1
Mars 2006

Santé publique

Sommaire

Éditorial

Vers une consultation médicale de prévention 5
R. Bataillon, J.Y. Hascoet, H. Leneel, B. Caron, J.L. Samzun, D. Pencole

Études

Faisabilité du dépistage systématique des comportements addictifs chez les patients hospitalisés 7
A.-L. Le Faou, O. Scemama

Conséquences des accidents de la circulation chez les enfants : suivi pendant un an dans le département du Rhône 23
M. Chiron, P. Charnay, J.L. Martin, I. Vergnes

Évaluation par les professionnels de santé du système d'information sur les risques cancer liés à l'environnement 41
M. Dessaigne

Épidémie de malaises survenus dans un hôpital : une enquête qualitative 55
L. Bentz, E.H. Benmansour, C. Pradier

Facteurs liés au retard du diagnostic de la tuberculose à Conakry (Guinée) 63
A. Camara, A. Diallo, L.M. Camara, K. Fielding, O.-Y. Sow, J. Chaperon

Estimation de la mortalité attribuable aux particules fines (PM_{10}) dans les 9 villes françaises participant au programme européen Apheis 71
J.F. Jusot et al.

Politiques

Enseignement de l'éthique et des Droits de l'Homme en Europe 85
F. Claudot, A.-J. Van Baaren-Baudin, P. Chastonay

Inégalités devant la mort en bas âge au Pérou 91
E.F. Orihuela-Egoavil

Les aspects juridiques et éthiques de la protection des données issues du dossier médical informatisé et utilisées en épidémiologie : un point de la situation 107
S. Picard, J. Pellet, J.F. Brulet, B. Trombert

Pratiques

Demandes de séjour pour raison médicale des malades étrangers dans le département du Val-d'Oise de 1999 à 2003 119
G. La Ruche, B. Brunet

Vers un socle de compétences partagées pour les médecins en santé publique 131
A. Riffaud, D. Jourdan, L. Gerbaud

Planification et suivi de l'activité d'un service de santé scolaire à partir d'indicateurs sanitaires et sociaux : l'expérience de Villeurbanne 141
F. Guerrier-Sagnes, M. Fortin, F. Beynel-Mélinand

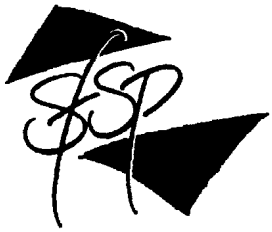
Lettre du terrain

L'accueil dans les restaurants scolaires d'enfants présentant une allergie alimentaire, une enquête en Maine-et-Loire 151
S. Fanello, C. Richard, G. Rollet, C. Dagorne, E. Parot

Lectures 155

Prix : 28 €

La Revue



Société
Française
de
Santé
Publique

Santé publique

Vers une consultation médicale de prévention

Système d'information, épidémiologie et éthique

Socle de compétences pour les médecins de santé publique

Inégalités devant la mort en bas âge au Pérou

mars 2006

NUMERO 1

Santé publique 2006, volume 18, n° 1, pp. 7-21

Faisabilité du dépistage systématique des comportements addictifs chez les patients hospitalisés

Feasibility of systematic screening for addictive behaviours of hospitalized patients

A.-L. Le Faou [1, 2, 3], **O. Scemama** [1, 2]

Résumé : La politique générale de lutte contre les addictions a conduit à la création d'équipes de liaison en addictologie à partir de 2000. Dans le cadre de la mise en place d'une unité de liaison d'addictologie à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), l'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité d'un dépistage systématique du tabagisme et de l'alcoolisme chez des patients hospitalisés au sein de deux services de l'HEGP, à l'aide d'auto-questionnaires.
Des auto-questionnaires portant sur les comportements addictifs ont été distribués à tous les patients hospitalisés dans les services de médecine vasculaire et d'hypertension artérielle de l'HEGP entre le 6 décembre 2001 et le 6 mars 2002. Ils comportaient le test de Fagerström mesurant la dépendance physique au tabac et l'AUDIT évaluant le mésusage d'alcool.
Le taux de réponse global était de 30,2 % (110/364). Vingt-neuf fumeurs ont été dépistés dont 72,5 % présentaient une dépendance physique faible. Près de la moitié (14/29) n'a pas souhaité bénéficier d'une intervention d'aide au sevrage tabagique. Sur les onze patients présentant un risque d'alcoolisation excessive, un seul a accepté une prise en charge spécialisée.
Notre étude souligne les difficultés du dépistage systématique des conduites addictives en milieu hospitalier mais les obstacles rencontrés en termes d'acceptabilité, tant par les patients que par le personnel, ne disqualifient pas ce type de démarche. De nouvelles modalités de repérage des personnes ayant des comportements addictifs méritent d'être explorées.

(1) Centre de tabacologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, 20, rue Leblanc, 75015 Paris.
(2) Département de Santé Publique, Faculté de Médecine René Descartes, 15, rue de l'École de Médecine, 75270 Paris cedex 06.
(3) INSERM Unité 537, Centre de Recherche en Économie et Gestion Appliquées à la Santé.

Summary: ***Background:*** *The national policy against addiction led to the establishment of specialized units with liaison teams trained in addiction specifically to work with the in-patients. The aim of this study has been established within the context of the implementation of one of these addiction liaison units in a Parisian Hospital, the Georges Pompidou European Hospital (HEGP), that is namely to evaluate the feasibility of a systematic screening procedure concerning tobacco and alcohol dependence among inpatients in two of the hospital's specialization departments between December 6, 2001, and March 6, 2002.* ***Methods:*** *Self-administered questionnaires on addictive behaviours were distributed to each patient admitted to the vascular health department and to the hypertension department. They included the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the AUDIT for evaluating levels of alcohol abuse.* ***Results:*** *The response rate was 30.2% (110/364). Twenty-nine smokers were identified. Among them, 72.5% presented a low level of physical nicotine dependence. Nearly half of them (14/29) were not interested in participating in a smoking cessation intervention with the assistance of relevant hospital staff. Among eleven patients at risk of excessive alcohol abuse, only one accepted to be referred to a specialist.* ***Conclusion:*** *This study highlights the difficulties of the systematic screening for addictive behaviours in hospitalized patients. Nevertheless, the obstacles faced in terms of the acceptability of the screening, but the patients as well as by the hospital staff, do not lean against the development of this trend or oppose this type of approach. New methods of individual screening for addictive behaviours should be explored.*

Mots-clés : tabac - alcool - addiction - dépistage - hôpital.
Key words: tobacco - alcohol - addiction - screening - hospital.

Introduction

Face aux deux problèmes majeurs de santé publique que sont le tabagisme et l'alcoolisme, l'hôpital a un rôle important à jouer. Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, adopté en juin 1999, a ainsi insisté sur la nécessité d'organiser, au sein des établissements de santé, des réponses coordonnées et une politique générale de lutte contre les addictions par la création d'équipes de liaison en addictologie [19]. Ces dernières ont pour missions de promouvoir la délivrance de soins adaptés aux personnes dépendantes et de proposer des réponses spécifiques à leurs besoins. Ces équipes doivent aider au repérage et à l'orientation des personnes présentant des conduites addictives. Elles doivent aussi faciliter les orientations à la sortie de l'hôpital. Enfin, elles ont un rôle de formation et de soutien des soignants.

Si le plan triennal 1999-2001, et les circulaires qui l'ont accompagné, ont attribué un rôle aussi important à l'hôpital dans la lutte contre les addictions, c'est parce que l'hospitalisation constitue une fenêtre d'opportunité pour la prise en charge du tabagisme et de l'abus d'alcool. L'hôpital peut, en effet, être considéré comme un lieu-clé du sevrage [29] : l'arrêt est facilité dans un environnement où la consommation de tabac ou d'alcool est restreinte ou prohibée ; l'hospitalisation est souvent associée à un sentiment de vulnérabilité encourageant les patients à examiner leur santé et leur mode de vie de façon approfondie ; l'organisation de l'hôpital fournit des occasions de conseils par les professionnels de santé ; enfin, les patients sont accessibles sans problème de temps et de transport.

Des programmes d'aide au sevrage tabagique se sont donc adressés soit à des groupes ciblés (pathologies cardiaques en particulier), soit à l'ensemble des personnes hospitalisées. Ils se sont appuyés sur une intervention paramédicale après formation des personnels et ont témoigné d'une efficacité dans la prise en charge du tabagisme durant le séjour du patient [7, 15, 18, 21, 30].

Or, malgré ces arguments, la prise en charge des conduites addictives chez les patients hospitalisés présente de nombreuses carences. La substitution nicotinique est encore trop peu souvent proposée aux fumeurs hospitalisés [11]. Et seule une faible proportion de fumeurs est sollicitée pour une aide structurée à l'arrêt prolongé du tabac [22].

Toute intervention en la matière repose, en premier lieu, sur un dépistage efficace des conduites addictives chez les patients hospitalisés. Il existe, en effet, des outils de dépistage dont la fiabilité et la validité ont été démontrées : les questionnaires DETA et AUDIT (annexes 1 et 2) pour le repérage des patients à risque d'alcoolisation excessive [9, 26] et le test de Fagerström (annexe 3) pour l'évaluation de la dépendance physique au tabac [13]. La question se pose donc de l'intérêt d'un dépistage systématique des patients au cours de leur hospitalisation. Il n'existe pas de réponse définitive dans la littérature. En effet, si de nombreuses études se sont intéressées au repérage des conduites addictives chez des patients hospitalisés, il s'agit, pour la plupart, d'enquêtes de prévalence [2, 6, 24]. Or, on peut espérer certains bénéfices d'un programme de dépistage systématique des conduites addictives : celui-ci devrait permettre de repérer l'ensemble des personnes ayant une consommation pathologique, d'identifier les consommateurs à risque, non encore dépendants, et de proposer une prise en charge plus précoce des dépendances ou une prévention de celles-ci.

Dans le cadre du projet de prise en charge des addictions élaboré dans le contexte de l'ouverture de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), s'est posée la question de la mise en place d'un tel programme de dépistage systématique des conduites addictives chez les patients hospitalisés. Nous avons souhaité, avant toute mise en œuvre, en apprécier la faisabilité. L'objectif principal de cette étude était ainsi d'évaluer l'intérêt et les difficultés d'un dépistage systématique du tabagisme et de l'alcoolisme chez des patients hospitalisés au sein de deux services de l'HEGP, à l'aide d'auto-questionnaires. Les objectifs secondaires étaient de recenser les patients en situation de consommation à risque, d'abus ou de dépendance et d'identifier les patients nécessitant une intervention spécifique.

Méthodes

Dans le cadre de la mise en place d'une unité de liaison d'addictologie, nous avons souhaité étudier la faisabilité d'un dépistage systématique de la dépendance au tabac et des comportements addictifs chez des patients hospitalisés dans des services de court séjour d'un hôpital universitaire, au moyen d'auto-questionnaires.

Tous les patients hospitalisés dans les services de médecine vasculaire et d'hypertension artérielle (HTA) de l'HEGP entre le 6 décembre 2001 et le 6 mars 2002 ont fait l'objet de ce dépistage. Le choix de ces deux services permettait d'obtenir *a priori* des profils de patients différents. Par ailleurs, ces services présentaient des modes

d'organisation et de fonctionnement divers : hospitalisation classique pour le service de médecine vasculaire et hospitalisation de semaine pour le service d'HTA. Les patients en hôpital de jour ont été exclus de l'enquête pour des raisons pratiques. Enfin, le service de médecine vasculaire était déjà assez fortement impliqué dans une démarche de travail en commun avec l'unité d'addictologie.

Outre l'âge et le sexe, ont été recueillis le statut tabagique (fumeur actuel ou non-fumeur), la consommation alcoolique et la consommation de cannabis. L'existence d'une dépendance physique au tabac était dépistée au moyen du test de Fagerström [13] : un score inférieur à 5 indiquait une dépendance faible ou nulle, un score compris entre 5 et 6 une dépendance moyenne et un score supérieur ou égal à 7 une dépendance élevée. Le repérage des patients présentant des difficultés avec l'alcool a été réalisé grâce à l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Test*) en 10 items [26]. Deux seuils ont été définis, différents selon le sexe : un score compris entre 8 et 11 chez l'homme et entre 7 et 10 chez la femme permettait d'affirmer l'existence d'un mésusage de l'alcool [4] ; une dépendance à l'alcool était définie par un score supérieur à 12 chez l'homme et à 11 chez la femme [28]. Il était également demandé au patient s'il souhaitait bénéficier d'une intervention d'aide au sevrage tabagique ou une prise en charge d'une difficulté liée à l'alcool au cours de son hospitalisation (passage de l'infirmière de l'unité d'addictologie) ou en externe (consultation de tabacologie de l'HEGP, consultation d'alcoologie au Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie du groupe hospitalier HEGP-Broussais ou consultation de soins spécialisés en toxicomanie au Centre Monte-Cristo de l'HEGP). Ces interventions étaient réalisées en étroite liaison avec les médecins de chaque service et dans le cadre d'un dialogue pédagogique et informatif avec les personnels soignants.

L'ensemble de ces variables a été collecté au moyen d'auto-questionnaires standardisés distribués à chaque nouvel entrant par le personnel infirmier. Ces fiches de recueil des données ont été élaborées au cours de réunions préparatoires impliquant l'ensemble des intervenants en addictologie du groupe hospitalier HEGP-Broussais. Des réunions d'information préalables ont été organisées dans les deux services concernés par l'enquête sur les thèmes du tabagisme et de l'alcoolisme. Un bilan hebdomadaire était réalisé dans chaque service pour recueillir les questionnaires et mettre à jour les difficultés rencontrées. Les questionnaires étaient par la suite saisis au sein de l'unité d'addictologie. La cohérence des données a été contrôlée avant leur analyse.

L'évaluation de la faisabilité du dépistage systématique du statut tabagique, de la consommation d'alcool et du niveau de dépendance chez les patients hospitalisés, a reposé sur trois critères de jugement : le taux de réponse des auto-questionnaires ; la proportion de patients pris en charge en cours d'hospitalisation ainsi que le nombre et le type d'orientations proposées ; l'acceptabilité du dépistage systématique (difficultés rencontrées sur le terrain pour la diffusion des questionnaires, le recueil de l'information et la prise en charge des patients) par l'équipe soignante et les patients. Une analyse statistique globale et par service a été réalisée permettant une description de la population d'étude, des fumeurs, des scores de dépendance au tabac et à l'alcool et des interventions réalisées. Les comparaisons de proportions ont été effec-

Tableau I : Caractéristiques démographiques, statuts tabagique, alcoolique et consommation de cannabis chez les patients hospitalisés en HTA et en médecine vasculaire entre le 6 décembre 2001 et le 5 mars 2002.

	HTA n (%)	Médecine vasculaire n (%) *	Total n (%)
Sexe			
Hommes	36 (62,1)	25 (61,0)	64 (62,1)
Femmes	22 (37,9)	16 (39,0)	39 (37,9)
Âge			
16-24 ans	1 (1,8)	1 (2,4)	2 (2,0)
25-39 ans	7 (12,3)	3 (7,3)	11 (10,8
40-64 ans	28 (56,0)	22 (53,7)	51 (50,0)
65-79 ans	20 (35,1)	10 (24,4)	32 (31,4)
80 ans et plus	1 (1,8)	5 (12,2)	6 (5,9)
Statut tabagique			
Fumeurs	7 (11,9)	20 (48,8)	29 (26,4)
Non fumeurs	52 (88,1)	21 (51,2)	81 (73,6)
Dépendance physique au tabac			
Faible	6 (85,7)	13 (65,0)	21 (72,4)
Moyenne	0 (0,0)	3 (15,0)	3 (10,3)
Forte	1 (14,3)	4 (20,0)	5 (17,2)
AUDIT			
Risque faible	50 (92,6)	35 (85,4)	85 (89,5)
Consommation excessive	2 (3,7)	5 (12,2)	7 (7,4)
Dépendance alcoolique	2 (3,7)	1 (2,4)	3 (3,2)
Consommation de cannabis			
Consommateurs	5 (8,5)	2 (5,0)	8 (7,3)
Non consommateurs	54 (91,5)	38 (95,0)	101 (92,7)
Total*	59 (59,0)	41 (41,0)	110 (100,0)

* Les totaux varient en fonction des données manquantes.

Tableau II : Comparaison des caractéristiques démographiques des répondants et des non-répondants hospitalisés en HTA et en médecine vasculaire entre le 6 décembre 2001 et le 5 mars 2002.

	Répondants n (%)	Non-répondants n (%)	p
Sexe			0,42
Hommes	64 (62,1)	146 (57,5)	
Femmes	39 (37,9)	108 (42,5)	
Âge			0,25
16-24 ans	2 (2,0)	10 (3,9)	
25-39 ans	11 (10,8)	30 (11,8)	
40-64 ans	51 (50,0)	104 (40,9)	
65-79 ans	32 (31,4)	78 (30,7)	
80 ans et plus	6 (5,9)	32 (12,6)	
Total*	110 (30,2)	254 (69,8)	

* Les totaux varient en fonction des données manquantes.

tuées au moyen d'un test du χ^2 ou d'un test exact de Fisher. Les moyennes ont été comparées par un test de Student ou un test non paramétrique de Wilcoxon quand les effectifs étaient insuffisants. L'analyse a été réalisée au moyen du logiciel SAS version 8.2.

Le consentement à l'utilisation des données a été systématiquement demandé aux patients enquêtés.

Résultats

Sur la période du 6 décembre 2001 au 5 mars 2002 inclus, 364 personnes ont été hospitalisées dans les deux services hospitaliers enquêtés, 164 dans le service de médecine vasculaire et 200 dans le service d'HTA. Cent trente-deux questionnaires ont été recueillis et 22 patients n'ont pas donné leur accord pour l'utilisation des données collectées. Au total, 110 questionnaires ont pu faire l'objet d'une exploitation. Le taux de réponse global était ainsi de 30,2 % : il était plus élevé en HTA (29,5 %) qu'en médecine vasculaire (25,0 %).

Les caractéristiques socio-démographiques générales de la population d'étude sont présentées dans le tableau I. La moyenne d'âge était de 58,4 ans (écart-type = 15,4) sans différence significative entre les hommes et les femmes. Les patients hospitalisés en médecine vasculaire avaient un âge moyen de 60,8 ans alors qu'en HTA, la moyenne d'âge était de 56,6 ans (différence non significative). Les patients n'ayant pas répondu à l'auto-questionnaire avaient un âge moyen plus élevé que les répondants (59,2 ans – écart-type = 17,9), surtout les femmes (61,8 ans – écart-type = 20,3). Les hommes étaient proportionnellement plus nombreux dans la population des répondants que parmi les sujets n'ayant pas répondu (62,1 % *vs* 60,0 %). Cependant, il n'existait pas de différence significative entre répondants et non-répondants tant au niveau de la distribution par sexe et classe d'âge qu'en ce qui concerne l'âge moyen (tableau II).

Au total, les fumeurs représentaient 26,4 % de la population étudiée (n = 29). Ils étaient significativement plus nombreux en médecine vasculaire qu'en HTA (48,8 % en médecine vasculaire *vs* 11,9 % en HTA – $p < 10^{-4}$). Les caractéristiques des fumeurs sont détaillées dans les tableaux I et III. La prévalence du tabagisme n'était pas significativement différente chez les hommes et les femmes. En revanche, il existait une différence dans la distribution du statut tabagique selon l'âge : les fumeurs prédominaient largement dans la tranche d'âge 40-64 ans (71,4 % contre 41,9 % pour les non-fumeurs – $p < 0,01$). L'âge moyen des fumeurs était, par ailleurs, significativement plus faible que celui des non-fumeurs (52,1 ans *vs* 60,8 ans – $p < 0,01$). Les fumeurs dépistés dans le cadre de cette étude étaient très majoritairement des fumeurs présentant une dépendance physique faible au tabac (72,4 %), notamment en HTA (85,7 % *vs* 65,0 % en médecine vasculaire). Enfin, ils étaient plus nombreux que les non-fumeurs à consommer du cannabis (13,8 % *vs* 5,0 % – différence non significative) et à être à risque d'alcoolisation excessive (17,2 % *vs* 8,1 % – différence non significative).

Neuf des 29 fumeurs (31,0 %) ont bénéficié d'une intervention de l'infirmière de liaison en addictologie au cours de leur hospitalisation. Ces patients ne différaient pas de façon statistiquement significative des 20 fumeurs n'ayant pas été vus par l'infirmière en ce qui concerne leur niveau de dépendance physique au tabac,

Tableau III : Caractéristiques des fumeurs en comparaison avec les non-fumeurs.

	Fumeurs n (%)	Non-fumeurs n (%)	Total* n (%)
Sexe			
Hommes	17 (60,7)	47 (62,7)	64 (62,1)
Femmes	11 (39,3)	28 (37,3)	39 (37,9)
Âge			
16-24 ans	1 (3,6)	1 (1,3)	2 (2,0)
25-39 ans	4 (14,3)	7 (9,5)	11 (10,8)
40-64 ans	20 (71,4)	31 (41,9)	51 (50,0)
65-79 ans	3 (10,7)	29 (39,2)	32 (31,4)
80 ans et plus	0 (0,0)	6 (8,1)	6 (5,9)
AUDIT			
Risque faible	24 (82,8)	68 (91,9)	92 (89,3)
Consommation excessive	3 (10,3)	4 (5,4)	7 (6,8)
Dépendance alcoolique	2 (6,9)	2 (2,7)	4 (3,9)
Consommation de cannabis			
Consommateurs	4 (13,8)	4 (5,0)	8 (7,3)
Non consommateurs	25 (86,2)	76 (95,0)	101 (92,7)
Total*	29 (26,4)	81 (73,6)	110 (100,0)

* Les totaux varient en fonction des données manquantes.

même si le taux d'intervention avait tendance à être plus élevé quand la dépendance augmentait. Parmi les 20 fumeurs n'ayant pas bénéficié d'une intervention de l'infirmière en cours d'hospitalisation, six souhaitaient être vus en consultation externe d'aide au sevrage tabagique par la suite. Enfin, 14 patients fumeurs ne voulaient bénéficier d'aucune intervention.

Bien que six non-fumeurs aient présenté une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool, aucun n'a souhaité bénéficier d'une prise en charge spécialisée.

Discussion

Dans le cadre de la politique nationale de lutte contre les addictions et dans le contexte local de la mise en place d'une unité de liaison d'addictologie à l'HEGP en 2001, il paraissait légitime de se poser la question de l'intérêt et de la faisabilité d'un dépistage systématique des comportements addictifs chez les patients hospitalisés. Nous avons tenté d'y répondre en menant une étude sur une durée de trois mois dans deux services de l'HEGP qui ont été sélectionnés notamment du fait de la présence d'une consultation d'aide au sevrage tabagique en leur sein.

Le taux de participation à l'étude a été faible puisque moins d'un tiers des patients hospitalisés dans les services de médecine vasculaire et d'HTA (30,2 %) a répondu aux auto-questionnaires proposés (29,5 % de répondants pour le service d'HTA et 25,0 % pour le service de médecine vasculaire). Soixante-douze pour cent des 29 fumeurs dépistés présentaient une dépendance physique faible au tabac. Près de la moitié d'entre eux (48 %) n'a pas souhaité bénéficier d'une intervention d'aide au sevrage. Sur les onze patients présentant un risque d'alcoo-

lisation excessive, un seul a accepté une prise en charge spécialisée.

Ces résultats doivent être appréciés avec prudence. En effet, notre étude est avant tout une expérience locale menée dans deux services d'un hôpital universitaire. Il faut donc se garder de toute comparaison avec les autres études menées en France qui correspondaient à des études de prévalence des comportements addictifs en milieu hospitalier [2, 6, 24]. La population des services de médecine vasculaire et d'HTA de l'HEGP ne saurait *a priori* être considérée comme représentative de la population générale des hospitalisés en France. De plus, le choix de ces services a été largement déterminé par le fait qu'ils étaient déjà impliqués dans une démarche de travail en commun avec l'unité de liaison d'addictologie.

Par ailleurs, le taux de réponses à l'auto-questionnaire a pu être influencé par différents facteurs. Tout d'abord, il a pu être artificiellement abaissé en raison de la présence de doublons : nous avons ainsi pu vérifier que des patients avaient été hospitalisés plusieurs fois dans les deux services durant le trimestre de l'étude. En outre, le choix de la période d'étude a aussi pu être à l'origine d'une diminution du taux de réponses, liée à la chute des admissions à la période de Noël, accompagnée des problèmes concomitants d'organisation hospitalière par réduction du personnel. Enfin, il faut noter que la comparaison des caractéristiques socio-démographiques des répondants par rapport à celles des non-répondants a donné un résultat non attendu : les hommes ont plus souvent répondu que les femmes. En revanche pour l'âge, les répondants étaient plus jeunes que les non-répondants. Ces deux éléments ont pu influer sur leurs caractéristiques en termes de comportements addictifs.

La faiblesse du taux de participation à l'étude invite à l'analyse des difficultés rencontrées dans le déroulement de cette expérience. Elles ont concerné la participation des patients avec notamment la question du respect de la confidentialité pour des comportements encore souvent considérés comme sensibles, la participation du personnel à la démarche de dépistage et l'organisation pratique de l'intervention par rapport au fonctionnement quotidien des services.

La faisabilité de la démarche de dépistage systématique des comportements addictifs par auto-questionnaire est mise en doute par la faible participation des patients (30,2 %) dans notre étude. Le choix des tests de dépistage des comportements addictifs a pu en partie avoir une influence, notamment pour le repérage des patients à risque d'alcoolisation excessive. Si les qualités métrologiques de l'AUDIT ne sont pas en cause, son utilisation dans le cadre d'une démarche de dépistage systématique peut générer certaines difficultés [5]. Il s'est peut-être avéré d'une longueur trop importante (dix items) dans le cadre d'un auto-questionnaire. Un certain nombre de publications traitant des comportements addictifs des patients hospitalisés a choisi le questionnaire DETA dans une perspective de dépistage et/ou d'intervention [16, 20, 24]. Les discussions menées dans le cadre de la préparation de cette étude entre les différents intervenants en addictologie du groupe hospitalier HEGP-Broussais ont conduit au choix de l'AUDIT car il s'agit de l'outil de dépistage recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé [4] et l'expertise collective INSERM [14]. Son résultat reflète la consommation actuelle au cours des 12 derniers mois

alors que le DETA concerne la vie entière. Ainsi, dans une perspective de soins spécialisés en alcoologie, l'AUDIT est admis comme un instrument de dépistage plus intéressant que le DETA [28]. Néanmoins, il comporte dix items *versus* quatre pour le DETA. De plus, les questions du DETA sont plus faciles à comprendre et le test semble plus acceptable car sa présentation ne comprend pas de graphisme d'équivalences de verres d'alcool pouvant avoir un caractère culpabilisant en cas de mésusage. Il serait peut-être souhaitable de proposer l'utilisation d'un test de repérage précoce du risque alcool, le test FACE en cinq questions, construit pour les médecins généralistes en France [1]. En ce qui concerne le repérage du tabagisme, notre objectif était celui d'un dépistage de la dépendance au tabac. L'analyse du statut tabagique s'est donc limitée à la distinction fumeur actuel/non-fumeur sans prise en compte des ex-fumeurs. Il faut cependant noter que certains patients ont pu se déclarer non-fumeurs alors qu'il s'agissait d'ex-fumeurs récents dont l'arrêt avait été uniquement motivé par l'hospitalisation. De plus, parmi les huit consommateurs de cannabis, quatre se sont déclarés non-fumeurs de tabac alors que le cannabis est le plus communément consommé en association avec du tabac. Enfin, il existe souvent une diminution de la consommation quotidienne de cigarettes lors de l'hospitalisation, ce qui entraîne une sous-estimation du score de Fagerström. Dans le cadre de cette action de dépistage, cette sous-estimation n'a pu être corrigée par une mesure systématique du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré qui aurait considérablement compliqué l'organisation de la procédure.

Le choix des modalités d'administration des questionnaires a aussi pu être à l'origine du taux faible de réponses. On peut s'interroger sur l'intérêt du questionnaire administré par rapport à l'auto-questionnaire. Dans une étude brésilienne menée au sein d'un hôpital universitaire, un questionnaire administré a été utilisé pour mesurer la prévalence des consommations de tabac et d'alcool chez les patients hospitalisés [10]. Des données fiables ont pu être obtenues grâce à l'intervention d'un personnel spécifiquement formé à l'utilisation du questionnaire. Si ce système de repérage est coûteux en personnel, il permet de mieux définir les sites d'intervention prioritaires au sein d'un établissement hospitalier. Cependant, dans le cadre d'une démarche continue de dépistage systématique des comportements addictifs, le système de recueil doit être le plus léger possible pour le personnel soignant. Mais il ne faut pas négliger les limites particulières de ce type d'approche par auto-questionnaire en cas de déficiences visuelle, cognitive ou de difficulté de lecture de la langue française.

Au-delà du faible nombre de fumeurs dépistés, les caractéristiques de dépendance tabagique de ces fumeurs sont également surprenantes. Ainsi, plus de 70 % des fumeurs dépistés présentaient une dépendance physique faible au tabac. Ceci constitue une limite majeure de notre démarche. De fait, les fumeurs les plus dépendants n'ont pas été dépistés. Il est possible qu'une partie des personnes non-répondantes ou ayant refusé l'exploitation des données corresponde à ces fumeurs plus fortement dépendants. Leur réticence à la participation à cette démarche pourrait être interprétée comme le refus d'une intrusion dans leur vie personnelle.

Cette question de l'acceptabilité paraît d'autant plus importante que le

taux de refus d'exploitation des questionnaires recueillis était élevé (16,7 %) : il ne s'agissait pas de non-réponses mais bien d'un refus écrit que les réponses recueillies soient analysées. L'hypothèse la plus vraisemblable reste celle de questions sensibles notamment pour la consommation d'alcool et de cannabis et de la crainte des patients vis-à-vis du respect de la confidentialité des informations personnelles recueillies. La confidentialité est un élément important de la faisabilité de tout dépistage systématique des consommations de substances addictives, notamment pour l'alcool et les substances illicites. La consommation de cannabis a ainsi pu faire l'objet d'une sous-déclaration. En effet, les données françaises portant sur une série rétrospective de patients atteints d'artériopathies oblitérantes des membres inférieurs débutant avant 50 ans, font état de 10 % de consommateurs de cannabis [27].

La sous-déclaration des comportements addictifs peut aussi être liée au manque de motivation vis-à-vis d'un changement de comportement chez des patients interrogés de façon systématique. Ainsi, un seul patient sur les onze présentant un risque d'alcoolisation excessive a souhaité bénéficier d'une consultation en alcoologie. De même, on a pu constater que la moitié des fumeurs dépistés n'avait pas accepté le principe d'une prise en charge immédiate ou différée. Ce résultat concorde avec les données de la littérature concernant la motivation des fumeurs hospitalisés à participer à un programme de sevrage tabagique [8, 12]. L'utilisation du modèle de Prochaska décrivant les étapes du changement vis-à-vis du comportement tabagique peut expliquer les résultats obtenus [23]. L'appréciation du niveau de préparation à l'arrêt du tabac a été testée dans un programme de dépistage par auto-questionnaire dans quatre hôpitaux universitaires australiens. Sur les 2 815 questionnaires récupérés, 31 % des hospitalisés étaient fumeurs et seuls 38 % envisageaient sérieusement un sevrage [25]. Cette méthode de dépistage présentait l'intérêt de cibler l'intervention sur les patients motivés. Il faut sans doute aborder les patients hospitalisés sous l'angle de la motivation à modifier leurs comportements addictifs et faire le choix d'une attitude systématique de conseil minimum pour les personnes non motivées.

La participation du personnel à cette action de santé publique a représenté une difficulté supplémentaire quant à la faisabilité de la démarche de dépistage. Les réunions d'information sur les objectifs et les modalités de déroulement de cette étude, destinées aux personnels d'encadrement, aux personnels soignants, aux étudiants hospitaliers et personnels médicaux, avaient pour but d'encourager à une participation active des équipes. Certains facteurs pouvant expliquer la faible implication des infirmières dans les programmes d'aide au sevrage tabagique ont été mis en évidence par une étude américaine [17]. Les deux barrières principales identifiées étaient le manque de connaissances concernant les techniques d'aide à l'arrêt du tabac et la crainte de générer des réactions de rejet de la part de patients non motivés à l'arrêt. L'un des autres facteurs explicatifs tient dans l'acceptabilité par le personnel d'un changement de pratique par rapport à celle acquise antérieurement. Ainsi, la démarche de dépistage systématique a été parfois court-circuitée par le maintien des pratiques antérieures, les médecins appelant directement l'unité de liaison d'addictologie pour une intervention avant que le questionnaire ait pu être récupéré.

En ce qui concerne l'organisation de la prise en charge en aval par l'unité de liaison d'addictologie, il est apparu que sur les 15 fumeurs ayant souhaité une intervention, neuf (31 %) ont été vus par l'infirmière de liaison durant leur séjour hospitalier et six ont préféré bénéficier d'une consultation de tabacologie dans les suites de leur hospitalisation. Ainsi, une réponse à la carte a été proposée aux personnes dépistées même si celles-ci ne nécessitaient pas d'intervention médicale proprement dite du fait de leur faible niveau de dépendance tabagique. Une telle organisation, si elle restait praticable dans le cadre d'une expérience limitée à deux services et à une période de trois mois, n'apparaît pas envisageable à l'échelle d'un établissement hospitalier.

En pratique, il ne nous semble pas que le système d'auto-questionnaire tel qu'il a été proposé dans cette étude, doive être généralisé. Cela ne discrédite en rien le dépistage systématique mais les modalités appliquées ont eu un faible rendement. Il nous semble indispensable de maintenir le choix de l'auto-questionnaire pour des raisons de faisabilité et de prendre en compte la motivation des personnes à modifier leur comportement addictif. Outre le test de Fagerström et le test FACE, un instrument de mesure de la motivation en quatre questions comme le Q-MAT pourrait être introduit [3]. Mais dans un contexte de moyens limités, il ne sera sans doute pas possible de prendre en charge directement l'ensemble des personnes dépistées. Des critères de dépendance, d'âge ou de pathologies pourraient permettre de fixer des priorités de prise en charge pour les unités de liaison d'addictologie.

Conclusion

Notre étude souligne les difficultés du dépistage systématique des conduites addictives en milieu hospitalier. Il faut néanmoins insister sur l'intérêt de ce type de démarche, compte tenu des conséquences des comportements addictifs en termes de mortalité et de morbidité. D'autres études devraient être menées pour permettre la mise au point d'auto-questionnaires acceptables par les patients et le personnel afin d'augmenter l'efficacité de la démarche systématique. Enfin, les modalités d'organisation des structures transversales, telles les unités de liaison d'addictologie, devraient être revues et les moyens à disposition augmentés de façon à ce qu'en aval du dépistage, les groupes de patients pouvant bénéficier d'une intervention soient effectivement pris en charge.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le Professeur Jean-Noël Fiessinger, Chef du service de médecine vasculaire et le Professeur Pierre-François Plouin, Chef du service d'Hypertension artérielle, le Docteur Christiane Battaglia, Praticien attaché, Madame Christiane Raher, Cadre infirmier supérieur et toutes les infirmières qui ont participé à cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Arfaoui S, Dewost AV, Demortière G, *et al.* Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». *Rev Prat Med Gen* 2004 ; *18* : 201-5.
2. Arvers P, Moulia-Pelat JP, Favre JD, *et al.* Prévalence des conduites addictives chez les patients hospitalisés – Enquête multicentrique effectuée un jour donné dans les hôpitaux d'instruction des armées en 1999. *BEH* 2000 : 63-6.

3. Aubin HJ, Lagrue G, Légeron P, *et al.* Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT). Construction et validation. *Alcoologie et Addictologie* 2004 ; *26* : 311-6.
4. Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT: The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Second edition: World Health Organization, 2001.
5. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol* 1995 ; *56* : 423-32.
6. Com-Ruelle L, Dumesnil S. L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés. Paris : CREDES, 1997 : 173 p.
7. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Prev Med* 2000 ; *30* : 261-8.
8. Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: a window of opportunity for cessation interventions. *Prev Med* 1992 ; *21* : 262-9.
9. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984 ; *252* : 1905-7.
10. Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerstrom questionnaires. Sao Paulo *Med J* 2000 ; *118* : 139-43.
11. France EK, Glasgow RE, Marcus AC. Smoking cessation interventions among hospitalized patients: what have we learned? *Prev Med* 2001 ; *32* : 376-88.
12. Guilmette TJ, Motta SI, Shadel WG, Mukand J, Niaura R. The prevalence of cigarette smoking in an acute inpatient physical medicine and rehabilitation population. *Subst Abus* 2001 ; *22* : 187-92.
13. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *B J Addict* 1991 ; *86* : 1119-27.
14. INSERM. *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris : INSERM, 2003 : 560 p.
15. Johnson JL, Budz B, Mackay M, Miller C. Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. *Heart Lung* 1999 ; *28* : 55-64.
16. Lykouras L, Rontos I, Rontos K, *et al.* Detecting alcohol-related problems among general hospital patients with heart disease. *Psychother Psychosom* 2001 ; *70* : 25-9.
17. McCarty MC, Zander KM, Hennrikus DJ, Lando HA. Barriers among nurses to providing smoking cessation advice to hospitalized smokers. *Am J Health Promot* 2001 ; *16* : 85-7.
18. Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. *Arch Intern Med* 1997 ; *157* : 409-15.
19. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux, Direction Générale de la Santé. Circulaire DHOS/O2 – DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. [URL : http://www.sante.gouv.fr/].
20. Moore RD, Bone LR, Geller G, *et al.* Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA* 1989 ; *261* : 403-7.
21. Munafo M, Rigotti N, Lancaster T, Stead L, Murphy M. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients: a systematic review. *Thorax* 2001 ; *56* : 656-63.
22. Polednak AP. Hospital-based smoking cessation programs: a statewide survey. *Conn Med* 2000 ; *64* : 683-5.
23. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 ; *51* : 390-5.
24. Reynaud M, Leleu X, Bernoux A, *et al.* Alcohol use disorders in French hospital patients. *Alcohol Alcohol* 1997 ; *32* : 769-75.
25. Richmond RL, Bell AP, Rollnick S, Heather BB. Screening for smokers in four Sydney teaching hospitals. *J Cardiovasc Risk* 1996 ; *3* : 199-203.
26. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction* 1993 ; *88* : 791-804.
27. Sauvanier M, Constans J, Skopinski S, *et al.* Les artériopathies des membres inférieurs débutant avant 50 ans. *J Mal Vasc* 2002 ; *27* : 69-76.
28. Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; *23* (suppl. 4) : 1S-72S.
29. Stevens VJ, Glasgow RE, Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM. A smoking-cessation intervention for hospital patients. *Med Care* 1993 ; *31* : 65-72.
30. Taylor CB, Miller NH, Herman S, *et al.* A nurse-managed smoking cessation program for hospitalized smokers. *Am J Public Health* 1996 ; *86* : 1557-60.

Annexe 1

Le test DETA

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer (D) votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre Entourage (E) vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop (T) ?
- Avez-vous besoin d'Alcool (A) le matin pour vous sentir en forme ?

Les réponses (1 point par réponse « oui ») doivent être additionnées. Le score supérieur ou égal à 2 est le seuil de dépistage d'une alcoolisation à risque.

HEGP

Annexe 2

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

A.U.D.I.T.

(Alcohol Use Disorders Identification Test)

Ce questionnaire interroge la consommation d'alcool des douze derniers mois. Attention à ce que les réponses reflètent cette unité de temps et pas seulement les dernières semaines.

Un verre-standard = 10 grammes d'alcool pur

7 cl d'apéritif à 18°	2,5 cl de digestif à 45°	10 cl de champagne à 12°	25 cl de cidre « sec » à 5°	2,5 cl de whisky à 45°	2,5 cl de pastis à 45°	25 cl de bière à 5°	10 cl de vin rouge ou blanc à 12°

Nom : ..... **Date :** .....

Prénom : .....

D. N. : ..... **Age :** ..... **Sexe :** M ☐ F ☐

1. **Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**
   - Jamais ..... 0 ☐
   - Une fois par mois au moins ..... 1 ☐
   - 2 à 4 fois par mois ..... 2 ☐
   - 2 à 3 fois par semaine ..... 3 ☐
   - 4 fois ou plus par semaine ..... 4 ☐

2. **Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**
   - Un ou deux ..... 0 ☐
   - Trois ou quatre ..... 1 ☐
   - Cinq ou six ..... 2 ☐
   - Sept à neuf ..... 3 ☐
   - Dix ou plus ..... 4 ☐

3. **Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?**
   - Jamais ..... 0 ☐
   - Moins d'une fois par mois ..... 1 ☐
   - Une fois par mois ..... 2 ☐
   - Une fois par semaine ..... 3 ☐
   - Chaque jour ou presque ..... 4 ☐

4. **Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?**
   - Jamais ..... 0 ☐
   - Moins d'une fois par mois ..... 1 ☐
   - Une fois par mois ..... 2 ☐
   - Une fois par semaine ..... 3 ☐
   - Chaque jour ou presque ..... 4 ☐

5. **Dans les douze derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?**
   - Jamais ..... 0 ☐
   - Moins d'une fois par mois ..... 1 ☐
   - Une fois par mois ..... 2 ☐
   - Une fois par semaine ..... 3 ☐
   - Chaque jour ou presque ..... 4 ☐

6. **Dans les douze derniers mois, combien de fois après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?**
   - Jamais ..... 0 ☐
   - Moins d'une fois par mois ..... 1 ☐
   - Une fois par mois ..... 2 ☐
   - Une fois par semaine ..... 3 ☐
   - Chaque jour ou presque ..... 4 ☐

7. **Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?**
   - Jamais ..... 0 ☐
   - Moins d'une fois par mois ..... 1 ☐
   - Une fois par mois ..... 2 ☐
   - Une fois par semaine ..... 3 ☐
   - Chaque jour ou presque ..... 4 ☐

8. **Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?**
   - Jamais ..... 0 ☐
   - Moins d'une fois par mois ..... 1 ☐
   - Une fois par mois ..... 2 ☐
   - Une fois par semaine ..... 3 ☐
   - Chaque jour ou presque ..... 4 ☐

9. **Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?**
   - Non ..... 0 ☐
   - Oui, mais pas dans l'année passée ... 2 ☐
   - Oui, au cours de l'année dernière .... 4 ☐

10. **Est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?**
    - Non ..... 0 ☐
    - Oui, mais pas dans l'année passée ... 2 ☐
    - Oui, au cours de l'année dernière .... 4 ☐

TOTAL

HEGP

Annexe 3

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Test de Fagerström
Degré de dépendance tabagique

Nom : ..... **Date :** .....

Prénom : .....

D. N. : ..... **Age :** ..... **Sexe :** M ☐ F ☐

Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?	- Dans les 5 minutes ..... 3 - 6 à 30 minutes ..... 2 - 31 à 60 minutes ..... 1 - Plus de 60 minutes 0	☐ ☐ ☐ ☐
Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex : cinéma, bibliothèque)	- Oui ..... 1 - Non 0	☐ ☐
A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	- A la première de la journée ... 1 - A une autre 0	☐ ☐
Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	- 10 ou moins ..... 0 - 11 à 20 ..... 1 - 21 à 30 ..... 2 - 31 ou plus 3	☐ ☐ ☐ ☐
Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	- Oui ..... 1 - Non 0	☐ ☐
Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	- Oui ..... 1 - Non 0	☐ ☐
TOTAL DES RÉPONSES	**SCORE :** _____	