisamment définies : champ de la notion d'addictologie, modalités d'organisation de l'addictologie, teneur des liens entre les différentes « spécialités ».

#### **a. Une ambiguïté quant au champ de l'addictologie.**

La définition de l'addictologie à Roubaix, ou à tout le moins des types de consommations incluses dans ce concept, est encore peu claire ; ceci traduit le fait que la réflexion n'a pas eu lieu quant à la teneur de l'addictologie et quant à la manière dont le Centre Hospitalier souhaitait se réapproprier ce concept.

De fait, plusieurs types d'organisation réunissent les différentes unités :

- Le futur **pôle d'addictologie** prévu dans le cadre de la réorganisation du service de Médecine Interne ne doit comprendre que les U.F. d'alcoologie et de toxicomanie, la tabacologie restant rattachée au service de pneumologie.
- Cette idée est renforcée par l'implantation géographique et l'organisation paramédicale : les paramédicaux d'alcoologie et de toxicomanie sont organisés dans un secteur de « **médecine sociale** », situé à la Fraternité, alors que les paramédicaux de la tabacologie sont indifférenciés du service de pneumologie de Victor Provo.
- Par contre, la **Fédération d'Education du Patient** réunit l'ensemble de ces unités d'alcoologie, de toxicomanie et de tabacologie, ainsi que des services traitant des pathologies induites (pneumologie, gastro-entérologie).

Au final, la Fédération d'éducation du patient n'ayant encore qu'une consistance légère, il faut considérer que la notion d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix tend à regrouper uniquement les U.F. d'alcoologie et de toxicomanie

Ce choix s'explique de multiples manières, et notamment par l'organisation géographique, elle-même en lien avec la représentation sociale des différents produits consommés ; ainsi que par les carences en personnel médical en pneumologie et l'absence de tabacologue. De plus, cette organisation est la plus simple à gérer en termes relationnels. De fait, alcoologie et toxicomanie présentent d'emblée des voies de rapprochement aisées : figures négativement connotées des dépendants, localisation sur la Fraternité, communauté de l'encadrement médical et paramédical...

### **b. Une ambiguïté quant à la création d'un centre des conduites addictives.**

L'addictologie est également une notion floue dans l'idée de la création prochaine d'un « Centre des conduites addictives ».

La création de ce centre est évoquée depuis plusieurs années, mais fortement conditionnée par l'obtention de crédits au niveau de l'A.R.H.. Certes, la prise en charge des conduites addictives est une priorité du S.R.O.S., mais les crédits ne sont pas aisément débloqués. Ce projet a été annoncé dès le Projet d'Etablissement 2001-2005 et l'avenant au C.O.M. 2001-2002, mais l'obtention des fonds est prévue dans la meilleure des hypothèses pour le C.O.M. 2004-2008, vraisemblablement à **l'horizon 2006**.

L'une des ambiguïtés réside en la **motivation** de la création de ce centre. A ce sujet, deux types de motivation sont en jeu ; elles sont compatibles par un effet de coïncidence :

- Au niveau des médecins et des paramédicaux, il s'agit de donner corps à la notion d'addictologie, et donc de lui donner une consistance géographique unique, avec une lisibilité forte. De plus, il s'agit de faciliter le travail des paramédicaux et des médecins par une communauté d'équipement et éventuellement d'équipes, et de faciliter les renvois de patients dans le cas de poly-consommations.
- Au niveau de la Direction, cette orientation du corps médical se trouve rencontrer une exigence de restructuration matérielle des locaux sis sur la Fraternité. Cette restructuration vise à évacuer et détruire le Pavillon 14, vétuste, où sont actuellement situées les U.F. d'alcoologie et de psychiatrie. Dans ce cadre, la psychiatrie sera installée dans un nouveau bâtiment, le C.A.P.I., alors que l'alcoologie sera regroupée avec la toxicomanie, ce qui permet un évident gain de place (et ce au choix sur le Pavillon 15 abritant déjà la toxicomanie, ou sur un nouveau bâtiment).

Il apparaît donc que la naissance même de ce centre est déjà le lieu d'une ambiguïté.

Celle-ci est renforcée par le flou qui règne encore sur les relations à établir entre les disciplines incluses dans le concept d'addictologie.

### **c. Une ambiguïté quant à la teneur des relations entre les disciplines associées dans le concept roubaisien d'addictologie.**

Troisième lieu de l'ambiguïté dans le domaine de l'addictologie : la manière dont vont s'organiser les liens et les échanges entre les unités de traitement, et ce notamment après la réalisation du « Centre des conduites addictives ».

A ce jour, l'addictologie à Roubaix se base sur deux types de faits :

- des découpages administratifs (composition des services de Pneumologie et de Médecine interne ; secteur paramédical de « Médecine sociale » ; Fédération d'éducation du patient : cf. supra).
- et surtout sur des renvois de patients et des consultations avancées ou équivalent.

A ce dernier titre, les renvois de patients sont assez bien réalisés entre les U.F. de toxicomanie (cure et méthadone), et entre celles-ci et l'U.F. d'alcoologie. Ceci a pour but de répondre aux exigences pressantes du développement des poly-consommations et des transferts de dépendances. Ces renvois sont facilités par la communauté des équipes médicales (en effet, en plus d'un chef de service commun, ces U.F. sont gérées au quotidien par deux P.H., de manière indifférenciée). Mais ils ne sont pas organisés ; il n'existe pas de protocole précis de prise en charge des poly-consommations.

De plus, il faut considérer que le renvoi de patients, c'est-à-dire le suivi éventuel de deux cures de désintoxication successives – alcool et drogues – n'est pas forcément la solution la plus efficace : or il n'existe pas de structure de prise en charge spécifique des poly-consommateurs. La création d'un « Centre des conduites addictives » pourra éventuellement pallier cette lacune, si tant est qu'il soit identifié comme tel. En effet, l'on assiste actuellement à une divergence de point de vue sur la teneur exacte d'un tel centre : globalement, les paramédicaux plaident pour une communauté stricte des équipes médicales et paramédicales, et éventuellement de certains matériels et ateliers ; alors que les médecins préféreraient s'en tenir à une identité de locaux (sur des étages distincts) avec une différenciation claire des protocoles de prise en charge et des aires de travail.

Pour le reste, s'il n'est pas envisagé que la tabacologie soit installée au sein d'un tel Centre, il est possible que, comme cela est actuellement fait en alcoologie, un atelier anti-tabac – ou une consultation avancée de pneumologie, formule déjà usitée pour l'hépatologie en toxicomanie – soit prévu. Mais de fait, cette idée n'est pas a priori une priorité ou un incontournable, étant donné les faibles risques sociaux ou somatiques de court terme engendrés par le tabagisme comparativement à l'alcoolisme ou la toxicomanie.

Nous le voyons, l'addictologie est l'un des champs qui exigent de mettre en place de fortes complémentarités. Les complémentarités sont d'autant plus nécessaires à un objectif plus large : la garantie d'une prise en charge globale.

## **2) Des volontés encourageantes quant aux complémentarités : l'équipe de liaison et le travail de réseau.**

La nécessité des complémentarités dans le champ des conduites addictives découle naturellement de l'exigence de prises en charge globales, tant dans les champs traités (médical, social, psychologique, etc...) que chronologiquement (lien entre le repérage, la cure, et le suivi du patient). Il s'agit de garantir la continuité des soins.

Deux modalités de coordination sont hautement nécessaires, et déjà partiellement mises en œuvre : les **équipes de liaison**, essentiellement chargée de faire les liens en intra-hospitalier ; et les **réseaux**, modalités d'association de l'ensemble des acteurs intervenant dans une prise en charge.

### **a. Heurs et malheurs de l'équipe de liaison au Centre Hospitalier.**

Le Centre Hospitalier a créé depuis 2001 une équipe de liaison en toxicomanie. Cette équipe de liaison a été bâtie sur un projet de soins très ambitieux, et en parfaite conformité avec les exigences de la circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers divers pour les personnes ayant des conduites addictives\*.

L'équipe de liaison, dans son projet de soins, a décliné ces objectifs chronologiquement :

- **Objectifs de court terme :**
  - Présenter l'équipe de liaison et ses missions, aux cadres et aux équipes de soins.
  - Former et assister les équipes soignantes (sensibilisation, connaissance des protocoles de prise en charge : formations inscrites dans le plan de formation).
  - Intervenir auprès des patients dans les services : assistance à la prise en charge par l'équipe soignante, aide à l'orientation du patient, suivi du patient, évaluation d'une demande de sevrage ou de substitution...
- **Objectifs de moyen terme :**
  - Etendre la formation des équipes soignantes (au dépistage, au diagnostic, à la substitution, aux intoxications aiguës, au cadre législatif, etc...).



- **Objectifs de long terme :**

- Repérer et dépister les conduites addictives des patients des urgences ou hospitalisés, notamment les jeunes et les femmes enceintes (à partir de grilles de dépendance). Travail en collaboration étroite avec les partenaires extérieurs.
- S'inscrire dans les actions de prévention dans le domaine de l'usage de drogue, en partenariat avec les structures spécialisées. Information sur les risques des consommations, sur le programme d'échange de seringues, sur les risques de l'hépatite C, etc...

Mais le bilan de cette équipe de liaison est mitigé. Les statistiques et bilans d'activité montrent plusieurs tendances (voir **annexe 15 : Feuille de relevé d'activité de l'équipe de liaison – Pavillon 15 – 2002 – Mars**).

D'abord, les missions ne se sont pas déroulées ainsi qu'envisagées. Les missions dominantes sont la formation des équipes soignantes, et l'information des patients toxicomanes sur les risques encourus pour leur santé. L'élaboration de protocoles de soins et de prise en charge n'a été engagée que tardivement et dans la perspective de l'accréditation. Par ailleurs, les liens avec l'extérieur ont peu été développés par l'infirmière de liaison : celle-ci s'est seulement intégrée aux intervisions avec le Relais et aux réunions hebdomadaires de service.

Enfin, la mission d'assistance des équipes soignantes au lit du patient est inégalement réalisée : son accomplissement dépend beaucoup des services. Une étude récemment menée au sein du Centre Hospitalier à ce propos (voir **annexe 16 : Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des Unités et des Médecins concernant l'activité de l'infirmière de liaison**) montre qu'une partie des médecins ne recourt pas à l'équipe de liaison par ignorance de son existence ; mais une autre partie des praticiens évite sciemment de la joindre. Seule l'U.F. d'alcoologie appelle quasi-systématiquement l'équipe de liaison, pour les cas de poly-consommations.

Par contre, l'infirmière de liaison s'est beaucoup investi dans la réalisation d'entretiens en ambulatoire au Pavillon 15, à des fins de dépistage, d'orientation et d'information sur les risques encourus par les patients toxicomanes.

Ces carences peuvent s'expliquer en partie par d'importants problèmes de financement et d'effectifs, qui ont obéré son efficacité dès l'origine :

- Le financement a été difficile à trouver : demandé à l'A.R.H. lors de la préparation du C.O.M. 1999-2003, il a finalement été accordé par la D.D.A.S.S..

- Les effectifs en ont par conséquent pâti : l'équipe de liaison en toxicomanie se limite depuis sa création à un temps plein d'infirmier. Un changement de titulaire a de plus eu lieu il y a quelques mois ; la nouvelle infirmière de liaison commence aujourd'hui à trouver ses marques.
- Par ailleurs, le P.H. récemment nommé sur le futur « pôle addictions » de Médecine interne semble quelque peu délaissé cette institution. Il s'agit donc d'une entité sans pilier médical, ce qui sans doute contribue à son manque de « renommée ».
- Le service lui-même réclame une équipe pluridisciplinaire, qui serait composée selon ses vœux de : un mi-temps médical, un mi-temps de psychologue, un temps plein d'infirmier, un temps plein d'assistante sociale, un temps d'encadrement infirmier (10%), un temps de secrétariat (20%). Ces demandes ont été chiffrées à plus de 150 000 €, et sont inenvisageables sans soutien de l'A.R.H. compte tenu de la situation financière du Centre Hospitalier.

Aujourd'hui, l'équipe de liaison en toxicomanie est confrontée à plusieurs **défis** :

- D'une part, la légitimité de son existence peut être éventuellement mise en question du fait de statistiques d'activité et de recours relativement décevantes. Cette idée doit être mise en relation avec deux phénomènes. D'abord, la faiblesse des effectifs de l'équipe: on peut imaginer que c'est cette taille trop peu importante qui l'empêche de couvrir le champ de ses missions. Par ailleurs, nous pouvons répéter que le manque de recours à l'infirmière de liaison est en partie lié au fait que les activités « honteuses » de type addictologie ont été reléguées sur la Fraternité ; les actions d'une équipe de liaison au chevet du patient dans l'hôpital Victor Provo représenteraient une intrusion de ces thématiques, qui n'est pas souhaitée...
- D'autre part, et presque en contrepoint, un projet d'équipe de liaison en addictologie est à l'étude. Il s'agirait tout au moins d'une équipe de liaison pour la toxicomanie et l'alcoologie : la tabacologie reste traitée séparément. Cette extension du champ de compétences de l'équipe mobile à l'alcoologie est réclamée par de nombreuses entités à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital<sup>2</sup>, et notamment par le C.D.P.A.. C'est en effet en alcoologie que le besoin d'une équipe de liaison se fait le plus sentir : c'est sur ce type de consommation que les patients dépendants sont les plus nombreux au sein de l'hôpital (sur Victor Provo, la Maternité, le long séjour...). D'ailleurs, le C.O.M. indiquait ce projet d'extension à l'alcoologie dès la création de l'équipe mobile en

---

<sup>2</sup> Pour 179 patients toxicomanes vus au premier semestre 2002 par l'infirmière de liaison, d'autres consommations problématiques associées ont été repérées : 93 pour l'alcool, 102 pour les médicaments, 127 pour le tabac.

toxicomanie. Pourtant, cela n'a pas encore été réalisé : les obstacles matériels sont aujourd'hui résolus, mais la question du financement reste posée.

Egalement, la question de la liaison se pose pour l'activité de prise en charge du tabagisme. A ce propos, un dossier d'Unité de Coordination en Tabacologie (U.C.T.) a été déposé auprès de l'A.R.H. ; cela aurait permis non seulement d'étendre le champ de la consultation de tabacologie des agents du Centre Hospitalier aux patients, mais aussi de faire de cette consultation le pivot d'une prise en charge globale des patients tabagiques (notamment en lien avec les nouveaux lits d'oncologie, sis comme la tabacologie dans le service de pneumologie). Cette unité devait jouer en plus des consultations un rôle équivalent à celui de l'équipe mobile.

Ce dossier n'a pas été approuvé.

Dans l'hypothèse même où il l'aurait été, on peut se poser la question de l'opportunité d'une coordination entre ces deux entités coordonnatrices que seraient à terme l'équipe de liaison en addictologie (toxicomanie et alcoolologie) et l'U.C.T..

Une structure légère suffirait au niveau des projets et non de la gestion : la Fédération d'Education du Patient pourrait, à terme, jouer ce rôle de coordination, qu'elle initie aujourd'hui. Il faudrait pour cela pérenniser cette structure (constituée aujourd'hui d'un référent médical et d'un demi poste de cadre infirmier supérieur).

Mais le travail de liaison n'est pas un aboutissement en soi ; celui-ci trouve ses limites en ce que d'autres structures, à savoir les centres spécialisés, ont tout autant vocation que l'hôpital à jouer un rôle de pivot, en ville cette fois. Pour fédérer ces deux types d'acteurs, et toutes les entités engagées ou à engager sur ces thématiques, l'idée de réseau, ou à tout au moins d'une coordination équivalente, apparaît.

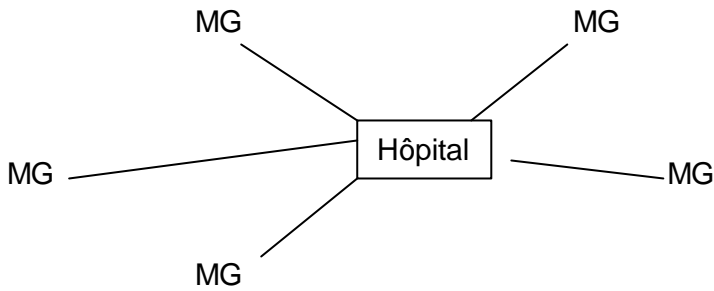
#### **b. Un travail de réseau réel mais non formalisé.**

La notion de réseau recouvre des structures ou des organisations d'essences très différentes.

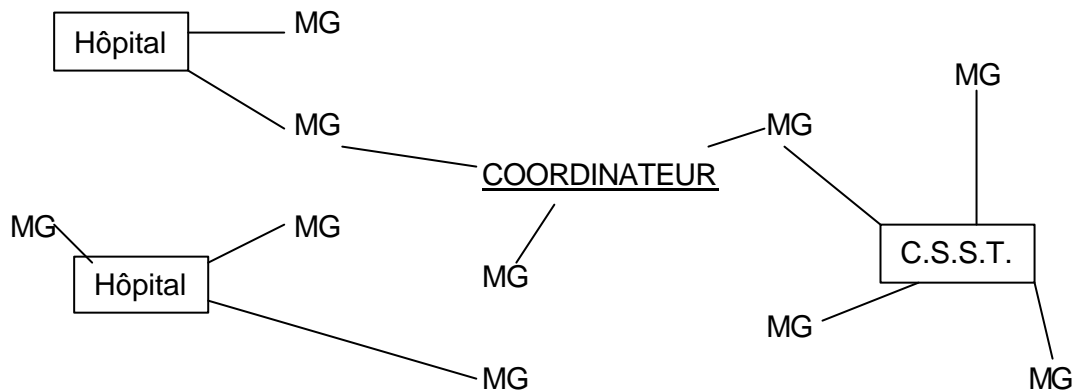
D'une part, on distingue fréquemment le « **réseau - structure** », où la structure fonctionnelle et l'organisation priment, et le « **réseau - processus** », qui privilégie la nature des relations existant entre les divers membres du réseau.

D'autre part, et selon une modélisation déjà présentée dans différents travaux des élèves de l'E.N.S.P.<sup>3</sup>, on peut considérer quatre grands types de réseaux :

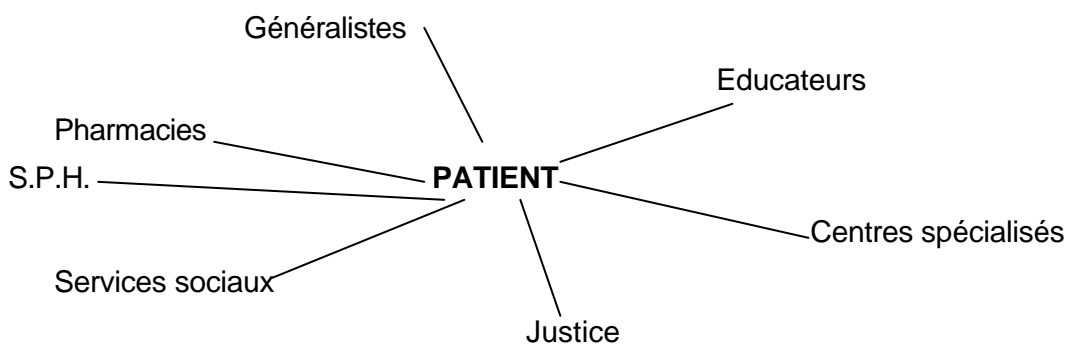
- **Le réseau centré sur les institutions, ou hospitalo-centriste :**



- **Le réseau ville – hôpital proprement dit**

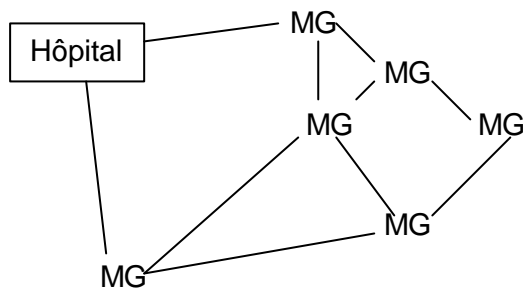


- **Le réseau local opérationnel centré autour du patient**



<sup>3</sup> V. VIOUJAS, *La prise en charge des usagers de drogues, éléments de réponse pour le bassin d'Aix* Mémoire de l'E.N.S.P., 1999.

## - Le réseau coordonné de médecins généralistes



L'organisation adoptée à ce jour autour de Roubaix a vocation, au vu de sa configuration actuelle (cf. supra, II, A, 2) à devenir un **réseau « local opérationnel centré autour du patient »**. Il s'agit en effet d'une organisation modulable au plus haut point, basée sur les besoins et les possibilités (notamment au sens géographique) de chaque patient, et réunissant une grande pluralité d'acteurs, tant spécifiques (unités de cure du Centre Hospitalier, Centres spécialisés) que non spécifiques (Ville, services sociaux, C.H.R.S., associations, service pénitentiaire lillois, quelques médecins généralistes et pharmaciens).

Ce type d'organisation est plutôt positif :

- il permet en principe d'éviter l'écueil d'hospitalo-centrisme souvent reproché aux réseaux de santé ;
- il permet par ailleurs de compenser quelque peu la faiblesse en médecins libéraux de la zone de Roubaix, et leur faible implication sur la thématique des addictions ;
- il est également la modalité la plus pratique pour associer des acteurs non traditionnels des réseaux de soins (Justice, éducateurs, établissements d'enseignement, centres sociaux...).

Ce type d'organisation est plutôt bien avancé : le Centre Hospitalier de Roubaix et les centres spécialisés ont bâti des liens très tôt ; ils ont rapidement été rejoints par les services sociaux via la Mairie, ainsi que par des associations néphalistes et à vocation sociale, et enfin par les éducateurs. C'est plus récemment qu'ont été associés la Justice et les services pénitentiaires, ainsi que les pharmacies via le dispositif d'échanges de seringues.

L'un des atouts de l'organisation aujourd'hui en place est sa **flexibilité** : le fait d'avoir organisé les prises en charge autour de chaque patient permet de disposer d'une grande souplesse, et de dérouler un carnet d'adresse en fonction des besoins précis de chacun. L'idée est le non-systématique ; le sur-mesure et non le prêt-à-porter.

Le seul véritable maillon faible demeurant au plan des acteurs reste le tissu de médecins généralistes, qui sont habituellement l'un des membres cruciaux d'une telle organisation, de par leur situation de premier plan, de grande proximité, donc de repérage et de suivi au quotidien.

Par ailleurs, il faut considérer que l'organisation fonctionnant aujourd'hui est un **réseau processus**, un réseau de facto mais non de jure. Le réseau n'existe que dans la pratique ; les modalités techniques et juridiques « types » d'un réseau sont présentes en l'esprit de la plupart des acteurs (notamment à la Mairie ou chez les paramédicaux du Centre Hospitalier) comme des repoussoirs ; le réseau est vécu et non pensé ; il est rejeté comme idée.

De fait, de nombreux acteurs ont à l'esprit les **lourdeurs** générées par un réseau formalisé : le besoin en temps est important (pour des réunions autour de « cas » notamment), la mise en œuvre matérielle et financière est difficile (pour rémunérer les actes de coordination hors soins, pour un temps de secrétariat...). La coordination s'entend d'elle-même, mais le terme de réseau est immédiatement rejeté.

*Suite à cette analyse des atouts et des faiblesses du Centre Hospitalier dans le champ des conduites addictives, et particulièrement sur les thèmes de l'addictologie et des coopérations, nous développerons quelques propositions.*

### III AGIR SUR LES REPRESENTATIONS POUR DONNER CORPS A LA NOTION D'ADDICTOLOGIE, RENFORCER ET FORMALISER LES COMPLEMENTARITES.

Si le Centre Hospitalier entend devenir l'un des promoteurs de l'addictologie et des coopérations intra- et extra-hospitalières, un préalable indispensable est d'agir sur les mentalités pour amener au minimum une prise de conscience sur ces questions.

#### A. Initier des changements en faveur de la lutte contre les addictions.

Le Centre Hospitalier peut amener à des prises de conscience et des changements d'attitude aussi bien au cœur de ses structures et de son activité qu'avec ses partenaires non hospitaliers.

##### 1) *Le Centre Hospitalier de Roubaix doit changer ses modes de pensée.*

Le Centre Hospitalier doit s'efforcer de faire changer les mentalités ; plusieurs pistes pourront être suivies : d'abord, les actions de l'hôpital-employeur, ainsi que face au problème du tabagisme au Long Séjour, peuvent faire évoluer les représentations liées aux consommations de produits ; ensuite, l'hôpital peut sensibiliser aux consommations et aux consommateurs de produits.

##### a. Agir sur le contexte par l'attitude de l'hôpital employeur.

L'une des manières pour le Centre Hospitalier de modifier l'attitude du personnel vis-à-vis des conduites addictives est d'affirmer sa position dans son rôle **d'employeur**.

En effet, la position du Centre Hospitalier peut sembler assez **schizophrène** sur les conduites addictives « quotidiennes » (celles qui touchent le plus les agents, et sont responsables parfois d'accidents du travail) :

- Concernant le **tabagisme**, le Centre Hospitalier a aujourd'hui une attitude relativement ambiguë. Des affiches de prévention sont placardées dans de nombreux services. Une action « Maternité sans tabac » est en cours. De nombreuses manifestations de sensibilisation ont eu lieu le 21 mai, Journée mondiale sans tabac. Une consultation de sevrage tabagique existe pour les agents. Mais pour autant, le Centre Hospitalier n'envisage pas une adhésion au réseau « Hôpital sans tabac ». Un fumoir existe sur le site central Victor Provo, alors qu'il ne s'agit pas d'une obligation réglementaire.

Quelques cadres donnent l'exemple d'un tabagisme outrancier. Enfin, et peut-être plus surprenant, l'hôpital fournit encore des cigarettes aux résidents du long séjour gériatrique.

- La position face à **l'alcoolisation** est également en porte-à-faux. En effet, le Centre Hospitalier est confronté depuis plusieurs années à une proportion notable d'alcooliques au sein de ses agents (près de 15%). Or la réponse à ce problème est récente : depuis deux ans, avec l'arrivée d'un médecin du travail compétent en alcoologie. Une journée de sensibilisation a été menée en 2002, en partenariat avec de nombreux acteurs de terrain. Mais l'attitude de l'hôpital – employeur n'est pas toujours dénuée d'ambiguïté : ainsi des « pots » sont autorisés, où les teneurs en alcool dépassent de beaucoup les normes admises. Par ailleurs, la question de l'alcoolisation n'est pas abordée en matière d'accidents du travail.
- Par ailleurs, il apparaît qu'une proportion non négligeable d'agents est dépendante ou usager chronique de **médicaments psychotropes**. Des cas de vols de ce type de médicaments ont même été rapportés (non prouvés à ce jour). Or le Centre Hospitalier n'a pas de politique claire sur cette pratique addictive.

Dans ce contexte, il est nécessaire pour le Centre Hospitalier d'avoir des attitudes plus claires. Plusieurs pistes sont envisageables, actuellement discutées.

Vis-à-vis du tabac, la position sera nette et ferme relativement au personnel, notamment soignant. La distinction des zones fumeurs et non fumeurs dans les espaces de repos sera renforcée (par exemple identification des salles de repos du personnel au sein des services de soins comme des espaces non fumeurs lorsque cet espace n'est pas divisible). Pour une aide méthodologique dans cette approche, l'hôpital de Roubaix pourra avantageusement adhérer au réseau «**Hôpital sans tabac** » pour l'ensemble de ses services (une action similaire existe aujourd'hui à la maternité).

Le tabagisme restera interdit aux patients hors des fumeurs. Par contre, pour les patients du long séjour et de la maison de retraite, la position de l'hôpital peut être plus souple : si le paiement des cigarettes sur les deniers publics et la prescription médicale du tabac rencontrent de plus en plus de réticences au sein du corps médical, il est possible d'imaginer que l'hôpital serve d'intermédiaire dans l'achat du tabac, compte tenu des risques évidents qu'il y aurait à laisser des personnes très âgées et parfois dépendantes à se fournir en ville (chutes). Une partie des fonds ainsi dégagés pourrait avantageusement être utilisée pour offrir une aide à l'arrêt du tabac au sein de ces services.

Compte tenu de la difficulté sociale à faire accepter l'interdiction totale de fumer au sein des différents sites de l'hôpital, des **fumeurs** pourraient être créés, lorsque cela est matériellement possible, dans les zones où le tabac est «traditionnellement » toléré (addictologie, psychiatrie, long séjour...). Par contre, le fumeur de Victor Provo n'a pas de



réelle raison d'être maintenu, d'autant plus qu'il est aujourd'hui lieu de trafic de stupéfiants.

La position du Centre Hospitalier vis-à-vis de l'alcoolisation doit également être clarifiée. Un contrôle resserré des « pots » semble inenvisageable, sous peine de conflit social prévisible. Par contre, la vigilance doit être renforcée relativement aux accidents du travail sous l'emprise d'alcool. Plusieurs entités étudient actuellement cette question :

- le groupe «alcool » du Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (C.H.S.C.T.).
- le groupe Qualité chargé de la refonte du règlement intérieur.

Compte tenu du faible avancement des réflexions sur les consommations de médicaments psychotropes au sein du personnel, toute action sera précédée d'un travail de sensibilisation au niveau des instances. Pour ce faire, il serait possible d'associer la médecine du travail, la D.R.H. et le C.H.S.C.T. autour d'une étude sur ce thème.

#### **b. Faire œuvre de sensibilisation à ces questions au sein de l'hôpital.**

Le Centre Hospitalier pourra en outre sensibiliser l'ensemble des agents aux conduites de consommation de produits psycho-actifs et aux modes de prise en charge des patients. Plusieurs modalités sont envisageables et à combiner.

D'abord, il est possible de **profiter de l'accréditation** à venir pour aborder la thématique des consommations de produits chez les agents et les patients. En effet, un certain nombre de points du manuel d'accréditation peut y être rattaché :

Référence 3	L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage.
OPC 3h	L'établissement met en œuvre une politique de prévention du tabagisme.
OPC 5 e	Parmi les actions d'éducation pour la santé dont les patients peuvent avoir besoin, on citera la prévention et le sevrage du tabagisme.
Référence 9	L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie.
GFL 9 b	Parmi les mesures contre le risque d'incendie, on citera les mesures visant à faire respecter l'interdiction de fumer.

En conséquence, les groupes d'auto-évaluation ont effectué une analyse de la situation et des propositions ; la Direction étudie aujourd'hui ces idées pour en définir des modalités de mise en œuvre, qui feront l'objet d'une large politique de communication.

Ensuite, les **manifestations** autour des consommations « quotidiennes » doivent être maintenues. Le Centre Hospitalier monte en effet des manifestations annuelles : pour le tabagisme lors de la Journée mondiale sans tabac, et pour l'alcool en fin d'année. Ces manifestations réunissent généralement un large panel d'acteurs (Direction de la Communication, I.F.S.I., unités de cure, centres spécialisés, Ville, etc...). L'une des orientations nouvelles à maintenir est l'image ludique et concrète des stands proposés : par exemple des livrets pour évaluer la dépendance à la nicotine, des recettes de cocktails sans alcool... Ces stands sont aussi bien accessibles aux patients qu'aux agents. Ce type de démarche pourrait être poursuivi et développé ; la réflexion pourrait s'engager sur une action similaire sur les médicaments psychotropes ou les drogues de synthèse type ecstasy (au vu de la jeunesse de la population et d'une frange du personnel hospitalier).

Enfin, le cadre de la formation peut utilement être utilisé pour la sensibilisation du personnel hospitalier aux conduites addictives, dans une optique plus professionnelle. Aujourd'hui, quatre formations liées aux conduites addictives sont accessibles via le plan de formation (voir **annexe 17 : Formations aux conduites addictives au Centre Hospitalier de Roubaix**) ; l'une d'elle particulièrement concerne l'alcool (« *De la vie quotidienne à la pathologie* »). Cette formation pourrait voir sa capacité d'accueil étendue.

Par ailleurs, il est possible d'étudier l'hypothèse de monter une formation à destination plus particulièrement des **cadres infirmiers** ; en effet, c'est parfois l'encadrement qui fait défaut dans la capacité à repérer et prendre en charge des comportements addictifs. Il peut donc être utile de renforcer l'information en leur direction.

Au-delà d'une sensibilisation interne, le Centre Hospitalier peut promouvoir l'information sur la lutte contre les conduites addictives sur l'ensemble du secteur.

## **2) Le Centre Hospitalier doit se faire le héraut d'un changement des mentalités.**

### **a. Sensibiliser les populations à la lutte contre les conduites addictives.**

Une **information** sera utilement distillée au sein de la population roubaisienne. Les réflexions sont en cours sur les moyens de sensibiliser les populations, par une action conjointe du Centre Hospitalier et de la Mairie.

Cette information est nécessaire à deux choses :

- Une sensibilisation des populations aux dangers des conduites addictives, dans une optique de **prévention**. Cette sensibilisation est surtout nécessaire pour les addictions les plus « quotidiennes » (hors stupéfiants).
- **L'acceptation sociale** de structures de prise en charge ayant une certaine visibilité. En effet, lors de l'installation de plusieurs échangeurs de seringues par la Ville de Roubaix, les protestations de riverains et les dégradations subies par certains appareils témoignaient de la difficulté pour la population d'accepter de telles structures.

Il serait intéressant de faire passer ce type d'information en **partenariat**, pour anticiper l'éventuel travail de réseau et les coordinations correspondantes.

### **b. Obtenir l'appui et la coopération de la Mairie.**

L'appui de la Mairie en matière de lutte contre les conduites addictives peut être particulièrement utile. En effet, la Ville :

- a d'importantes compétences sociales qui la placent en bonne position pour l'aspect éducation / réinsertion d'une prise en charge de pratiques addictives.
- a des compétences en hygiène et salubrité publiques, qu'elle peut extrapoler dans le champ médico-social (il a existé des infirmières à domicile de la Ville, et un réseau de dispensaires ; en demeure aujourd'hui l'ETAPE, par exemple).
- constitue une source de financement non négligeable en termes de subventions (avec le F.I.P. par exemple).
- jouit d'un certain poids politique qui lui permet de peser pour l'obtention de fonds par les P.R.S./P.T.S..

Or plusieurs indices peuvent nous faire craindre la mise en retrait de la Mairie sur les questions de conduites addictives :

- une certaine sensibilité électorale.

- le programme d'échange de seringues est actuellement quelque peu en retrait.
- l'adjoint au maire à la Santé est peu favorable à la constitution de réseaux formalisés en matière de conduites addictives, au vu de son expérience médicale passée.

Dans ces conditions, le Centre Hospitalier doit se faire le héraut de la question des addictions à la Mairie. Plusieurs occasions se présenteront, qui doivent être saisies :

- Les **réunions du C.L.S.P.D.** sont une occasion pour le Centre Hospitalier de parler d'addictions en termes de santé publique par le biais de la sécurité. D'autant que cette enceinte permet de sensibiliser également les services de la préfecture, les représentants des usagers, etc...
- La perspective d'une coopération entre le Centre Hospitalier et la Mairie sur le dispositif **d'échange de seringues** peut également permettre de marquer les esprits. Dans ce cadre, l'atout pour le Centre Hospitalier est l'existence au sein du C.C.A.S. d'un chargé de mission responsable des activités en toxicomanie et très sensibilisé à la question des addictions. Cette personne peut servir de relais avec la Mairie.
- Enfin, la participation du Maire au **Conseil d'Administration** dont il est le Président peut permettre de le sensibiliser à la lutte contre les conduites addictives. Pour cela, une plus grande exposition de l'activité et des projets de ces services devra être menée.

### **c. Initier un esprit de partenariat avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge.**

Un état d'esprit favorable à l'entretien ou au développement de coopérations avec l'ensemble des acteurs potentiellement impliqués dans une prise en charge médico-psycho-sociale de pratiques addictives devra être établi.

Plusieurs circonstances y sont favorables :

- L'engagement de discussions sur la création d'un réseau, entre le Centre Hospitalier et le C.C.A.A. Or c'est à partir du C.C.A.A. que les partenariats sont les plus fournis.
- Un historique très favorable à des relations triangulaires Centre Hospitalier / C.C.A.A. / Relais, puisque le chef de service de Médecine interne a été à l'origine de la création des deux structures spécialisées il y a près de vingt ans.
- La succession du chef de service de Médecine interne, d'ici environ cinq ans, ouvre la voie à un renouvellement des partenariats.
- Plusieurs expériences de réseau montées à l'initiative du Centre Hospitalier ont montré le bien-fondé de telles initiatives (réseau Cœur en santé ; Maison de santé ; partenariats en hémodialyse...)

- Le nouvel élan des P.R.S./P.T.S. met l'accent sur les questions de santé publique, et particulièrement sur les pratiques addictives.

Dès lors, plusieurs actions peuvent faire évoluer les esprits vers une plus grande sensibilité aux questions de pratiques addictives et aux partenariats afférents :

- Le développement des consultations croisées, consultations avancées et vacations entre les différentes structures.
- L'extension de l'activité de la cellule d'intervision à l'ensemble des addictions ; de même, les « groupes d'analyses de situations » d'alcoologie pourraient prendre une dimension addictologique.
- Les liens avec la médecine libérale, les paramédicaux de ville et les pharmaciens doivent être rétablis après une période de latence.
- Il faut profiter de la demande de soutien des acteurs sociaux et médico-sociaux du secteur.
- Il faut aussi profiter de la demande de soutien de mairies proches, comme Wattrelos, mais aussi Villeneuve d'Ascq (où une antenne du C.C.A.A. de Roubaix a été montée).
- Enfin, la qualité des liens entre les différentes structures hospitalières spécialisées (notamment l'alcoologie de Tourcoing) devra être maintenue.

*Changer les mentalités relativement à la lutte contre les conduites addictives permettra par la suite de développer les coordinations et partenariats au sein de l'hôpital de Roubaix d'une part, et de poursuivre et formaliser une démarche de réseau d'autre part.*

## **B. Promouvoir la coordination en faveur de la lutte contre les conduites addictives au sein même du Centre Hospitalier.**

La coordination en matière de pratiques addictives au sein du Centre Hospitalier prend deux directions principales : d'une part, la reconnaissance de l'addictologie ; d'autre part, la montée en puissance d'une équipe mobile, elle-même à vocation addictologique.

### **1) Donner du corps à la notion d'addictologie.**

Un préalable indispensable est de permettre au Centre Hospitalier de définir ce qu'il entend par addictologie, et la manière dont il désire se réapproprier ce concept. Ce travail de réflexion ne pourra être économisé, sous peine de voir perdurer toutes les ambiguïtés qui touchent ce point.

Une fois ce travail réalisé, différents moyens permettront à l'addictologie de prendre toute l'ampleur qu'elle doit acquérir, selon les vœux du chef de service de Médecine interne. D'abord, les disciplines constitutives de l'addictologie doivent être rapprochées ; ensuite, des structures identifiées comme addictologiques devront être montées ; enfin, ces services et activités devront recevoir une autonomie et une reconnaissance à la mesure des enjeux.

#### **a. Monter des complémentarités entre les disciplines de l'addictologie.**

Il s'agit ici de structurer les liens déjà existants entre les U.F. d'alcoologie et de toxicomanie d'une part, et entre ces U.F. et la consultation de tabacologie d'autre part, et éventuellement de les développer.

L'idée de **consultations croisées** semble être une bonne piste :

- La communauté des médecins en charge de l'alcoologie et de la toxicomanie facilite les prises en charge concomitantes ou alternées entre ces deux structures. L'infirmière de liaison en toxicomanie y contribue en menant des consultations au lit du malade en alcoologie. De même, les consultations d'entrée en cure rassemblent de plus en plus des membres des deux pavillons 14 et 15.
- Par ailleurs, l'idée de consultations avancées de tabacologie dans les U.F. de toxicomanie et d'alcoologie est une solution à maintenir et développer. Un atelier anti-tabac est en cours en alcoologie, il devra être pérennisé. Un atelier similaire pourrait utilement être installé en toxicomanie ; sa légitimité devra être soigneusement étudiée, compte tenu de la lourdeur du sevrage, notamment pour les opiacés et les psychotropes. Cet atelier serait plus facilement mis en œuvre dans l'unité de Méthadone, où les patients sont stabilisés.

- Par contre, des consultations avancées d'alcoologie et de toxicomanie en pneumologie / tabacologie sont une idée plutôt rejetée ; en ce domaine, une intervention ponctuelle de l'équipe de liaison sera préférée, pour le repérage et l'orientation.

Ces projets sont conditionnés par la nécessité de :

- concrétiser le recrutement d'un médecin tabacologue (en cours)
- développer l'équipe de liaison pour en faire une équipe de liaison en addictologie multidisciplinaire (voir infra).

### **b. Créer des structures à étiquette addictologie.**

La mise en place de structures dédiées à l'addictologie doit permettre, sur l'ensemble des personnels hospitaliers et à l'extérieur, de considérer les pratiques addictives dans une logique de comportement et non de produits.

Elle doit également faciliter les prises en charge de consommateurs synchrones ou alternatifs de différents produits sans passer par des structures et des praticiens différents. Dans le cas du Centre Hospitalier, ce type de structures permettra de répondre au cas des consommateurs abusifs ou dépendants des seuls médicaments psychotropes (et particulièrement de benzodiazépines)

Trois types d'entités peuvent être créés en addictologie :

- Un **centre d'addictologie**, dit «Centre des conduites addictives », regroupant le traitement des consommations des différents produits, principalement alcool, stupéfiants et médicaments psychotropes.

L'idée d'un tel centre présente de nombreux avantages médicaux (approche comportementale des pratiques addictives, lien facilité entre les équipes) et administrativo-financiers (économies d'échelle de personnel, de matériel, restructuration de la zone de la Fraternité). L'idée serait de joindre sur le pavillon 15 l'alcoologie et la toxicomanie, tout en créant des circuits de circulation des patients distincts, en sécurisant la zone toxicomanie / méthadone, et en ménageant la possibilité d'ateliers / matériels communs.

Ce centre permettrait de plus de répondre à la difficulté de remplissage de la cure de toxicomanie. Il pourrait à terme former un service, détaché de la Médecine interne, dans une logique d'autonomisation de l'addictologie.

La réalisation de ce centre est prévu à l'horizon 2006 (cf. supra).

- Une **équipe de liaison en addictologie** : ce point sera développé plus bas, au 2)
- Un **réseau addictologique** : ce point sera développé au C.

### c. Apporter de la reconnaissance et de l'autonomie à ces entités.

Enfin, une certaine autonomie et plus de visibilité pourront dans l'avenir être accordés à ces unités impliquées en addictologie. A cela plusieurs raisons :

- faciliter le travail de ces activités à fort besoin et potentiel de coordinations et de partenariats
- renforcer la légitimité de leur action, éventuellement en renforçant le distinguo d'avec la Médecine interne et la Pneumologie
- donner une certaine reconnaissance au travail de professionnels souvent très impliqués et aux conditions de travail difficiles
- donner un élan nouveau aux possibilités de coordination et partenariats avec l'extérieur, par la vertu de l'exemple.

Plusieurs moyens sont envisageables :

- Une **individualisation médico-administrative** : la mise en valeur de l'addictologie ainsi que la création dans un futur proche du Centre des conduites addictives constituent une opportunité favorable à la singularisation des activités de lutte contre les pratiques addictives. Pour l'alcoologie et la toxicomanie, la constitution d'un pôle « addictologie » au sein de la Médecine interne est dors et déjà acquise pour l'avenir ; il est possible d'envisager une même perspective pour la Pneumologie, à un horizon plus lointain (avec un pôle pneumologie, un pôle oncologie, et un pôle tabacologie). A terme, on peut s'interroger sur la possibilité de créer un service, une fédération ou un département d'addictologie. Cette hypothèse n'a pas encore été clairement envisagée, même si sa faisabilité peut être facilitée par l'émergence aujourd'hui d'un possible successeur au chef de service de Médecine interne sur le champ des addictions. Cette idée permettrait à tout le moins de sortir de la stigmatisation « Médecine sociale » pour une image plus « soignante » de la lutte contre les conduites addictives.
- La création des **budgets annexes réglementaires** pour les activités de toxicomanie et d'alcoologie (non réalisés à ce jour) permettrait de distinguer le coût réel de ces activités, et de couper court à certains fantasmes. Ce type de document pourrait par ailleurs appuyer les demandes de fonds auprès de l'A.R.H. ou d'autres financeurs. En



outre, ces budgets annexes constitueraient une base pour assurer la pérennité du financement de ces activités, dans un contexte de passage à la T.A.A., qui ne manquera pas d'être dommageable à des activités peu productrices de points I.S.A..

- Une **communication** plus importante lors des instances de l'établissement donnerait une certaine reconnaissance du travail accompli dans ces unités et concourrait à la sensibilisation des personnels hospitaliers et des acteurs extérieurs (élus locaux, usagers, etc...) à la lutte contre les pratiques addictives.

Or l'existence d'une prise en charge globale des patients présentant des pratiques addictives sous-entend, au-delà d'une prise en charge addictologique, l'idée d'une coordination au sein même de l'hôpital, et avec les services de soins non spécialisés. L'équipe de liaison fait se rejoindre ces deux missions intra-hospitalières.

## **2) Renforcer l'équipe mobile du Centre Hospitalier.**

Pour remplir au mieux ses missions, l'équipe de liaison devra s'étoffer et se diversifier, et se voir reconnaître une meilleure légitimité au sein du Centre Hospitalier.

### **a. Deux objectifs : une équipe de liaison en addictologie, réalisant l'ensemble des missions de la circulaire de 2000.**

Les objectifs de l'équipe de liaison correspondent à ceux de la circulaire du 8 octobre 2000, et à leur reprise au sein des documents régionaux.

Pour se mettre en conformité avec ces exigences, l'équipe de liaison devra :

#### **1° S'étendre de la toxicomanie à l'addictologie.**

En effet, les documents nationaux et régionaux (dont la circulaire de 2000) ainsi que les vœux du chef de service de Médecine interne fondent l'idée d'une prise en charge en tous points addictologique. L'équipe de liaison ne peut faire exception à cette règle, en ce qu'elle constitue **un pôle avancé** au sein du Centre Hospitalier, en charge en particulier du repérage et de l'orientation de l'ensemble des patients avec conduites addictives.

Cette extension des missions de l'équipe mobile était envisagée dès sa création, mais elle a été retardée pour des raisons matérielles d'une part, et de changement de titulaire d'autre part. Il semble aujourd'hui que l'on s'oriente vers une extension rapide du champ de l'équipe mobile à l'alcoologie, où les besoins sont quantitativement importants. Cette décision devrait être actée dès que les **financements** correspondants seront acquis, vraisemblablement auprès de l'A.R.H..

La prise en compte au sein des missions de l'équipe mobile du tabagisme et de l'usage abusif ou dépendance aux seuls psychotropes est aujourd'hui à peine au stade de l'hypothèse. Concernant les psychotropes, l'équipe mobile a peu vocation à prendre cette thématique en considération compte tenu de l'absence de structure identifiée de sevrage ou de prise en charge (réalisés à ce jour en Médecine interne). Pour ce qui est du tabagisme, le problème est voisin : la consultation de tabacologie n'étant pas actuellement ouverte aux patients, la vocation de l'équipe de liaison à la prendre en charge est nulle jusqu'à obtention de financements (non accordés en 2003). Sur ces deux types de produits, l'équipe de liaison peut donc uniquement identifier et proposer une prise en charge de la consommation en cas de poly-usage ou poly-dépendance (avec alcool et / ou stupéfiants).

## **2° Remplir sa mission de coordination avec l'ensemble du Centre Hospitalier.**

La future équipe de liaison en addictologie devra exercer ses missions **sur l'ensemble des services** du Centre Hospitalier.

Elle a d'abord la vocation de coordonner les différentes structures en charge des conduites addictives. Avant la mise en place du Centre des conduites addictives, l'équipe de liaison coordonnera les prises en charge alcoologiques et en toxicomanie. Au sein des autres services accueillant et traitant des addictions (Médecine interne pour les psychotropes, Pneumologie / consultation de tabacologie pour le tabagisme), l'équipe de liaison effectuera le repérage et l'orientation des personnes présentant des poly-consommations incluant alcool et / ou stupéfiants.

Elle a également vocation à faire le lien entre les services de cure et les services accueillant des patients présentant des affections liées à leur consommation. Il s'agit en particulier des services de gastro-entérologie, de traumatologie, des convalescents du Vert Pré (long séjour). Dans ces services, l'enjeu sera de deux sortes : d'une part le repérage de patients présentant des affections caractéristiques (hépatites, cirrhoses, poly-traumatismes) ; d'autre part la prise en charge d'un éventuel sevrage forcé compte tenu de l'hospitalisation.

Elle devra enfin repérer, orienter, et aider les équipes soignantes à prendre en charge la consommation de patients hospitalisés dans l'ensemble des services du Centre Hospitalier. Une attention particulière continuera d'être portée aux publics fragiles :

- A la maternité, l'équipe de liaison effectuera le lien avec le groupe «Grossesse et toxicomanie », et initiera une prise en charge alcoologique spécifique. Il faut voir en effet qu'aujourd'hui, **l'équipe de liaison en toxicomanie n'est compétente que sur**

**la partie Victor Provo**, le lien avec le Pavillon Paul Gellé étant réalisé directement par les U.F..

- En pédiatrie, le lien sera renforcé entre l'équipe de liaison et le corps médical et pédo-psychiatrique.

### **3° Remplir sa mission d'interface avec l'extérieur, et de tête de pont du futur réseau en addictologie.**

L'équipe de liaison en addictologie devra faire le lien avec les acteurs extérieurs au Centre Hospitalier ; elle constituera une sorte de **plaque tournante** avec l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière de sevrage ou stabilisation d'une substitution.

Ce travail d'interface est engagé de plusieurs manières qu'il faudra pérenniser :

- participation de l'infirmière de liaison aux entretiens de pré-admission en cure
- participation aux conseils de service hebdomadaires qui associent certains partenaires extérieurs
- établissement de liens privilégiés avec des post-cures, ou avec un relais ville par le généraliste et le pharmacien, notamment par sa participation aux séances d'intervision.

Ce travail devra être poursuivi et renforcé dans plusieurs directions :

- L'équipe de liaison participera à l'établissement d'un guide des ressources locales en matière d'addictions.
- De par son rôle de formation, elle pourra constituer un pôle de référence dans la lutte contre les pratiques addictives.
- Elle a vocation à devenir le cœur du futur réseau d'addictologie par son rôle de repérage intra-hospitalier, d'orientation intra ou extra-hospitalière, de suivi éventuel en consultation externe, de formation, de coordination et d'expertise.

### **4° Rééquilibrer la manière dont ses missions sont remplies à ce jour.**

Par ailleurs, la **priorisation des missions** de l'équipe de liaison devra être revue.

De fait, nous avons vu que les diverses modalités de mise en place de personnels relais dans les services (sensibilisation aux conduites addictives et à l'existence de l'équipe de liaison en toxicomanie pour l'ensemble de l'hôpital ; formation des agents ; établissement de protocoles de prise en charge, de repérage et d'orientation) ont été relativement moins réalisées que les activités ponctuelles de consultations pour soutien du personnel ou au lit du malade.

Dans ces conditions, et pour garantir une démarche de long terme, un nouvel effort devra être réalisé sur la formation de tels **personnels relais** et leur appui méthodologique ; cet effort, pour ne pas pénaliser l'activité au lit du patient dans les

services, devra si possible être accompagné d'un renforcement de l'effectif de l'équipe de liaison.

### **b. Augmenter les effectifs et la multidisciplinarité de l'équipe de liaison.**

Pour étendre le champ de compétence de l'équipe mobile, et assurer ses missions dans l'idée et la lettre de la circulaire de 2000, il est nécessaire, de l'avis de tous au Centre Hospitalier, d'augmenter ses effectifs, et d'y amener la multidisciplinarité. Il s'agit ici de garantir une prise en charge quantitativement et qualitativement suffisante, pour le patient pris dans sa globalité et son contexte à un instant donné.

Les recommandations du chef de service de Médecine interne pour la composition d'une équipe de liaison compétente sur la seule toxicomanie étaient à l'origine de :

- un mi-temps médical
- un mi-temps psychologue
- un temps plein d'infirmier
- un temps plein d'assistante sociale
- un temps d'encadrement infirmier (10%)
- un temps secrétariat (20%)

Il s'agit ici d'une composition idéale, qui, dans l'hypothèse de la mise en place d'une équipe de liaison en addictologie, ne pourrait être que doublée.

Compte tenu des coûts en personnel que cela impliquerait (plus de 150 000 Euros pour la seule équipe de toxicomanie), des difficultés budgétaires du Centre Hospitalier, de la situation dégradée du Groupe 1 et de la sous-médicalisation de l'hôpital, il serait sans doute plus raisonnable de tableer, pour l'équipe de liaison en addictologie, sur la composition suivante :

- un mi-temps médical. Celui-ci n'existe pas à ce jour ; c'est l'un des médecins des pavillons 14 et 15 qui suit l'équipe de liaison sans dégagement de temps à cet effet.
- Deux temps pleins d'infirmier.
- Le partage d'un pourcentage de temps de psychologue, d'assistante sociale, d'éducateur, d'encadrement infirmier, avec les unités de cure en alcoologie et en toxicomanie, selon des modalités à déterminer, et en fonction des besoins.
- Un mi-temps de secrétariat, qui pourrait éventuellement faire office également de secrétariat du futur réseau en addictologie, l'équipe de liaison ayant vocation à en devenir l'élément coordinateur central, selon le chef de service de Médecine interne.

### **c. Apporter de la reconnaissance à ses missions au sein de l'hôpital.**

Par ailleurs, la légitimité et la visibilité de l'équipe de liaison devront être restaurées.

En effet, il ne sert à rien d'étoffer l'équipe de liaison si elle doit rester dans l'ombre ; de plus, l'effectivité de la coordination par cette équipe est conditionnée par sa notoriété, d'abord à l'intérieur de l'établissement, et par voie de conséquence à l'extérieur.

A cela, plusieurs solutions possibles :

- D'abord, il était expressément indiqué dans les missions de l'équipe de liaison en toxicomanie qu'il lui appartenait en partie de se faire connaître ; c'est a fortiori le cas pour une future équipe en addictologie.
- Ensuite, la Direction peut lui donner un certain appui, en communiquant à son sujet, par note de service, par les instances de l'hôpital, au sein des réunions de cadres, en lui donnant une plus grande visibilité au sein du portail Intranet, et au sein du journal de l'hôpital « Expressions ».
- Egalement, le corps médical doit pouvoir donner son appui à cette équipe. En particulier, le Président de la C.M.E. doit pouvoir surmonter ses inimitiés personnelles, pour contribuer à assurer la légitimité de l'équipe de liaison.
- Enfin, la présence au sein même de l'équipe de liaison d'un élément médical pourrait lui assurer un plus grand rayonnement.

*Si, comme nous l'avons vu, l'équipe de liaison en addictologie semble avoir vocation à constituer le cœur d'un futur réseau en addictologie, il nous reste à étudier la légitimité de la formalisation d'un tel réseau dont la démarche constitutive existe déjà ; dans le cas d'une réponse positive, nous examinerons les conditions de son succès.*

## **C. Formaliser l'existence d'un réseau à partir des relations et conventions existantes.**

Face à des coordinations déjà bien avancées entre les partenaires de la prise en charge des usagers de substances psycho-actives, la question du réseau et de ses avantages doit être posée avant tout. Dans le cas où la réflexion dégagerait une réponse positive, il faudra aborder la structuration d'un tel réseau, et les conditions de son succès.

Nous nous appuyerons sur deux documents : en premier lieu, le **rapport de l'A.N.A.E.S. « Principes d'évaluation des réseaux de santé » d'août 1999\*** ; en second lieu, la **convention constitutive du réseau P.A.R.A.D.** (réseau pour les Patients en difficulté avec l'Alcool, à Risque, Abuseurs et Dépendants, du Puy de Dôme), dont l'agrément est paru au J.O. du 28 décembre 2000.

### **1) Pourquoi un réseau ?**

#### **a. Principes du réseau.**

Selon l'A.N.A.E.S., le réseau est une « *forme organisée d'actions collectives apportées par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus ou d'une population, à un moment donné, à un endroit donné* ». Il s'agit de faire de la structure réseau une aire de concertation, pour surmonter les cloisonnements des prises en charge.

L'idée est celle d'une prise en charge innovante, globale, centrée sur le patient, dans le cadre de son environnement. Le réseau permet de nouer des partenariats entre des acteurs de culture et d'aptitudes différentes, mais que réunissent le même objectif : redonner au patient une place centrale dans l'organisation des soins. Le décroisement n'est dès lors pas synonyme d'amalgame et de fusion : c'est l'interdisciplinarité qui prime, la reconnaissance et le respect des compétences de chacun.

#### **b. Les avantages du réseau, dans l'absolu.**

Le réseau présente des avantages à la fois pour chacun des acteurs, et pour la prise en charge des patients dans son ensemble.

D'abord, chaque corps de métier associé au réseau y trouve un intérêt. Pour les hospitaliers, le réseau permet de faire face à une mutation de l'activité hospitalière, dont une partie se tourne plus fortement vers l'ambulatoire. Pour les médecins libéraux, avoir une porte d'entrée à l'hôpital est synonyme de qualité de prise en charge, de formation continue de pointe, de fidélisation de clients. Pour l'ensemble des acteurs de la prise en charge médico-psycho-sociale, le réseau offre un partage de savoir-faire et savoir-être, un

soutien, une expertise. Pour le patient, le réseau permet de se présenter à un « guichet unique » qui offre un large éventail d'interlocuteurs avec un minimum de démarches.

Ensuite, la prise en charge elle-même y gagne :

- Un réseau est un pôle d'excellence, un référent dont la dynamique peut permettre de sortir du déni social du problème des addictions, au niveau local.
- Ce réseau est le garant de la qualité de la prise en charge, de la continuité des soins, de la formation et de l'information ; il permet donc de rapprocher les acteurs par une culture commune.
- Le multi-partenariat permet de remettre en cause le cloisonnement des idées et des pratiques ; c'est la garantie de la modularité du dispositif, donc de sa réactivité.
- Le réseau multiplie les portes d'entrée donc les contacts avec les patients, ce qui augmente les chances de repérage et de diagnostic précoces.

### **c. Quels avantages à Roubaix face à la formule des conventions ?**

Sur la zone de Roubaix, la question de l'intérêt se pose quelque peu différemment, puisque dans les faits, une bonne partie de la culture et de l'exercice de réseau existe déjà ; **l'enjeu est la formalisation**. Or la formalisation, si elle induit quelques lourdeurs dans la menée administrative, financière et technique, offre des avantages non négligeables :

- D'abord, elle est la garantie d'une certaine **pérennité** du dispositif. Certes, les conventions qui existent déjà (entre le Centre Hospitalier et le C.C.A.A., le Centre Hospitalier et le Relais, la Ville et le Relais) offrent déjà une certaine sécurité juridique, mais la démarche de réseau est plus aboutie. La pérennité intervient dans les financements du réseau, dans la création de structures de coordination, dans la mise en place d'une infrastructure par exemple informatique, etc...
- Ensuite, la démarche de réseau est une démarche plus **plastique** : en effet, elle offre un cadre juridique malléable qui permet de nombreuses adhésions ou retraits en fonction des succès et des échecs de chacun ; elle permet d'associer des acteurs de champs plus variés, alors que les conventions s'entendent autour de Roubaix essentiellement pour des prises en charge sanitaires ou de réduction des risques. Egalement, la réactivité du réseau conditionne sa capacité de survie face à un environnement ou à des modes de consommation évolutifs.
- Enfin, la démarche de réseau, au contraire des conventions, permet de mettre en place des **infrastructures communes**, des formations communes, des échanges de pratiques, une coordination continue, qui sont les conditions d'économies d'échelle et

d'acquisition de savoir-faire et savoir-être. La démarche de réseau contient la notion de progrès, alors que les conventions guident une coordination dans la simple continuité de l'existant.

Dès lors, que recouvrerait la démarche de réseau dans laquelle pourrait s'engager le Centre Hospitalier de Roubaix ?

## **2) Quelle démarche de réseau à Roubaix ?**

### **a. Champ géographique du futur réseau roubaisien.**

La question de l'aire géographique d'un réseau relatif aux addictions autour de l'hôpital renvoie au débat évoqué plus haut, à savoir la pertinence de la zone P.T.S. de onze communes autour de Roubaix et Tourcoing, ou de la centralisation sur Roubaix.

Plusieurs faits doivent être pris en compte :

- La teneur de l'offre de soins sur l'ensemble de la zone. On remarque que Roubaix possède une offre déjà relativement diversifiée, même si quantitativement insuffisante. On peut déplorer notamment l'absence de structures de post-cure en alcoologie ou toxicomanie à proximité immédiate.
- Trois pôles peuvent être distingués : Roubaix, Tourcoing, et Wattrelos, qui possèdent chacun au moins un Centre Hospitalier et un centre spécialisé. La densité de population de chacune de ces zones peut militer pour une prise en compte distincte.
- Les facilités de communication au sein de la zone P.T.S. sont réelles (même avec Lille d'ailleurs), mais le dénuement des populations peut inciter à limiter les déplacements.

En conclusion, nous recommanderons, dans un premier temps, de construire l'éventuel réseau autour de promoteurs strictement roubaisiens. En effet, un tel schéma n'exclut pas le maintien de liens privilégiés avec des acteurs extérieurs au réseau mais « sympathisants », par exemple les C.H.R.S. ou le S.S.R. évoqués précédemment. Les liens seraient dès lors centrés sur :

- Le Centre Hospitalier de Roubaix
- Les centres spécialisés que sont le C.C.A.A. et le Relais.
- Un panel de médecins généralistes et de pharmaciens.
- Le maillage social de la ville (clubs de prévention, éducateurs, assistantes sociales, travailleurs sociaux).
- Une noria d'organismes associés non inclus, type structures de post-cure, d'insertion, etc... sur la zone P.T.S. ou ailleurs (en fonction des besoins).



Dans un second temps, on peut envisager s'étendre le réseau roubaisien à l'ensemble de la zone P.T.S., en en établissant le cœur à Roubaix (ville dominante et centre du trafic de stupéfiants). Ceci sera lié à l'existence ou non d'une demande des acteurs sis hors de Roubaix, au vu du fonctionnement du réseau.

#### **b. Champ professionnel du futur réseau roubaisien.**

Actuellement à Roubaix, nous l'avons vu ; les **liens** de coopération sont les plus développés sur deux types de prises en charge : l'alcoologie et la toxicomanie. Dans le cas de la tabacologie, la prise en charge est débutante, donc le besoin de coordination n'est pas encore apparu ; on peut même penser que dans un premier temps, la coordination sera uniquement intra-hospitalière, notamment avec la pneumologie, l'oncologie, et le futur Centre des conduites addictives. Par ailleurs, aucune réelle prise en charge des consommations addictives de médicaments n'est effectuée ; le sevrage est éventuellement réalisé dans l'unité de toxicomanie en cas de poly-consommation impliquant des opiacés ou des produits de substitution, ou à défaut en Médecine interne.

Par ailleurs, il faut prendre en compte les **demandes** existantes relativement à la constitution d'un réseau. Cette demande existe au sein du Centre Hospitalier et du C.C.A.A. pour la prise en charge en alcoologie ; par contre, les esprits ne semblent pas être mûrs à ce jour dans le cas de la toxicomanie, au Relais. Compte tenu des orientations et recommandations pressantes aux niveaux national et régional pour une prise en charge plus intégrée des conduites addictives, il semble pourtant nécessaire de s'orienter vers un réseau addictologique. D'autant que les acteurs sanitaires et sociaux non spécifiques, rencontrant des difficultés face à la spécificité des publics toxicomanes et au nombre des personnes ayant un problème d'alcool, présentent des demandes fortes pour une assistance. L'obstacle du Relais sera vraisemblablement contourné par le biais de vacations réciproques avec le Centre Hospitalier, qui incluront de fait le Relais dans le futur réseau.

Dans le cas de la **tabacologie**, il faut se poser la question de la pertinence de l'association à un tel réseau. Compte tenu de la différence de profil psychopathologique des consommateurs des différents produits, on peut considérer que la tabacologie a vocation à faire à terme partie d'un réseau en addictologie pour les seuls patients présentant des poly-consommations ou des co-morbidités psychiatriques ou somatiques lourdes. Cette inclusion a vocation à être actée dès le recrutement d'un tabacologue.

### **c. Structuration du futur réseau roubaisien.**

Selon le rapport de l'A.N.A.E.S. précité relatif aux principes d'évaluation des réseaux de santé, le réseau devra définir sa place, son rôle et son fonctionnement à travers plusieurs critères ; ceux-ci formeront une trame pour la future rédaction d'une charte constitutive :

- Finalités du réseau
- Objectifs opérationnels
- Intervenants membres du réseau
- Modalités d'organisation :
  - modalités d'intégration des professionnels au réseau
  - modalités d'adhésion au réseau des personnes prises en charge
  - modalités de coordination, compétences et partage des tâches entre les acteurs
- Modalités de circulation de l'information dans le réseau
- Modalités de financement des activités du réseau
- Cadre d'analyse de la performance du réseau.

Certains de ces points seront analysés dans les développements suivants.

#### **1° Objectifs du réseau.**

L'objectif général du réseau est la prise en charge médico-sociale globale, coordonnée et précoce de l'ensemble des consommations à risques des patients. Il s'agit donc de prévenir l'aggravation de la pathologie, les complications psychiatriques et somatiques sérieuses et coûteuses associées, et de réduire les conséquences sociales des conduites de consommation à risques. Cela permet une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée, associant acteurs sociaux et médicaux du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier dès le repérage du patient jusqu'au suivi après les soins proprement dits.

Le réseau pourrait être créé sous deux formes :

- soit associative
- soit par la signature de conventions entre les différents membres.

Compte tenu des conventions déjà existantes, de la diversité des acteurs à fédérer au sein d'un réseau, la formule des **conventions** sera préférée. Cela permettra aussi de passer outre les réticences de certains acteurs qui répugnent à formaliser un réseau en tant que tel (c'est le cas du Relais, non demandeur du fait de problèmes internes).

## **2° Composition du réseau.**

Le réseau d'addictologie serait constitué :

- *De professionnels de santé du secteur hospitalier spécialisé (médecins, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux...) :*

- U.F. d'alcoologie
- U.F. de toxicomanie et de méthadone
- Consultation de tabacologie.
- Equipe de liaison en toxicomanie ou future équipe de liaison en addictologie.

- *De professionnels du secteur ambulatoire de soins :*

Secteur spécialisé :

- C.C.A.A. de Roubaix
- Le Relais.

Secteur non spécialisé :

- Des représentants des médecins généralistes. Compte tenu du faible tissu libéral de la ville de Roubaix, des médecins motivés pourraient être associés, en tant qu'acteurs de premier rang du repérage et du suivi, et possibles relais auprès de leurs confrères.
- Des représentants des médecins du travail (et notamment ceux de l'hôpital).
- Des pharmaciens (particulièrement ceux impliqués dans le programme d'échange de seringues de la Ville de Roubaix).
- Le Centre de Prévention Santé.

- *Des professionnels du secteur social :*

- La Caisse primaire d'assurance maladie (C.P.A.M.)
- Le C.C.A.S. de Roubaix.
- Les clubs et ateliers de prévention de la ville.
- La Maison de Santé.

- *De représentants des usagers et / ou d'associations.*

- Les associations néphalistes de Roubaix
- Les associations de quartiers.
- Les établissements scolaires impliqués sur ces questions.

### **3° Activités du réseau.**

Deux grands types d'activités sont à distinguer :

#### *La prise en charge.*

Il s'agit de proposer aux patients une prise en charge médico-psycho-sociale de l'ensemble des consommations à risque. Ce type de prise en charge peut être mis en place à la demande du médecin traitant, après bilan initial des pratiques addictives par un médecin du réseau et accord écrit du patient. Celui-ci dispose au sein du réseau d'un référent qu'il contribue à choisir, qui facilite son orientation au sein du réseau, les relations avec le milieu de vie, et est chargé de son suivi ultérieur.

Ce type d'activité implique de mettre en œuvre :

- Des contrats d'adhésion au réseau pour les acteurs de la prise en charge.
- Des contrats de soins au sein du réseau pour les patients.

La prise en charge sera basée sur un important **travail interne** :

- des échanges de pratiques (dont l'intervision et les groupes d'analyse de situation déjà mis en place)
- l'élaboration de protocoles d'orientation ou d'admission
- l'élaboration de protocoles de soins
- la mise en place de consultations croisées
- l'observation épidémiologique, en lien avec l'O.R.S.
- l'évaluation.

#### *Soutien à la prise en charge.*

Il s'agit de proposer à chaque acteur du réseau : une formation, une information, et une aide à la prise en charge des patients présentant au moins une conduite addictive. Le réseau sera **un pôle de référence** dans la prise en charge des conduites addictives.

Plusieurs moyens seront étudiés :

- Les prestations médicales et paramédicales dispensées dans le réseau seront définies par des protocoles validés par le réseau (« bilan de comportement de consommation » ; « traitement »).
- La cellule d'intervision aura pour mission de guider les acteurs dans la prise en charge des patients les plus difficiles ou nécessitant des protocoles de soins complexes.
- Une formation médicale, informatique et au fonctionnement du réseau sera dispensée à ses adhérents.

#### **4° Coordination.**

Compte tenu du caractère chronophage d'un travail multipartenarial, plusieurs modes de coordination doivent être envisagés :

D'abord, et c'est un incontournable et un préalable, un **dossier médical partagé**, renseigné par les différents acteurs dans le respect de la déontologie et de la loi devra être mis en œuvre, par l'intermédiaire du système d'information.

Ensuite, une **structure de coordination et d'expertise** sera mise en place, à la disposition des professionnels de santé et travailleurs sociaux du réseau et des patients ; elle peut comprendre notamment un médecin coordinateur, un secrétariat, un administrateur réseau informatique et une cellule d'intervision.

Le médecin coordinateur sera chargé de veiller au bon fonctionnement du réseau et des évaluations internes. Il sera également le garant du secret médical des informations partagées via le système d'information et selon des clés de partage.

L'administrateur réseau sera chargé du paramétrage et de la maintenance du serveur, de la formation informatique, de la mise en ligne et du maintien en fonctionnement opérationnel du dossier partagé.

Les prestations administratives seront effectuées par une secrétaire chargée d'assurer la gestion administrative et financière du réseau. Cette secrétaire pourrait être la même que celle de la future équipe de liaison en addictologie du Centre Hospitalier, qui a vocation à être l'un des éléments centraux du réseau.

Enfin, des **instances** seront mises en place, avec en particulier :

- Un Comité de pilotage, chargé de veiller au bon fonctionnement du réseau, à la mise à jour des protocoles de soins et à l'évaluation interne et régulière du réseau.
- Un Conseil de réseau ou assemblée générale, regroupant au besoin l'ensemble des membres adhérents du réseau.

### **3) Les conditions du succès d'une démarche de réseau à Roubaix.**

Le succès de la démarche de réseau est soumis à plusieurs conditions.

#### **a. Les conditions culturelles de la réussite de la démarche de réseau.**

Des **réticences culturelles** existent par principe dans les démarches de réseau. Elles s'expriment notamment chez les paramédicaux du Centre Hospitalier, ou même à la

Mairie de Roubaix (dont l'adjoint à la santé est un médecin). Certaines spécificités se dégagent selon le type de réseau envisagé.

Lorsque l'on envisage un réseau intégré de prise en charge médico-psycho-sociale fondé sur un produit en particulier, les premières réticences s'expriment, appuyées notamment sur les différences d'appréhension des consommations et des consommateurs selon les corps de métiers : médecins, psychologues, éducateurs, travailleurs sociaux, assistantes sociales... La tentation est forte pour chaque entité de chercher à résoudre l'ensemble des demandes d'un patient qui se présente à un instant t. Tout l'intérêt et la difficulté de la démarche de réseau est d'apprendre à travailler ensemble. A cela, plusieurs conditions :

- connaître et reconnaître les compétences de chacun et les siennes propres
- appréhender ses limites et celles des autres
- avoir confiance et savoir déléguer lorsque cela est possible et souhaitable.

Au Centre Hospitalier, cette idée prendra tout son sens : en effet les unités de cure (particulièrement en toxicomanie et en alcoologie) ont la tentation perpétuelle de réunir un maximum d'acteurs au sein même de l'équipe hospitalière ; la démarche de réseau peut permettre de rendre à chacun son rôle, et de recomposer les équipes dans une logique de complémentarité. L'idéal n'étant pas la multidisciplinarité de chacun des acteurs, mais bien la transdisciplinarité au sein du réseau.

Par ailleurs, la difficulté de la démarche de réseau trouve aussi un fondement au sein même du corps médical. En effet, la médecine française est basée sur le principe du colloque singulier : il est difficile de passer à une médecine collective, avec échange permanent d'informations. Le réseau est une révolution culturelle pour le corps médical.

Enfin, dans l'hypothèse d'un réseau en addictologie, les réticences ne pourraient qu'être accrues. En effet, les différences de représentation sociale des produits, le profil psychopathologique différentiel des consommateurs de produits distincts, les divergences des protocoles de prise en charge, peuvent encore motiver le souhait de prises en charge cloisonnées par produits.

Ces réticences seraient de plus renforcées par des préventions chez les patients, qui redoutent de rencontrer des consommateurs de produits différents (par exemple, l'aura d'illégalité émanant d'un héroïnomanie peut faire peur à un alcoolique).

Pour surmonter ces obstacles culturels, plusieurs actions seront nécessaires avant et pendant le réseau :

- D'abord, le réseau doit émaner comme une **demande** des acteurs de la prise en charge, et non comme une volonté de la direction. Pour cela, des rencontres peuvent être organisées pour faire naître cette demande à partir des insuffisances des liens déjà existants. A cet égard, étant donné les liens déjà noués entre une grande pluralité d'institutions, un langage commun a d'ores et déjà émergé, qu'il faut étayer.
- Ensuite, l'idée d'un **guide** des ressources locales et régionales a déjà été évoquée ; le montage de ce guide pourrait être un moyen pour les promoteurs du réseau de parfaire leur connaissance mutuelle, gage d'une complémentarité efficiente.
- Enfin, la **formation interne** au réseau sera un moyen d'acquérir une véritable culture commune de réseau. A cet égard, on peut remarquer que les différents pôles de formation et d'informations émergeant sur les addictions (notamment à la Ville et par l'infirmière de liaison au Centre Hospitalier, dans le champ de la toxicomanie) sont des gages d'excellence d'une telle formation.

#### **b. Des incontournables juridiques et techniques.**

Plusieurs questions à connotation juridique vont influencer le montage du réseau.

D'abord, l'obligation **d'informer** le patient et le **libre choix** du soignant par le patient sont aujourd'hui deux incontournables de la médecine française. Or l'obligation d'informer le patient prend une dimension particulière dans les réseaux : ainsi, **la circulaire du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements\*** précise que la convention constitutive du réseau doit prévoir l'engagement de ses membres de recueillir le consentement des patients avant toute orientation en son sein. De même, un effort particulier peut être fait pour que chaque patient trouve le médecin qui lui convienne au mieux : c'est pourquoi le réseau doit laisser aux patients le minimum de mobilité nécessaire pour trouver le praticien adéquat.

Ensuite, la question de la détermination des **responsabilités** ne doit pas être négligée, dans le contexte de l'émergence d'une plus grande volonté d'indemnisations dans le champ médical. Or l'exercice partagé de la médecine en réseau peut engendrer une dilution des responsabilités, et rendre difficile la détermination du responsable payeur. En l'absence de jurisprudence établie, nous pouvons recommander de prendre au minimum deux précautions :

- La convention constitutive du réseau devra préciser le rôle, la place et les modalités d'intervention des praticiens.

- Le réseau pourra avantageusement être couvert par une assurance de responsabilité commune à tous.

Enfin, la nécessité au sein d'un réseau de mettre en œuvre un vrai partage des informations relatives aux patients rencontre l'obligation du **secret médical**. Les nouvelles technologies de l'information sont un outil de travail séduisant, puisqu'elles permettent un échange d'information sécurisé, confidentiel, et à géométrie variable via des codes.

Ces données peuvent passer par le Réseau santé social (**R.S.S.**), qui permet un échange d'informations sécurisé et confidentiel.

Surtout, le dossier médical du patient doit être réalisé en conformité avec un modèle (voir la **circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs et palliatifs\***), ou faire l'objet d'une modélisation spécifique aux objectifs du réseau. Il doit en tous cas respecter les règles de déontologie médicale et la loi informatique et libertés (la **C.N.I.L.** reconnaît que l'utilisation de données de santé à caractère médical est parfois légitime, notamment pour assurer le suivi et la continuité des soins ; mais « *les données de santé à caractère personnel ne peuvent être utilisées que dans l'intérêt direct du patient et dans des conditions déterminées par la loi, pour les besoins de santé publique* »).

Dans ce cadre, la qualité du service informatique du Centre Hospitalier peut être bénéfique au réseau. En effet, le schéma directeur de l'informatique a pour ambition affichée de placer le patient au cœur du système d'information. Le Centre Hospitalier est donc à la pointe des plates-formes d'échanges de données, avec par exemple la mise en place ces dernières années des logiciels : TELEEG (échange de données d'électro-encéphalogramme) ; TELURGE (échange de données sur les urgences) ; LOGINAT (visio-conférence développée pour la télémédecine entre les maternités) ; CIGUE (échange de données épidémiologiques sur la toxicomanie avec Lille) ; LISIA (dossiers médicaux de psychiatrie) ; RAPEM (échange de données entre Rouen, Lille et Roubaix). Actuellement, un projet de plate-forme d'échange de données avec les médecins libéraux est en cours de montage (**RITHM**).

Il faut considérer que l'expérience du Centre Hospitalier en la matière peut être un point fort pour doter le réseau à venir d'un dossier informatisé commun. Le marché du Nouveau Système d'Information (**N.S.I.**) de l'hôpital peut être l'occasion d'entamer cette réflexion. Les **conditions** de la réussite d'un tel outil seraient en particulier :

- la sécurisation de l'accès
- l'interfaçage avec les systèmes informatiques de l'ensemble des acteurs
- la rapidité des échanges
- l'évolutivité du produit



- la formation des utilisateurs.

### **c. Le montage institutionnel du réseau.**

La formalisation du montage juridique d'un réseau se heurte à l'extrême complexité de la législation, et à la multiplicité des organismes de tutelles.

Plusieurs types de montage existent, issus des circulaires des dernières années relatives à la prise en charge des toxicomanes, ou aux réseaux ville-hôpital. Nous nous limiterons ici à examiner plus en détail les **deux options législatives** :

- Les réseaux de soins du Code de la Santé Publique (**art. L 6121-5 du C.S.P.**), complété par la circulaire du 9 avril 1997 précitée. Ces réseaux doivent être agréés par le Directeur de l'A.R.H. et s'engager dans la procédure d'accréditation.
- Les réseaux du Code de Sécurité Sociale (**art. L 162-31-1 C.S.S.**), dits réseaux « Soubie », qui visent à promouvoir de nouvelles formes de tarification. Les projets d'intérêt régional sont agréés par la Commission exécutive de l'A.R.H., sur avis conforme du directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (**U.R.C.A.M.**). Les projets d'actions expérimentales sont agréés pour trois ans. Ils doivent présenter un double intérêt sur la qualité et la continuité des soins et un intérêt économique dans la maîtrise des dépenses de santé.

Le choix du montage institutionnel dépendra en partie des possibilités de financement associées.

### **d. Le montage financier du réseau : pour une pérennité de financement.**

Deux types de rémunération ou de financement sont à envisager.

D'une part, les **acteurs** d'un réseau peuvent entendre recevoir une certaine rémunération. Ceci n'est sans doute pas le cas pour les soignants des E.P.S. (voire des P.S.P.H.), salariés par leur établissement ; pour peu que celui-ci dégage du temps pour travailler sur le réseau, la question de la rémunération ne se pose pas. Elle se pose de manière beaucoup plus nette pour les libéraux, médecins, pharmaciens, biologistes, qui entendent tirer certains avantages pécuniaires de leur collaboration, chronophage.

D'autre part, **l'entité réseau** doit aussi être financée. Dans l'organisation que nous avons présentée, nous avons en effet montré la nécessité de **rémunérer** un temps de secrétariat, et éventuellement un administrateur réseau. Des **frais matériels** seront également engagés : pour les locaux (mais ils peuvent par exemple être sis au sein même de l'hôpital, sur le futur Centre des conduites addictives ; le Centre Hospitalier peut tout à fait mettre à disposition quelques bureaux, éventuellement contre indemnisation),

pour la mise en place du dossier médical partagé, pour les frais de gestion et matériels divers.

Du choix du montage institutionnel du réseau dépendent les possibilités de financement :

- Dans l'hypothèse d'un réseau du Code de la Sécurité Sociale, les ordonnances de 1996 introduisent la possibilité de **modes de rémunération expérimentaux**. La Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2000 a modifié en ce sens le Code pour que les conventions puissent favoriser la coordination des soins et l'émergence de réseaux. La Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2001 autorise l'assurance maladie « à financer tout ou partie des dépenses du réseau, y compris les frais exposés pour organiser la coordination et la continuité des soins ».
- Dans l'hypothèse d'un réseau du Code de la Santé publique, le financement peut être réparti sur plusieurs entités :
  - Pour le versant ville :
    - ⇒ Le **F.A.Q.S.V.** peut concerner le financement d'un réseau à deux titres : l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville, et l'aide au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant les professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. Ce fond est exclusivement à destination de médecins libéraux.
    - ⇒ **La D.G.S.** peut éventuellement accorder un financement pérenne.
  - Le versant hospitalier, quant à lui, peut être financé de deux manières :
    - ⇒ Pour les activités de soins, par l'enveloppe de **l'A.R.H.**, qui propose un financement pérenne.
    - ⇒ Pour des activités de prévention, par l'enveloppe de crédits de la **M.I.L.D.T.**, mais ces fonds sont non pérennes.
  - Par ailleurs, il faut considérer que d'autres types d'institutions pourront être associés au financement des réseaux. Ainsi, dans les nouvelles modalités d'instruction des crédits d'Etat (**circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux\***), le **cofinancement de projets** (notamment avec les collectivités territoriales et avec les caisses d'assurance maladie) est encouragé.

Dans le cas de Roubaix, nous préconiserons plutôt, au vu de ces possibilités de financement, de mettre en place un **réseau de type Code de la Santé Publique**.

En effet, c'est ce type de réseau qui offre aujourd'hui la plus grande sécurité juridique, nécessaire à des prises en charge partagées. Il offre aussi la plus grande palette de financements pérennes. Nous recommanderons, sur le plan du financement :

- Pour le versant ville, de faire appel au **F.A.Q.S.V.**, surtout pour l'aide à l'informatisation (dans le cadre du dossier patient partagé) des membres libéraux du réseau.
- Pour le versant hospitalier, **l'A.R.H.** pourrait prendre en charge une grande partie des coûts.
- Des financements d'appoints seraient trouvés avantageusement auprès **du P.R.S., de la ville de Roubaix**, et ce notamment en matière de prévention.
- **L'assurance maladie** pourra éventuellement être associée, comme le permet la circulaire de 1999 précitée. L'avantage de la formule «Soubie » résidait dans les modes expérimentaux de financement ; ils permettaient de rémunérer les libéraux « **au forfait** » pour la plupart des actes réalisés au sein du réseau (notamment les échanges de pratiques, l'intervision, la participation aux instances de réseau). Sachant que c'est cette question financière qui bloque souvent la participation des libéraux à des structures aussi chronophages qu'un réseau, il faudra réfléchir à la possibilité de mettre en place des solutions équivalentes.
- **Des mises à disposition de personnel et de compétences** permettraient de réduire les coûts : par exemple, la qualité de l'équipe informatique du Centre Hospitalier, et son expérience dans le dossier patient avec la mise en place prochaine du N.S.I., et dans les plates-formes ouvertes (cf. supra), lui permettraient de mettre en œuvre des produits comparables. De même, chacun des acteurs possédant un centre de documentation ou un pôle de formation pourrait avantageusement le mettre à disposition du réseau.

Mais il ne faut pas négliger qu'il s'agit là de procédures complexes, pour aboutir à des modalités de financement aussi diversifiées ; le montage des dossiers est très lourd, et peut sans doute décourager une bonne partie des initiateurs du réseau. Dès lors, la **cellule Stratégie** du Centre Hospitalier, rompue à ce genre d'exercice, pourrait être coordinatrice du réseau au stade des fondations.

## **CONCLUSION : LE DIRECTEUR D'HOPITAL ET LES INDESIRABLES DANS UN HOPITAL EN DIFFICULTE**

Le cas du Centre Hospitalier de Roubaix, que nous avons tenté d'exposer, est très illustrateur de la difficulté, pour des établissements en crise budgétaire, à concilier :

- des pratiques cliniques de pointe et de plus en plus coûteuses (technicité accrue des appareils d'exploration, d'imagerie ; nouvelles molécules, etc...) attendues par la population en tous points où elle recourt aux soins
- une préoccupation des dimensions préventives et sociales de la prise en charge, gage du nouveau concept de « l'hôpital citoyen ».

Or, de fait, l'Hôpital se trouve dans une position médiane par rapport à la Cité, qui l'empêche de pouvoir clairement prioriser ou faire des choix dans ses missions :

- Il est considéré et se pense comme hors de la Cité, un lieu tabou de la « guérison », encore à connotation « magique » plus qu'artisanale.
- La pression est de plus en plus forte pour qu'il soit considéré et se pense comme membre de la Cité, ouvert sur elle, et donc perméable à ses aspirations et à ses fantasmes et préjugés.

L'exemple des conduites addictives est net, mais il pourrait être repris pour toutes les disciplines dites « honteuses », où les patients sont appréhendés comme des « déviants », où même simplement comme « différents » (grosso modo : les addictions, la psychiatrie, les personnes âgées dépendantes ou démentes, l'orthogénie...). Le modèle se construit comme suit :

- L'hôpital est perméable à la représentation négative de ce type de population.
- Par conséquent, une certaine réticence à leur prise en charge s'exprime dans un contexte de crise financière.
- Pourtant, le mythe de l'hôpital omnipotent et guérisseur, et de plus en plus « social », empêche de sacrifier ouvertement ce type d'activité.
- On assiste donc à une oscillation constante de l'hôpital entre des déclarations d'intention en faveur de ces prises en charge d'« indésirables », et une pesanteur tenace dans l'action.

L'Hôpital est né historiquement de l'asile, et ne peut éthiquement rejeter ou négliger la prise en charge de patients moins présentables que d'autres. Dans la mesure où ces missions lui ont été confiées par le Code de Santé publique, il se doit de les mener

à bien, quitte à alerter les autorités et l'opinion publique lorsque les moyens qui lui sont accordés ne lui permettent plus d'accomplir l'ensemble de ses missions.

De fait, la question n'est pas celle d'une priorisation des missions de l'Hôpital en son sein et par la personne du Directeur, idée que nous rejetons, mais plutôt de la nécessaire réorganisation de notre système sanitaire et social. La réflexion devra être nationalement mener :

- sur la part que doit avoir le social au sein de notre système de santé.
- sur la répartition de ce type de tâches entre les structures hospitalières et les structures ambulatoires (moins coûteuses)
- sur la nécessité de soutenir les démarches de réseau, puisque aucun acteur n'est décidément omnipotent.

**C'est aussi le rôle du Directeur, que de faire le lien entre l'Hôpital et la Cité.**

---

## Bibliographie

---

### **Ouvrages et rapports.**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>ème</sup> révision*. O.M.S., Genève, 1993.

PARQUET P.-J.. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psycho-actives*. Editions du C.F.E.S. Vanves, 1997. 108 p.

PARQUET P.-J.. *Pour une prévention de l'usage des substances psycho-actives : usage, usage nocif, dépendance*. Editions du C.F.E.S. Vanves, 1998. 46 p.

COUR DES COMPTES. *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*. Les éditions du Journal officiel, Paris, 1998.

REYNAUD M., PARQUET P.-J.. *Evaluation du dispositif de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool*. Editions du C.F.E.S., Vanves, 1999. 1997.

ROQUES B.. *La Dangerosité des drogues : rapport au Secrétariat d'Etat à la santé*. La Documentation française - Odile Jacob, Paris, 1999. 316 p.

REYNAUD M., LAGRUE G., PARQUET P.-J.. *Les Pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives : Rapport rédigé à la demande de M. Joël MENARD, Directeur Général de la Santé, et remis à M. B. KOUCHNER, secrétaire d'Etat à la Santé et aux affaires sociales..* Direction générale de la santé, Paris, 1999. 169 p.

A.N.A.E.S.. *Principes d'évaluation des réseaux de Santé*. 1999.

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

D.R.E.E.S. *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 1999*.

V. VIOUJAS, *La prise en charge des usagers de drogues, éléments de réponse pour le bassin d'Aix*, Mémoire de l'E.N.S.P., 1999

KOPP P., FENOGLIO P. *Le coût social des drogues licites et illicites en France*. O.F.D.T., Paris, 2000. 282 p. Etude n°22.

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

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

BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATTEL P. *Santé, mode de vie et usage de drogues à 18 ans*. O.F.D.T. E.S.C.A.P.A.D., Paris, 2001. 199p.

ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION DE L'ALCOOLISME. *Statistiques 2000-2001*. A.N.P.A., Paris, 2001. 14p.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *Stratégie d'Action alcool 2002-2004*. 2001

REYNAUD M.. *Usages nocifs de substances psycho-actives : Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir*. Rapport rédigé à la demande du Pr Lucien ABENHAIM, Directeur Général de la Santé. La Documentation française, Paris, 2002. 278 p.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, groupe de travail sur la réduction du risque tabagique. *La réduction du risque tabagique*. La Documentation française, Paris, 2002. 80 p.

OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Drogues et dépendances, Indicateurs et Tendances 2002*. O.F.D.T., Paris, 2002. 368p.

*Phénomènes émergents liés aux drogues en France : rapport T.R.E.N.D.* O.F.D.T., Paris, 2002.

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

### **Conférences de consensus**

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Conférence de consensus « *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants des opiacés* », 23 et 24 avril 1998. Texte court. A.N.A.E.S., Paris , 1998. 23 p.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Conférence de consensus « *Arrêt de la consommation du tabac* », 8 et 9 octobre 1998. Texte court. A.N.A.E.S., Paris, 1998. 26p.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE et SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE. Conférence de consensus « *Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant* », 17 mars 1999. Texte court. A.N.A.E.S., Paris, 1999. 16p.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE et SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE. Conférence de consensus « *Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage* » 7 et 8 mars 2001. Texte court. A.N.A.E.S., Paris, 2001. 12p.

### **Livrets de la M.I.L.D.T. :**

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LA TOXICOMANIE et COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. « *Socle de connaissances, approche multithématique des questions de prévention et d'usage de drogues. Retranscription d'une série de 10 interviews* ». C.F.E.S., Vanves, 2002. Collection Livrets de connaissances – Drogues : Savoir plus.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LA TOXICOMANIE et COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. « *Prévention de l'usage de drogues : questions éducatives* ». C.F.E.S., Vanves, 2002. Collection Livrets de connaissances – Drogues : Savoir plus.



MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LA TOXICOMANIE et COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. « *Les actes du colloques du Collège de France - Toxicomanies en Europe, nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé publique* ». C.F.E.S., Vanves, 2002. Collection Livrets de connaissances – Drogues : Savoir plus.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LA TOXICOMANIE et COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. « *Les Actes du colloque de la Sorbonne/Première rencontre interministérielle/10 décembre 1999* ». C.F.E.S., Vanves, 2000. Collection Livrets de connaissances – Drogues : Savoir plus.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LA TOXICOMANIE. « *Synthèse du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances* ». C.F.E.S., Vanves, 1999. Collection Livrets de connaissances – Drogues : Savoir plus. 34 p.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LA TOXICOMANIE et COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. « *Comprendre l'action des drogues* ». C.F.E.S., Vanves, 1999. Collection Livrets de connaissances – Drogues : Savoir plus. 50 p.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LA TOXICOMANIE et COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. « *Drogues et usages : les chiffres clefs* ». C.F.E.S., Vanves, 1999. Collection Livrets de connaissances – Drogues : Savoir plus. 50 p.

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LA TOXICOMANIE et COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. « *Drogues et usages : les dispositifs publics* ». C.F.E.S., Vanves, 1999. Collection Livrets de connaissances – Drogues : Savoir plus. 50 p.

### ***Lois, décrets et circulaires.***

#### Lois et ordonnances.

Loi n°54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.

Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi Veil n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.

Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 dite « Loi Evin » relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, article 6.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, articles 29 et 30.

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

Loi n°98-1194 de Financement de la Sécurité Sociale du 23 décembre 1998, article 25.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale

Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

#### Décrets.

Décret n°99-940 du 12 novembre 1999.

#### Circulaires.

Circulaire interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs

Circulaire DGS/DH n°15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prise en charge de la toxicomanie.

Circulaire 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes

Circulaire du 9 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental

Circulaire du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison

Circulaire DGS n°96-707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool

Circulaire DH/EO 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements

Note d'orientation M.I.L.D.T. du 12 février 1999 pour l'élargissement des C.D.O. à la prise en charge de l'alcool.

Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

Circulaire du 3 avril 2000, relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie

Circulaire DHOS/02-DGS/SD6B n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives

### ***Documents locaux :***

S.R.O.S. du Nord-Pas-de-Calais 1999-2004.

P.R.S. du Nord-Pas-de-Calais : « Conduites de consommation à risque ».

EURASANTE. **Alternatives à l'hospitalisation et réseaux de soins, de nouvelles opportunités de marchés en santé – Perspectives pour la région Nord-Pas-de-Calais.** CMP, Villeneuve d'Ascq, 2000. Les Etudes EURASANTE.

DEVILLERS B. *Bilan d'activité du dispositif de réduction des risques 2001.* D.G.A.S.S., Ville de Roubaix, 2002.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Annexe 2 : Grilles d'entretiens.

Annexe 3 : Données de consommation dans le monde et en France

Annexe 4 : Ampleur de la consommation de substances psycho-actives en France.

Annexe 5 : Conséquences sanitaires des consommations de drogues

Annexe 6 : Coût social des drogues

Annexe 7 : Définition internationale des pratiques addictives

Annexe 8 : Les outils de repérage à disposition des professionnels

Annexe 9 : Données épidémiologiques et structurelles liées à la consommation de substances psycho-actives en Nord-Pas-de-Calais

Annexe 10 : Programmes régionaux et programmes territoriaux de santé en Nord-Pas-de-Calais.

Annexe 11 : Offre de soins et de prise en charge sur le secteur de Roubaix – Tourcoing.

Annexe 12 : Offre de soins en alcoologie et toxicomanie sur le secteur de Roubaix – Tourcoing.

Annexe 13 : Organisation administrative, médicale et soignante des unités fonctionnelles dédiées à la prise en charge des conduites addictives au Centre Hospitalier

Annexe 14 : Plan des sites du Centre Hospitalier

Annexe 15 : Feuille de relevé d'activité, équipe de liaison, pavillon 15 – mars 2002

Annexe 16 : Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des unités et des médecins, concernant l'activité de l'infirmière de liaison (2002).

Annexe 17 : Formations aux conduites addictives au Centre Hospitalier

## **ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES**

Assisté à une réunion du Comité technique du P.T.S. et à une réunion du Comité de Pilotage du P.T.S.

Assisté à une réunion inter-institutionnelle organisée par la mairie de Roubaix sur son Programme Pluriannuel Santé 2003-2006

Assisté à la première réunion du C..L.S.P.D. (bilan du Contrat Local de Sécurité, orientations).

**M. F. MAURY**, Directeur général du Centre Hospitalier de Roubaix

**M. D. ARTOT**, Directeur des Affaires médicales du Centre Hospitalier de Roubaix en 1999-2002.

**M. J.-P. WILLEM**, en charge de la Cellule de Veille Stratégique à Roubaix

**Mme KERKHOVE**, Directrice des Soins Infirmiers en charge des unités d'alcoologie et de toxicomanie au Centre Hospitalier de Roubaix.

**Mme DEBESQUE**, Cadre Infirmier Supérieur de la Toxicomanie, l'Alcoologie, la Psychiatrie et l'Orthogénie.

**Dr. DELEMAZURE**, Médecin du Travail au Centre Hospitalier de Roubaix.

**Mme M-P VANDAELE**, Cadre de la Fédération d'Education du Patient et de la Promotion de la Santé.

**Dr. Jacques WEMEAU**, chef de service de Médecine Interne.

**M. PREVOST**, Adjoint au maire en charge de la Santé à la Mairie de Roubaix

**Mme B. DEVILLERS**, Direction Générale de la Santé de la Ville de Roubaix, pôle « Prévention et Promotion de la Santé », en charge des programmes de réduction des risques.

**M. T. PLOUZENEC**, à la D.D.A.S.S. (chargé de mission, M.I.S.P.)

**Mme L. DUPOND**, au C.D.P.A.

N.B. : Cette étude a été précédée par un stage d'une semaine dans les unités de toxicomanie, méthadone et alcoologie en février 2002, lors du Stage d'observation de l'E.N.S.P..

## **ANNEXE 2 : GRILLES D'ENTRETIEN**

*Document 1 : Grille d'entretien à destination de l'équipe de liaison du Centre Hospitalier de Roubaix.*

**I – Informations générales.**

**1. Service de rattachement ; nom du responsable médical.**

--

**2. Historique de l'équipe de liaison.**

Date d'obtention des crédits ; date de mise en œuvre effective. Evolution du champ d'intervention et de la composition de l'équipe.

--

**3. Modalité administrative d'organisation.**

U.F. d'addictologie ? Fédération d'addictologie ? Equipe de liaison rattachée à un service ?

--

**4. Zone géographique desservie.**

Population couverte. Recrutement du service. Données épidémiologiques connues.

--

**5. Sites d'intervention.**

Voir les services privilégiés en nombre de lits, activité, passage aux urgences.

--

**6. Modalités de financement.**

Crédits spécifiques Agence Régionale de l'Hospitalisation. Contrat d'objectifs et de moyens.

Redéploiements internes. Autres.

--

## 7. Composition de l'équipe.

	Nombre d'agents	E.T.P.	Date de début d'activité
P.H. – Médecin			
I.D.E.			
Assistante sociale			
Psychologue			
Secrétaire médicale			
Diététicien			
Educateurs			
Autres			

## 8. Modalités d'institution de l'équipe.

Formation du personnel de l'équipe. Contact avec d'autres équipes. Existence de documents précisant les missions et les modalités de fonctionnement de l'équipe. Présentation des objectifs en direction de la C.M.E., de la D.S.S.I., des services.

--

## II – Activités mises en œuvre.

### 1. Formation des personnels de l'établissement.

Services et personnels concernés. Type et contenu des formations (sensibilisation, information) ; formateurs. Quel état des lieux des besoins en formation ? Quelle priorisation des agents ou services demandeurs ?

--

### 2. Protocoles de soins et de prise en charge.

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

--



### **3. Assistance aux services hospitaliers.**

Interventions au lit des patients : à la demande, passage systématique ? Principaux services concernés. Participation aux réunions de service.

A quel « stade » sont les patients rencontrés, dans leur rapport au produit ?

### **4. Consultations externes.**

En amont ou en aval d'une hospitalisation. Consultations avancées.

### **5. Partenariat, travail en réseau.**

Liens avec le secteur psychiatrique, les services spécialisés des établissements sanitaires (Roubaix, Lille, Tourcoing, autres), services de S.S.R..

Liens avec les centres spécialisés : C.S.S.T., C.C.A.A., consultations de sevrage tabagique.

Liens avec les structures sociales et d'hébergement.

Liens avec les médecins généralistes et les associations.

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

Types d'action menées. Partenaires éventuels.

### **7. Recueil d'information, indicateurs d'évaluation.**

Mise en place d'un recueil d'informations systématisé ; dossier de premier entretien.

Importance des conduites addictives dans les motifs de consultation aux urgences.

Evaluation de la prise en charge effective (à l'hôpital et en aval). Rapport d'activité.

Indicateurs.

### **III – Bilan de l'équipe de liaison.**

#### **1. Analyse.**

Elargissement du champ d'intervention.

Position et perception de l'équipe par les équipes soignantes (urgences, services hospitaliers). Perception par les usagers. Information régulière en C.M.E..

Capacité des services à dépister, prendre en charge et orienter les personnes ayant des conduites addictives. Prise en charge précoce.

#### **2. Principaux problèmes rencontrés.**

Moyens de fonctionnement.

Disponibilité en personnel, formation, compétences.

Problèmes avec l'administration hospitalière.

Aide à la prise en charge du patient, structures d'aval.

#### **3. Propositions en vue d'améliorer le fonctionnement de l'équipe.**

**Document 2 : Grille d'entretien à destination des unités d'alcoologie et de toxicologie du Centre Hospitalier de Roubaix.**

**I – Informations générales.**

**1. Nom du/des responsable(s) médical(aux).**

--

**2. Historique de l'unité.**

Date d'obtention des crédits ; date de mise en œuvre effective.

Evolution du champ d'intervention et de la composition de l'équipe.

--

**3. Modalité administrative d'organisation.**

U.F. ? Rattachement ? Département ? Fédération ?

--

**4. Zone géographique desservie.**

Population couverte. Recrutement du service. Données épidémiologiques connues.

--

**5. Modalités de financement, si particulières.**

--

**6. Composition de l'unité.**

	Nombre d'agents	E.T.P.	Début de service
P.H. – Médecin			
I.D.E.			
Assistante sociale			
Psychologue			
Secrétaire médicale			

Diététicien			
Educateurs			
Autres			

### 7. Modalités d'institution de l'unité.

Formation du personnel de l'unité.

Contact avec d'autres unités dans la région ou le secteur sanitaire.

Existence de documents précisant les missions et les modalités de fonctionnement de l'unité.

Liens en termes d'information et de communication avec la C.M.E., la D.S.S.I., éventuellement les services.

## II – Activités mises en œuvre.

### 1. Thérapeutiques mises en œuvre.

### 2. Protocoles de soins et de prise en charge.

Il s'agit à la fois des protocoles cliniques et des protocoles concernant la construction d'un projet de vie pour les patients.

A quel « stade » sont les patients qui arrivent, dans leur rapport au(x) produit(s) ?

### 3. Consultations internes/externes.

Participations aux consultations internes/externes à défaut ou en substitution des équipes de liaison.

### 4. Partenariat, travail en réseau.

Liens avec le secteur psychiatrique, les services spécialisés des autres établissements sanitaires (Lille, Tourcoing, autres), services de S.S.R..

Liens avec les centres spécialisés : C.S.S.T., C.C.A.A., consultations de sevrage tabagique.

Liens avec les structures sociales et d'hébergement.

Liens avec les médecins généralistes et les associations.

### **5. Recueil d'information, indicateurs d'évaluation.**

Mise en place d'un recueil d'informations systématisé ; dossier de premier entretien.

Evaluation de la prise en charge effective (à l'hôpital et en aval). Rapport d'activité.

Indicateurs.

### **III – Bilan de l'unité.**

#### **1. Analyse.**

Rapprochement entre les deux unités fonctionnelles.

Position et perception de l'unité par les équipes soignantes (urgences, services hospitaliers).

Perception par les usagers. Information régulière en C.M.E..

Quelle réaction à l'idée de repérage ou prise en charge précoces ?

#### **2. Principaux problèmes rencontrés.**

Moyens de fonctionnement.

Disponibilité en personnel, formation, compétences.

Problèmes avec l'administration hospitalière.

Liens en interne et en externe.

#### **3. Propositions en vue d'améliorer le fonctionnement de l'équipe.**

**Document 3 : Grille d'entretien à destination des services les plus touchés par les conduites de consommation à risque au sein du Centre Hospitalier de Roubaix (Fédération des pathologies digestives ; Urgences ; Pédiatrie ; Gynécologie-Obstétrique ; Traumatologie ; Oncologie ; Psychiatrie ; Neurologie...).**

**I – Informations générales.**

**1. Intitulé du service**

**2. Responsable médical / Cadres soignants.**

**3. Type de population accueillie.**

En termes de pathologie, d'état civil, de situation sociale...

**II – Quel positionnement par rapport aux conduites addictives en général ?**

**1. Quelle connaissance des données épidémiologiques de la population générale / environnante / de leur service, en termes de conduites addictives.**

**2. Quelle compétence des médecins et des I.D.E. (et autres) en la matière dans le service ?**

**3. Quel repérage des conduites addictives dans le service ? A quel stade ? Pour quel produit ? Est-ce uniquement pour le produit qui cause le plus de complications traitées dans le service ?**

**4. Comment se fait l'orientation quand le repérage est effectué ? Vers qui ? Comment faire pour les poly-consommations quand elles sont détectées ?**

**5. Y a-t-il participation à une prise en charge quelconque ? Y a-t-il éventuellement un suivi postérieur ?**

**6. Les choses sont-elles différentes entre l'hospitalisation et la consultation ?**

**III – Quel positionnement par rapport à l'équipe de liaison et aux unités prenant en charge des personnes avec conduites addictives ?**

**1. Avez-vous des liens avec l'équipe de liaison ?**

Lesquels ? Sont-ils formalisés ?

**2. Avez-vous des liens avec les unités d'alcoologie et de toxicomanie ?**

Lesquels ? Sont-ils formalisés ? Sont-ils les mêmes ?

**3. Y a-t-il eu un travail en commun ou des rencontres avec l'une ou l'autre de ces entités ?**

**4. Avez-vous participé à une formation de l'équipe de liaison ? Vous a-t-elle incité à le faire (ou à l'extérieur) ? Avez-vous organisé une rencontre entre un patient et une équipe de liaison ?**

**5. Dans le cas où vous auriez orienté un patient vers une unité d'alcoologie ou de toxicomanie, avez-vous eu un suivi commun ?**

**6. En règle générale, avez-vous l'impression qu'une entité ou une autre vous a sensibilisé à cette question des addictions ?**

**7. Comment avez-vous perçu la position de la direction sur cette question ? De la C.M.E. ?**

**8. Avez-vous des propositions ?**



## ANNEXE 3 : DONNEES DE CONSOMMATION DANS LE MONDE ET EN FRANCE

### *La consommation d'alcool dans le monde*

Exprimée en litres d'alcool pur, par habitant et par an (moyenne calculée à partir des ventes d'alcool)

PAYS	1999
Luxembourg	12,2
Irlande	11,6
Portugal	11
France	10,7
Allemagne	10,6
République tchèque	10,5
Espagne	9,9
Hongrie	9,7
Danemark	9,5
Autriche	9,3
Suisse	9,2
Grèce	8,9
Belgique	8,2
Pays-Bas	8,2
Royaume-Uni	8,1

PAYS	1999
Italie	7,7
Australie	7,5
Finlande	7,3
Pologne	6,9
Etats-Unis	6,7
Japon	6,6
Canada	6,3
Malte	5,2
Chili	4,9
Suède	4,9
Norvège	4,4
Brésil	4,2
Islande	4
Thaïlande	3,9
Estonie	2,5

Source : *Produktschap voor gedistilleerde Dranken, Schiedam, Pays-Bas (2000), in : ANPA, Statistiques 2000-2001*

### *Consommation totale d'alcool pur en France, en litres et par an*

1960	1970	1980	1990	1996	1999
27,4	25	23	18,3	13,4	13,4

Source : I.N.S.E.E.

## ANNEXE 4 : AMPLEUR DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES EN FRANCE

Source : O.F.D.T., Indicateurs et Tendances 2002.

Estimation du nombre de consommateurs :	alcool	tabac	Médicaments psychotropes	Drogues illicites	
				Cannabis	Autres drogues
Expérimentateurs*	43 000 000	36 000 000	nd	9 500 000	1 500 000
Occasionnels**	41 000 000	15 000 000	8 400 000	3 300 000	220 000
Répétés***	14 000 000	13 000 000	3 800 000	1 700 000	nd
Quotidiens****	8 900 000	13 000 000	nd	280 000	Nd

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

\* Expérimentateurs : pour tous produits, au moins 1 fois dans la vie.

\*\* Occasionnels :

- alcool : au moins 1 fois dans l'année.
- tabac : se déclarent actuellement fumeurs
- drogues illicites : au moins 1 fois dans l'année

\*\*\* Répétés :

- alcool : au moins 3 verres dans la semaine
- tabac : au moins 1 cigarette par jour actuellement
- médicaments : au moins 1 somnifère ou 1 tranquillisant 1 fois dans la semaine
- cannabis : au moins 10 fois dans l'année.

\*\*\*\* Quotidiens :

- alcool : au moins 1 verre par jour au cours des douze derniers mois.
- tabac : au moins 1 cigarette par jour actuellement.
- médicaments : au moins 1 somnifère ou 1 tranquillisant quotidiennement ou presque au cours des trente derniers jours.
- Cannabis : au moins 30 fois au cours des trente derniers jours.

## 1. Données de la consommation en population adulte.

**Fréquence de l'expérimentation de produits psycho-actifs chez les 18-75 ans, les 18-25 ans et les 26-44 ans en 2000, par âge.**

en %

	18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans
Alcool	95.9	93.9	95.9
Tabac	82.0	80.0	84.7
Médicaments psychotropes <sup>(1)</sup>	19.7	13.1	16.3
Cannabis	21.6	46.8	31.7
Colles et solvants volatils	2.7	5.7	4.0
Cocaïne	1.5	2.2	2.5
LSD	1.5	2.9	2.3
Amphétamines	1.4	1.6	1.8
Ecstasy	0.8	2.8	0.9
Héroïne	0.7	0.9	1.2
Médicaments « pour se droguer » <sup>(2)</sup>	0.7	0.9	1.1
Champignons hallucinogènes	0.4	0.6	0.5
Opium, morphine	0.3	0.1	0.3
Poppers	0.1	0.1	0.2

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

(2) Termes employés lors de l'enquête.

Chez les 18-75 ans, les substances psycho-actives les plus souvent expérimentées sont l'alcool à 95.9% et le tabac à 82%. La drogue illicite la plus consommée est le cannabis avec 21.6% d'expérimentateurs. L'usage de médicaments psychotropes concerne environ une personne sur cinq. Pour les autres produits, l'expérimentation ne concerne qu'une petite minorité d'individus.

Deux tendances marquantes :

- ⇒ La consommation de substances psycho-actives touche surtout les jeunes adultes, à l'exception des médicaments et de la consommation quotidienne d'alcool.
- ⇒ L'expérimentation est un comportement majoritairement masculin, sauf pour les médicaments psychotropes. Pour toutes les drogues illicites, les hommes sont deux à trois fois plus nombreux que les femmes à avoir déjà consommé. Pour le tabac, les comportements se rejoignent.

L'usage répété concerne surtout le tabac et l'alcool, et le cannabis à un moindre niveau. Parmi les 18-75 ans, trois sur 10 sont des consommateurs quotidiens de tabac ; environ un tiers a pris de l'alcool au moins trois fois au cours de la semaine. L'usage répété concerne 3.4% des 18-75 ans pour le cannabis, et 9.1% pour les médicaments.

La poly-consommation répétée d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac ou le cannabis concerne 15% de la population des 18-75 ans (en tête : alcool tabac 9.6% ; tabac cannabis 3.4% ; alcool tabac cannabis 1.7%).

Divers traits marquent l'évolution des comportements ces dernières années :

- ⇒ Une certaine banalisation du cannabis.
- ⇒ Une stabilité globale des consommations d'alcool.
- ⇒ La baisse des consommations de tabac chez les hommes, contre une hausse chez les femmes.
- ⇒ Une tendance globale à la hausse pour les autres drogues illicites (amphétamines - MDMA ; cocaïne) sauf pour l'héroïne.

## **2. Données de la consommation en population adolescente.**

***Fréquence de l'expérimentation de produits psycho-actifs chez les jeunes à la fin de l'adolescence, en 2000, par sexe et âge.***

en %

	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Alcool <sup>(1)</sup>	77.3	80.8	79.3	82.7
Tabac	79.4	76.0	78.4	84.0
Cannabis	40.9	50.1	54.9	60.3
Médicaments psychotropes <sup>(2)</sup>	29.0	10.6	12.7	13.6
Champignons hallucinogènes	1.6	4.5	6.9	8.7
Poppers	1.3	3.4	4.8	8.3
Ecstasy	1.4	2.8	4.7	6.7
Produits à inhaler	3.3	4.9	6.6	6.3
LSD	0.8	1.6	2.8	4.8
Amphétamines	0.6	1.4	2.4	3.7

Cocaïne	0.6	1.3	2.7	3.3
Héroïne	0.4	0.9	1.4	1.3

(1) Consommation au cours des trente derniers jours

(2) Intitulé exact dans le questionnaire (médicaments pour les nerfs, dormir)

A la fin de l'adolescence, les substances psycho-actives les plus expérimentées sont l'alcool et le tabac, pour près de 80% des jeunes dans les deux sexes. L'expérimentation du cannabis concerne environ un adolescent sur deux, plutôt chez les garçons (50.1% contre 40.9% à 17 ans), alors que la consommation de médicaments psychotropes est plutôt féminine (29% contre 10.6% à 17 ans). Les autres produits sont moins expérimentés, avec toujours une prédominance masculine.

Les poly-expérimentations sont très fréquentes. A 17 ans, 76% des filles et 75% des garçons ont expérimenté au moins deux produits parmi le tabac, l'alcool et le cannabis. La poly-expérimentation augmente avec l'âge pour atteindre 83% à 19 ans.

***Fréquence de l'usage répété d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge.***

en %

	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Alcool	5.5	16.0	17.5	22.3
Tabac	40.2	41.9	45.6	50.9
Cannabis	12.6	23.8	28.5	32.7

L'usage répété est, à 17 ans, fréquent, et plus masculin (5.5% de filles et 16% de garçons pour l'alcool ; 12.6% de filles et 23.8% de garçons pour le cannabis), mais peu différencié pour le tabac (40-41%).

A 17 ans, la poly-consommation répétée est également plus masculine (23% contre 12%) et concerne surtout le tabac et le cannabis.

Plusieurs traits marquent les tendances de consommation entre 1993 et 1999 :

- ⇒ L'expérimentation du tabac et du cannabis a augmenté de près de 20 points chez garçons et filles.
- ⇒ L'expérimentation de l'alcool a légèrement augmenté.
- ⇒ Les consommations répétées ont sensiblement augmenté (garçons et filles atteignent 30% pour le tabac ; triplement pour le cannabis chez les garçons à 15%).

## ANNEXE 5 : CONSEQUENCES SANITAIRES DES CONSOMMATIONS DE DROGUES

*Mortalité en France, 1997*

	<b>Alcool</b>	<b>Tabac</b>	<b>Drogues illicites</b>	<b>Total</b>
<b>Décès imputables</b>	60 000	60 000	547	120 547
<b>Décès prématurés imputables</b>				
Hommes	35 446	39 131	Nd	
Femmes	8 517	2 646	Nd	
<b>Total</b>	43 963	41 777	547	86 287
<b>Part des décès imputables dans le total des décès *</b>	11,33%	11,33%	0,10%	22,76%
<b>Part des décès prématurés imputables dans le total des décès **</b>	8,30%	7,89%	0,10%	16,29%

\* Nombre total de décès en France en 1997 : 529 640

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

Morbidité en France, 1997

	<b>Alcool</b>	<b>Tabac</b>	<b>Drogues illicites</b>	<b>Total</b>
<b>Années de vie perdues</b>				
Hommes	591 866	454 526	Nd	
Femmes	150 232	27 078	Nd	
<b>Total</b>	<b>742 098</b>	<b>481 604</b>	<b>Nd</b>	<b>1 223 702</b>
<b>Nombre d'hospitalisations</b>				
Hommes	297 266	509 857	Nd	807 123
Femmes	86 115	259 620	Nd	345 735
<b>Total</b>	<b>383 381</b>	<b>769 477</b>	<b>Nd</b>	<b>1 152 858</b>
<b>Nombre total de jours d'hôpital</b>				
Hommes	2 824 027	4 741 670	Nd	7 565 697
Femmes	818 093	2 388 504	Nd	3 206 597
<b>Total</b>	<b>3 642 120</b>	<b>7 130 174</b>	<b>Nd</b>	<b>10 772 294</b>

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

**Nouveaux cas de S.I.D.A. déclarés par les usagers de drogues, de 1987 à 2000.**

1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
												*	*
343	640	905	1079	1218	1342	1493	1376	1317	962	423	346	285	244

\* Données redressées

Source : Système de surveillance du S.I.D.A., I.V.S.

## ANNEXE 6 : LE COÛT SOCIAL DES DROGUES

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

En millions de francs

	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Total
	Coût	Coût	Coût	Coût
	%	%	%	%
1° Coût direct des soins	18 421,76 15,96%	26 973,70 30,22%	1 524,51 11,42%	46 919,97 21,52%
2° Coûts directs de prévention et de recherche	3 675,60 3,18%	18,50 *	948,88 7,11%	4 642,98 2,13%
3° Coûts directs d'application de la loi	367,36 0,32%	* *	3 911,46 29,30%	4 278,82 1,96%
4° Coûts directs de perte de prélèvements obligatoires	12 280,53 10,64%	11 806,30 13,23%	866,24 6,49%	24 953,07 11,44%
5° Autres coûts directs imputables	2320,00 20,03%	11,70 *	* *	23 131,70 10,61%
6° Coûts indirects des pertes de revenu et des pertes de production	57 555,66 49,80%	50 446,7 56,52%	6 099,19 45,69%	114 101,55 52,33%
<b>COÛT SOCIAL</b>	<b>115 420,91</b>	<b>89 256,90</b>	<b>13 350,28</b>	<b>218 028,09</b>
Part de chaque substance	52,94%	40,94%	6,12%	100%
Dépense par tête	1 966,28	1 520,56	227,43	3 714,28
Coût social en % du P.I.B.	1,42%	1,10%	0,16%	2,68%

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



## **ANNEXE 7 : DEFINITION INTERNATIONALE DES PRATIQUES ADDICTIVES**

### **Utilisation nocive pour la santé (C.I.M. 10)**

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

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

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

### **Abus de substances psycho-actives (D.S.M. IV, 1994)**

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

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

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

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

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

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

### **Dépendance (D.S.M. IV, 1994)**

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

1° Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a – besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.

b – effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

2° Existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a – syndrome de sevrage caractéristique de la substance

b – la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

3° La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.

4° Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.

5° Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

6° D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.

7° L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

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

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

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

C – Sentiment de plaisir, de soulagement en entreprenant le comportement.

D – Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.

E – Au moins cinq des items suivants :

1° Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation.

2° Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée.

3° Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.

4° Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.

5° Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies.

6° D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.

7° Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement.

8° Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité.

9° Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.

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

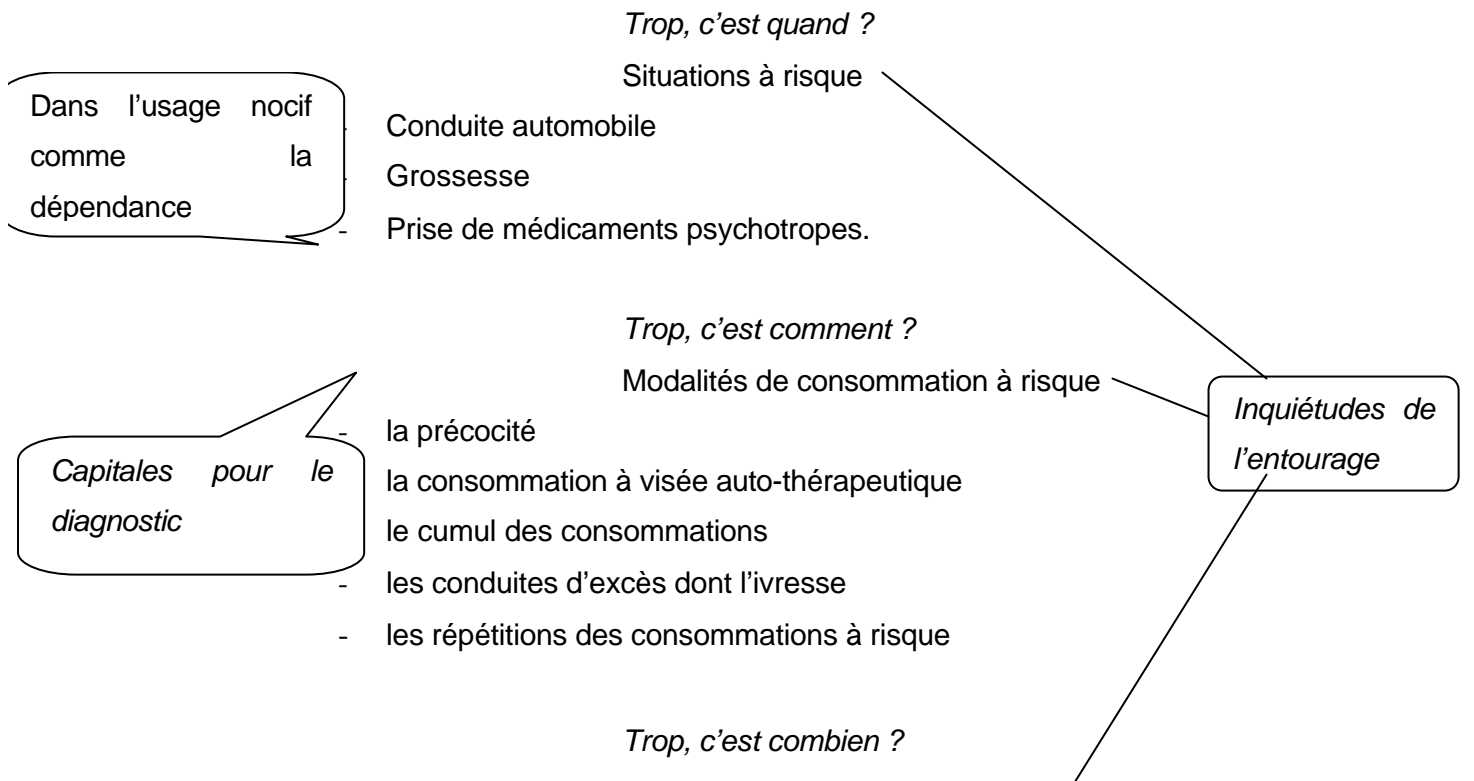
## **Annexe 8 : LES OUTILS DE REPERAGE A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS**

In : Usage nocif de substances psycho-actives : identification des usages à risque ; outils de repérage ; conduites à tenir. Rapport au D.G.S., groupe de travail présidé par Pr Michel Reynaud. La documentation française, Paris. 2001

### **Liste des documents présentés :**

- Les usages à risque
- Le CRAFFT Test
- ABUS selon le D.S.M. IV
- Le D.E.T.A. / CAGE
- AUDIT
- Le « short tabac test »
- Le Fagerstrom
- Le DETC / CAGE Cannabis
- Questionnaire d'auto-évaluation de consommation nocive de cannabis (NHC de Nouvelle-Zélande, 1996)
- Questionnaire d'auto-évaluation de consommation de drogues de synthèse
- Questionnaire HAD
- Indicateurs de risques individuels
- Indicateurs de risques environnementaux

## N°1 : Les usages à risque



### - Seuils d'information et d'intervention

	Alcool	Tabac	Cannabis	Autres produits	Cocaïne	Héroïne
Seuil d'information	Hommes : 21 verres hebdo Femmes : 14 verres hebdo	Toute consommation	Toute consommation	Toute consommation	/	/
Seuil d'intervention	Hommes : 35 verres hebdo Femmes : 21 verres hebdo + 5 verres par occasion (pour tous)	+10 cigarettes par jour	Consommation quotidienne Ivresse cannabique (+ de 4 joints)	En fonction des modalités de consommation	Toute consommation	Toute consommation
	Toute consommation avant 15 ans					

1° Etes-vous déjà monté dans un **Véhicule** (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait trop bu ou qui était défoncé ou qui avait consommé de l'alcool ou des drogues ?

2° Utilisez-vous de l'alcool ou des drogues pour vous **Détendre** vous sentir mieux ou pour tenir le coup ?

3° Vous est-il déjà arrivé **d'Oublier** ce que vous avez fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?

4° Utilisez-vous de l'alcool et des drogues quand vous êtes **Seul** ?

5° Avez-vous déjà eu des **Problèmes** en consommant de l'alcool ou des drogues ?

6° Vos **Amis** ou votre **Famille** vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou votre usage de drogues ?

*Deux réponses positives (ou plus) à ces questions évoquent une consommation nocive.*

### N°3 : L'ABUS selon le D.S.M. IV

1° Avez-vous été à plusieurs reprises **Ivre** ou **Intoxiqué(e)** par des drogues (nommer la substance ou la classe de substances sélectionnée) ou « **Défoncé(e)** » alors que vous aviez des choses à **faire au travail (à l'école) ou à la maison** ? Cela a-t-il posé des problèmes ?

2° Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool ou de drogues dans une situation où cela était **physiquement risqué** comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc... ? Cela a-t-il posé des problèmes ?

3° Avez-vous eu des **problèmes légaux** parce que vous aviez bu ou pris des drogues comme une interpellation ou une condamnation ?

4° Avez-vous continué à boire ou à prendre des drogues tout en sachant que cela entraînait des **problèmes avec votre famille ou votre entourage** ?

*Une réponse positive (ou plus) ) ces questions est évocatrice d'une consommation nocive.*

### N°4 : le DETA (CAGE)

1° Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?

2° Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

3° Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ?

4° Avez-vous déjà eu besoin **d'Alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ?

*Deux réponses positives (ou plus) à ces questions évoquent une consommation nocive.*



**N°5 AUDIT**

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1° Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2° Combien de verre contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3° Avec quelle fréquence buvez-vous 6 verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4° Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5° Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous at-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6° Au cours de l'année	jamais	Moins d'une	1 fois par	1 fois par	Tous les	

écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?		fois par mois	mois	semaine	jours ou presque	
7° Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8° Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9° Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	non		Oui mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10° Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	non		Oui mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
TOTAL						

*Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool*

*Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool*

**N° 6 : Le Short tabac-test (d'après Fagerstrom)**

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

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

*0-1 : pas de dépendance    2-3 : dépendance modérée    4-5-6 : dépendance forte*

**N°7 : Le Fagerstrom**

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

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

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- oui.....1
- non.....0

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- la première.....1
- une autre.....0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- oui.....1
- non.....0

Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- oui.....1
- non.....0

*0-2 : pas de dépendance*

*3-4 : dépendance faible*

*5-6 : dépendance moyenne*

*7-8 : dépendance forte*

*9-10 : dépendance très forte*

## N°8 : le DETC/CAGE Cannabis

1° Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de cannabis ?

2° Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

3° Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez **Trop** de cannabis ?

4° Avez-vous déjà eu besoin **de fumer du Cannabis** dès le matin pour vous sentir en forme ?

*Deux réponses positives (ou plus) à ces questions évoquent une consommation nocive.*

## N°9 : Questionnaire d'auto-évaluation de consommation nocive de cannabis (NHC de Nouvelle-Zélande, 1996)

1° Votre entourage s'est-il plaint de votre usage de cannabis ?

2° Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?

3° Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage de cannabis ?

4° Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans « joint » ?

5° Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?

6° Vous êtes-vous déjà senti préoccupé par les effets de votre usage de cannabis ?

7° Avez-vous plus de difficultés à étudier ? à intégrer des informations nouvelles ?

8° Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?

9° Aimez-vous « planer » « être défoncé(e) » dès le matin ?

10° Etes-vous de plus en plus souvent « défoncé(e) » ?

11° Avez-vous ressenti « le manque », des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuiez ou arrêtiez l'usage de cannabis ?

*Trois réponses positives (ou plus) suggèrent un usage problématique de cannabis*

***ECSTASY, TRIPS, SPEED, COKE, KETA, TU GERES, JUSQU'OU ?***

Si une ou plusieurs phrases te correspondent, peut-être devrais-tu te demander où tu en es de ta conso ?

- Tu as déjà fait un (ou des) bad(s) trip(s). Cela t'inquiète, tu y repenses souvent ; mais tu continues quand même à prendre le même type de produits.
- Tu as perdu beaucoup de poids depuis que tu consommes ces produits.
- Même en semaine, tu as du mal à dormir ; tu prends régulièrement des médicaments pour dormir.
- Tes études /ton travail ne te motivent plus. La semaine n'a aucun intérêt, tu attends seulement le week-end ; le quotidien, c'est beaucoup trop fade.
- Un week-end sans sortir, ou une teuf sans consommer, est-ce insupportable pour toi ?
- Tu es toujours fatigué, tu as du mal à te concentrer sur une activité (travail, lecture...).
- Tu ne peux pas aller en teuf sans gober, tu t'y ennuierais trop.
- Tu ne vois plus d'autres amis que ceux qui vont en teuf avec toi ; ce sont quasiment tous des gobeurs. Les autres n'ont pas d'intérêt, tu n'as rien à leur dire.
- Tu ne peux pas affronter les descentes sans prendre des tranquillisants ou des opiacés.
- Tu prends systématiquement plusieurs produits différents dans la nuit, un seul effet c'est pas assez pour s'éclater.
- Plusieurs personnes de ton entourage t'ont dit que tu étais irritable, parfois « parano ».
- Ton(ta) petit(e) ami(e) te fait des remarques sur ta consommation ; c'est source de conflits entre vous.
- Quand tu sors, tu commences ta soirée par des bières et des joints avant la teuf, mais tu ne sais pas combien tu en prends au total au cours de la nuit. Tu n'y fais pas attention.
- Tu es souvent morose, tu t'ennuies facilement.
- Quand tu entends parler d'un nouveau produit, tu cherches systématiquement à l'essayer.
- Même si tu n'es pas dans de bonnes conditions (humeur, entourage...) tu consommes chaque fois que tu en as l'occasion.

## N°11 : Questionnaire HAD

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide, votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

Score	A	Score	D
Je me sens tendu(e), énervé(e)		Je me sens ralenti(e)	
• la plupart du temps	3	• la plupart du temps	3
• souvent	2	• souvent	2
• de temps en temps	1	• quelquefois	1
• jamais	0	• jamais	0
J'éprouve des sensations de peur et d'oppression		J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses	
• très souvent	3	• oui	0
• assez souvent	2	• pas autant	1
• parfois	1	• plus rarement	2
• jamais	0	• plus du tout	3
J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose allait m'arriver		J'ai perdu l'intérêt de mon apparence	
• oui, très nettement	3	• totalement	3
• oui, mais ce n'est pas grave	2	• je n'y fais plus attention	2
• un peu	1	• je n'y fais pas assez attention	1
• pas du tout	0	• j'y fais toujours attention	0
Je ne tiens pas en place		J'arrive à rire et à m'amuser	
• oui	3	• toujours autant	0
• un peu	2	• plutôt moins	1
• pas tellement	1	• nettement moins	2
• pas du tout	0	• plus du tout	3
Je me fais du souci		Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses	
• très souvent	3	• comme d'habitude	0
• assez souvent	2	• plutôt moins qu'avant	1
• occasionnellement	1	• beaucoup moins	2
• rarement	0	• pas du tout	3
J'éprouve des sensations de		Je me sens gai, de bonne humeur	



panique		<ul style="list-style-type: none"> <li>• jamais</li> <li>• rarement</li> <li>• assez souvent</li> <li>• la plupart du temps</li> </ul>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• très souvent</li> <li>• assez souvent</li> <li>• rarement</li> <li>• jamais</li> </ul>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>		
Je peux rester tranquille et me détendre		Je prends du plaisir à lire un bon livre ou à un bon programme télé	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• jamais</li> <li>• rarement</li> <li>• oui en général</li> </ul>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• souvent</li> <li>• parfois</li> <li>• rarement</li> <li>• jamais</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
Total score A		Total score D	

## N°12 Indicateurs de risques individuels

A	COMPORTEMENT	<i>Instabilité</i> : difficulté à terminer une action, difficulté de concentration.
		<i>Impulsivité/agressivité</i> : conduites destructives vis-à-vis des personnes, des objets.
		<i>Troubles des conduites sociales</i> : bagarres fréquentes, tyrannie, cruauté, destruction de biens d'autrui, vols, mensonges, conduites incendiaires, école buissonnière, fugues, crises de colère fréquentes, désobéissance grave répétée, conduites à risque...
		<i>Troubles affectifs</i> : excitation, turbulence, tristesse, dépression, crises de larmes, angoisse, isolement, replu, vécu négatif, idées de mort, discours suicidaire...
B	COMORBIDITE PSYCHIATRIQUE	<i>Troubles anxieux</i> : angoisse (crainte de ne pas tenir le coup, de craquer), peurs excessives (examens, copains, parents, de sortir), trouble phobique (scolaire)...
		<i>Troubles du sommeil</i> : insomnies, réveils nocturnes, cauchemars, hypersomnies, somnolences diurnes...
		<i>Troubles des conduites alimentaires</i> : anorexie, boulimie, hyperphagie, vomissements, contrôle obsédant du poids...
		<i>Troubles psychosomatiques</i> : maux de tête, céphalées, migraines, spasmophilie, fatigue, douleurs diverses...

## N°13 : Indicateurs de risques environnementaux

C	FAMILIAL	Relations conflictuelles / violence
		Carences socio-éducatives
		Troubles mentaux familiaux (y compris consommation parentale)

		Événements familiaux traumatiques
D	SCOLAIRE	Absentéisme / retards fréquents
		Fléchissement scolaire
		Refus et/ou rupture scolaire
		Echec scolaire
		Phobie scolaire
E	PAIRS	Pairs consommateurs réguliers
		Initiation ou accentuation d'une consommation
		Marginalisation sociale / familiale

## **Annexe 9 : Données épidémiologiques et structurelles liées à la consommation de substances psycho-actives en Nord-Pas-de-Calais**

(chiffres de l'Observatoire régional de la santé du Nord-Pas-de-Calais).

### **1. Alcool.**

- Nombre de décès liés à l'alcool.
- Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité.
- Taux comparatifs de mortalité liée à l'alcool.
- Indice comparatif de mortalité par alcoolisme et psychose alcoolique.
- Les 10 plus fréquents motifs de suivi ou associés au motif de recours principal, des patients de médecine générale ayant un profil à risque avec dépendance par rapport à l'alcool.
- Centres de cure ambulatoire en alcoologie.

### **2. Tabac.**

- Nombre de décès liés au tabac.
- Part des décès liés au tabac dans la mortalité.
- Taux comparatifs de mortalité liée au tabac.
- Ventes de cigarettes.

### **3. Drogues illicites.**

- Toxicomanes pris en charge.

- Taux de toxicomanes pris en charge.
- Produits consommés par les toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés.
- Produits consommés par les toxicomanes pris en charge en établissements sanitaires.
- Vente de Stéribox.
- Vente de Subutex.
- Vente de flacons de Méthadone.
- Evolution de la proportion de toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution dans les différents centres de prise en charge du Nord-Pas-de-Calais.
- Décès par surdose.
- Infractions sur la Législation des Stupéfiants.
- Taux d'infractions sur la législation des stupéfiants.
- Séropositivité V.I.H. des toxicomanes en centres spécialisés.
- Séropositivité V.I.H. des toxicomanes en établissements sanitaires.
- Séropositivité V.H.C. des toxicomanes en centres spécialisés.
- Séropositivité V.H.C. des toxicomanes en établissements sanitaires.

## 1. Alcool.

### Nombre de décès liés à l'alcool

	Définition : nombre annuel de décès liés à l'alcool : cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, cancer des voies aéro-supérieures. Répartition par sexe									
	1998					1999				
	Minimum régional	Maximum régional	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Valeur département du Nord	Minimum	Maximum	France	Valeur régionale NPdC	Valeur département du Nord
Cirrhose hommes	- 21 (Corse)	856 (IdF)	6270	699	408	18 (Corse)	817 (IdF)	5979	637	397
Cirrhose femmes	- 6 (Corse)	403 (IdF)	2578	402	250	4 (Corse)	404 (IdF)	2499	386	253
Cirrhose ensemble	- 27 (Corse)	1259 (IdF)	8848	1101	658	22 (Corse)	1221 (IdF)	8478	1023	650
Psychose alcoolique hommes	4 (Corse)	247 (IdF)	1988	189	121	3 (Corse)	257 (IdF)	2160	199	128
Psychose alcoolique femmes	1 (Corse)	87 (IdF)	549	70	44	1 (Corse)	81 (IdF)	574	76	41
Psychose alcoolique ensemble	5 (Corse)	334 (IdF)	2537	259	165	4 (Corse)	338 (IdF)	2734	275	169
Cancers VADS - hommes	30 (Corse)	1437 (IdF)	10092	1109	696	34 (Corse)	1361 (IdF)	9605	1044	640
Cancers VADS - femmes	7 (Corse)	287 (IdF)	1586	143	91	5 (Corse)	307 (IdF)	1579	138	89
Cancers VADS - ensemble	37 (Corse)	1724 (IdF)	11678	1252	787	39 (Corse)	1668 (IdF)	11184	1182	729

Source : I.N.S.E.R.M. (in : F.N.O.R.S.)

### Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité

Définition : pourcentage des décès liés à l'alcool (cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, cancer des voies aéro-digestives supérieures) dans l'ensemble des décès. Répartition par tranches d'âge. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

	1995				1996			
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC
Cirrhose - 25-44 ans	1,4 (Corse)	7,6 (NPdC)	3,2	7,6	1,8 (Corse)	7,8 (NPdC)	3,3	7,8
Psychose alcoolique - 25-44 ans	1 (PACA)	3,4 (NPdC)	1,8	3,4	0,8 (PACA)	3,4 (Bretagne)	1,9	3,3
Cancers VADS - 25-44 ans	1,3 (PACA)	4,5 (NPdC)	2,1	4,5	0,8 (Corse)	4,1 (NPdC)	2,2	4,1
Cirrhose - 45-64 ans	3,4 (Corse)	8,5 (NPdC)	5,6	8,5	3,6 (Midi-Pyrénées)	8,9 (NPdC)	5,7	8,9
Psychose alcoolique - 45-64 ans	1 (Midi-Pyrénées)	2,6 (Bretagne)	1,6	2,1	0,9 (Midi-Pyrénées)	2,7 (Bretagne)	1,5	1,9
Cancers VADS - 45-64 ans	4,6 (Corse)	9,2 (NPdC)	6,9	9,2	4,2 (Corse)	9 (NPdC)	6,8	9
Cirrhose - 65 ans ou plus	0,5 (Corse)	1,2 (NPdC)	0,9	1,2	0,5 (Corse)	1,2 (NPdC)	0,9	1,2
Psychose alcoolique - 65 ans ou plus	0,1	0,3	0,2	0,2	0 (Corse)	0,3	0,2	0,3
Cancers VADS - 65 ans ou plus	1 (Corse)	2,1 (Bretagne)	1,5	2	1,1	2 (Bretagne)	1,5	1,9

Source : I.N.S.E.R.M. (in : F.N.O.R.S.)

## Taux comparatifs de mortalité liés à l'alcool

Définition : taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de la France métropolitaine. l'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

	1997					1998				
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Valeur département du Nord	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Valeur département du Nord
Cirrhose hommes	13,4 (Midi-Pyrénées)	38,7 (NPdC)	22,4	38,7	36,9	12,8 (Midi-Pyrénées)	38,1 (NPdC)	21,7	38,1	36,7
Cirrhose femmes	4,4 (Corse)	20,5 (NPdC)	8,1	20,5	20,4	3,2 (Corse)	19,9 (NPdC)	7,7	19,9	20,2
Psychose alcoolique hommes	3,1 (Corse)	12,7 (Bretagne)	6,7	10,4	10,3	2,3 (Corse)	12,1 (Bretagne)	6,9	10,5	10,8
Psychose alcoolique femmes	0,4 (Corse)	3,3 (NPdC)	1,5	3,3	3,6	0,6 (Corse)	3,2 (NPdC)	1,6	3,2	3,1
Cancers VADS hommes	24 (Midi-Pyrénées)	66,2 (NPdC)	37,7	66,2	65,5	21,6 (Midi-Pyrénées)	63,9 (NPdC)	36	63,9	63,4
Cancers VADS femmes	2,9 (Limousin)	6,6 (NPdC)	4,5	6,6	6,9	3,2 (Rhône-Alpes)	6,4 (NPdC)	4,4	6,4	6,6

Source : I.N.S.E.R.M., I.N.S.E.E. (in : F.N.O.R.S.)



### Indice comparatif de mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme

Définition : rapport du nombre de décès observé au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux nationaux. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

1998					
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Valeur département du Nord
Hommes	33,7 (Corse)	176,7 (Bretagne)	100	154,5	159,3
Femmes	39,4 (Corse)	199,2 (NPdC)	100	199,2	198,6

Source : I.N.S.E.R.M., I.N.S.E.E. (in : F.N.O.R.S.)

**Les 10 plus fréquents motifs de suivi ou associés au motif de recours principal, des patients de médecine générale ayant un profil à risque avec dépendance par rapport à l'alcool.**

	Hommes	Femmes
Affection de l'appareil respiratoire	6,2%	7,2%
Hypertension artérielle	6,1%	8,6%
Trouble du comportement	7,0%	7,6%
Insomnie ou trouble du sommeil	7,8%	12,3%
Problème avec la famille et/ou l'entourage	9,7%	9,0%
Douleur appareil locomoteur	8,3%	14,9%
Syndrome anxio-dépressif	9,1%	19,5%
Abus de tabac	14,3%	3,3%
Trouble métabolique ou nutritionnel	12,2%	15,0%
Abus d'alcool	20,6%	27,5%

Source : O.R.S. Nord-Pas-de-Calais, juin 2002

## Centres de cure ambulatoire en alcoologie

Définition : nombre de C.C.A.A., nombre de consultants, et taux de consultants pour 10 000 habitants de plus de 15 ans.

		1997				1998				
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Valeur du département du Nord	Minimum	Maximum	France	Valeur régionale NPdC	Valeur du département du Nord
Nombre de C.C.A.A.	5 (Corse)	114 (Bretagne)	Non disponible	58	20	5 (Corse)	73 (IdF)	Non disponible	51	13
Nombre de consultants	265 (Corse)	13 925 (IdF)	Non disponible	6 615	3281	290 (Corse)	14 948 (IdF)	Non disponible	6 669	4336
Taux de consultants (pour 10 000 habitants de plus de 15 ans)	8,8 (Basse Normandie)	48,7 (Picardie)	Non disponible	21,2	16,4	8,4 (Basse Normandie)	43,9 (Franche-Comté)	Non disponible	21,3	21,7

Source : D.G.S., I.N.S.E.E. (in : F.N.O.R.S.)

## 2. Tabac.

### Nombre de décès liés au tabac

Définition: nombre annuel de décès liés au tabac: cancers de la trachée, des bronches et du poumon, bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives, cardiopathologiques, ischémiques. Répartition par sexe.

	1998					1999				
	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC	Valeur département du Nord	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC	Valeur département du Nord
Cancer poumon - hommes	134 (Corse)	3150 (IdF)	20 864	1 668	1 040	118 (Corse)	3 078 (IdF)	20 823	1 646	1 047
Cancer poumon - femmes	25 (Corse)	931 (IdF)	4 196	207	125	27 (Corse)	895 (IdF)	4 320	220	145
Cancer poumon - ensemble	159 (Corse)	4081 (IdF)	25 060	1 875	1 165	145 (Corse)	3 973 (IdF)	25 143	1 866	1 192
Bronchite chronique hommes	46 (Corse)	986 (IdF)	9 289	737	472	53 (Corse)	1 068 (IdF)	9 315	781	486
Bronchite chronique femmes	21 (Corse)	916 (IdF)	6 368	443	265	26 (Corse)	862 (IdF)	6 576	453	283
Bronchite chronique ensemble	67 (Corse)	1902 (IdF)	15 657	1 180	737	79 (Corse)	1 930 (IdF)	15 891	1 234	769
Cardiopathie ischémique hommes	134 (Corse)	3309 (IdF)	25 128	1 900	1 203	131 (Corse)	3 260 (IdF)	24 741	1 791	1 140
Cardiopathie ischémique femmes	98 (Corse)	2926 (IdF)	20 495	1 553	968	93 (Corse)	2 860 (IdF)	20 038	1 419	928
Cardiopathie	232	6235 (IdF)	45 623	3 453	2 171	224	6 120 (IdF)	44 779	3 210	2 068

ischémique ensemble	-	(Corse)										
Total décès liés au tabac				<b>86 340</b>	<b>6 508</b>	<b>4 073</b>				<b>85 813</b>	<b>6 310</b>	<b>4 029</b>
Source : I.N.S.E.R.M. (in : F.N.O.R.S.)												

## Part des décès liés au tabac dans la mortalité

Définition : Pourcentage des décès liés au tabac (cancers de la trachée; des bronches et du poumon, bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives chroniques). Pourcentage de 3 tranches d'âge : 35-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période utilisée pour le calcul.

	1995				1996			
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC
Cancer poumon - 35-44 ans	3,7 (Languedoc-Rouss)	6,7 (Poitou-Charentes)	4,9	5,3	3,2 (Corse)	6,3	5,2	5,6
Cancer poumon - 65-64 ans	8,7	12,6 (Lorraine)	10,4	9,3	8,5 (Auvergne)	13 (Lorraine)	10,6	9,4
Cancer poumon - 65 ans ou plus	2,5 (Limousin)	5,5 (Corse)	3,6	4,1	2,6	5,4 (Corse)	3,6	4,1
Bronchite chronique - 35-44 ans	0,2	0,8	0,3	0,4	0,2	0,8 (Haute Normandie)	0,3	0,6
Bronchite chronique - 45-64 ans	0,9 (IdF)	1,7 (NPdC)	1,2	1,7	1	1,7 (NPdC)	1,2	1,7
Bronchite chronique - 65 ans ou plus	2,4 (Corse)	3,8 (Lorraine)	3,1	3,7	2,5 (Corse)	3,9 (Lorraine)	3,2	3,8
Cardiopathie ischémique - 35-44 ans	2,9 (IdF)	7,3 (Auvergne)	4,2	4,7	3,1 (IdF)	7,2 (Auvergne)	4,2	4,7
Cardiopathie ischémique - 45-64 ans	5,8	8,4 (Languedoc Rouss)	6,9	7,7	5,8	8,6 (Alsace)	6,9	7,5
Cardiopathie ischémique - 65 ans ou plus	8,3 (PACA)	11,4 (Alsace)	9,8	10,3	8,1 (PACA)	11,1	9,6	10,1

Source : I.N.S.E.R.M. (in : F.N.O.R.S.)

## Taux comparatifs de mortalité liés au tabac

Définition : Estimation de la part des personnes séropositives et pourcentage de sérologies V.H.C. connues au sein de la population des toxicomanes pris en charge dans les centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Expression en taux pour 10 000 habitants

	1997				1998					
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale Npdc	Valeur département du Nord	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale Npdc	Valeur département du Nord
Cancer poumon - hommes	61,2 (Pays de la Loire)	110,3 (Lorraine)	79,4	108,5	109	60,5 (Pays de la Loire)	109,1 (NPdc)	78,5	109,1	110,6
Cancer poumon - femmes	7,9 (Pays de la Loire)	15,8 (IdF)	11,3	8,7	8,7	8,3 (Pays de la Loire)	15,9 (IdF)	11,6	9	9,3
Bronchite chronique - hommes	34,5 (IdF)	65,7(NPd C)	43,4	65,7	66,8	33,6 (IdF)	65,7(NPd C)	43,1	65,7	65,4
Bronchite chronique - femmes	8,9 (Corse)	20,1 (Bretagne)	15	19,2	18,4	9,8 (Corse)	20,1 (Bretagne)	15,3	19,3	19,1
Cardiopathie ischémique - hommes	94,3 (PACA)	148,3 (NPdc)	112,6	148,3	151,3	93,4 (Poitou-Charentes)	144,3 (NPdc)	109	144,3	147,1
Cardiopathie ischémique - femmes	39,2 (PACA)	68,8 (Alsace)	51,4	67,6	69,1	39,1 (PACA)	65,3 (NPdc)	49,8	65,3	68

Source : I.N.S.E.R.M., I.N.S.E.E. (in : F.N.O.R.S.)

Définition : Estimation de la part des personnes séropositives et pourcentage de sérologies V.H.C. connues au sein de s

## Ventes de cigarettes

Définition : Nombre de cigarettes vendues, et taux par habitant de plus de 15 ans

		1999				2000				
	Minimum	Maximum	France	Valeur régionale NPDc	Valeur département du Nord	Minimum	Maximum	France	Valeur régionale NPDc	Valeur département du Nord
Cigarettes vendues	950 557 186 (Limousin)	17 051 939 817 (IdF)	Non disponible	5 606 016 374	3 389 662 335	937 016 000 (Limousin)	16 777 317 000 (IdF)	Non disponible	5 662 617 000	3 289 303 000
Taux (par habitant de plus de 15 ans)	1 423,7 (Pays de Loire)	2 130,2 (PACA)	Non disponible	1 757	1664,2	1 420 (Pays de la Loire)	2117 (PACA)	Non disponible	1 774,80	1 614,90

Source : C.D.I.T. (in : F.N.O.R.S.)



### 3. Drogues illicites.

#### Toxicomanes pris en charge

Définition : Nombre de toxicomanes pris en charge dans les structures sanitaires et sociales par type d'établissements.

	1997				1998			
	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC
Centres spécialisés	52 (Franche-Comté)	4 887 (IdF)	15 094	1 334	79 (Auvergne)	5 076 (IdF)	17 107	1 388
Etablissements sanitaires	44 (Corse)	1 514 (IdF)	7 849	905	32 (Corse)	1 323 (IdF)	7 010	1 045
Etablissements sociaux	14 (Basse-Normandie)	1 012 (IdF)	5 052	835	22 (Franche-Comté)	867 (IdF)	5 048	807
Total	241 (Corse)	7 413 (IdF)	27 995	3 074	219 (Corse)	7 266 (IdF)	29 165	3 240
Total sans doublon	163 (Franche-Comté)	6 632 (IdF)	24 833	2 576	200 (Corse)	6 711 (IdF)	26 224	2 677

Source : D.R.E.E.S. (in : F.N.O.R.S.)

## Taux de toxicomanes pris en charge

Définition : Nombre de toxicomanes pris en charge dans les structures sanitaires et sociales pour 100 000 habitants de plus de 15 ans

	1997				1998			
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC
Taux sans doubleton	18,1 (Franche-Comté)	100,1 (Corse)	52,6	82,4	23,2 (Auvergne)	91,6 (Corse)	54,6	83,9

Source : D.R.E.E.S., I.N.S.E.E. (in : F.N.O.R.S.)

## Produits consommés par les toxicomanes en centres spécialisés

Définition : répartition selon le produit principal consommé (en%) des toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés.

	1997				1999			
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC
Héroïne et opiacés	51,9 (Franche-Comté)	91 (Haute-Normandie)	77,7	85,7	49,1 (Bretagne)	81,3 (Haute-Normandie)	69,2	77,7
Cannabis	3,4 (Languedoc-Rouss)	31,1 (Auvergne)	10,7	6,8	3,1 (Languedoc-Rouss)	30,5 (Limousin)	12,4	10,4
Psychotropes	0 (Auvergne)	9,2 (Corse)	2,8	2,5	0 (Auvergne)	5 (PACA)	2,9	2,8
Cocaïne et crack	0 (Poitou-Charentes)	5,8 (Auvergne)	2,6	2,4	0,7 (Corse)	6,3 (Lorraine)	4,3	4,4
Colles et solvants	0	3,8 (Franche-Comté)	0,3	0,3	0	1,2 (Pays de la Loire)	0,2	0,4
Méthadone	0	1,1 (PACA)	0,2	0,1	0	1,2 (Franche-Comté)	0,2	0,1
Buprénorphine	0	4,8 (Bretagne)	1,5	0,2	1,3 (NPdC)	10,7 (Bourgogne)	4,3	1,3
Autres produits	1,1 (Haute-Normandie)	10,9 (Aquitaine)	4,3	2	2,9	13,7 (Aquitaine)	6,5	2,9

Source : D.R.E.E.S. (in : F.N.O.R.S.)

## Produits consommés par les toxicomanes en établissements sanitaires

Définition : répartition selon le produit principal consommé (en%) des toxicomanes pris en charge dans les établissements sanitaires.

	1997				1999			
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC
Héroïne et opiacés	39,4 (Limousin)	83 (Champagne-Ard)	67,1	77,2	28,3 (Bretagne)	76,9 (Corse)	54,9	60
Cannabis	2,9 (Alsace)	39,4 (Limousin)	15,4	14,2	1,9 (Haute-Normandie)	53,8 (Bretagne)	22,9	24,6
Psychotropes	1,9 (Champagne-Ard)	21,1 (Corse)	7,9	5	4,7 (Pays de la Loire)	18,5 (Haute-Normandie)	9	7,4
Cocaïne et crack	1	5,7 (Midi-Pyrénées)	2,5	1	0	11,2 (Languedoc-Rouss)	4,2	1,4
Colles et solvants	0	4 (Haute-Normandie)	0,3	0,4	0	3,8 (Corse)	0,4	0,5
Méthadone	0	2,7 (Bretagne)	0,5	0,3	0	3,8 (Corse)	0,5	0,1
Buprénorphine	0	16,3 (Alsace)	2,8	1,1	0 (Corse)	27,7 (Alsace)	5,1	4,4
Autres produits	0	12,2 (Bretagne)	3,4	0,8	0	7 (Pays de la Loire)	3	1,5

Source : D.R.E.E.S. (in : F.N.O.R.S.)

## Vente de stéribox

Définition : Nombre de boîtes de Stéribox vendues et taux pour 10 000 personnes âgées de 20 à 39 ans

		1998			1999			
	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC
Nombre de boîtes	11 711 (Corse)	655 645 (IdF)	<b>2 720 016</b>	<b>164 105</b>	9 547 (Corse)	663 948 (IdF)	<b>2 879 687</b>	<b>178 029</b>
Taux (pour 10 000 personnes de 20-39 ans)	395,1 (Pays de Loire)	3 395,8 (Alsace)	<b>1 652</b>	<b>1425,7</b>	434,8 (Pays de Loire)	3 626,9 (Alsace)	<b>1 749</b>	<b>1546,7</b>

Source : I.V.S./SIAMOIS ; I.N.S.E.E. (in : F.N.O.R.S.)

## Vente de Subutex

Définition : Nombre de boîtes de Subutex (équivalent boîte de 10 mg) vendues et taux pour 10 000 personnes âgées de 20 à 39 ans.

		1998			1999			
	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC
Nombre de boîtes	10 465,8 (Corse)	503 439,6 (IdF)	<b>2 185 916,60</b>	<b>166 585,40</b>	11 052 (Corse)	561 509,8 (IdF)	<b>2 506 671,70</b>	<b>205 342</b>
Taux (pour 10 000 personnes de 20-39 ans)	408,4 (Pays de Loire)	3 078,1 (Alsace)	<b>1 327</b>	<b>1 447,30</b>	424,7(Pays de Loire)	3 349,8 (Alsace)	<b>1 522</b>	<b>1 784</b>

Source : I.V.S./SIAMOIS ; I.N.S.E.E. (in : F.N.O.R.S.)



## Décès par surdose

Définition : Nombre annuel de décès par surdose

		1998			1999			
	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC
Nombre de décès	0	75 (IdF)	143	18	0	52 (IdF)	118	22

Source : O.C.R.T.I.S. (in : F.N.O.R.S.)

## Infractions sur la législation des stupéfiants

Définition : Nombre d'I.L.S. selon le produit

		1998			1999			
	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Total France	Valeur régionale NPdC
Héroïne	0 (Corse)	2 352 (NPdC)	7 453	2 352	1 (Corse)	2 057 (NPdC)	6 133	2 057
Cocaïne	10 (Auvergne)	1 097 (IdF)	2 850	199	4 (Basse-Normandie)	1 210 (IdF)	2 984	181
Cannabis	246 (Corse)	15 462 (IdF)	71 481	8 972	281 (Corse)	17 417 (IdF)	77 446	8 802
Ecstasy	1	145 (IdF)	975	122	3	201 (NPdC)	906	201
Autres produits	2 (Corse)	254 (NPdC)	1 038	254	3 (Corse)	231 (NPdC)	1 140	231
Total	261 (Corse)	18 419 (IdF)	83 797	11 899	295 (Corse)	20 088 (IdF)	88 609	11 472

Source : O.C.R.T.I.S. (in : F.N.O.R.S.)

## Taux d'infractions sur la législation des stupéfiants

Définition : Nombre annuel d'I.L.S. pour 100 000 personnes de plus de 15 ans.

	1998				1999			
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC
Héroïne	0 (Corse)	73,7 (NPdC)	15,5	73,7	0,5 (Corse)	64,5 (NPdC)	12,8	64,5
Cocaïne	0,5 (Pays de la Loire)	12,5 (PACA)	5,9	6,2	0,3 (Basse-Normandie)	13,6 (IdF)	6,2	5,7
Cannabis	90,3 (Aquitaine)	281,2 (NPdC)	148,7	281,2	103,8 (Limousin)	275,9 (NPdC)	161,1	275,9
Ecstasy	0 (Centre)	7,8 (Alsace)	2	3,8	0,3 (Auvergne)	8,3 (Alsace)	1,9	6,3
Autres produits	0,5	8 (NPdC)	2,2	8	0,4 (Centre)	7,2 (NPdC)	2,4	7,2
Total	99,7 (Pays de la Loire)	372,9 (NPdC)	174,3	372,9	110,9 (Limousin)	359,6 (NPdC)	184,3	359,6

Source : O.C.R. T.I.S., I.N.S.E.E. (in : F.N.O.R.S.)



## Séropositivité V.I.H. des toxicomanes en centres spécialisés

Définition : Estimation de la part des personnes séropositives et pourcentage de sérologies V.I.H. connues au sein de la population des toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés.

	1997				1999			
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur Npdc régionale	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale Npdc
Estimation minimum de séropositifs	0 (Franche-Comté)	31,3 (Corse)	12,2	2,9	0,5 (Champagne-Ard)	29,5 (Corse)	10,2	2,2
Estimation maximum de séropositifs	0 (Franche-Comté)	38,8 (Corse)	15,8	3,9	0,7 (Champagne-Ard)	33,8 (Corse)	13,2	3,2
Pourcentage de sérologie connue	46,2 (Franche-Comté)	83,6 (PACA)	73,6	70,8	43,4 (Franche-Comté)	86,7 (Corse)	74,2	67,7

Source : D.R.E.E.S. (in : F.N.O.R.S.)

## Séropositivité V.I.H. des toxicomanes en établissements sanitaires

Définition : Estimation de la part des personnes séropositives et pourcentage de sérologies V.I.H. connues au sein de la population des toxicomanes pris en charge dans les établissements sanitaires.

	1997				1999			
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC
Estimation minimum de séropositifs	6,4 (Centre)	55,8 (Corse)	26,6	7,7	1,9 (NPdC)	59,4 (Corse)	17,8	1,9
Estimation maximum de séropositifs	11,8 (Pays de la Loire)	70,6 (Corse)	36,7	14,1	2,9 (NPdC)	61,3 (Corse)	25,8	2,9
Pourcentage de sérologie connue	46 (Centre)	89,8 (PACA)	70	50,8	40,7 (Bretagne)	96,9 (Corse)	66,5	63,1

Source : D.R.E.E.S. (in : F.N.O.R.S.)

## Séropositivité V.H.C. des toxicomanes en centres spécialisés

Définition : Estimation de la part des personnes séropositives et pourcentage de sérologies V.H.C. connues au sein de la population des toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés.

	1997				1999			
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC
Estimation pourcentage séropositifs du de	30,7 (Bretagne)	63,3 (Corse)	52,4	44	24,8 (Champagne-Ard)	71 (Corse)	50,9	44,7
Pourcentage sérologie connue de	38,5 (Franche-Comté)	76,4 (Haute-Normandie)	65,9	70	37,7 (Franche-Comté)	82,7 (Corse)	69,5	66,3

Source : D.R.E.E.S. (in : F.N.O.R.S.)

## Séropositivité V.H.C. des toxicomanes en établissements sanitaires

Définition : Estimation de la part des personnes séropositives et pourcentage de sérologie V.H.C. connues au sein de la population des toxicomanes en charge dans les établissements sanitaires

	1997				1999			
	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC	Minimum	Maximum	Moyenne France	Valeur régionale NPdC
Estimation du pourcentage de séropositifs	40 (Bourgogne)	74 (PACA)	61,1	51,3	31,5 (NPdC)	77,4 (Corse)	52,5	31,5
Pourcentage de sérologie connue	34,7 (Pays de la Loire)	79,8 (PACA)	63,2	50,4	31,3 (Pays de la Loire)	96,9 (Corse)	62,4	65,8

Source : D.R.E.E.S. (in : F.N.O.R.S.)

# **ANNEXE 10 : PROGRAMMES REGIONAUX ET PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ EN NORD-PAS-DE-CALAIS**

*Sources : P.R.S « Conduites de consommation à risque » ; Guide pratique 2003 pour un porteur de projet.*

## **Document 1 : Sommaire du P.R.S « Conduites de consommation à risque ».**

### **CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PROGRAMME.**

**Les conduites de consommation : une priorité renouvelée par la Conférence régionale de santé.**

#### **Une réalité préoccupante dans la Région**

- Le tabagisme.
- Les problèmes liés à l'alcoolisme.
- Les usages de substances psycho-actives illicites.

#### **Les déterminants**

- Biologiques et héréditaires
- Sociaux
- Culturels
- Environnementaux
- Evolution des concepts

#### **Bilan et diagnostic du problème en Nord-Pas-de-Calais**

1. Actions de prévention.
2. Les réponses sanitaires et sociales.
3. La formation.
4. Points forts points faibles.

### **LES OBJECTIFS**

L'approche globale

Que faire et comment pour la région ?

Trois objectifs généraux

Objectif 1 : Réduire la consommation

Objectif 2 : Réduire les dommages

Objectif 3 : Promouvoir la recherche, la formation, l'évaluation

**Document 2 : Les objectifs opérationnels du P.R.S. « Conduites de consommation à risque »**

- **Réduire la consommation de substances psycho-actives chez les jeunes et chez les adultes.**

C.C.A.R.1 : Renforcer les capacités de choix des individus face aux substances psycho-actives.

C.C.A.R.2 : Informer et sensibiliser la population au sein des lieux de vie.

C.C.A.R.3 : Organiser des espaces pour favoriser le dialogue entre jeunes, adultes et professionnels.

C.C.A.R.4 : Former des acteurs de prévention.

C.C.A.R.5 : Mettre en cohérence les pratiques de prévention.

- **Réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux.**

C.C.A.R.10 : Créer des outils de communication.

C.C.A.R.11 : Elaborer des référentiels.

C.C.A.R.12 : Développer le travail en réseau.

C.C.A.R.13 : Former les professionnels sanitaires et sociaux.

C.C.A.R.14 : Systématiser la recherche de diagnostic de l'ensemble des conduites pathologiques.

C.C.A.R.15 : Ouvrir les modes de réponses à des nouveaux métiers.

C.C.A.R.16 : Créer des lieux pour la prise en charge des opérations de crise.

C.C.A.R.17 : Faciliter la réinsertion professionnelle.

C.C.A.R.18 : Favoriser l'accès aux soins des personnes sous main de justice.

C.C.A.R.19 : Développer les rencontres entre les champs (alcoologie, tabacologie, toxicomanie).

- **Promouvoir la recherche en vue de l'amélioration des connaissances, la formation et l'évaluation.**

C.C.A.R.30 : Mettre en place un système de tableau de bord et d'alerte.

C.C.A.R.31 : Réaliser des études sur les représentations, modes d'usage, contexte et pratiques de consommation, les trajectoires des patients, le passage usage réglé – usage nocif.

C.C.A.R.32 : Initialiser des travaux de recherche en relation avec les expériences de terrain.

C.C.A.R.33 : Communiquer les résultats de la recherche.

C.C.A.R.34 : Organiser des rencontres régulières entre les usagers et l'ensemble des acteurs professionnels et bénévoles concernés (santé, social, scolaire, entreprises, services répressifs...).

C.C.A.R.35 : Mettre en place un système de formation continue.

C.C.A.R.36 : Introduire les consommations de substances psycho-actives dans les formations initiales.

C.C.A.R.37 : Créer et valider des outils d'évaluation.

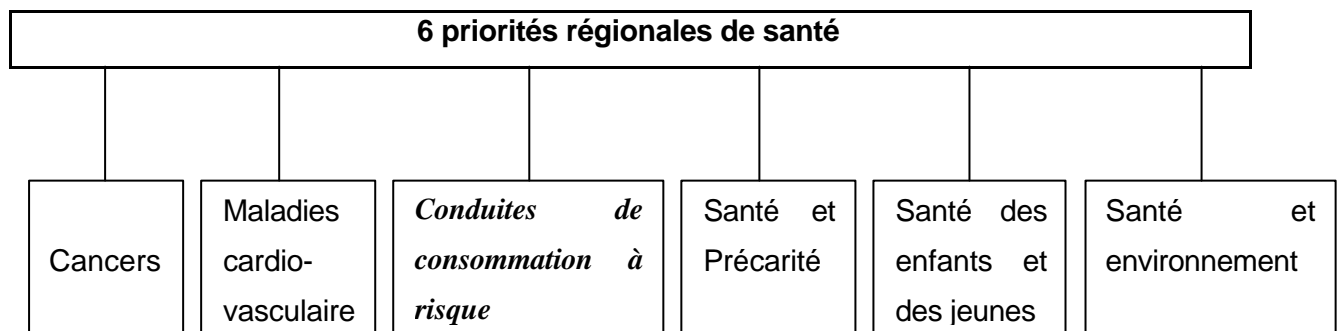
C.C.A.R.38 : Mettre en place une procédure régulière d'évaluation des acteurs et de la cohérence du programme.

### Document 3 : Schéma théorique des instances.

#### Définition de la politique régionale :

##### **La Conférence Régionale de Santé (C.R.S.)**

Instaurées par les ordonnances d'avril 1996, elles avaient pour mission de définir les priorités régionales de santé. Elles se réunissaient annuellement. Elles étaient un lieu public de débats et faisaient des propositions pour améliorer l'état de santé des habitants de la région et remettaient à ce titre un rapport à la Conférence Nationale de Santé.



#### La mise en œuvre du dispositif régional

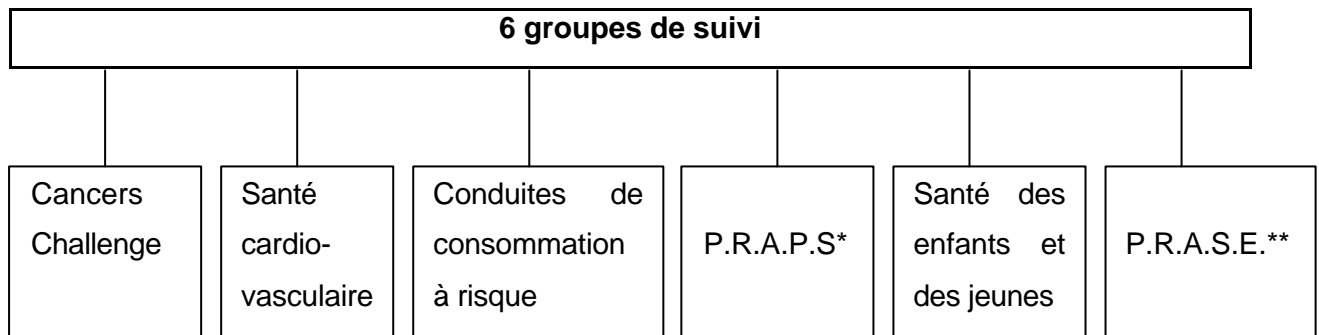
##### **Le Comité Régional des Politiques de Santé (C.R.P.S.)**

Il a été installé en Nord-Pas-de-Calais en 1999. Il est présidé par le préfet de région. Il réunit différents services de l'Etat, la région, les départements du Nord et du Pas-de-Calais, les organismes d'assurance maladie, l'U.R.M.E.L., l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, ainsi que des représentants des principaux acteurs des programmes régionaux. Il est chargé d'une « mission de suivi, de coordination et d'évaluation » de la mise en œuvre des P.R.S. inscrits dans le contrat de plan Etat-région.

##### **Le Comité de Gestion des Programmes Régionaux de Santé (C.G.P.R.S.)**

Il est issu du C.R.P.S.. C'est une spécificité régionale. Il valide les projets et propose une répartition des crédits alloués par le contrat de plan.





\* P.R.A.P.S. : Programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

\*\* P.R.A.S.E. : Programme Régional d'Action Santé Environnement

### **La déclinaison territoriale du dispositif**

#### **L'Assemblée Générale du Programme Territorial**

Organisée par le coordonnateur sous l'égide du comité de pilotage, elle rassemble l'ensemble des acteurs (élus, institutions, professionnels, associations, habitants...) du territoire concerné par le programme. Elle peut constituer une conférence locale de santé.

#### **Le Comité de pilotage du P.T.S.**

Il est composé notamment de représentants des communes et de l'intercommunalité, et de représentants des signataires du contrat de plan Etat-région et des conventions qui lui sont annexées : Etat, Conseil régional, Conseils régionaux, Organismes de protection sociale, U.R.M.E.L..

#### **Le Comité technique du P.T.S.**

C'est un groupe multidisciplinaire représentant les différentes sensibilités, métiers et institutions concernées sans omettre une représentation des habitants.

**Document 4 : Processus de sélection des projets (année 2003)**

**Etape 1**

Appel à projet

Rédaction des dossiers : fiche projet ; budget prévisionnel

**Etape 2**

**Dépôt des dossiers jusqu'au 13 décembre 2002**

La fiche projet est adressée :

**Au coordonnateur du  
Programme Territorial de Santé**  
*Pour un projet inscrit dans un  
P.T.S.*

OU

**Au secrétariat du Comité  
régional des politiques de santé**  
*Pour un projet inscrit dans un  
P.R.S. mais non dans un P.T.S.*

**Etape 3 (de janvier à mai 2003)**

**Pré-sélection des projets par :**

**Le Comité de pilotage des P.T.S. ~~dossiers PRS~~ Le Comité de gestion des P.R.S.**

Instruction et préparation à la décision

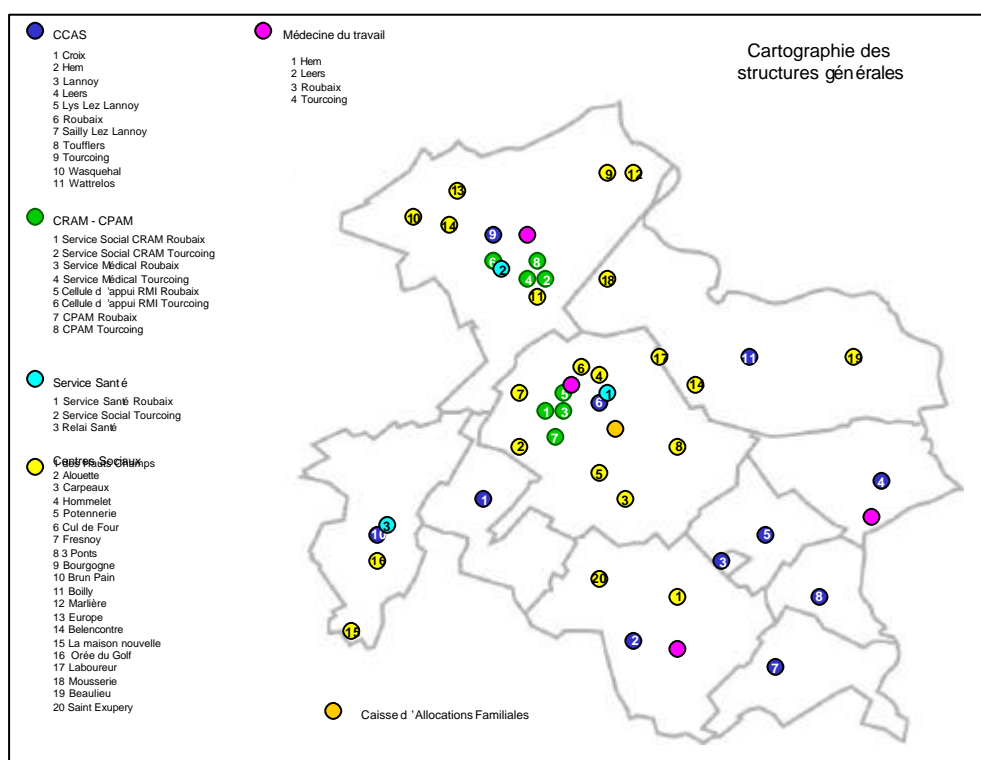
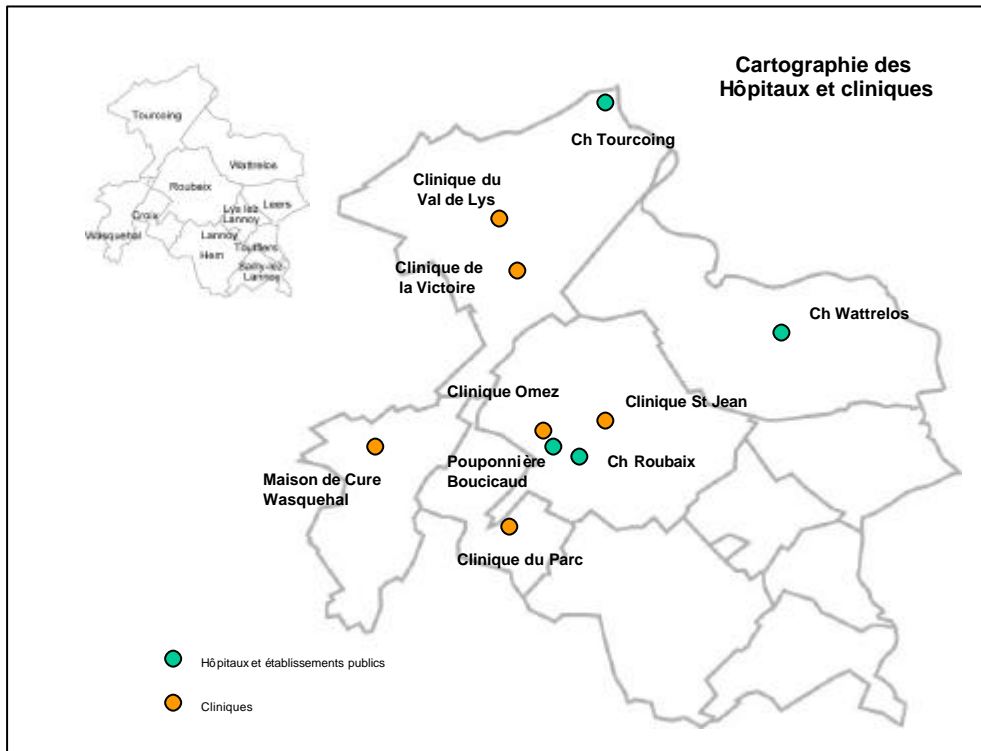
Instruction et préparation à la décision

**Etape 4**

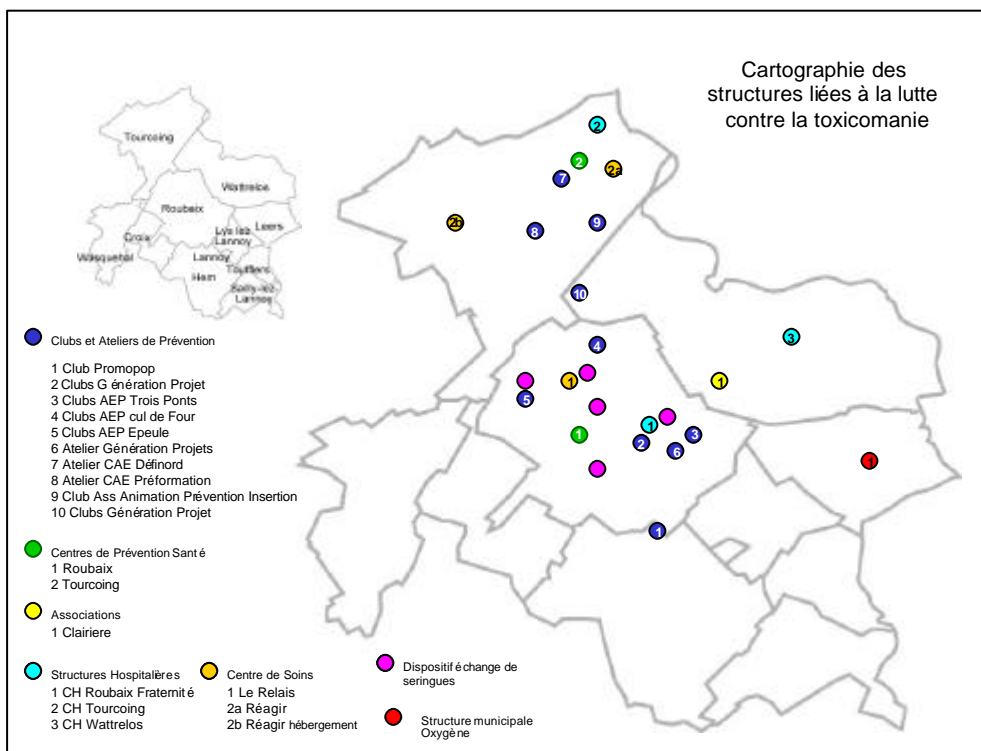
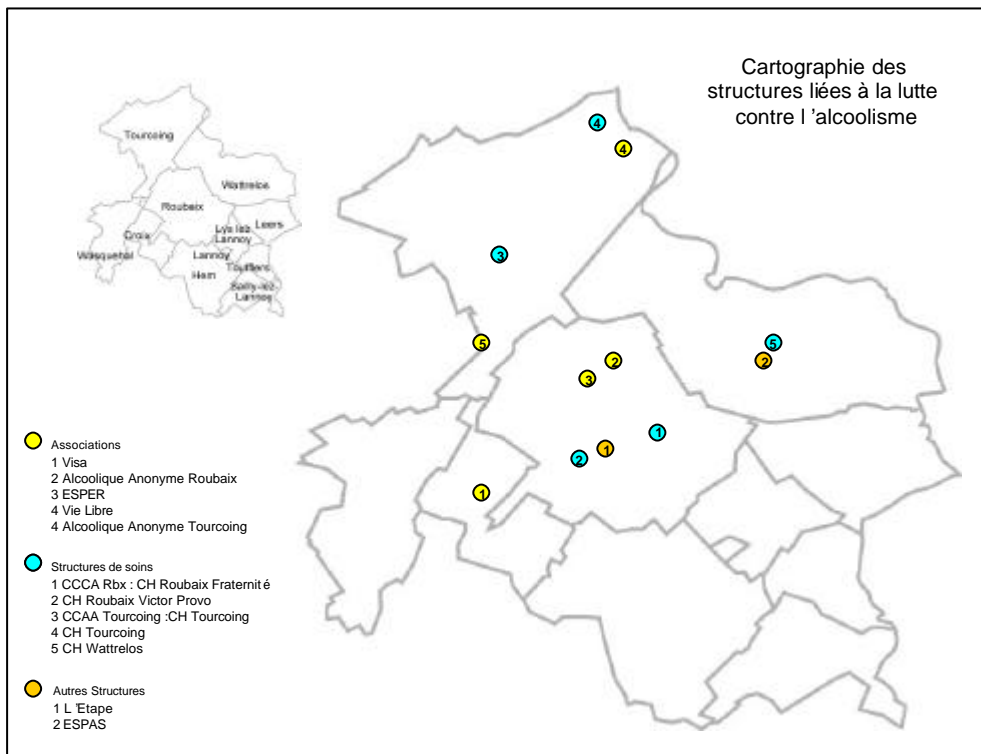
**Décision sur les financements et établissement des conventions avec chaque  
financeur (d'avril à octobre 2003)**

Les virements de subventions peuvent intervenir à partir de mai 2003 et s'échelonner jusqu'en 2004.

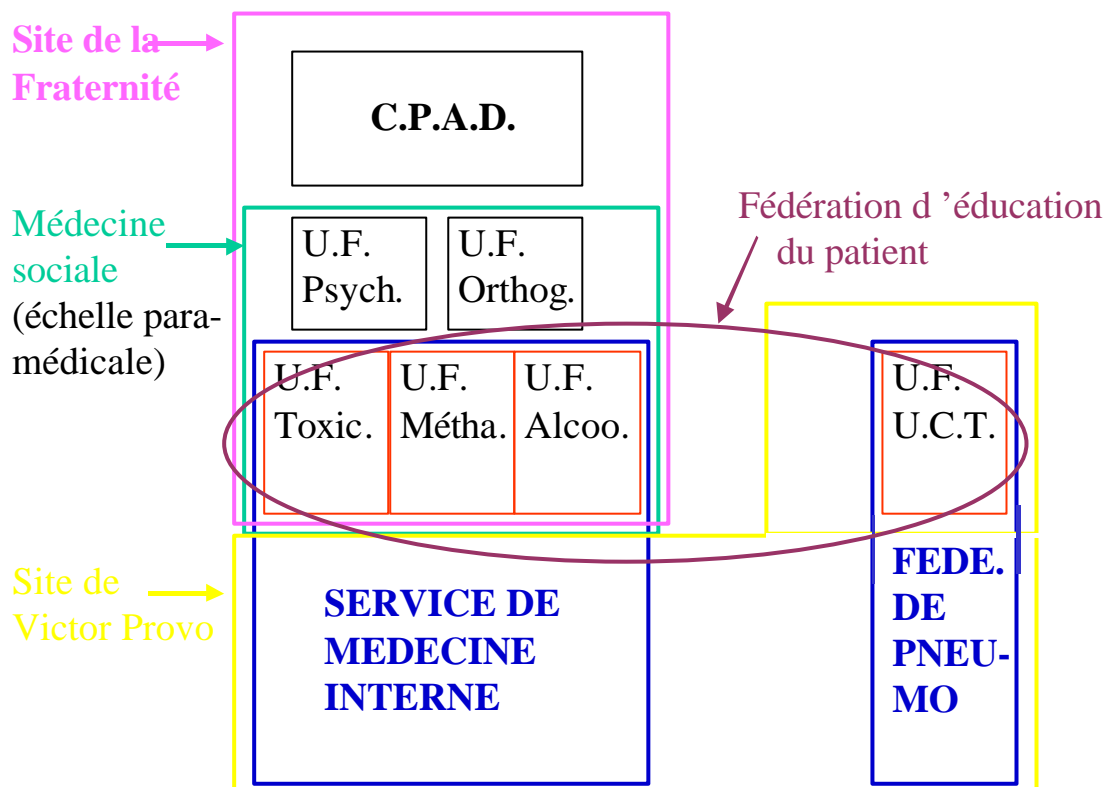
# ANNEXE 11 : OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE SUR LE SECTEUR P.T.S. DE ROUBAIX – TOURCOING



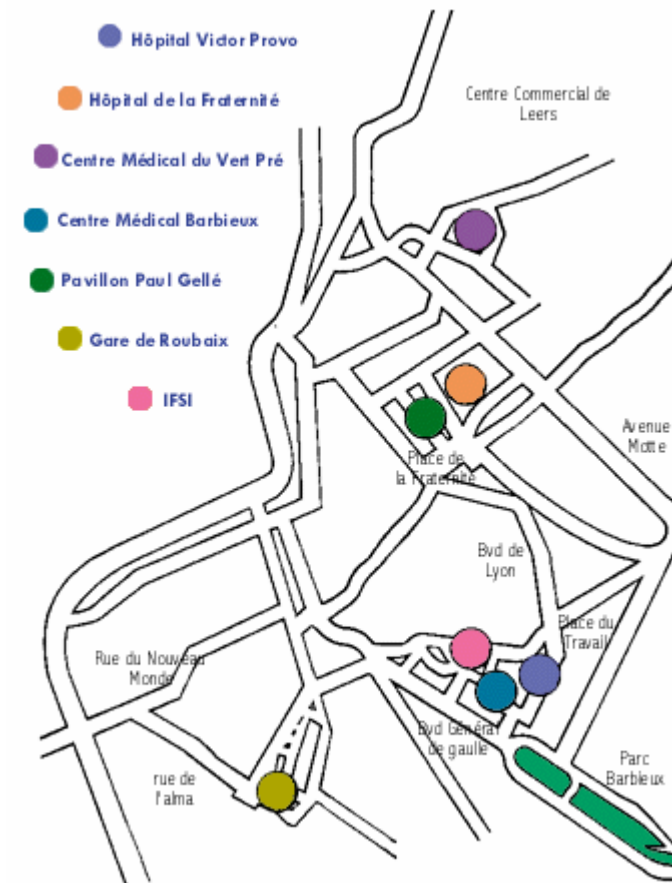
# ANNEXE 12 : OFFRE DE SOINS EN ALCOOLOGIE ET TOXICOMANIE SUR LE SECTEUR P.T.S. DE ROUBAIX-TOURCOING



# ANNEXE 13 : ORGANISATION ADMINISTRATIVE, MEDICALE ET SOIGNANTE DES UNITES FONCTIONNELLES DEDIEES A LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES AU CENTRE HOSPITALIER



## ANNEXE 14 : PLAN DES SITES DU CENTRE HOSPITALIER



## Annexe 15 : Feuille de relevé d'activité - équipe de liaison - Pavillon 15 – 2002

Mois : Mars	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total		
AE (éducatif)																																	0,00	
ASR (soin relationnel)																																		0,00
E (entretien)				0,30		2,30	4,30	2,0											4,00	2,00	6,00	2,15	3,45			6,30	2,00	4,30	2,30	1,00			44,00	
CTI (téléphone interne)																			0,30	1,00		0,30					1,00	0,15		0,15			3,30	
CTE (téléphone externe)				1,30		0,30		1,0														0,45	1,00			0,30		1,00	1,00	0,30			6,45	
<b>Total</b>	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	3,00	4,30	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,30	3,00	6,00	3,30	4,45	0,00	0,00	7,00	3,00	5,45	3,00	1,15	0,00	0,00	54,15		
Patients connus				3		3	2	2													1	2			5	2	4	2				27		
Patients nouveaux							1	2											2	1	3	2	2		2	1	2	2				20		
Familles				1			1	2												2	2	1					2	1				11		
Equipes				1				1											2	3	1	1	1				2	1				13		
Associations						1															1		2						1			7		
Autres																																	0	
<b>Total</b>	0	0	0	6	0	4	4	4	7	0	0	0	0	0	0	0	0	4	6	7	7	5	7	0	0	7	5	9	6	1	0	0	78	
Réunions Pavillon 15																		1,00			1,00	2,30			1,00	1,30	2,00	1,00	3,30			13,30		
Interventions extérieur																		2,00															4,30	
<b>Total</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,30	0,00	1,00	2,30	0,00	0,00	0,00	1,00	1,30	2,00	1,00	3,30	0,00	0,00	18,00		
Aux Urgences																																	0,00	
HPDD Médecine																																	0,15	
HPDD Chirurgie																		0,30				1,00											2,30	
Unité Médecine				1,30			2,30	1,00										2,45		2,30	0,45	0,45			2,00	0,45	2,15					16,45		
Unité Chirurgie						1,00											2,15	2,00		2,00	1,30			2,30	1,00	1,00	0,30					12,45		
Consultation externe						1,30	2,30	0,30									1,30	2,30	0,45	0,30				2,30	1,00	2,00	1,30	1,00				17,45		
Permanences Pavillon 15																																	0,00	
<b>Total</b>	0,00	0,00	0,00	1,30	0,00	2,30	5,00	1,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00	4,00	5,00	3,30	3,45	0,00	0,00	7,00	1,45	5,15	3,00	1,15	0,00	0,00	50,00			
Formation	7,00					7,30		1,30																									16,00	

Administratif			1,30	3,00	1,00	3,00																				2,45	2,30	2,00	3,00	0,30		0,30	2,00	0,45	3,00	1,45					27,15							
Pavillon 15			2,30	1,30		2,00																																		1,00	1,30	1,00	1,00	1,30				12,30
Unité Méhadone																																														0,00		
Total	7,00	0,00	4,00	7,30	4,30	2,30	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,45	2,30	2,00	3,00	0,30	0,00	1,30	3,30	1,45	4,00	3,15	0,00	0,00					55,45					
Ratio patient / agent			0,17		0,25	0,25	0,14																			0,25	0,17	0,14	0,2	0,14		0,14	0,2	0,11	0,17	1						0,013						
Total horaire	7	0	0	6	7,3	7,3	9	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,15	8	8	8	7,3	8,15	0	0	9,3	8	9,3	8	8	0	0	0	0	178					



## ANNEXE 16 : RESULTATS DE L'ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES UNITES ET DES MEDECINS, CONCERNANT L'ACTIVITE DE L'INFIRMIERE DE LIAISON (2002)

	UNITES	MEDECINS
Nombre de réponses	15	7
Connaissez-vous l'équipe de liaison du Pavillon 15 ?	Oui : 13 Non : 2	Oui : 5 Non : 2
Avez-vous déjà eu recours à ses services ?	Oui : 9 Non : 4  1 fois : 2 Plusieurs fois : 7	Oui : 2 Non : 3  1 fois : 0 Plusieurs fois : 2
A-t-elle répondu à vos attentes ?	Oui : 9 Non : 0	Oui : 2 Non : 0
Quel a été le délai d'intervention ?	Très rapide : 4 Rapide : 4 Satisfaisant : 0 Long : 0 Très long : 0	Très rapide : 0 Rapide : 0 Satisfaisant : 2 Long : 0 Très long : 0
Vous avez participé à la formation sur la toxicomanie. Dans votre pratique, cette formation vous a-t-elle aidé ?	Oui : 3 Non : 7	Oui : 0 Non : 5
Etes-vous confronté dans votre pratique à d'autres conduites addictives ?	Alcool : 12 Médicaments : 9 Tabac : 13	Alcool : 6 Médicaments : 5 Tabac : 6

N.B. :

15 Unités ont répondu. Si l'on se réfère aux grilles de l'activité de l'infirmière de liaison, on note 8 autres Unités ayant fait appel à l'équipe de liaison dont 4 plusieurs fois.

Majoritairement, les Unités faisant très régulièrement appel à l'équipe de liaison sont :  
L'alcoologie, la Médecine interne nord, la chirurgie générale et digestive.

## **ANNEXE 17 : FORMATIONS AUX CONDUITES ADDICTIVES AU CENTRE HOSPITALIER**

Les formations organisées au Centre Hospitalier de Roubaix sur les conduites addictives sont :

- Alcool, de la vie quotidienne à la pathologie (sur 4 jours, 45 agents par an en 3 sessions) : connaissance du risque alcool ; rencontre de l'individu avec le produit dans un environnement donné pour optimiser la prise en charge des patients. A destination des soignants.
- Approche contextuelle de la toxicomanie. En interne (par l'infirmière de liaison). 19 agents sur une session. Aspects théoriques et clinique ; orientation famille.
- Prise en charge des conduites addictives de drogues (sur 4 jours, 29 agents par an sur une session, à destination des soignants). Conseiller les soignants des services sur les questions de prise en charge aiguë, sevrage, substitution, prise en charge psychologique, orientation...
- Technicien en conduites addictives (sur 10 jours, formation extérieure, pour pavillon 15). Pour obtenir le certificat afférent.