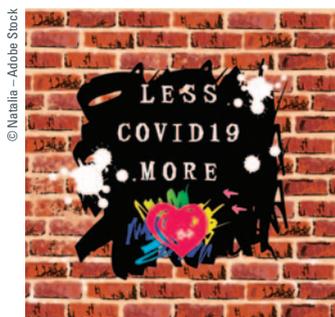


JANVIER 2021

#11



## Sommaire

### LES PROTOCOLES DE COOPÉRATION

Un exemple de protocole de coopération : le projet CAPU (Consultation alcool post-urgence)

### INTERVIEW

Amine Benyamina : Le Défi De Janvier en 2021

### ÉCHOS DE RÉSEAUX

« Hôpitaux publics : comment la réduction des budgets augmente à la fois les coûts et les risques » par Eve Fabre

### Ressources

### Agenda

**J'ai à cœur d'ouvrir ce nouvel opus d'Agir Addictions en vous exprimant toute ma reconnaissance pour l'immense mobilisation déployée ces derniers mois pour faire face aux changements imposés par la situation actuelle dans votre organisation et l'exercice de vos missions habituelles.**

La pandémie de Covid-19 et les mesures de confinement ont (eu) de multiples conséquences sur le fonctionnement sociétal. La crise sanitaire actuelle est anxiogène et stressante pour une large partie de la population. Les politiques publiques d'austérité menées ces dernières décennies en matière de santé et de sécurité sociale ont engendré de lourds dégâts, réduisant drastiquement la capacité du secteur du soin à gérer la crise et renforçant les inégalités sociales existantes.

Or, vous, acteurs et professionnels de l'addictologie, de premier recours, exerçant en établissement sanitaire ou dans le secteur médicosocial, forts de la complémentarité de vos différents métiers, vous vous êtes engagés sans relâche pour apporter vos compétences et votre soutien à la population. Vous avez ainsi maintenu vos activités avec innovation et inventivité.

Aujourd'hui le rebond de l'épidémie est une réalité et impose une nouvelle mobilisation. Dans ces conditions d'exercice souvent difficiles, je voudrais vous rappeler que le RESPADD est plus

que jamais à votre écoute et à vos côtés. À ce titre, n'hésitez pas à nous solliciter et à utiliser les divers outils et ressources mis à votre disposition.

Cette crise aura permis de mettre en lumière les difficultés dans lesquelles vivent les structures de soin depuis maintenant trop longtemps. Dans le champ des drogues, elle aura agi en révélateur des limites et manquements du modèle sociétal dans lequel nous vivons, marqué par la prohibition et la répression des usagers à défaut d'être centré sur la promotion de la santé. Constat partagé de longue date par les acteurs du social, de la lutte contre l'exclusion, de l'aide aux sans-abris ou de la prévention.

Les chantiers à venir s'annoncent nombreux, décisifs afin d'éviter que d'autres crises identiques ne se reproduisent. Leurs réussites passeront nécessairement par une reconsidération de la promotion de la santé par les pouvoirs publics et l'attribution de moyens financiers et humains pérennes.

Anne Borgne  
Présidente du RESPADD

## UN EXEMPLE DE PROTOCOLE DE COOPÉRATION : LE PROJET CAPU (Consultation alcool post-urgence)



### Le contexte

En France, la consommation d'alcool représente la 2<sup>ème</sup> cause de décès prématurés et est responsable, chaque année, de 41 000 décès ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique<sup>(1)</sup>. En effet, son coût pour la société est estimé à 120 milliards d'euros par an<sup>(2)</sup> et l'alcool représente 3,6 % des dépenses hospitalières soit 2,64 milliards d'euros chaque année<sup>(3)</sup>.

La problématique de l'alcool touche un grand nombre de Français puisque 10 % de la population présentent les critères d'un trouble lié à l'usage d'alcool<sup>(4)</sup>. Toutefois, seule une faible partie réussit à s'inscrire dans un parcours de soins et souvent des années après l'apparition des premiers troubles. Cette donnée est d'autant plus alarmante que 30 % des patients consultant dans un service d'accueil des urgences sont admis en raison d'une problématique liée à l'usage d'alcool<sup>(5)</sup>.

De ce fait, les services d'accueil des urgences font figure de porte d'entrée vers un parcours de soin de prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool.

### Le projet

C'est dans ce contexte qu'est né le projet de Consultation alcool post-urgence (CAPU). Ce dispositif de santé novateur est régi par un cahier des charges précis faisant l'objet d'un protocole de coopération. La consultation ainsi mise en place est dédiée aux patients présentant un trou-

ble lié à l'usage d'alcool et est assurée par un(e) infirmier(e) délégué(e) et formé(e) qui travaille en binôme avec un médecin délégué ayant co-signé le protocole de coopération.

Dans ce projet, il s'agit pour les médecins urgentistes travaillant dans les services d'accueil des urgences de repérer les patients présentant des troubles liés à l'usage d'alcool. Pour ce faire, ils utilisent un auto-questionnaire validé scientifiquement et dont l'efficacité a été prouvée : l'AUDIT C. Le questionnaire AUDIT a été créé par l'OMS et est adapté à tous les adultes de plus de 18 ans. En 10 questions, il permet au patient d'auto-évaluer le risque lié à sa consommation d'alcool. Une version en 3 questions, l'AUDIT C, est souvent utilisée.

Si un patient est susceptible d'être un consommateur à risque, et qu'il n'est pas déjà suivi pour ses consommations, les médecins urgentistes l'orientent vers la CAPU pour débiter sa prise en charge. Il est alors reçu par l'infirmier(e) délégué(e), sans rendez-vous et sur les plages horaires déterminées par l'établissement qui lui ont été communiquées.

Lors de la consultation, l'infirmier(e) délégué(e) repère et évalue les consommations du patient grâce à des questionnaires et échelles, AUDIT, Cushman, EVA. L'échelle de Cushman est un outil d'évaluation de la gravité des signes de sevrage d'alcool. Elle permet de mettre en évidence, selon plusieurs critères, des situations dans lesquelles le sevrage d'alcool peut conduire à des conséquences graves pour la santé du patient. L'échelle visuelle analogique ou EVA est une réglette qui permet au patient d'auto-évaluer sa douleur ressentie au moyen d'un curseur.

Elle peut également prescrire et interpréter des examens – biologiques (hémogramme, bilan hépatique), électrocardiogramme, éthylomètre – selon les actes qui lui sont délégués dans le cadre du protocole de coopération. En fonction des résultats, l'infirmier(e) délégué(e) décide d'un mode de prise en charge adapté : sevrage ambulatoire, hospitalisation ou orientation vers une consultation d'addictologie. À tout moment de la consultation, si la situation le nécessite, l'infirmier(e) délégué(e) doit faire appel au médecin délégué.

### L'historique

Cette expérience est menée depuis plusieurs années déjà au sein du Département de psychiatrie et de médecine addictologie des Hôpitaux universitaires Saint-Louis Lariboisière Fernand Widal (AP-HP). Et les premiers résultats obtenus montrent que :

- 53 % des patients reçus dans le cadre de la CAPU restent inclus après 1 an dans un parcours de soin ;
- 27,8 % des patients ayant été orientés vers la CAPU par les médecins urgentistes s'y sont rendus.

Ces premiers résultats étant très encourageants, ils ont permis de réfléchir à l'extension de ce protocole à l'échelle nationale afin de confirmer l'hypothèse que la Consultation alcool post-urgence permet l'entrée précoce dans la filière addictologique, en réduisant le recours aux services d'accueil des urgences.

### La phase d'amplification

Dans le cadre de l'appel à projet « Mobilisation de la société civile » proposé par le Fonds de lutte contre les addictions 2019, le RESPADD coordonne l'extension de ce protocole de coopération qui a été validé par la HAS. Pour ce faire, 15 centres hospitaliers se sont portés volontaires pour implémenter le projet dans leur établissement.

(1) <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/donnees/#tabs>

(2) <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france>

(3) [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/24-25/pdf/2015\\_24-25\\_1.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/24-25/pdf/2015_24-25_1.pdf)

(4) <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>

(5) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211423819300070>

## Les objectifs du projet

- **Général** : réduire la morbi-mortalité liée à l'alcool
- **Spécifiques** :
  - 1 - développer les compétences des infirmier(e) impliqué(e)s dans la CAPU ;
  - 2 - favoriser le repérage et l'orientation des patients à risque par les urgentistes ;
  - 3 - limiter le recours itératif aux services d'accueil des urgences et contribuer au désengorgement des urgences.



Pour les patients présentant un trouble lié à l'usage d'alcool, le protocole permet d'améliorer la prise en charge en facilitant l'accessibilité au premier rendez-vous en addictologie et en proposant un accompagnement et une orientation individualisée et précoce.

Pour le médecin déléguant, le protocole permet d'optimiser le temps médical pour le centrer sur la prise en charge de situations complexes et/ou d'un plus grand nombre de patients.

Pour l'infirmier(e) délégué(e), le protocole permet d'étendre et de diversifier les champs d'activité par l'acquisition de nouvelles compétences, grâce à la formation théorique et pratique proposée dans le cadre du projet et à l'accompagnement proposé par le médecin déléguant et l'équipe du RESPADD. Cela permet d'améliorer l'attractivité du métier et de fidéliser les professionnels dans la spécialité. Le protocole conduit ainsi à une meilleure reconnaissance de l'expertise infirmière.

Pour les urgentistes, le protocole permet de diffuser des outils standardisés et validés de repérage pour favoriser leur utilisation systématique.

**Contact** : Marianne Hochet  
[marianne.hochet@respadd.org](mailto:marianne.hochet@respadd.org)

**Les protocoles de coopération<sup>(6)</sup> sont des accords par lesquels des professionnels de santé mettent en place le transfert d'actes ou d'activités de soins pour organiser une nouvelle méthode de prise en charge des patients. Ils permettent notamment la montée en compétences de certains personnels et la redistribution des charges tout en garantissant les meilleurs soins au patient.**

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite hôpital, patients, santé, territoires (HPST) définit la coopération entre professionnels de santé comme suit : « Par dérogation, les professionnels de santé (cités à l'article L. 4011-1 du CSP) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ».

Les protocoles de coopération sont autorisés par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009. Ils doivent cependant être systématiquement soumis à l'Agence régionale de santé (ARS) de la région concernée pour valider la cohérence entre le besoin régional et la solution proposée. Ils sont ensuite transmis à la Haute autorité de santé (HAS) pour une validation. Celle-ci s'assure alors que le protocole permet de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Si le projet est validé, l'ARS peut alors, par arrêté, autoriser son application sur le territoire. À l'échelle d'un établissement ou d'un territoire, ces protocoles sont signés par les professionnels de santé impliqués avant d'être mis en place.

(6) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)

ENTRE 2010 ET  
2018,

**141**

**PROTOCOLES DE  
COOPÉRATION**

**ONT ÉTÉ SOUMIS  
PARMI LESQUELS  
PLUS D'UN TIERS  
ONT REÇU UN  
AVIS FAVORABLE  
DE LA PART DE  
LA HAS.**

Les protocoles de coopération permettent :

- une montée en compétences et une diversification de l'exercice de certaines professions, notamment des professions paramédicales ;
- de recentrer les activités des médecins sur des tâches plus complexes grâce au temps libéré par la délégation ;
- d'améliorer l'organisation, et donc la qualité, de la prise en charge des patients ;
- une meilleure articulation du parcours de soins entre les différents intervenants.

Les protocoles de coopération peuvent porter sur diverses actions comme la prescription médicamenteuse ou la prise en charge des patients. C'est systématiquement un médecin, le déléguant, qui confie une de ses missions à un(e) ou des délégué(e)(s). Ces dernier(e)s sont, dans plus de 70 % des cas, des personnels infirmiers mais il peut aussi s'agir d'orthoptistes ou de techniciens de laboratoire.



## INTERVIEW

## LE DÉFI DE JANVIER EN 2021



Amine Benyamina est médecin psychiatre et addictologue. Il est chef de service à l'hôpital universitaire Paul-Brousse – AP-HP. Il est également professeur des universités à la Faculté de médecine Paris XI. Très impliqué dans le travail fédératif et associatif, il est notamment vice-président du RESPADD et président de la Fédération française d'addictologie. Il est également à l'origine, avec le Fonds Actions Addictions qu'il préside, de l'opération Le Défi De Janvier, en partenariat avec d'autres associations.

Pour la première fois en 2020, la France a lancé l'opération Le Défi De Janvier, inspirée de la campagne Dry January initiée en Angleterre depuis plusieurs années déjà. Ce défi individuel et collectif propose aux participants de faire une pause dans leur consommation d'alcool pendant le mois de janvier pour observer les bénéfices que cela engendre et réduire à plus long terme leur consommation. Pour nous parler de ce projet, de sa deuxième édition en janvier 2021 et de ses perspectives, le Pr Amine Benyamina répond ci-dessous à nos questions.

### Quelle est l'origine de cette action ? Où est-elle née initialement ?

Le Défi De Janvier, c'est une opération qui existe depuis plusieurs années dans d'autres pays que la France. Notamment, les premiers à avoir lancé le Dry January sont les Anglais. Ensuite, les Belges ont lancé la Tournée Minérale puis les Français se sont emparés du Dry January et ont lancé sa version française : Le Défi De Janvier. C'est donc une opération qui existait déjà.

### En quoi consiste Le Défi De Janvier ? Quels sont ses objectifs ?

L'objectif est simple et clair : faire une pause dans sa consommation d'alcool durant le mois de janvier. Cette action s'adresse donc d'abord à ceux que l'on appelle les consommateurs réguliers, autrement dit, pratiquement tout le monde. Ce sont les gens qui prennent un verre de temps en temps, ou bien tous les jours, mais qui ne sont pas dépendants et pensent consommer sans risque. Ce sont exacte-

ment ces consommateurs qui nous intéressent pour Le Défi De Janvier.

Le problème est que la consommation d'alcool présente toujours un risque et c'est à travers ce type d'expérience que l'on peut éventuellement s'en rendre compte. Beaucoup d'éléments de la littérature en attestent d'ailleurs.

Ce qu'il faut avoir en tête c'est la philosophie du Défi De Janvier : c'est une campagne de mobilisation sociale, sans injonction ni moralisme. Il faut plutôt le prendre comme quelque chose de bon enfant où on s'essaye à un défi.

L'engagement est d'abord, et avant tout, individuel, même s'il s'inscrit dans un contexte de mobilisation collective. Chacun, à travers ses capacités, va se mobiliser ce qui rend les choses plus faciles. De plus, il n'y a pas d'obligation de faire tous la même chose, c'est-à-dire zéro alcool pendant tout le mois de janvier. Mais il y a un défi, et le défi c'est de pouvoir atteindre ses objectifs.

## Depuis quand Le Défi De Janvier est-il mis en place en France ?

Le Défi De Janvier est mis en place depuis l'année dernière, l'édition 2020 était la première. Nous avons pensé que les autorités publiques, et notamment Santé publique France, allaient le mettre en place mais finalement ça n'a pas été le cas et ce sont donc les associations qui se sont emparées de cette opération, de ce rendez-vous, et cela s'est plutôt bien passé puisque le taux de participation pour une première édition a été un vrai succès, notamment en comparaison avec la première édition du Dry January au Royaume-Uni.

## Comment sera-t-il déployé en 2021 ? Qui sont ses organisateurs ?

Le problème c'est que jusqu'au 20 janvier 2021 nous sommes sous le régime de la pandémie. Nous allons donc devoir adapter nos outils de communication et notre façon de faire. C'est un premier constat.

Ensuite, les réseaux sociaux seront à nouveau utilisés, avec une mobilisation collective et individuelle. Il y aura des supports de communication, des éléments sur le net et sur les réseaux sociaux. Quatre Facebook Live, que j'animerai, seront mis en place avec Addict'Aide. Il y a aussi un site internet, et Twitter permettra de fournir des éléments aux participants. Les autres associations, comme le RESPADD, relaieront aussi ces contenus.

Nous comptons essentiellement sur le relai que les médias feront

de ce que nous allons mettre en place et qui, clairement, aura pour but d'atteindre tous les Français.

Une alliance a été mise en place entre la Fédération française d'addictologie, l'Anpa, la Société française d'alcoologie et Addict'Aide. Cette alliance est co-proprétaire, avec l'association Adixio, du Défi De Janvier qui est ainsi protégé. D'autres associations se sont également agrégées à ce projet comme la Ligue contre le cancer et le RESPADD et d'autres encore qui sont en train de nous rejoindre. C'est donc vraiment une mobilisation inter-associative pour un même but.

## Comment y participer ? Quels bénéfices pour les participants ?

Les participants peuvent s'inscrire depuis le site, cela leur permet de suivre leur avancement, de voir comment les choses se passent, d'être encouragés, d'avoir accès à des supports visuels. C'est donc intéressant pour eux, mais aussi pour nous, puisque cela nous permet de comptabiliser les participants pour montrer le succès de cette action et espérer recevoir un jour des financements pour concevoir un Défi De Janvier à plus grande échelle.

C'est aussi une opération qui a montré ses effets bénéfiques sur la santé, le bien-être. Les bénéfices observés sont, par exemple, un meilleur sommeil, une perte de poids, une réduction de la consommation et une amélioration de ses finances. Ce sont des éléments extrêmement importants. C'est aussi une manière de



se jauger vis-à-vis de sa relation à l'alcool et de se découvrir dans la difficulté. Cela peut permettre d'aller loin et de tendre vers un recours aux soins.

## Pour finir, quelles sont les perspectives de cette action pour les années à venir ?

La première des choses est de maintenir cette action tous les ans et ce malgré les difficultés, comme la pandémie cette année par exemple.

La deuxième chose est de mobiliser plus de participants et peut-être de mettre en place des actions avec nos amis étrangers. Et enfin, peut-être recevoir un jour des financements orientés vers Le Défi De Janvier pour pouvoir le porter intelligemment et avec plus de visibilité.

## L'ÉDITION 2020 EN QUELQUES CHIFFRES

Une étude a permis de mettre en évidence les résultats de la première édition du Défi De Janvier en France. Ainsi, 41 % des Français déclaraient savoir ce qu'était cette action à la fin du mois de janvier 2020. Pour 39 % des Français, cette action est utile, notamment pour ses bénéfices rapidement observables sur l'état de forme.

**En 2020, plus de 1 Français sur 10 a participé au Défi De Janvier et ce sont même 24 % des personnes âgées de moins de 35 ans qui se sont engagés.** Néanmoins, c'est aussi dans cette classe d'âges qu'il y a eu le plus d'abandons (10 %). Parmi les participants, 58 % étaient des femmes. Les motivations pour participer au Défi De Janvier sont, pour 46 %, le souhait d'être plus en forme et en meilleure santé et, pour 23 %, la volonté de perdre les kilos pris pendant les fêtes.

Pour ceux n'ayant pas tenté le Défi De Janvier, 32 % des moins de 35 ans se disent trop sensibles à la pression sociale. 47 % des Français estiment que ce défi « n'est pas compatible avec le mode de vie à la française » et 67 % estiment que trop de restrictions leur sont imposées.

*D'après une étude Opinion Way – Opinion Eye n°1 Fév. 2020.*

# HÔPITAUX PUBLICS : COMMENT LA RÉDUCTION DES BUDGETS AUGMENTE À LA FOIS LES COÛTS ET LES RISQUES

Chaque patient supplémentaire par infirmier(e), au-delà du nombre limite de patients recommandé, augmente de 7 % le risque de mortalité à 30 jours du patient et de 23 % le risque de burn-out du personnel.

On observe 15 fois plus d'erreurs de prescription chez les médecins ayant dormi 5,6 h comparativement à ceux ayant dormi 6,7 h au cours des dernières 24 h.

Chaque année en France, entre 95 000 et 180 000 événements indésirables graves liés aux soins pendant l'hospitalisation sont considérés comme évitables



**Eve Fabre est chercheuse en Facteur Humain et Neurosciences Sociales. Après des années dans le milieu de l'aéronautique, elle cherche à mettre en évidence les parallèles et les possibilités de transférer les connaissances et pratiques de ce monde vers le milieu médical.**

La crise sanitaire déclenchée par la pandémie de Covid-19 a servi de révélateur à une crise bien plus ancienne et profonde : celle de l'hôpital public. Depuis 30 ans, progressivement, l'hôpital public a en effet basculé dans une nouvelle ère : celle de la « rentabilité ». Et pour réduire les dépenses, les gouvernements successifs ont lancé des dispositifs toujours plus contraignants comme le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ou la tarification à l'activité (T2A).

## Le lean management et ses conséquences

Désormais, l'heure est au « lean management ». Issue du modèle de production automobile (Ford puis Toyota) et formalisée par un chercheur du Massachusetts Institute of Technology (MIT) dans les années 1980, cette méthode de pilotage des opérations vise à augmenter la productivité d'une entreprise en réduisant ses coûts de production, à travers l'élimination des gaspillages et le travail en flux tendu.

Depuis une vingtaine d'années, l'ONDAM alloue aux hôpitaux publics des budgets systématiquement inférieurs aux besoins réels, afin « d'optimiser les dépenses ». Entre 2002 et 2018, 69 000 lits d'hôpitaux ont été supprimés – et cela malgré l'accroissement et le vieillissement de la population française. Le manque de liquidités a poussé les hôpitaux à se financer auprès des banques, faisant passer leur endettement de 9 à 30 milliards d'euros entre 2002 et 2013.

## Le personnel, variable d'ajustement

Le lean management ayant été poussé à l'extrême, la variable d'ajustement majeure est devenue le personnel soignant, dont les salaires sont parmi les plus bas de l'OCDE. Entre 2010 et 2017, la « productivité » de l'hôpital public a augmenté de 15 %, alors que ses effectifs n'ont augmenté que de 2 %. Et bien que la durée maximale de travail soit fixée à 48 heures par semaine par l'Union européenne, souvent les soignants sont dans l'incapacité de respecter cette limite, faute de personnel. L'AP-HP doit par exemple 1,3 million de RTT à ses 72 000 agents. Ce surmenage affecte à la fois la santé physique et la santé mentale des soignants.

Dans le milieu hospitalier, les arrêts maladie sont ainsi plus fréquents que dans tous les autres secteurs professionnels (10,2 jours par an, contre 7,9), et ces absences augmentent encore la charge de travail des soignants présents. Pire, on ne compte plus les cas de burn-out, stress post-traumatique, démission voir même de suicide.

## Culture de la sécurité à l'hôpital

Autre problème de taille, dont les médias ont généralement peu parlé (à quelques exceptions près) : les événements indésirables associés aux soins, perturbant et retardant la prise en charge, et pouvant se traduire dans le pire des cas par une erreur médicale. À l'hôpital, comme dans tous les environnements de travail à risque, la gestion des risques passe par une culture de la sécurité, c'est-à-dire « un ensemble de valeurs et de pratiques partagées par les individus constituant et/ou contrôlant une organisation et établissant des normes



comportementales ». Dans un système efficace, la culture de la sécurité est implémentée à tous les niveaux de la chaîne de commandes : des dirigeants de l'entreprise (ici les décideurs politiques et les directeurs d'hôpitaux) à l'opérateur de plus bas niveau (les soignants). Or l'application aveugle des principes du lean management – et notamment la diminution des coûts et l'augmentation de la productivité – va à l'encontre de la culture de la sécurité et augmente de manière drastique le nombre d'erreurs médicales.

En effet, plusieurs études ont démontré le lien entre le manque de personnel et de matériel d'une part, et l'augmentation des risques pour les patients d'autre part. Le lean management génère chez les soignants de fortes charges de travail, beaucoup de stress et d'importants niveaux de fatigue. Or ces trois facteurs affectant fortement les réflexes, l'attention, le raisonnement, les capacités de communication et de prise de décision des soignants, ils constituent la principale cause d'erreurs médicales. Et la fatigue a sûrement l'effet le plus dévastateur, d'une part parce qu'elle est considérée normale en milieu hospitalier, et d'autre part parce que les soignants ont tendance à en sous-estimer son impact sur leurs performances.

En principe, dans un environnement de travail à risque, les opérateurs doivent appliquer des procédures opérationnelles standards (SOPs en anglais) qui permettent de limiter le risque d'erreurs. À l'hôpital, ces SOPs doivent être suivies à la lettre, notamment pour prévenir les risques de contamination ou d'erreurs de prescription. Or la pression temporelle et le manque de matériel médical poussent parfois le personnel soignant à dévier des SOPs (parfois même sous la pression directe de leurs supérieurs hiérarchiques) et à prendre de gros risques, comme réutiliser des seringues à usage unique pour un même patient par exemple. Le respect des SOPs étant le meilleur indicateur de sécurité d'une organisation, nous voyons bien à quel point le lean management est inadapté au contexte de l'hôpital.

## Les coûts des erreurs médicales

**B**eaucoup de soignants ont dénoncé ce système de management agressif et ses conséquences néfastes, sur eux comme sur les

patients. Pris entre le marteau et l'enclume, les directeurs d'hôpitaux (même s'ils font part des difficultés croissantes qui sont les leurs) n'ont souvent d'autre choix que d'appliquer les directives décidées par leurs supérieurs hiérarchiques directs – à savoir les dirigeants politiques qui votent les budgets des hôpitaux publics.

D'un point de vue purement économique, on pourrait (peut-être ?) trouver ce type de management acceptable s'il permettait de faire de réelles économies. Mais en favorisant la survenue d'événements indésirables et d'erreurs médicales, il revient en réalité très cher. Un rapport américain en a en effet estimé que chaque année le coût des événements indésirables pour les hôpitaux américains était compris entre 17 et 29 milliards de dollars. Ce même rapport a montré que les erreurs médicales étaient la huitième cause de décès à l'hôpital, avec 44 000 à 98 000 morts par an aux États-Unis (sur 33,6 millions d'admissions).

Des résultats similaires ont été rapportés dans tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Or il est possible de changer de paradigme. En effet, en investissant massivement dans la prévention des événements indésirables, les États-Unis ont non seulement amélioré la sécurité à l'hôpital, mais aussi réalisé des milliards d'économies.

## L'hôpital de demain ?

**S'**il faut encore le préciser, l'hôpital n'est pas une « entreprise » comme les autres. C'est un environnement de travail stressant et risqué, qui repose sur des interactions sociales complexes (soignants, patients et administration). Ainsi si nous souhaitons voir émerger un hôpital hautement performant, tant du point de vue de la sécurité que celui de la gestion des dépenses, diverses pistes de réflexion sont à explorer.

Tout d'abord, il paraît nécessaire de réformer la culture organisationnelle de l'hôpital public et de recréer un climat de sécurité pour les soignants comme pour les patients. Pour atteindre ce but, une augmentation des effectifs des personnels soignants et de leurs moyens matériels est nécessaire. Cela permettrait de réaliser sur le long terme d'énormes économies, le coût de la prévention étant bien

inférieur à celui des événements indésirables et des erreurs médicales.

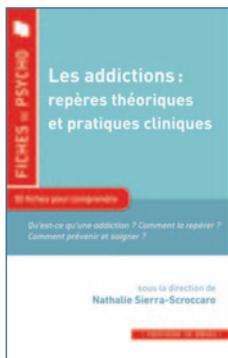
Pour rappel, à l'échelle mondiale, nous avons 1 « chance » sur 300 de mourir des suites d'une erreur médicale, contre 1 chance sur 3 millions de mourir dans un accident d'avion. Certes, depuis plusieurs dizaines d'années, la médecine cherche à tirer des leçons de la gestion des risques en aéronautique. Mais force est de constater une certaine inertie dans la transmission et l'adaptation de ces connaissances au milieu hospitalier. La crise que traverse actuellement l'aéronautique pourrait ainsi être une aubaine pour l'hôpital. En effet, nombre de spécialistes en facteur humain vont être contraints de quitter le milieu de l'aéronautique, et pourraient contribuer à la création de l'hôpital de demain.

Enfin, la recherche et le développement sont indispensables à l'amélioration de l'efficacité des pratiques hospitalières. Deux axes de recherche apparaissent comme particulièrement stratégiques. Ainsi, la conception de nouvelles technologies adaptées au milieu hospitalier (par exemple des couches connectées) pourrait aider à diminuer la charge de travail des soignants, en leur permettant de passer plus de temps « de qualité » avec les patients. Cela redonnerait du sens au métier des premiers, tout en contribuant à accélérer la guérison des seconds et en diminuant in fine les coûts de la prise en charge. Autre axe de recherche à développer : celui du Crew Resource Management en santé. Visant à mieux comprendre et prédire le comportement des équipes de santé en situation dégradée (communication, stress, prise de décision), il est indispensable à la prévention des erreurs médicales.

Pour l'heure, ces recherches sont peu développées en France du fait de l'insuffisance des budgets qui leur sont dédiés. Il apparaît donc vital d'investir massivement dans l'hôpital public, afin d'en faire diminuer les coûts et de garantir le meilleur niveau de performance et de sécurité possible à l'avenir.

Cet article est republié à partir de *The Conversation* sous licence Creative Commons.

THE CONVERSATION



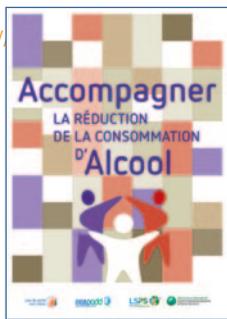
**> LES ADDICTIONS : REPÈRES THÉORIQUES ET PRATIQUES CLINIQUES**

Sous la direction de Nathalie Sierra-Scroccaro  
Editions In Press

**Dix fiches pour faire le point :** travailler avec une addiction, la place de l'addiction, l'aborder dans une famille, les poly consommations, l'éducation et la prévention...

**L'objectif de cet ouvrage :** comprendre et repérer, réfléchir à la place du sujet « addict » dans son environnement, et offrir des dispositifs de soin et d'accompagnement pour le patient et ses proches.

En dix fiches, cet ouvrage offre les clés pour s'initier à l'approche des pratiques cliniques addictives et repenser les concepts et méthodes.

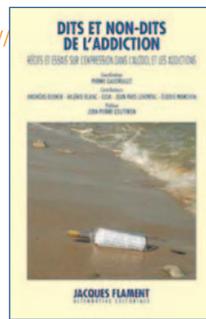


**> ACCOMPAGNER LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL**

RESPADD

Un quart des Français consomment de l'alcool au-delà des recommandations et 10 % présentent des troubles liés à l'usage d'alcool.

Le livret « Accompagner la réduction de la consommation d'alcool » est un outil de réduction des risques proposé par le RESPADD qui s'adresse au grand public. Il est composé d'une partie regroupant des informations sur la consommation d'alcool et les risques engendrés ainsi que d'une seconde partie avec des conseils pratiques, des outils d'évaluation des consommations et des activités pour engendrer une démarche de réduction de la consommation d'alcool. Les différentes aides disponibles y sont également référencées. Ainsi, ce livret permet aux consommateurs d'alcool de débiter une réflexion sur les quantités consommées, leurs impacts sur le quotidien et les avantages de la réduction de consommation.



**> DITS ET NON-DITS DE L'ADDICTION**

Récits et essais sur l'expression dans l'alcool et les addictions

Coordination : Pierre Gaudriault  
Les conduites addictives prétendent libérer l'individu des contraintes biologiques et sociales et faciliter la recherche d'une vie plus excitante, plus expressive. Mais le rapport entre addiction et expression n'est pas sans question ni douleur. C'est ce que montrent d'abord les récits d'Elsa et d'Andréas Becker, chacun dans son style particulier, en prise avec l'expérience addictive. Ces histoires sont à la fois des témoignages directs, crus ou symboliques, vus de l'intérieur, et des modes d'expression personnels.

La question est reprise par Valérie Blanc, Pierre Gaudriault, Jean-Yves Levental et Élodie Marchin dans des essais psychologiques et psychanalytiques inspirés d'un autre côté de l'expérience, celui de praticiens de l'addictologie.

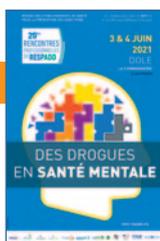
Ces essais sont consacrés d'abord aux butées et détours rencontrés dans les soins psychiques auprès de patients addictés ; puis aux méthodes psychothérapeutiques pour favoriser l'expression de ce que l'addiction a étouffé ou rendu indicible. La portée sociale et contemporaine des pratiques addictives au regard du besoin d'expression est aussi explorée.

C'est finalement, comme le note Jean-Pierre Couteron dans sa préface, une réflexion sur la condition humaine, ses ambiguïtés, ses fulgurances ou ses extravagances.

AGENDA



**3-4 JUNI 2021, DOLE**  
**25<sup>es</sup> RENCONTRES DU RESPADD**  
**« Des drogues en santé mentale »**



**AUTOMNE 2021, PARIS**  
**28<sup>th</sup> INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTING HOSPITALS AND HEALTH SERVICES**



**agir**ADDICTIONS

Bulletin bi-annuel du Respadd

Janvier 2021 – N° 11  
ISSN (imprimé) 2430-1361  
ISSN (en ligne) 2739-1922

Directrice de publication : Anne Borgne  
Directeur de rédaction : Nicolas Bonnet  
Comité de rédaction : Nicolas Bonnet, Marianne Hochet

Secrétariat : Maria Baraud  
Ont collaboré à ce numéro :  
Amine Benyamina, Nicolas Bonnet, Eve Fabre, Marianne Hochet  
© Textes et visuels : Respadd 2021  
Bernard Artal Graphisme / Imprimerie Peau  
Tirage : 2 000 exemplaires

**RESPADD**  
**Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions**

96, rue Didot – 75014 Paris  
Tél. : 01 40 44 50 26 – Fax : 01 40 44 50 46  
contact@respadd.org – www.respadd.org  
Organisme de formation n° 117 537 160 75  
Siret n° 414 419 275 00048



> Retrouvez-nous sur twitter <https://twitter.com/respadd>