



HAL
open science

Caractéristiques des patients alcoolo-dépendants hospitalisés dans un CSSRA en Sarthe

Nathalie Drozd

► **To cite this version:**

Nathalie Drozd. Caractéristiques des patients alcoolo-dépendants hospitalisés dans un CSSRA en Sarthe. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01732907

HAL Id: hal-01732907

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732907>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Nathalie DROZD

le 23 octobre 2012

Caractéristiques des patients alcoolo-dépendants hospitalisés dans un CSSRA en Sarthe.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur François Paille : Président
M. le Professeur Serge Briançon }
M. le Professeur Louis Maillard } Juges
M. le Docteur Christophe Jarosz }

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

A notre Maître et Président Monsieur le Professeur François Paille

Professeur de thérapeutique (option clinique)

Vous avez été un guide dans notre difficile apprentissage de la Médecine et avez su, grâce à votre grande sagesse et votre immense savoir, nous transmettre vos valeurs de Devoir, Responsabilité et Connaissance nécessaires à l'exercice de notre Art.

Malgré nos longues années d'errance, vous n'avez pas douté de notre vocation et nous avez montré votre considération et votre confiance en nous proposant ce sujet.

Nous vous remercions pour votre soutien indéfectible et l'immense honneur que vous nous faites en assurant la Présidence de ce Jury.

A nos Maîtres et juges :

Monsieur le Professeur Serge Briançon

Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous nous faites l'honneur de votre présence dans le Jury de notre thèse. Nous vous remercions pour le savoir que vous avez su nous transmettre et votre intérêt pour notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Louis Maillard

Professeur de neurologie

Nous vous remercions pour votre écoute, votre générosité. Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de bien vouloir juger notre travail, recevez ici toute notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Christophe Jarosz

Médecin hospitalier

Nous vous remercions pour votre assistance et votre dévouement constants tout au long de la réalisation de notre travail.

A mon fils Nicolas,

mon amour, mon miracle, ma merveille

Tu m'apprends tous les jours la tolérance, le courage et la persévérance et je grandis avec toi.

Merci de me donner cette chance formidable et cet immense bonheur d'être pour toujours ta maman qui t'aime plus que tout.

Je me battrais sans relâche pour que tu trouves ta place et pour que ta vie soit belle et heureuse.

A mon mari Christophe,

mon amour, mon rocher

Déjà dix-neuf ans passés à tes côtés, sans que le temps n'use notre attachement.

Merci d'avoir toujours cru en moi, de n'avoir jamais jugé, de toujours me soutenir dans les peines et les joies et de faire face en toutes circonstances et devant la cruauté du destin.

Je t'aime aujourd'hui et pour toujours.

A mes parents

A mes sœurs

A ma famille

A Sophie, à mes amis,

A toute l'équipe soignante du L2

A tous les patients

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES.

<u>INTRODUCTION ET PRÉSENTATION DU SUJET</u>	18
<u>ORGANISATION DES SOINS EN ADDICTOLOGIE</u>	21
I. TERMINOLOGIE ET DÉFINITIONS.....	22
II. QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....	22
II.1. Au niveau national.....	22
II.1.1. Les produits licites.....	22
II.1.2. Les produits illicites.....	24
II.2. Au niveau loco-régional.....	24
II.3. Coût social des addictions.....	25
III. ORGANISATION DES SOINS EN ADDICTOLOGIE.....	25
III.1. Historique.....	25
III.2. Diversité et complexité des addictions.....	26
III.3. Plan gouvernemental addictologie 1998-2002.....	27
III.3.1. Le « pôle ville ».....	27
III.3.2. Le « pôle médico-social spécialisé ».....	27
III.3.2.1. Les Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes (CSST).....	27
III.3.2.2. Les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA).....	28
III.3.3. Le « Pôle Hôpital ».....	29
III.3.4. Consultations jeunes consommateurs.....	30
III.3.5. Coordination des différents pôles et des différents intervenants : le réseau.....	30
III.4. Structuration actuelle de l'offre de soin, Plan addictologie 2007-2011.....	31
III.4.1. Au niveau médico-social.....	31
III.4.2. Au niveau hospitalier.....	32
III.4.2.1. Le niveau I ou de proximité.....	32

III.4.2.2. Le niveau II ou de recours.....	32
III.4.2.3. Le niveau III ou d'expertise.....	34
IV. LES CENTRES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE	34
IV.1. Place des CSSRA dans l'organisation des soins addictologiques.....	34
IV.1.1. Présentation et historique.	34
IV.1.2. Définition et missions des CSSRA (37).	35
IV.1.3. Fonctionnement et modalités de prise en charge des patients.....	36
IV.2. Particularités des CSSR dédiés aux troubles cognitifs.....	36
IV.3. Profil des patients.	37
IV.3.1. Mode d'entrée des patients.	37
IV.3.2. Indications.	38
IV.3.3. Contre-indications.	38
IV.3.4. Mode de sortie des patients.	39
IV.4. Les programmes thérapeutiques proposés.....	39
IV.4.1. Les activités de groupe.	40
IV.4.1.1. Les activités alcoologiques de groupe.....	40
IV.4.1.1.1. Les groupes de présentation du programme thérapeutique.....	40
IV.4.1.1.2. Les groupes d'informations addictologiques.	40
IV.4.1.1.3. Les groupes de prévention de la rechute.....	40
IV.4.1.1.4. Les groupes de paroles.	40
IV.4.1.1.5. Les réunions avec l'entourage.....	40
IV.4.1.1.6. Les groupes d'entraides.....	41
IV.4.1.2. Les groupes d'expression.....	41
IV.4.1.2.1. L'expression orale.	41
IV.4.1.2.2. L'expression écrite.	41
IV.4.1.2.3. L'expression artistique.	41
IV. 4.1.2.4. La thérapie corporelle.....	41
IV.4.1.3. Les séances thérapeutiques par le travail.	42
IV.4.1.3.1. Les activités d'atelier.	42
IV.4.1.3.2. Les activités de service communautaire.	42
IV.4.1.4. Les activités d'animation et de loisir.	42
IV.4.1.4.1. Les activités collectives sportives.	42

IV.4.1.4.2. Les activités culturelles et touristiques.	43
IV.4.1.4.3. Les fêtes.	43
IV.4.2. Les prises en charge individuelles.	43
IV.4.2.1. Les entretiens individuels de préadmission.	43
IV.4.2.2. Les consultations médicales.	43
IV.4.2.3. Les entretiens de soutien à visée psychothérapeutique.	44
IV.4.2.4. Les entretiens individuels d'accompagnement.	44
IV.4.2.5. Les bilans de santé.	44
IV.4.2.6. Les entretiens individuels sur les transgressions au contrat de soins ou au contrat éducatif.	44
IV.4.2.7. Les entretiens de retour de sortie thérapeutique.	45
IV.4.2.8. Les entretiens familiaux.	45
IV.4.2.9. Les entretiens individuels de fin de séjour (éventuellement de bilan intermédiaire).	45
IV.4.2.10. Les activités physiques individuelles.	45
IV.4.3. Les activités institutionnelles.	46
IV.4.4. Les pratiques d'équipe.	46
IV.5. Un exemple de prise en charge : le CSSRA du centre médical François Gallouedec.	46
IV.5.1. Présentation du centre.	46
IV.5.2. L'équipe soignante.	47
IV.5.3. Le programme thérapeutique.	47
IV.5.3.1 Les activités de groupe.	47
IV.5.3.2. Les prises en charge individuelles.	49
<u>PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE PERSONNELLE.</u>	50
I. OBJECTIFS.	51
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.	51
III. RÉSULTATS.	52
III.1. Les données socio-administratives et démographiques.	52
III.1.1. Age et sex-ratio.	52
III.1.2. Origine géographique des patients.	54
III.1.3. Situation de famille.	55
III.1.4. Mode de vie.	56
III.1.5. Nombre d'enfants.	58

III.1.6. Logement.	59
III.1.7. Ressources.....	60
III.1.8. Catégories socioprofessionnelles (CSP).	61
III.2. Les profils addictologiques.	62
III.2.1. Durée de séjour.....	62
III.2.2. Antécédents familiaux d'alcoolodépendance.	63
III.2.3. Consommations et comportements associés.	64
III.2.3.1. Données globales.	64
III.2.3.2. Le tabac.	65
III.2.3.2.1 L'âge de la première cigarette.	65
III.2.3.2.2. Le nombre quotidien de cigarettes.....	67
III.2.4. Consommation déclarée d'alcool (CDA).	69
III.2.5. Dépendance physique.	71
III.2.6. Complications somatiques.	72
III.2.7. Comorbidités psychiatriques et tentatives de suicide.	73
III.2.7.1. Comorbidités psychiatriques.....	73
III.2.7.2. Tentatives de suicide (TS).....	75
III.2.8. Complications judiciaires.....	76
III.2.9. Motivation prépondérante pour le séjour.	77
III.3. Éléments de trajectoire des patients.	78
III.3.1. Age du premier verre.....	78
III.3.2. Mode de sevrage des patients à l'arrivée.....	80
III.3.3. Durée d'abstinence à l'entrée.	81
III.3.4. Provenance des patients.	83
III.3.5. Origine de l'orientation du patient en CSSRA.	84
III.3.6. Prises en charge alcoolologiques antérieures.....	85
III.3.6.1. Age de la première prise en charge.	85
III.3.6.2. Les différents modes de prise en charge antérieures.....	87
III.3.6.2.1. Sevrages simples résidentiels.	87
III.3.6.2.2. Sevrages complexes.	88
III.3.6.2.3. Séjours en CSSRA.	89
III.3.7. Hospitalisations en psychiatrie.....	90
III.3.8. Durée d'abstinence maximale.....	91
III.3.9. Mode de sortie.....	93
III.3.10. Propositions de suivi.	93

III.3.10.1. Suivis uniques.	93
III.3.10.2. Suivis associés.....	94
III.3.10.3. Tous types de suivis.	95
III.3.11. Traitements à la sortie.	96
IV. DISCUSSION.....	96
IV.1. En préambule.....	96
IV.2. « Portrait robot » du patient admis au CMFG.	97
IV.3. Eléments socio-démographiques.....	98
IV.4. Données addictologiques.....	100
IV.5. Eléments de trajectoire.	104
<u>CONCLUSION.</u>	110
<u>BIBLIOGRAPHIE.</u>	114
<u>ANNEXES.</u>	121
Annexe 1 : Définition de la dépendance selon le DSM IV-TR.....	122
Annexe 2 : Définition de la dépendance selon la CIM-10	123
Annexe 3 : Abus de substances psycho-actives DSM-IV TR.	125
Annexe 4 : Utilisation nocive pour la santé (CIM-10).....	126
Annexe 5 : Les conduites d'alcoolisations.	127
Annexe 6 : Les seuils de l'OMS.	129

INTRODUCTION ET PRÉSENTATION DU SUJET.

Les consommations d'alcool, de tabac, de substances illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, produits de synthèse) ainsi que des comportements problématiques (tels que la pratique excessive des jeux d'argent, les troubles des conduites alimentaires, les achats compulsifs...) entraînent des problèmes majeurs de santé publique, en France comme dans beaucoup d'autres pays. Ils sont responsables de souffrance physique et psychique, de difficultés sociales et d'insécurité. La mortalité liée aux drogues illicites est d'un ordre de grandeur bien inférieur à celle de l'alcool et du tabac dont les consommations sont plus répandues, mais touchent des personnes plus jeunes.

Ces vingt dernières années, avec le progrès des connaissances scientifiques et de ce fait l'évolution des représentations sociales, la prise en charge des addictions a connu des évolutions majeures avec une organisation des soins comportant une hiérarchisation des structures (de la médecine de ville au centre hospitalier universitaire), le développement du travail en réseau, l'émergence du concept d'addictologie abandonnant progressivement le centrage sur un produit pour évoluer vers le fonctionnement de l'individu sous tendu par des phénomènes neurobiologiques mieux identifiés, l'objet de la dépendance pouvant être une substance psychoactive ou un comportement. Nous sommes ainsi passés de la « lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie », considérés comme fléaux sociaux, à la prévention et la prise en charge des addictions. Dans cette offre de soins, la prise en charge résidentielle des patients après un sevrage a également connu une mutation importante avec la transformation des classiques « postcures » en Centres de Soins de Suite et de Réadaptation spécifiquement orientés vers l'Addictologie (CSSRA). Selon l'étude ESPERHA (45) sur un jour donné, les CSSRA accueillent 19 % des patients en soin, dont une grande majorité sont alcoolo-dépendants.

Afin de mieux comprendre le rôle des CSSRA et leur place dans la filière de soins addictologiques, nous avons étudié une population de patients pris en charge dans une structure de ce type, en Sarthe, sur quatre années consécutives.

Après quelques données épidémiologiques et une description de l'organisation actuelle des soins addictologiques en France, nous précisons la place des CSSRA en décrivant les principaux programmes thérapeutiques proposés par ces structures de soins, en particulier celui du centre François Gallouedec, dont sont extraites nos données.

Dans un deuxième temps nous présenterons les résultats de notre étude. Nous développerons les caractéristiques des patients regroupées selon trois catégories : les données sociodémographiques, les profils addictologiques (précocité et sévérité de l'alcoolo-dépendance, complications somatiques,

comorbidités psychiatriques, consommations et/ou comportements associés) et les éléments de trajectoire (typologie des prises en charge antérieures, mode d'arrivée dans le service, proposition de suivi...).

Nous discuterons ensuite nos résultats en les comparant d'une part à d'autres études de populations de patients en CSSRA, en particulier une étude de L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) de 2006 et l'étude ESPERHA de 2010, et d'autre part aux profils de patients pris en charge en ambulatoire dans les Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, recensés par le REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge (RECAP) de l'OFDT.

Nous concluons enfin sur la place actuelle des CSSRA dans le parcours de soins des patients et tenterons de dégager quelques perspectives d'évolutions souhaitables pour optimiser la prise en charge globale de ces personnes très vulnérables.

ORGANISATION DES SOINS EN ADDICTOLOGIE.

I. TERMINOLOGIE ET DÉFINITIONS.

Au niveau international et à l'échelon national, l'addictologie souffre d'une hétérogénéité des définitions et des critères pris en compte pour décrire les modes de consommation, ce qui rend plus difficile l'interprétation et la comparaison des différentes études scientifiques menées dans ce domaine. Ainsi l'Observatoire de la Médecine Générale pour une étude de 2007 retenait des seuils de consommation différents de ceux acceptés en France et préconisés par la Société Française d'Addictologie (15, 56).

En ce qui concerne l'alcool, dans ce travail nous utiliserons les recommandations de la Société Française d'Addictologie (56) relative aux conduites d'alcoolisations qui distinguent le non-usage, l'usage et le mésusage (sous divisé en usage à risque, usage nocif et usage avec dépendance). La dépendance sera définie par le DSM IV TR (2) et la CIM 10 (50) (cf annexes).

Pour les autres substances nous retiendrons les critères du DSM-IV TR et de la CIM-10 pour la définition de la dépendance, du DSM-IV TR pour l'abus et de la CIM-10 pour l'utilisation nocive pour la santé (cf annexes).

II. QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES.

II.1. Au niveau national.

II.1.1. Les produits licites.

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France (8).

Depuis le rapport Roques de 1999 l'alcool entre officiellement dans le champ des drogues en se plaçant parmi les plus dangereuses (55). Des enquêtes auprès de la population générale ont montré que les opinions ont changé. La perception de la dangerosité de l'alcool a augmenté : 10 % des 15-75 ans considèrent que la consommation d'alcool est dangereuse dès l'expérimentation en 2008 contre 6% en 1999 (44). 33 000 décès annuels sont toujours attribuables à l'alcool.

Selon les dernières données de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), il existerait 8,8 millions d'usagers réguliers d'alcool (c'est à dire au moins trois consommations dans la semaine pour les adultes, au moins 10 consommations dans le mois jusqu'à 17 ans) dont 5 millions de façon quotidienne (44). Même si les quantités d'alcool vendues sur le territoire français ont beaucoup diminué depuis le début des années 1960 (diminution presque entièrement liée à la

baisse de la consommation de vin), la France reste l'un des pays où l'on boit le plus d'alcool au monde. Notre pays se classe au 7^{ème} rang en Europe en 2010 derrière l'Estonie, la Tchéquie, l'Irlande, la Lituanie, l'Autriche et la Hongrie (40). Nous consommons 12 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus, ce qui équivaut à une moyenne d'un peu plus de deux verres et demi d'alcool par jour et par habitant âgé de 15 ans ou plus. Si la consommation régulière diminue chez les adultes (elle concerne 19,9 % des individus, 29,5 % des hommes et 10,6 % des femmes), elle est en augmentation chez les jeunes (10,5 % en 2011 contre 8,9 % en 2008).

Concernant les ivresses répétées (au moins trois fois dans l'année) elles se retrouvent chez 8 % des adultes (12,9 % chez les hommes et 3,3 % chez les femmes) mais chez 27,8 % des jeunes de 17 ans avec une augmentation depuis 2008 où cette proportion était de 25,6 %. Le nombre moyen d'épisodes d'ivresses est de 6,6 dans l'année. Un adulte sur cinq déclare avoir été ivre une fois dans l'année écoulée (27 % des hommes et 11 % des femmes). Le « binge drinking » reste prédominant chez les jeunes. Il s'agit d'une alcoolisation massive sur un temps court au moyen de boissons fortement titrées. Ce type de consommation expose aux risques de l'ivresse mais aussi à l'alcoolodépendance. Cette forme d'alcoolisation est en nette augmentation quels que soient l'âge et le genre depuis 5 ans (15 % en 2005, 19 % en 2010). Cette hausse est particulièrement inquiétante chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans (4).

La récente enquête ESPAD situe les jeunes français (15-16 ans) au 9^{ème} rang des pays européens pour les consommations récentes d'alcool (au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) celles-ci étant retrouvées chez 67 % des jeunes (70 % des garçons et 64 % des filles) mais 91 % de ces jeunes déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie (49).

On note globalement un déplacement de l'alcoolisation régulière vers une alcoolisation intermittente de fin de semaine à toutes les classes d'âge.

En 2010 3,8 millions de personnes (3,2 millions d'hommes et 0,6 millions de femmes) présentaient un mésusage d'alcool (dépendants ou non) dans la population de 18 à 75 ans (44).

Au niveau du tabac en 2011, 31,5 % des adolescents de 17 ans et 30 % des adultes de 18 à 75 ans étaient des fumeurs quotidiens soit 13,4 millions de personnes. Le tabac est responsable de 60000 décès annuels (44).

Les médicaments psychotropes occupent la troisième place avec 20 % de consommateurs dans l'année, principalement dans le cadre d'une prescription médicale (8).

Par ailleurs il y aurait dans la population générale selon les pays 0,3 à 3 % de joueurs pathologiques

et problématiques (23). Une étude de 2010 menée par l'OFDT et l'INPES retrouve en France une prévalence de 1,3 % de joueurs problématiques dont 0,4 % de joueurs pathologiques (47).

Sur le plan des troubles des conduites alimentaires, l'anorexie touche 0,9 % des femmes et la boulimie 1,5 %. A l'adolescence, les troubles sous des formes atténuées, concernent plus d'un adolescent sur dix. 5% des personnes souffrant d'anorexie mentale avérée en décèdent à plus ou moins long terme (par dénutrition ou suicide) (8).

II.1.2. Les produits illicites.

32,8 % des adultes de 18 à 64 ans ont expérimenté le cannabis et 2,1 % sont des fumeurs réguliers (3,4 % chez les hommes et 0,9 % chez les femmes). Chez les jeunes de 17 ans ces chiffres sont respectivement de 41,5 % et 6,5 % (9,5 % chez les garçons et 3,4 % chez les filles). Depuis 2008, l'expérimentation est stable tandis que l'usage régulier fléchit (44). Cependant en ce qui concerne les 15-16 ans, l'étude ESPAD montre que les adolescents français sont les premiers usagers récents (une moins une fois dans les trente derniers jours) de cannabis en Europe (49).

La consommation des autres produits illicites est plus marginale. Il y aurait en France 230000 « usagers problématiques de drogues » définis comme des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour les 15-64 ans. On estime que 145000 ont utilisé au moins une fois la voie veineuse et que 81000 l'utilisent actuellement (44).

II.2. Au niveau loco-régional.

La mortalité par pathologies liées à l'alcool dans les Pays de la Loire est supérieure de 21 % à la moyenne nationale chez les hommes (elle est assez proche de cette dernière chez les femmes).

En Sarthe l'alcool est responsable de 3,6 % des décès chez les hommes et 1,3 % chez les femmes (1). La mortalité liée à l'alcool dans le département est de 13 % supérieure à la moyenne régionale (+ 26 % chez les femmes et + 9 % chez les hommes). Par ailleurs l'alcool et les suicides sont fortement impliqués dans la mortalité prématurée qui est également supérieure à la moyenne régionale. Enfin selon l'OFDT en 2010 la Sarthe se classe au 32^{ème} rang des départements pour les décès avant 65 ans liés à l'alcool, mais au 15^{ème} rang si l'on considère les décès avant 65 ans par 100000 habitants de 40 à 64 ans (43).

Concernant le tabac, le département est au 15^{ème} rang pour les décès avant 65 ans par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons par 100000 habitants de 40 à 64 ans (43).

En 2008, les Pays de la Loire se situent parmi les régions françaises qui connaissent les plus faibles niveaux d'usage régulier (5^{ème} rang par ordre croissant) du cannabis chez les jeunes de 17 ans (48).

II.3. Coût social des addictions.

On estime que le coût social par an et par habitant est de 770 euros pour le tabac, 600 euros pour l'alcool, 45 euros pour les produits illicites dont 15 euros pour le cannabis (19).

III. ORGANISATION DES SOINS EN ADDICTOLOGIE.

III.1. Historique.

Les premiers dispositifs spécialisés ont d'abord été envisagés pour répondre à « des fléaux sociaux », comme l'illustre la loi du 15 avril 1954 sur « les alcooliques présumés dangereux » (3). La médecine se désintéressa longtemps de ces questions du fait d'un manque de connaissances scientifiques, et la prise en charge des malades a beaucoup souffert de ce désinvestissement médical (52). Les premiers dispositifs de soins financés, sous l'égide des anciennes Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales dans les années 70-80, ont été confiés essentiellement à des associations, avec deux branches principales représentées par les Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) (ancêtres des Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie) pour l'alcool d'une part et les centres d'accueil ou de postcure pour toxicomanes (ancêtres des Centre de Soins Spécifiques pour Toxicomanes) pour l'héroïne d'autre part, deux produits considérés comme des menaces pour la cohésion sociale. Le raisonnement sur la prise en charge était surtout basé sur l'inquiétude des conséquences sociales plus que des répercussions sur la santé de la population. Ainsi les dispositifs de prise en charge de drogues illicites ont bénéficié de dispositifs relativement étoffés pendant que s'installait une tolérance nuisible pour l'alcool (aussi en lien d'ailleurs avec une histoire culturelle bien ancrée), ou le tabac. C'est l'origine de l'évolution séparée des différents dispositifs de lutte contre les drogues et toxicomanies, représentés par des conséquences sociétales différentes.

Tout au long des années 90, et avec l'épidémie préoccupante de SIDA mettant l'accent sur les drogues injectables, on observe la non prise en compte des nouvelles formes de toxicomanies telles l'ecstasy, les médicaments psychotropes, ou le cannabis. L'offre de soins reste très cloisonnée par produit ou éventuellement par complications (psychiatriques, somatiques en particulier hépatiques...), le sevrage s'effectuant dans des services hospitaliers non spécialisés avec un intérêt limité et une coordination faible pour le suivi.

Les années 2000 voient émerger le concept d'addiction (42) et le projet de regroupement des diverses structures d'aide, ce qui aboutira enfin à la mise en place d'une réponse sanitaire globale et intégrée pour l'ensemble des drogues et toxicomanies, répondant aux diverses composantes d'une seule et même maladie addictive.

III.2. Diversité et complexité des addictions.

L'addiction se caractérise d'une part par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de celui-ci en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives, ce comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise intense (8). Du fait de cette définition plusieurs corollaires sont à prendre en compte :

- Le premier est la difficulté de l'évaluation du degré ou de la sévérité de la perte de contrôle avec la prise en compte d'un continuum entre usage à risque et dépendance en passant par l'usage nocif (cf annexes).
- Le second est l'étendue des objets addictifs : substances psychoactives licites ou non, ou conduites addictives « sans produit » (jeu pathologique, troubles des conduites alimentaires, trouble sexuels addictifs, achats compulsifs, addiction au travail...)
- Le troisième est constitué par la diversité des déterminants des conduites addictives, où interviennent les caractéristiques de la substance ou de l'expérience addictive pour les addictions sans produit, les facteurs constitutionnels de l'individu (psychiques et génétiques en particulier), et les facteurs environnementaux (familiaux, sociétaux, culturels, économiques, légaux, d'accessibilité au produit).
- Enfin la quatrième difficulté réside dans la prise en compte de comorbidités psychiatriques qu'elles soient primaires (troubles de l'humeur, anxieux, de la personnalité ou psychoses chroniques) ou

secondaires à l'addiction (troubles de l'humeur et anxieux) et de complications somatiques (hépatiques, neurologiques ou infectieuses par exemple) dont il faut tenir compte dans la prise en charge globale.

III.3. Plan gouvernemental addictologie 1998-2002.

Sur les propositions d'experts (notamment le rapport Parquet et Reynaud) (54), et en collaboration avec la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (créée en 1998) (8), on voit émerger, avec un premier plan d'action gouvernemental (plan addictologie 1998-2002), la trame de la nouvelle organisation des soins reposant sur trois pôles en liaison continue : le pôle ville, le pôle médico-social et le pôle hospitalier.

L'accent est mis sur les différentes conduites de consommation possibles (usage, usage nocif, dépendances) (cf annexes) et sur les stratégies thérapeutiques à adopter (traitement, prévention).

III.3.1. Le « pôle ville ».

Ce pôle mobilise en première ligne et pour le « soin » les médecins généralistes, avec possibilité de reconnaissance des troubles et prise en charge ambulatoire de qualité. Sont impliqués également dans la reconnaissance et l'orientation : les médecins du travail, de prévention et scolaire. Il faut aussi inclure ici les acteurs paramédicaux et médico-sociaux : pharmaciens, infirmières et infirmiers diplômé(e)s d'État, kinésithérapeutes, mais aussi les missions locales, travailleurs sociaux, éducateurs, instances judiciaires, enseignants... dans le cadre du repérage et de la prévention. Cela impose la nécessité de développement de réseaux interprofessionnels et d'une formation des différents intervenants. Enfin il convient de citer également les groupes d'entraide (notamment les « mouvements d'anciens buveurs », mais aussi les mouvements d'auto-support chez les usagers de drogues illicites) qui occupent une place importante dans l'accompagnement des malades et de leurs familles, participent aux réseaux, interviennent en milieu hospitalier et en prison (30).

III.3.2. Le « pôle médico-social spécialisé ».

III.3.2.1. Les Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes (CSST).

Les centres spécialisés de soins pour toxicomanes, pour les usagers de drogues illicites, ont pour mission le traitement ambulatoire des patients et le soutien de l'environnement familial. Ils

disposent parfois de possibilités de sevrage résidentiel, et possèdent des implantations en milieu carcéral. Ces centres sont également gestionnaires de structures d'hébergement individuel ou collectif fonctionnant dans le cadre de la consolidation, de la récupération de l'autonomie et de la réinsertion pour ces patients souvent très marginalisés : citons ici les appartements thérapeutiques, les centres résidentiels thérapeutiques, ces derniers s'adressant aux patients avec ou sans traitement substitutif aux opiacés ayant besoin d'un cadre structuré et d'une rupture temporaire avec leur environnement habituel. Cet hébergement collectif a pour buts l'accompagnement médicopsychologique, la resocialisation et la réinsertion professionnelle, les séjours peuvent durer de quelques semaines à un an. Les CSST disposent également d'un pool de familles d'accueil permettant aux résidents de retrouver une autonomie de vie, de recréer des liens sociaux, ou permettant un temps de pause pour des personnes avec affections somatiques lourdes (VIH ,VHC) en phase de stabilisation d'un traitement de substitution et pour une durée de quelques jours à plusieurs mois (35). Les Communautés Thérapeutiques font également partie des structures d'hébergement en lien avec le dispositif médico-social depuis 2006. Elles s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un objectif d'abstinence avec la spécificité de placer le groupe et les patients eux-mêmes comme soignants et éducateurs au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale. La réticence à leur mise en place en France s'explique par l'expérience du patriarcat dans les années 70, dont le fonctionnement s'apparentait plus à celui d'une secte et qui a disparu suite à des poursuites judiciaires. Les durées de séjour varient de 12 à 24 mois (29).

En 2006 apparaissent les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), tournés eux vers la prévention, l'information et l'accès aux soins des personnes fortement marginalisées, avec délivrance de seringues, hébergement de nuit, ouvrant la porte aux soins et à l'accompagnement social. Leurs objectifs sont de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants ou d'autres substances psychoactives et d'améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs non encore engagés dans une démarche de soins.

III.3.2.2. Les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA).

Ces centres (ainsi renommés en 1999 pour déstigmatiser leurs usagers et financés par l'assurance maladie depuis cette date) prennent en charge les addictions à l'alcool et au tabac, avec les mêmes missions de traitement ambulatoire. Ils sont chargés d'assurer le diagnostic, l'orientation et la prise

en charge des personnes en mésusage ou dépendantes (sevrage si nécessaire et suivi spécialisé pluridisciplinaire), ainsi que l'accompagnement psychologique et social de ces personnes et de leur famille, en interaction avec le pôle ville (et les différents intervenants médicaux, sociaux, éventuellement judiciaires impliqués) et le pôle hospitalier. Ils disposent également, par convention, de possibilités d'hébergement tels que les appartements de coordination thérapeutique qui ont par ailleurs vocation à accueillir d'autres publics (par exemple des personnes schizophrènes ou souffrant d'autres troubles mentaux) ; citons également ici certains Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale (aussi dénommés foyers de postcure créant la confusion avec les services de postcure du secteur sanitaire) qui se sont orientés vers l'alcoolologie avec des activités spécifiques. Ces CHRS spécialisés, trop peu nombreux, sont le plus souvent proposés à des patients ayant stabilisé leur abstinence (après un suivi ambulatoire ou un cycle de séjours hospitaliers comprenant sevrages et postcures, se concluant par des échecs répétés en terme de reprise d'une vie sociale et professionnelle). Contrairement aux séjours de postcure hospitaliers qui sont « fermés » (permissions peu fréquentes, sorties « thérapeutiques »), le séjour en foyer de réinsertion est résolument ouvert et tourné vers l'extérieur en vue de la recherche d'un emploi et d'un logement.

III.3.3. Le « Pôle Hôpital ».

L'hôpital doit accueillir dans des services de médecine spécialisés ou non les patients répondant à des critères de dégradation somatique plus importants, nécessitant la prise en charge de complications ou de comorbidités difficiles à gérer en ambulatoire, ou les personnes souhaitant une hospitalisation. Dans ce cadre, la circulaire du 8 septembre 2000 (41) va généraliser la mise en place des équipes de liaison intra hospitalières : les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) intervenant notamment dans la proposition de soins aux patients hospitalisés pour des motifs addictologiques ou non. Les ELSA sont constituée idéalement d'un médecin, d'infirmier(e)(s), de psychologue, d'assistant(e) social(e) et de diététicien(ne). Elles couvrent l'ensemble de l'hôpital et notamment le service des urgences. Leurs missions sont l'aide au repérage des problèmes addictifs, leur évaluation et l'élaboration du projet de soin avec l'équipe soignante du service concerné ainsi que la mise en place d'une prise en charge médico-psycho-sociale avant la sortie du patient. Elle comporte également une mission de formation intra hospitalière aux addictions. Par ailleurs l'hôpital devrait se doter également d'une consultation d'addictologie.

III.3.4. Consultations jeunes consommateurs.

Les années 90 ont vu une progression importante de la consommation de cannabis chez les jeunes, c'est dans ce contexte qu'en 2004 ont été mises en place les consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille (souvent appelées « consultations cannabis »). Au nombre de 280 en 2007 (30), elles sont rattachées aux consultations d'addictologie du secteur médico-social (CCAA et CSST, puis CSAPA) ou du secteur sanitaire.

Elles doivent permettre une meilleure prise en compte des demandes des jeunes et de leur entourage en difficulté avec les substances psychoactives et en facilitant l'accès à des professionnels, favoriser une évaluation et des aides dans le but d'adopter des comportements plus favorables à leur santé et à leur bien-être. L'objectif étant d'agir dès les premiers stades de la consommation (usage, usage nocif et usage à risque), elles s'adressent en priorité aux jeunes y compris les mineurs qui se présentent spontanément ou adressés par un tiers (famille, professionnels de santé, milieu scolaire, justice). Ces consultations concernent également les familles. Elles peuvent y trouver un soutien, une information sur les risques et les effets des addictions, ainsi que sur les prises en charges possibles et envisageables. Les personnes souffrant de conduites addictives sans produit peuvent aussi être accueillies, en fonction des compétences des équipes.

III.3.5. Coordination des différents pôles et des différents intervenants : le réseau.

L'accent est mis également sur la nécessité du travail en coopération des différents pôles, afin d'assurer la coordination des soins, le suivi du patient (notion de pérennité et de continuité), et le meilleur accès possible aux soins en concordance avec la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins, préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux (31).

La pratique en réseau permet en effet un accompagnement global, multidisciplinaire, prenant en compte les aspects thérapeutiques, sociaux, éducatifs, judiciaires, en permettant l'orientation du patient vers les soins les plus adaptés à son état tout en respectant ses préférences.

En 2006 on recensait une cinquantaine de réseaux de santé en addictologie agréés, la plupart financés par la dotation régionale de développement des réseaux (fonds ARH URCAM). Ils ont pour missions la coordination professionnelle des soins, la mise en œuvre de protocoles de soins (repérage et interventions brèves, sevrage ambulatoire...), la diffusion des référentiels de prise en charge, leur évaluation... Ils soutiennent également la prévention et participent aux actions de

formations, ils doivent s'articuler avec les autres réseaux ayant une thématique proche (3). Le Plan addictologie 2007-2011 préconisait la création d'un réseau de santé en addictologie pour 200 000 habitants.

L'évolution se fait vers des réseaux de santé de proximité, plus larges, multithématiques, intégrant l'addictologie.

III.4. Structuration actuelle de l'offre de soin, Plan addictologie 2007-2011.

Ce dernier plan échafaude une cartographie régionale formalisant la place des différents secteurs sanitaires et médico-sociaux (34).

III.4.1. Au niveau médico-social.

Le décret de 2007 (25) et la circulaire du 28 février 2008 (35) définissent la création et les missions des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), en lieu et place des CSST et des CCAA, leur regroupement représentant l'évolution logique de la prise en charge des addictions en une seule structure commune pour toutes les formes de la maladie addictive. Sur le territoire il existe actuellement 480 CSAPA (dont près d'une vingtaine en milieu carcéral et 35 disposant d'un Centre Thérapeutique résidentiel). Il faut y ajouter 130 CAARUD, 7 communautés thérapeutiques, 5 réseaux de familles d'accueil, ainsi que des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) et des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) (8).

Les CSAPA ont pour l'ensemble des addictions des missions obligatoires : l'accueil, l'information, l'évaluation médico-psycho-sociale et l'orientation de la personne et de son entourage. Certaines missions sont obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation : la prise en charge (médicale, psychologique, sociale et éducative) et la réduction des risques. Enfin certaines missions sont facultatives : consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs, activités de prévention, de formation et de recherche, prise en charge des addictions sans substances, et interventions en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

Compte-tenu des réalités géographiques, et des formations initiales des équipes, les CSAPA ont la possibilité de choisir entre une spécialité « alcool » ou « drogues illicites », mais indépendamment

de cette spécialisation, ils sont tenus de prendre en charge les autres consommations associées et les addictions sans produits ou d'orienter les patients.

III.4.2. Au niveau hospitalier.

On assiste à une organisation de l'addictologie hospitalière en trois niveaux (la proximité, le recours, la référence).

La circulaire du 26 septembre 2008 (37) précise les missions d'accueil programmé ou non en cas d'urgence, de patients présentant une ou plusieurs conduites addictives dont la gravité ou l'importance des problèmes le justifient. Les objectifs retenus de l'hospitalisation sont : l'évaluation globale du patient, la réalisation d'un sevrage, la participation si nécessaire à un projet de soins complexes ou une prise en charge courte dans le cadre de situation de crise.

III.4.2.1. Le niveau I ou de proximité.

L'hôpital de « proximité » doit répondre à la prise en charge en service non spécialisé de patients nécessitant des soins et des examens complémentaires dans le cadre de leur sevrage (7 jours environ pour un sevrage dit simple), mais doit aussi répondre aux besoins de patients non dépendants mais en difficulté dans la gestion de leur consommation de substances psychoactives. Cela concernerait 20% des personnes hospitalisées dans un autre cadre que l'addiction selon le plan addictologie (34). Ainsi ce dernier prévoit de renforcer cette prise en charge, par la dotation d'une ELSA et d'une consultation hospitalière d'addictologie dans chaque hôpital disposant d'un service d'urgence. Le sevrage peut s'effectuer dans un service de type médecine, gastro-entérologie, psychiatrie par exemple, disposant de lits d'addictologie de préférence regroupés. Par ailleurs la circulaire du 16 mai 2007 (30) prévoyait que ces services, en plus du fait de comporter une équipe soignante formée aux addictions, puissent faire appel à une/un psychologue, une/un diététicien(ne), une/un assistant(e) social(e), et permette un avis psychiatrique chaque fois que nécessaire. De même les centres de lutte contre le cancer et les maternités devraient également être en mesure de proposer une réponse de niveau I, ainsi que les CHS (qui peuvent eux également selon les cas héberger un niveau II voire III en particulier avec le développement des centres intersectoriels d'addictologie).

III.4.2.2. Le niveau II ou de recours.

Le niveau de recours est représenté par des services d'hospitalisation spécialisés bénéficiant de

personnels formés à l'addictologie, réservés à cette seule prise en charge spécifique. Les services comprennent des séquences de soins hospitaliers spécialisés avec possibilité de sevrage et de « post-sevrage ». Un bilan des dommages induits est réalisé, ainsi que l'élaboration d'un projet thérapeutique et d'orientation par des séjours de 5 jours à un mois faisant apparaître la notion de sevrages simples (5 à 10 jours) et complexes (deux à quatre semaines). Les sevrages complexes, spécificités du niveau de recours, sont destinés à des patients fragiles, en situation d'échec après une ou plusieurs tentatives d'abstinence et présentant une dépendance majeure. Les autres indications sont les patients nécessitant un bilan somatique ou des évaluations neuropsychologiques et cognitives approfondies et/ou une rupture plus longue par rapport à leur milieu de vie. On peut également proposer ces séjours à des personnes isolées sur le plan affectif et/ou social ou en précarité sociale et professionnelle. Les indications sont donc liées à la gravité du comportement addictif ou aux complications médico-psycho-sociales nécessitant un temps de soins résidentiels plus long.

Le plan addictologie (34) prévoit d'identifier au moins un service de recours pour 500000 habitants, organisé dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé. Le fonctionnement de ces unités est basé sur la proposition d'un programme thérapeutique adapté au patient de façon individualisée et négociée en plus du diagnostic et du traitement des complications somatiques et des comorbidités psychiatriques. Ces unités disposent de thérapies de groupe (groupes de paroles, éducation à la santé, stimulation cognitive...), de thérapies comportementales et cognitives (renforcement motivationnel, évitement des pièges de la rechute, entraînement aux compétences sociales, gestion des émotions négatives...), d'ateliers (activités manuelles ou artistiques...), de thérapies corporelles (relaxation, balnéothérapie, activité physique...). Il existe la possibilité de prises en charge en ergothérapie, en kinésithérapie, en diététique. Des psychothérapies individuelles, de couple ou familiales peuvent également être proposées. Par ailleurs une prise en charge sociale est assurée par des entretiens avec un travailleur social et/ou des ateliers de réinsertion ou de recherche d'emploi. Enfin des rencontres avec des mouvements d'entraide (associations de patients) sont encouragées.

La prise en charge en hôpital de jour est également incluse dans les soins de niveau II. Cette modalité de prise en charge permet un travail intensif de la motivation, une meilleure prévention de la rechute, un soutien par le groupe et un accompagnement permettant la réinsertion sociale tout en préservant le milieu de vie habituel du patient. Par ailleurs l'hôpital de jour permet également la réduction des risques. Cette modalité de prise en charge est une alternative possible ou un relais à une hospitalisation complète pour certains patients (par exemple pour atténuer la brutalité de la

sortie après une prise en charge résidentielle de longue durée). L'accompagnement médico-psycho-social est similaire à celui d'une prise en charge résidentielle de niveau II. La fréquence, le programme thérapeutique et la durée de la prise en charge sont régulièrement réévalués et adaptés au patient en fonction des objectifs du contrat de soins. La prise en charge se fait en liaison avec les autres intervenants du projet de soins du patient (médecin généraliste, CSAPA...).

III.4.2.3. Le niveau III ou d'expertise.

Ce niveau représente l'échelon régional avec des missions de formation et de recherche clinique en lien avec les structures de recherche fondamentale et institutionnelles (INSERM, CNRS...). Les mêmes prestations médicotechniques, et les mêmes modes d'hospitalisation que dans les structures de niveau I et II y sont proposés. Ces centres sont hébergés par les centres hospitaliers universitaires créant ainsi un pôle addictologique de référence.

Tous ces niveaux doivent être articulés avec les structures médico-sociales et les réseaux de soins de ville quand ils existent et à défaut doivent apporter leur concours et leur soutien pour leur conception et leur mise en œuvre. Dans cette optique, la commission addiction, mise en place en 2006, réunissant des membres représentant des professionnels de soins, des usagers, des associations et des institutionnels intervenant dans le champs des addictions, a pour mission l'évaluation et l'amélioration des réponses aux besoins de prise en charge et d'accompagnement ainsi que la mise en œuvre locale du plan addictions (8).

IV. LES CENTRES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE (CSSRA).

IV.1. Place des CSSRA dans l'organisation des soins addictologiques.

IV.1.1. Présentation et historique.

La circulaire DH/EO4/97 n°841 du 31 décembre 1997 (32) établit les services de soin de suite et de réadaptation dans la filière hospitalière en lieu et place du moyen séjour, en aval des services de court séjour. La fonction des CSSR s'inscrit à la fois dans le parcours de soin déterminé par la

trajectoire du patient en fonction de son état de santé et dans un réseau de soin constitué par plusieurs acteurs de santé organisés entre eux, et de ce fait apte à la prise en charge du patient dans la continuité et en fonction de ses besoins. Les décrets du 17 avril 2008 précisent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (38, 39).

Les circulaires du 16 mai 2007 (30) et du 26 septembre 2008 (37) définissent les statuts des CSSRA. Ces structures de soins sont intégrées au niveau II de recours (et éventuellement au niveau III), entraînant la transformation administrative de structures dites auparavant de « postcures » et les resituant pour un certain nombre dans la filière hospitalière. Ces structures historiquement orientées vers l'alcoologie, se sont bien adaptées pour répondre aux exigences prévues par les décrets aussi bien en terme de nombre de lits d'un point de vue territorial (60 unités proposent 1900 lits), qu'en terme d'offre de soins avec évolution des programmes thérapeutiques, formation des équipes, permanence des soins, parcours de soins en amont et en aval (8). Néanmoins, la plupart des centres recensés sur le territoire offrent des projets thérapeutiques de prise en charge dans le cadre des polyconsommations addictives et peu voire pas dans le cadre des addictions comportementales pour lesquelles très peu de structures spécialisées existent, en dépit des besoins et demandes grandissantes (en particulier pour les TCA).

IV.1.2. Définition et missions des CSSRA (37).

Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, somatiques, cognitives, psychologique, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives associée ou non à d'autres addictions comportementales, et de promouvoir leur réhabilitation personnelle.

Ils accueillent en hospitalisation des patients dépendants le plus souvent après un sevrage ou après des soins résidentiels complexes. Les prises en charge dispensées visent à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation. Ils assurent en plus du suivi médical une aide psychothérapeutique individuelle et collective et un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale. Ils peuvent être orientés plus particulièrement vers la prise en charge de complications somatiques, de troubles psychiatriques, de troubles neurologiques et cognitifs, ou vers la réadaptation sociale.

IV.1.3. Fonctionnement et modalités de prise en charge des patients.

Une structure de SSRA dispose au minimum d'une quinzaine de lits et d'un maximum de 60 à 70 lits, au-delà et pour des raisons fonctionnelles plusieurs unités sont créées. Ces structures disposent d'un accès à des plateaux médicotechniques d'explorations et de rééducation spécialisés.

La prise en charge médicale est assurée au minimum par un ou des médecins disposant d'une compétence en addictologie. La continuité médicale des soins est assurée par une astreinte, soit éventuellement par convention avec une garde externe. Une présence infirmière est assurée 24 H sur 24. La prise en charge médicotechnique est assurée par la présence de psychologue et de personnel éducatif (éducateur spécialisé, animateur socioculturel...). En fonction du projet thérapeutique l'équipe soignante peut être complétée par les professionnels suivant : ergothérapeute, diététicien(ne), éducateur sportif, moniteur d'atelier, psychomotricien(ne), masseur-kinésithérapeute, enseignant en activités physiques adaptées....

L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire doit être spécifiquement formée à l'addictologie. Le recours à des avis spécialisés et en particulier en psychiatrie doit être prévu.

Les CSSRA offrent un accueil en hospitalisation complète ou de jour. La durée de la prise en charge peut varier de quelques semaines à trois mois, et les étapes clés en sont l'élaboration d'un projet thérapeutique personnalisé après réalisation d'un bilan d'admission médico-psycho-social, la réévaluation périodique de ce bilan pour assurer la restauration de la personne sur les plans clinique, biologique, psychologique et social, et enfin la préparation de la phase de retour dans le milieu de vie, en collaboration avec le patient, sa famille, les intervenants du dispositif spécialisé en addictologie et les professionnels libéraux, pour le suivi et la continuité des soins.

IV.2. Particularités des CSSR dédiés aux troubles cognitifs.

Une prise en charge particulière doit être proposée à des patients présentant au premier plan des troubles des fonctions cognitives d'origine toxique (troubles mnésiques, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, syndrome de Korsakoff, atrophie cortico-souscorticale...) et qui n'ont plus les capacités pour bénéficier pleinement des soins dispensés dans les CSSRA classiques. Un séjour préalable dans un CSSRA dédié à la récupération cognitive avec un programme thérapeutique spécialement

adapté s'avère indispensable. Il s'agit d'un temps d'évaluation et de récupération cognitive grâce au maintien de l'abstinence garantie par le cadre résidentiel. L'objectif est de pouvoir proposer par la suite au patient une prise en charge addictologique (par exemple un CSSRA classique) dont la personne pourra tirer pleinement profit. Les patients dont la récupération apparaît au terme de leur séjour insuffisante et incompatible avec un retour à domicile sont ensuite orientés vers des lieux de vie adaptés à leur handicap. Malheureusement il existe encore très peu de structures de ce type en France alors que les besoins sont conséquents compte tenu de la fréquence des troubles cognitifs générés par l'abus de substances psychoactives, en particulier l'alcool (un patient sur deux présenterait des troubles cognitifs mineurs à sévères selon l'INSERM) (21).

IV.3. Profil des patients.

IV.3.1. Mode d'entrée des patients.

Pour justifier une orientation en CSSRA, le patient doit être volontaire et motivé pour : faire le point sur son comportement addictif, accepter un travail sur soi dans un lieu et un temps propices à la restauration de la personne, adhérer aux objectifs thérapeutiques et aux conditions du séjour au sein de l'établissement choisi. Dans ce contexte, le patient s'engage à adhérer au contrat thérapeutique proposé par la structure, et à coopérer aux soins.

Les patients sont admis dans le CSSRA soit à la suite d'une hospitalisation dans une structure d'addictologie de niveau I, II ou III pour un sevrage ou des soins résidentiels complexes, soit à la suite d'une orientation par une structure médico-sociale (CSAPA), soit par un accès directe du domicile à la demande du médecin traitant, ou après une consultation spécialisée de niveau I, II ou III. Devant la chronicité des troubles, plusieurs séjours en structure de SSRA sont envisageables pour un patient donné, en fonction de son état et de son suivi.

D'un point de vue géographique, les patients hospitalisés en CSSRA proviennent pour la plupart de la région d'implantation de la structure, toutefois l'admission de patients hors région est indiquée lorsque le CSSRA propose un programme thérapeutique spécifique répondant aux besoins du patient, ou parce que des séjours répétés dans les établissements d'une même région ne suscitent plus d'effets, ou encore parce que l'éloignement du lieu de vie est parfois thérapeutique (notamment dans le cadre des addictions aux drogues illicites réalisant une mise à l'abri du trafic local).

IV.3.2. Indications.

Elles peuvent sensiblement varier d'un centre à l'autre en fonction des spécificités du programme thérapeutique ou des pratiques de l'équipe soignante. Il est néanmoins possible de dégager quelques critères habituellement admis :

- Dépendance sévère.
- Co-dépendances avec indications de sevrages simultanés ou successifs (benzodiazépines par exemple).
- Nombre important de prises en charge et rechutes précédentes.
- Complications somatiques importantes nécessitant une période de récupération (hépatite alcoolique, polynévrite, syndrome cérébelleux, atteinte cognitive modérée...).
- Comorbidités psychiatriques nécessitant une réévaluation hors alcool (troubles anxieux et de l'humeur).
- Contexte socioprofessionnel défavorable, désinsertion sociale.
- Motivation encore floue pour l'abstinence avec réflexion succincte et superficielle (le travail motivationnel associé à l'échange d'expériences et la confrontation aux « semblables » peut se révéler très porteur pour le patient).
- Dans certains cas, éloignement géographique (souhait du patient ou choix d'un programme spécifique à une structure).

IV.3.3. Contre-indications.

Elles sont finalement peu nombreuses, certaines sont temporaires d'autres définitives :

- Patient opposant au séjour.
- Trouble de la personnalité rendant impossible la vie en collectivité et le respect des règles (personnalité à expression psychopathique).
- Sévérité d'un trouble somatique incompatible avec une prise en charge en SSRA (cirrhose en cours de décompensation, polynévrite des membres inférieures avec paralysie...).

- Trouble psychiatrique aigu (décompensation délirante, crise suicidaire, état maniaque...).
- Troubles cognitifs sévères indiquant plutôt une prise en charge en SSR dédiés aux troubles cognitifs (cf supra).
- Patient totalement désocialisé (SDF) sans perspective d'hébergement à la sortie.

IV.3.4. Mode de sortie des patients.

La préparation de la sortie finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé. Elle implique une collaboration entre les différentes structures du dispositif de prise en charge addictologique, les partenaires médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le patient et son entourage. Cette collaboration est facilitée par la coordination du réseau de santé s'il existe sur le territoire.

IV.4. Les programmes thérapeutiques proposés.

Si chaque structure possède son propre programme thérapeutique, on retrouve néanmoins de nombreuses prises en charge communes aux différents centres. La Fédération Nationale des Établissements de Soins et d'Accompagnement en Addictologie (FNESAA) a proposé en 2004 un référentiel des différentes activités thérapeutiques qui permettent d'accompagner le patient vers les objectifs fixés (9). Chaque centre propose des activités de groupe et des prises en charge individuelles.

IV.4.1. Les activités de groupe.

IV.4.1.1. Les activités alcoologiques de groupe.

IV.4.1.1.1. Les groupes de présentation du programme thérapeutique.

Ce temps permet d'accueillir les entrants, de présenter les objectifs du séjour et le programme thérapeutique, remettre des documents (livret d'accueil, planning...) et de lire voire signer le contrat de soins, de faire un tour de table de présentation de chaque entrant.

IV.4.1.1.2. Les groupes d'informations addictologiques.

Il s'agit d'apporter des connaissances validées et actualisées sur les produits, les addictions et leurs conséquences, en particulier les pathologies induites. Il est également possible de favoriser un débat entre les participants du groupe sur leurs préoccupations.

IV.4.1.1.3. Les groupes de prévention de la rechute.

Les objectifs sont l'identification des situations et les pensées à risque, le refus d'une consommation, la gestion des envies du produit, les stratégies d'évitement et de coping, l'élaboration d'un plan d'urgence individualisé... Les outils font appel aux thérapies comportementales et cognitives, à l'entretien motivationnel et à l'affirmation de soi. Le programme « PHARE », proposé sur DVD est fréquemment utilisé.

IV.4.1.1.4. Les groupes de paroles.

Ils permettent de favoriser l'expression verbale et la gestion des émotions ainsi que les interactions relationnelles en partant de situations vécues. On favorise ainsi les identifications croisées.

IV.4.1.1.5. Les réunions avec l'entourage.

Les objectifs sont d'apporter à l'entourage des connaissances de base en alcoologie, de permettre un débat avec l'entourage, de favoriser les identifications croisées entre les participants à partir d'expériences partagées, de mettre en évidence les ressources de l'entourage, les soutenir et les

développer, d'éviter les contre-attitudes.

IV.4.1.1.6. Les groupes d'entraides.

Ils permettent d'apporter un témoignage sur le vécu de l'abstinence, et d'identifier l'intérêt à participer à un groupe d'« anciens buveurs » après les soins.

IV.4.1.2. Les groupes d'expression.

IV.4.1.2.1. L'expression orale.

Les objectifs sont de (ré)apprendre à parler de soi, d'utiliser la parole pour réorganiser sa pensée, d'améliorer la conscience de soi, de gérer ses émotions, d'apprendre à préciser le message pour se faire comprendre.

IV.4.1.2.2. L'expression écrite.

Il s'agit d'exprimer sa pensée, ses émotions par écrit, de favoriser et diversifier les processus associatifs cognitifs, de laisser une trace de son état d'esprit à un moment donné, de revenir sur ses écrits et se confronter à son évolution.

IV.4.1.2.3. L'expression artistique.

Cette activité permet d'exprimer sa pensée et ses émotions par un support, de découvrir les techniques de base spécifiques, de développer des capacités personnelles d'expression artistique et de créativité, d'aller au bout de son œuvre, de se confronter au résultat et à l'avis des autres.

Différentes techniques peuvent être utilisées, avec des supports différents : peinture, aquarelle, collage, modelage, poterie, photo, encadrement créatif, chant, musique, danse, moulage de visage, calligraphie...

IV.4.1.2.4. La thérapie corporelle.

Les objectifs sont de retrouver ses sensations et les verbaliser, de se réapproprier son corps, de se

servir du corps comme un vecteur d'expression et de communication.

Les techniques utilisées peuvent être : relaxation, sophrologie, massages de confort, expression corporelle, danse expressive, yoga, balnéothérapie, éducation physique et sportive, soins socio-esthétiques...

IV.4.1.3. Les séances thérapeutiques par le travail.

IV.4.1.3.1. Les activités d'ateliers.

Elles permettent de prendre plaisir à découvrir de nouvelles techniques professionnelles, d'acquérir ou retrouver un savoir-faire en vue d'une réinsertion, de respecter un rythme et des horaires de travail, de travailler en équipe sous une autorité compétente, de réaliser une tâche jusqu'au bout, de développer une progression pédagogique différenciée par patient.

Différents ateliers peuvent exister : ferronnerie, menuiserie, jardin, rénovation second œuvre, cuisine, peinture, marqueterie, mosaïque...

IV.4.1.3.2. Les activités de service communautaire.

Il s'agit de ne pas être « consommateur » de son séjour, de reprendre l'habitude des tâches quotidiennes, d'apprendre à respecter les procédures de qualité, de participer à la vie collective.

Ces activités recouvrent : ménage, vaisselle, service en salle à manger, cuisine, cafétéria, entretien des espaces extérieurs...

IV.4.1.4. Les activités d'animation et de loisir.

IV.4.1.4.1. Les activités collectives sportives.

Les objectifs sont de rompre la monotonie en créant des événements ludiques à travers l'activité physique, de retrouver un dynamisme personnel, de favoriser une émulation sociale, de respecter les règles du jeu.

IV.4.1.4.2. Les activités culturelles et touristiques.

Elles permettent de faire découvrir l'environnement culturel et touristique, de susciter des idées de loisirs ultérieurs.

IV.4.1.4.3. Les fêtes.

Le but est découvrir la fête sans alcool, de fêter les événements de l'établissement, de s'intégrer aux fêtes extérieures.

IV.4.2. Les prises en charge individuelles.

IV.4.2.1. Les entretiens individuels de préadmission.

Ces entretiens individuels de préadmission ne se pratiquent pas systématiquement dans tous les établissements. Certains les pratiquent à la demande des patients ou des prescripteurs des séjours. L'établissement receveur peut l'imposer en cas de doute sur le dossier d'admission.

Ils ont pour objectifs de présenter le lieu du séjour, l'équipe pluridisciplinaire et le programme thérapeutique, d'entendre le projet personnel et la motivation du patient, d'évaluer l'adéquation entre le projet du patient et le projet d'établissement, de s'assurer de l'absence de contre-indications somatiques ou psychiatriques, de vérifier que ce projet s'inscrit dans un processus global de soin.

IV.4.2.2. Les consultations médicales.

Elles sont assurées de façon systématique par le médecin addictologue du service à l'admission (avec un bilan somatique et psychique, clinique et para-clinique, une adaptation du traitement et la mise en place des objectifs du séjour et du contrat de soins) au cours du séjour, à la sortie et sur demande du patient. Par ailleurs d'autres médecins spécialistes peuvent intervenir auprès du patient en fonction des besoins (somaticiens ou psychiatre).

IV.4.2.3. Les entretiens de soutien à visée psychothérapeutique.

Ils ont pour principaux objectifs de permettre au patient de se resituer dans son anamnèse, de guider sa réflexion, d'aborder des questions personnelles, de verbaliser ses affects et d'exprimer ses représentations. Ils permettent d'être à l'écoute de la souffrance du sujet, d'analyser les mécanismes de défense en place, de reformuler le discours du malade, de faciliter une renarcissisation et une reprise de confiance en soi, de générer une distanciation, un recul pour permettre une formulation de projet et acquérir une autonomie. Ils permettent également une approche motivationnelle, cognitive et comportementale individualisée.

IV.4.2.4. Les entretiens individuels d'accompagnement.

Ils ont pour objectifs de développer la connaissance de soi et l'intention d'opérer un changement, de canaliser les angoisses face aux difficultés et à la réalité, de permettre une reformulation des projets individuels, de progresser par étapes pour concrétiser progressivement les projets. Ils permettent également un bilan et un accompagnement social par un travailleur social.

IV.4.2.5. Les bilans de santé.

Ils permettent d'obtenir des éléments d'aide au diagnostic par des examens complémentaires, des tests psychotechniques, des bilans divers (neuropsychologue, diététicien, ergothérapeute...) et d'objectiver l'évolution du patient.

IV.4.2.6. Les entretiens individuels sur les transgressions au contrat de soins ou au contrat éducatif.

Il s'agit lors de ces temps de signifier la transgression au contrat, d'élucider les motivations à cette transgression, de recadrer le patient dans la démarche de soin, d'avertir le patient des risques de la répétition de la transgression.

IV.4.2.7. Les entretiens de retour de sortie thérapeutique.

Leurs objectifs sont de faciliter la narration par le patient du déroulement de la sortie thérapeutique, de lui permettre l'expression des difficultés éventuellement rencontrées lors de cette sortie, d'analyser avec lui les envies ou les sollicitations à boire de l'alcool, d'évaluer la poursuite du travail thérapeutique.

IV.4.2.8. Les entretiens familiaux.

Ils permettent de favoriser le dialogue entre les différents membres de la famille dans un espace neutre, de faciliter la compréhension des processus de dépendance et de co-dépendance, d'aborder les enjeux conjugaux et familiaux de l'alcoolisme, de solliciter la famille pour qu'elle amène un point de vue utile aux intervenants dans l'aide aux patients, de permettre à la famille d'être partie prenante (et non spectateur) du processus d'aide aux patients, de travailler avec le système familial sur la notion de changement pour qu'il se mette en place chez le patient et dans la famille, de faciliter la circulation de la parole entre les différents membres du système et entre les différents sous-systèmes (couple-enfants-fratrie), et enfin de prévenir autant que possible l'alcoolisme pour les générations futures.

IV.4.2.9. Les entretiens individuels de fin de séjour (éventuellement de bilan intermédiaire).

Il s'agit de recueillir un indice de satisfaction sur le déroulement du séjour, de faire le bilan (intermédiaire) du séjour, de préciser les orientations à venir, de passer le relais au réseau alcoologique ambulatoire et éventuellement à d'autres intervenants.

IV.4.2.10. Les activités physiques individuelles.

Elles ont pour but de contribuer à la récupération des capacités physiques, de s'approprier la pratique de l'activité physique en utilisant des équipements conformes, de garantir une utilisation en fonction de ses limites, d'éviter la recherche de performance et l'excès de pratique.

IV.4.3. Les activités institutionnelles.

On peut citer ici la commission de relation avec les usagers, la rédaction d'une publication interne et/ou à destination des anciens usagers, les journées portes ouvertes, les séjours de rappel et de réadmission qui peuvent proposer un lieu de protection, de ressourcement à d'anciens usagers, réévaluer leur situation alcoologique, préciser la demande d'aide, et redéfinir un accompagnement dans le réseau alcoologique.

IV.4.4. Les pratiques d'équipe.

En marge du programme thérapeutique stricto sensu, les pratiques de l'équipe permettent le bon déroulement, la cohésion et la qualité des soins. Elles sont constituées par les réunions de synthèse et de bilan pluridisciplinaire, les réunions de coordination d'équipe, les groupes d'analyse de la pratique professionnelle, les groupes de travail de mission spécifique, la participation à des colloques et à des journées annuelles nationales ou régionales. On peut également citer les entretiens annuels d'évaluation pour le personnel, la formation continue, ou les enquêtes de satisfaction pour le personnel.

IV.5. Un exemple de prise en charge : le CSSRA du centre médical François Gallouedec.

IV.5.1. Présentation du centre.

Le centre de soins de suite et de réadaptation addictologique F. Gallouedec est une structure de soins d'une capacité de 14 lits concernant les personnes, hommes ou femmes, en difficulté avec l'alcool. Il est situé en Sarthe à Parigné l'Evêque à une quinzaine de kilomètres au sud-est du Mans et a ouvert ses portes en octobre 1998. Il s'agit d'un service d'une capacité de 14 lits intégré au sein d'un établissement (ancien sanatorium reconverti) comportant par ailleurs d'autres soins de suite spécialisés (nutrition), des soins de suite indifférenciés mais orientés (gériatrie, soins palliatifs oncologiques, pathologies vasculaires), et de la médecine physique et de réadaptation (MPR).

Il s'agit d'un établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH).

La durée d'hospitalisation s'étend de quatre à douze semaines (4 semaines renouvelables 2 fois).

Il n'existe pas de consultations externes ni d'hospitalisation à temps partiel mais des interventions addictologiques transversales sont possible dans l'établissement.

IV.5.2. L'équipe soignante.

L'équipe pluridisciplinaire est constituée par : un médecin addictologue (à mi-temps), une psychologue, un éducateur sportif/animateur, une assistante sociale, quatre infirmières dont 2 sophrologues, un diététicien, une art-thérapeute, une secrétaire médicale, deux aides-soignants, deux agents hôteliers.

Par ailleurs la transversalité avec les autres services permet de faire appel à des compétences médicales (psychiatre, médecin rééducateur, neurologue, cardiologue, diabétologue, oncologue, chirurgien orthopédiste, médecin du travail) ou paramédicales (neuropsychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste).

Le suivi des patients est assuré par une visite médicale et une synthèse pluridisciplinaire hebdomadaires.

IV.5.3. Le programme thérapeutique.

Classiquement le programme thérapeutique propose des prises en charge de groupe et individuelles. S'il existe un tronc commun, l'objectif est de pouvoir le plus possible tenir compte des caractéristiques propres à chaque patient et de se rapprocher d'un programme de soins individualisé au maximum.

Le programme thérapeutique fait l'objet d'un contrat de soins écrit, personnalisé et signé par le patient et l'équipe.

Les objectifs des différentes activités thérapeutiques sont cités plus haut.

IV.5.3.1 Les activités de groupe.

On y trouve :

- Le groupe d'accueil des entrants.

- Le groupe de réflexion ayant pour support les lettres de Fouquet (10).
- Le groupe d'aide au maintien de l'abstinence par le programme PHARE (thérapie comportementale et cognitive) où sont évoqués le refus d'une invitation à boire, la gestion des pensées dangereuses, l'acceptation des critiques, la conception d'un plan d'urgence.
- L'activité « film avec débat ».
- Les informations addictologiques.
- Les groupes d'information menés par les mouvements d'anciens buveurs.
- Des rencontres bimestrielles avec des anciens patients du service avec un temps de réunion suivi d'un moment convivial (café, boissons fraîches et pâtisseries confectionnées par les patients hospitalisés).
- Des sorties en « immersion » pour se confronter à l'alcool (bars, grandes surfaces).
- Le groupe de parole animé par la psychologue.
- L'atelier « jeux de rôles » co-animés par la psychologue et un autre soignant.
- L'atelier mémoire.
- La sophrologie.
- L'art-thérapie (par expression corporelle).
- Les activités sportives quotidiennes adaptées à l'état physique de chacun (marche, gymnastique ou balnéothérapie).
- Des activités sportives pluri-hebdomadaires organisées sur proposition des patients (tir à l'arc, VTT, sports collectifs...).
- L'équithérapie (convention avec un centre équestre local).
- L'atelier diététique (découverte et réalisation de cocktails sans alcool, composition d'un menu avec travail sur les aspects nutritionnels, hédoniques, économiques...).
- L'atelier jardinage.
- Des ateliers de préparation à la reprise de l'activité professionnelle animés par un médecin du travail vacataire dans l'établissement.
- Des sorties culturelles et de loisirs (visite de la vieille ville du Mans, de musées, sorties cinéma...).
- Une rencontre hebdomadaire « soignants-soignés » pour faire le point sur la vie institutionnelle.

IV.5.3.2. Les prises en charge individuelles.

Elles sont constituées par :

- Les consultations médicales à l'entrée puis au moins une fois par semaine et sur demande du patient.
- Des entretiens réguliers avec la psychologue ou d'autres membres de l'équipe soignante, incluant la possibilité de rencontre avec l'entourage du malade.
- Des entretiens avec l'assistante sociale pour une prise en considération personnalisée des difficultés socio-économiques avec une aide à la réinsertion.
- Un contact systématique avec le diététicien à l'entrée puis un suivi si besoin.
- Des entretiens systématiques de retour de permission (les sorties de fin de semaine sont vivement encouragées à l'issue de la deuxième semaine de séjour).
- Des entretiens de « recadrage » si nécessaire.
- Des bilans de séjour à l'issue de chaque période de quatre semaines (le patient est reçu par l'équipe pluridisciplinaire).
- La possibilité d'entretiens individuels avec un médecin du travail du centre pour préparer de façon individuelle la reprise du travail.

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE PERSONNELLE.

I. OBJECTIFS.

Nous nous proposons à travers ce travail d'étudier une population de patients alcoolodépendants hospitalisés dans un service de soins de suite et réadaptation en addictologie (une structure de soins de niveau II). Les caractéristiques socio-administratives, le profil addictologique et la trajectoire de soins seront successivement analysés. Quelques points particuliers feront l'objet d'une comparaison entre hommes et femmes. Les résultats seront ensuite discutés comparativement à la littérature et en particulier avec une étude menée par L'OFDT en 2006 (concernant les CSSRA et les CHR), coordonnée par C. Palle et avec l'étude ESPERHA (Enquête Sur les PERSONNES Reçues à l'Hôpital pour Addiction) menée par l'OFDT (45). Le profil des patients hospitalisés en CSSRA sera également opposé à celui des patients vus en ambulatoire dans les CSAPA.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.

L'étude porte sur 321 patients différents, hospitalisés entre le 1/01/08 et le 31/12/11 dans un CSSRA implanté en Sarthe (voir la présentation de service plus haut).

Tous les patients répondent à la définition de l'alcoolodépendance selon les critères du DSM IV TR et de la CIM-10. Concernant la consommation des autres substances psychoactives ce sont le mésusage et la dépendance (sans distinction entre les deux) qui ont été retenus. Concernant le jeu, ce sont la fréquence (pluri-hebdomadaire) et/ou les sommes engagées qui ont été prises en compte.

Le recueil des données a été réalisé à partir des dossiers informatisés des patients de façon rétrospective.

37 items ont été classés en trois groupes : les données socio-administratives, le profil addictologique avec en particulier les complications somatiques, les comorbidités psychiatriques et enfin les éléments de trajectoire des patients.

Les données ont été saisies sur un tableur.

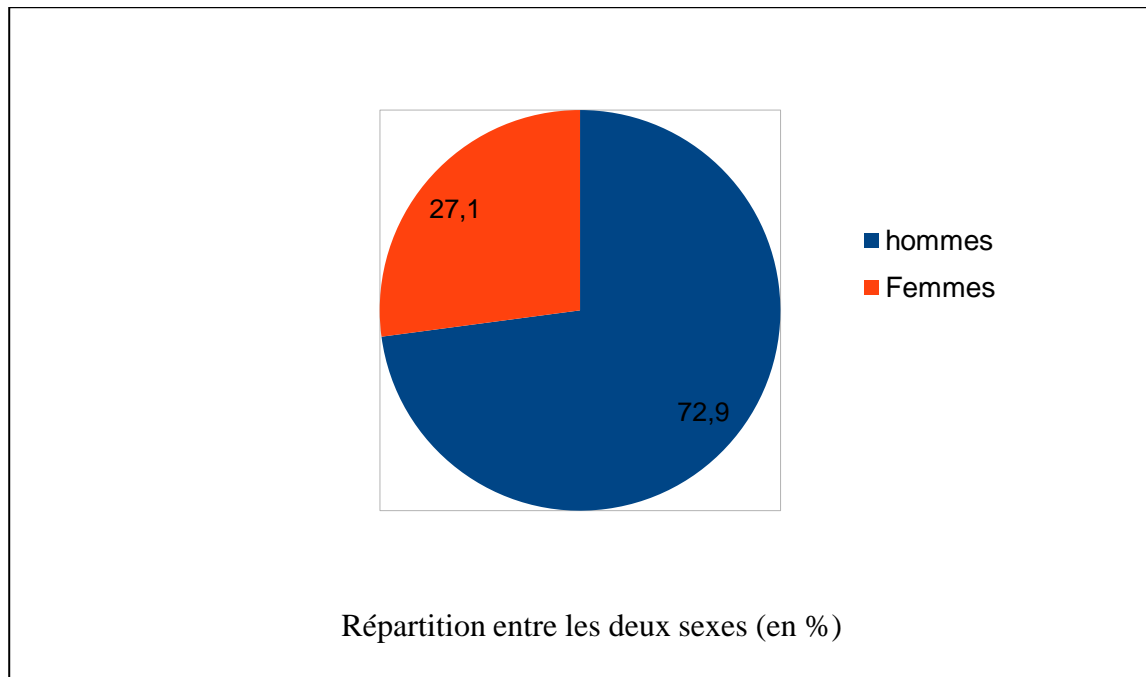
Des statistiques descriptives et analytiques ont été réalisées avec les tests habituels : calcul des intervalles de confiance à 95%, test t de Student pour la comparaison de moyennes, test du chi deux pour la comparaison de paramètres qualitatifs avec correction de Yates pour les petits effectifs, et calcul du coefficient de corrélation pour les paramètres quantitatifs.

III. RÉSULTATS.

III.1. Les données socio-administratives et démographiques.

III.1.1. Age et sex-ratio.

321 patients différents ont été étudiés dont 234 hommes (72,9 %) et 87 femmes (27,1 %).



L'âge moyen est de 45 ± 1 ans. Les extrêmes vont 21 à 72 ans.

La médiane est à 45 ans.

Chez les hommes l'âge moyen est de $45 \pm 1,2$ ans avec des extrêmes de 22 à 72 ans.

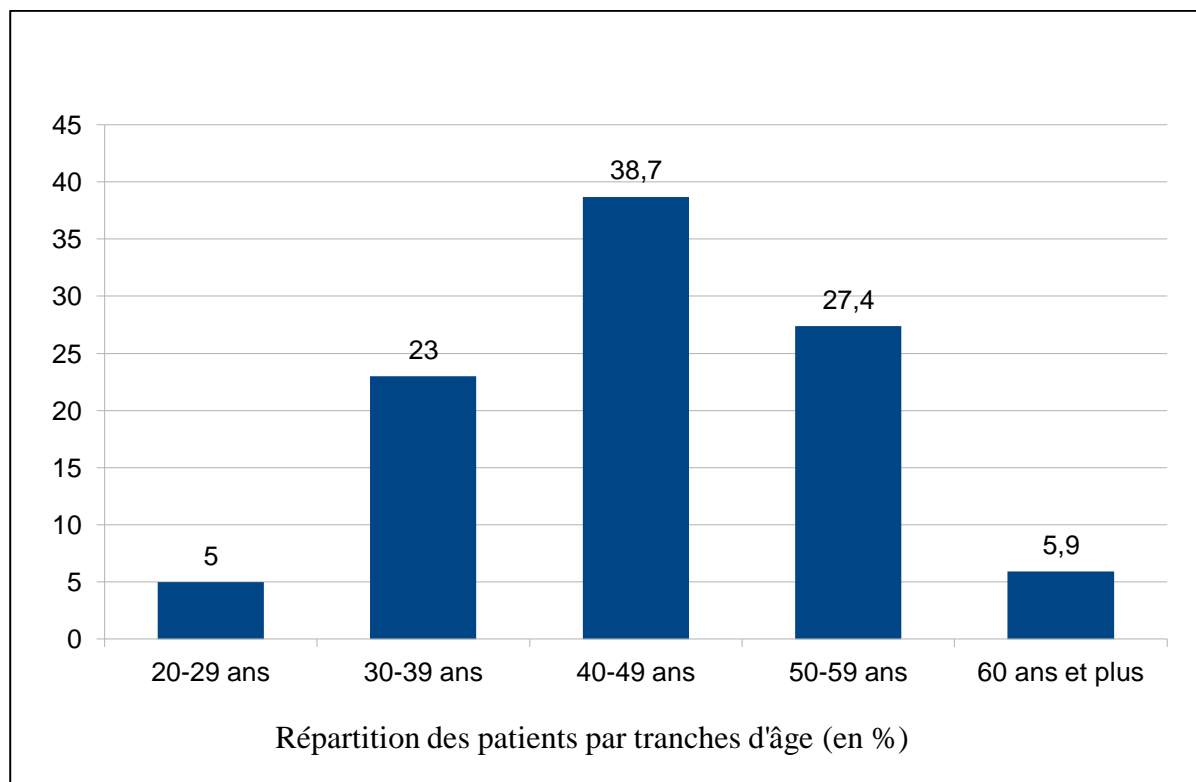
Chez les femmes l'âge moyen est de $45,2 \pm 2$ ans avec des extrêmes de 21 à 64 ans.

Il n'existait pas de différence significative entre les moyennes d'âge entre les deux sexes au seuil de 5% ($p = 0,88$).

La répartition par tranches d'âge est décrite dans le tableau 1.

Ages	Hommes effectifs (%)	Femmes effectifs (%)	Ensemble effectifs (%)
20-29 ans	11 (4,7)	5 (5,8)	16 (5)
30-39 ans	53 (22,6)	21 (24,1)	74 (23)
40-49 ans	94 (40,2)	30 (34,5)	124 (38,7)
50-59 ans	61 (26,1)	27 (31)	88 (27,4)
60 ans et +	15 (6,4)	4 (4,6)	19 (5,9)
Total	234 (100)	87 (100)	321 (100)

Tableau 1. Répartition des patients par tranches d'âge.



Les moins de 40 ans représentent 28 % des patients.

III.1.2. Origine géographique des patients.

256 patients (80 %) provenaient de la Sarthe.

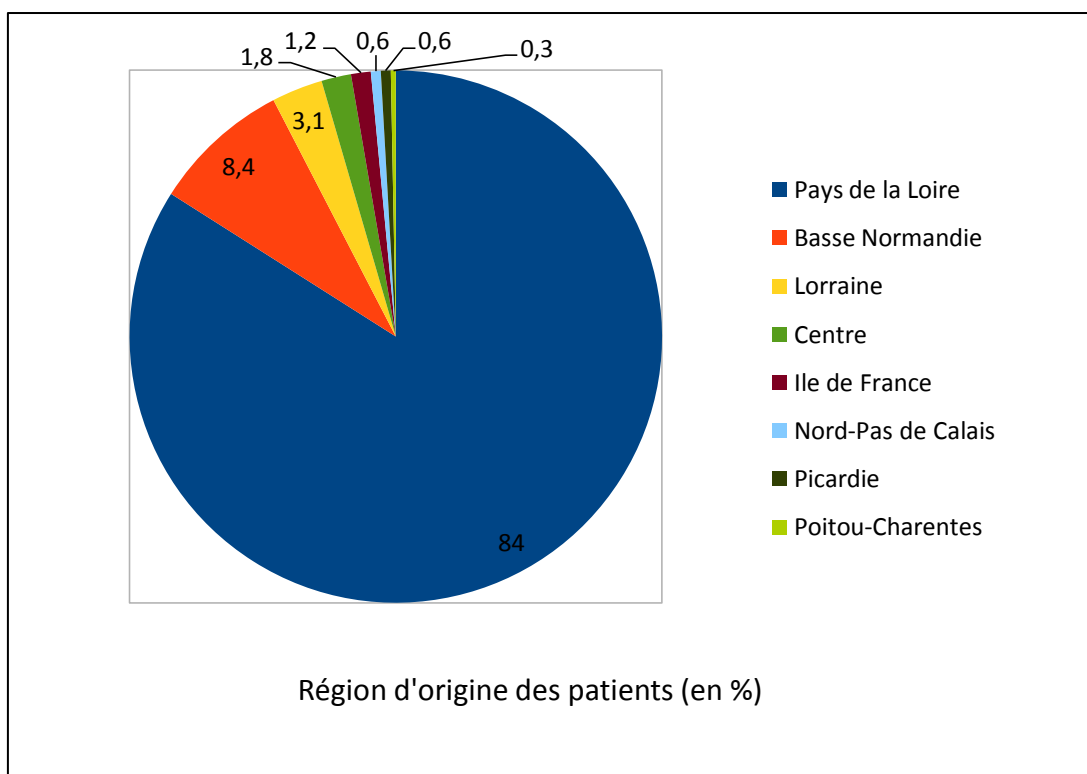
296 patients (92,2 %) provenaient de la Sarthe ou de départements limitrophes (Orne, Mayenne, Maine et Loire, Indre et Loire, Eure et Loir, Loir et Cher).

269 patients (84 %) provenaient de la région Pays de la Loire.

Il n'existait pas de différences significatives entre hommes et femmes pour l'origine géographique.

Région d'origine	Ensemble Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
Pays de la Loire	269 (84)	200 (85,5)	69 (79,3)
Basse Normandie	27 (8,4)	20 (8,5)	7 (8)
Lorraine	10 (3,1)	6 (2,6)	4 (4,6)
Centre	6 (1,8)	3 (1,3)	3 (3,4)
Île de France	4 (1,2)	2 (0,8)	2 (2,3)
Nord-Pas de Calais	2 (0,6)	1 (0,4)	1 (1,1)
Picardie	2 (0,6)	1 (0,4)	1 (1,1)
Poitou-Charentes	1 (0,3)	1 (0,4)	0
Total	321 (100)	234 (100)	87 (100)

Tableau 2. Répartition des patients selon la région d'origine.

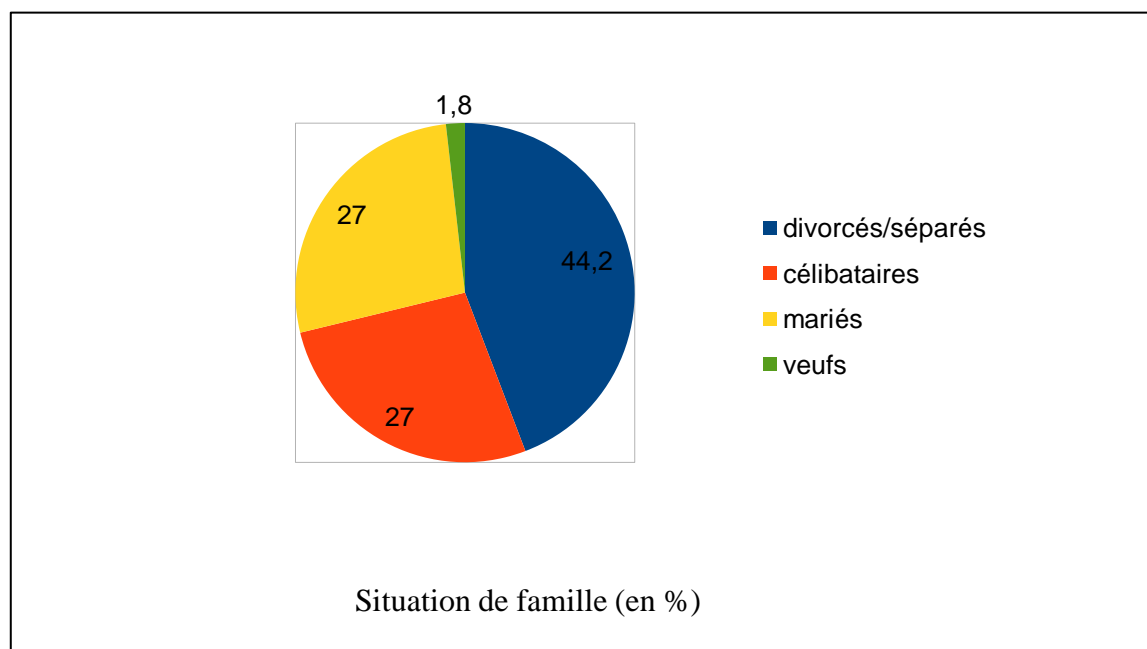


III.1.3. Situation de famille.

Situation de famille	Hommes effectifs (%)	Femmes effectifs (%)	Ensemble effectifs (%)
Mariés	57 (24,3)	30 (34,5)	87 (27)
Célibataires	63 (27)	23 (26,4)	86 (27)
Divorcés/séparés	110 (47)	32 (36,8)	142 (44,2)
Veufs	4 (1,7)	2 (2,3)	6 (1,8)
Total	234 (100)	87 (100)	321 (100)

Tableau 3. Répartition des patients selon la situation de famille.

Il n'existait pas de différences significatives entre les deux sexes au seuil de 5 % ($p = 0,16$).



III.1.4. Mode de vie.

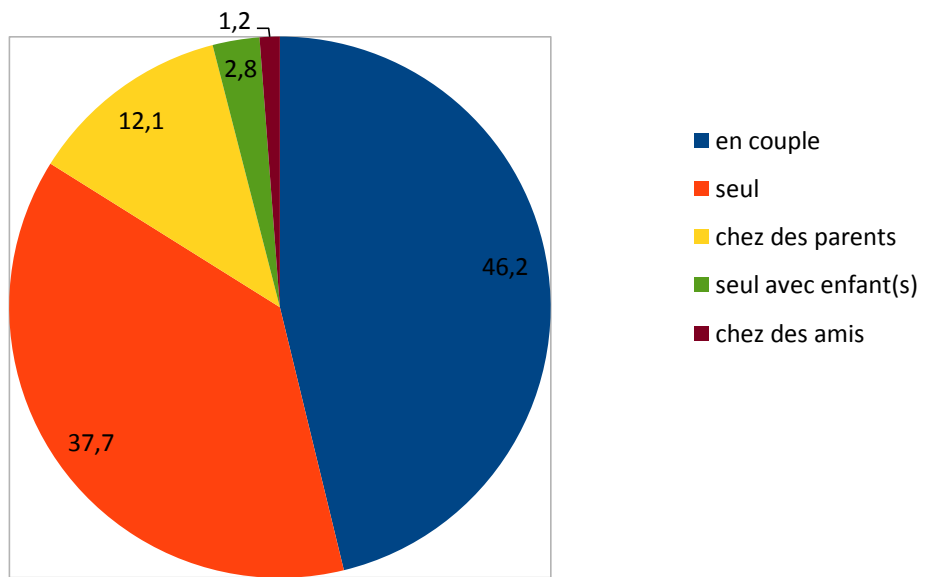
Mode de vie	Hommes effectif (%)	Femmes effectifs (%)	Ensemble effectifs (%)
Seul	120 (51,3)	28 (32,2)	148 (46,2)
En couple	75 (32)	46 (52,9)	121 (37,7)
Chez des parents	34 (14,5)	5 (5,7)	39 (12,1)
Seul avec enfant(s)	2 (0,9)	7 (8)	9 (2,8)
Chez des amis	3 (1,3)	1 (1,2)	4 (1,2)
Total	234 (100)	87 (100)	321 (100)

Tableau 4. Répartition des patients en fonction de leur mode de vie.

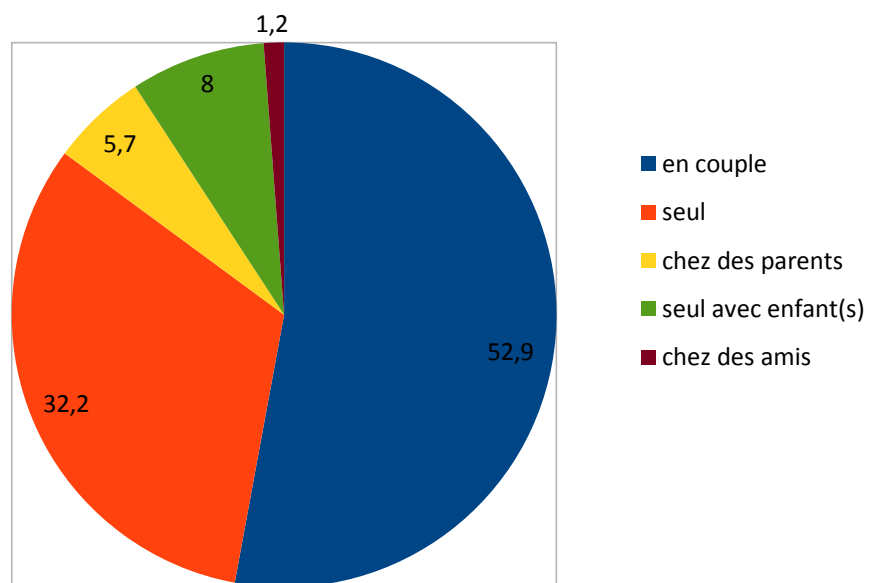
Les hommes sont davantage et de façon significative hébergés chez des parents que les femmes (14,5 % versus 5,7 %, $p = 0,03$).

Les femmes vivent plus en couple que les hommes (52,9 % versus 32 %, $p < 0,001$).

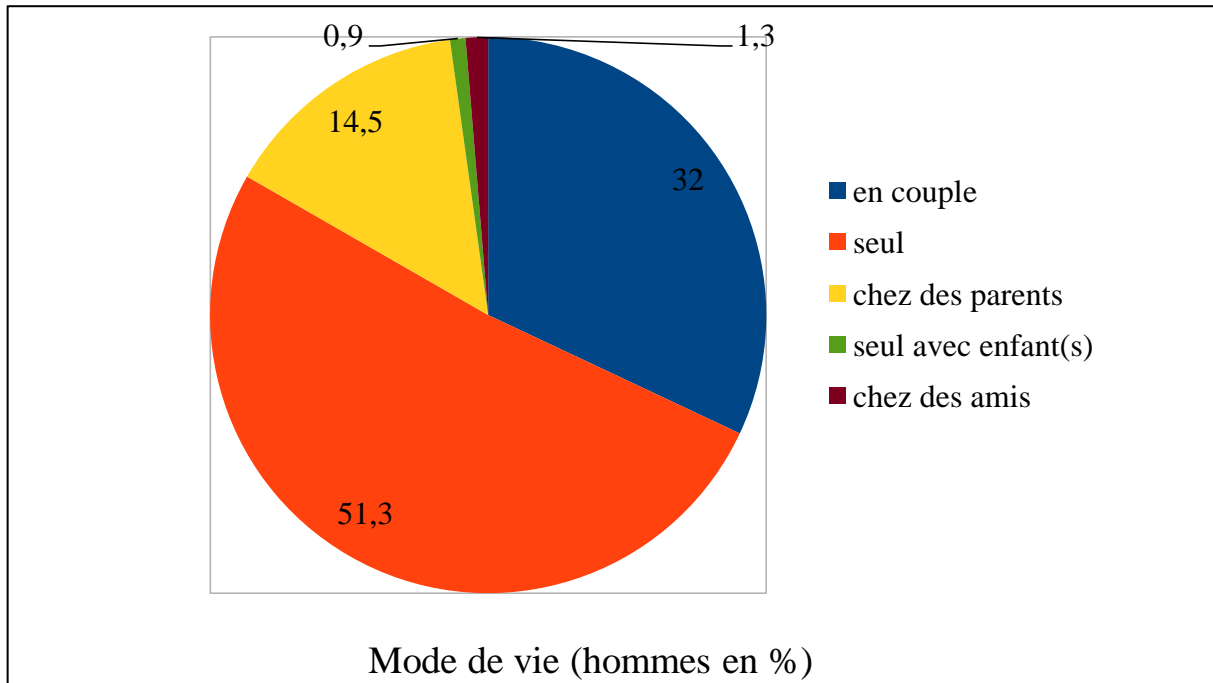
Les hommes sont plus nombreux à vivre seuls que les femmes (51,3 % versus 32,2 %, $p = 0,002$).



Mode de vie (hommes et femmes en %)



Mode de vie (femmes en %)



III.1.5. Nombre d'enfants.

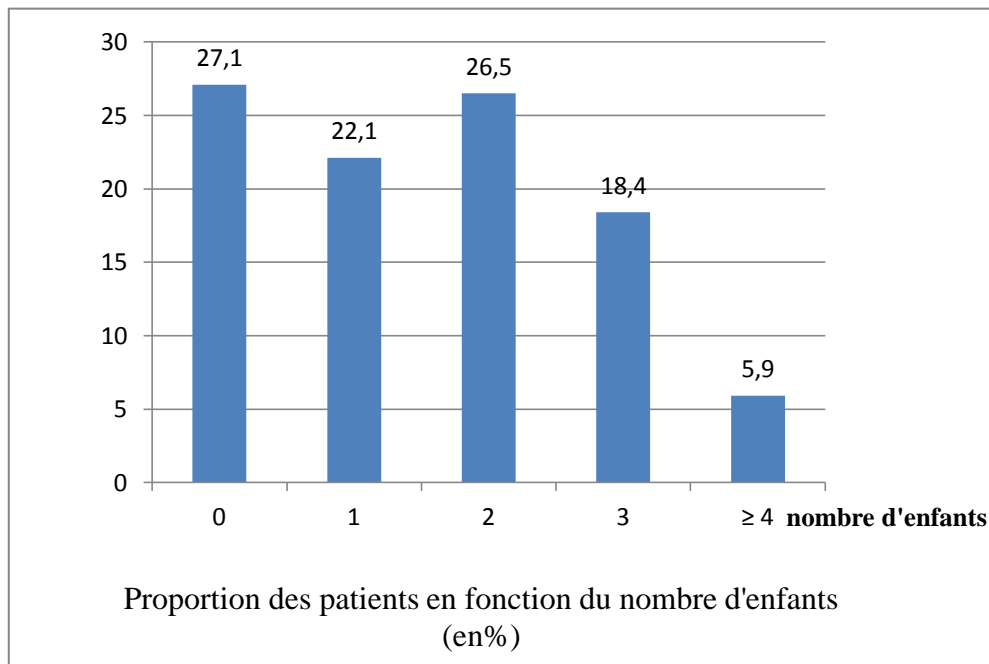
Le nombre moyen d'enfants était de $1,6 \pm 0,1$ avec une étendue de 0 à 7.

La différence de fécondité avec la moyenne nationale (taux de fécondité = 2) est significative ($p < 0,01$ calcul de l'écart réduit avec une moyenne théorique).

La répartition en fonction du nombre d'enfants est représentée dans le tableau 5.

Nombre d'enfants	Effectifs	% \pm IC à 95 %
0	87	27,1
1	71	22,1
2	85	26,5
3	59	18,4
≥ 4	19	5,9
Total	321	100

Tableau 5. Répartition des patients en fonction du nombre d'enfants

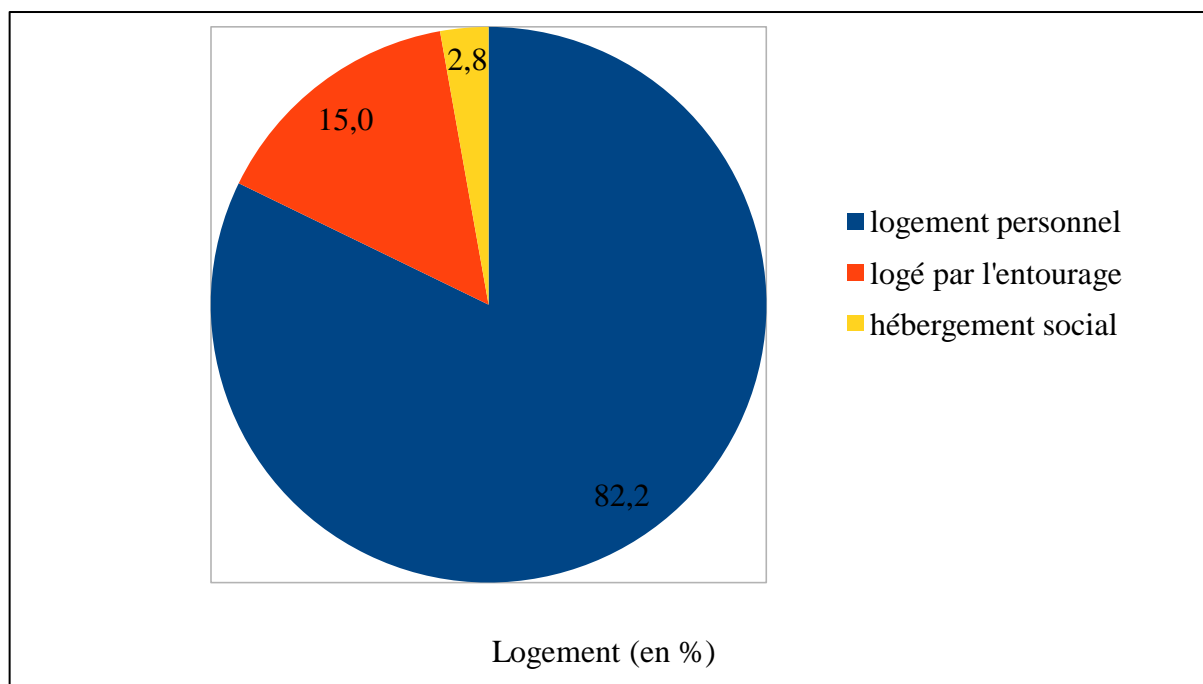


III.1.6. Logement.

Logement	Hommes effectifs (%)	Femmes effectifs (%)	Ensemble effectifs (%)
Logement personnel (locataire ou propriétaire)	187 (80)	77 (88,5)	264 (82,2)
Hébergé par l'entourage	41 (17,5)	7 (8)	48 (15)
Hébergement social	6 (2,5)	3 (3,5)	9 (2,8)
Total	234 (100)	87 (100)	321 (100)

Tableau 6. Répartition en fonction du type de logement.

Il n'y a pas de différences significatives entre les deux sexes au seuil de 5 %.

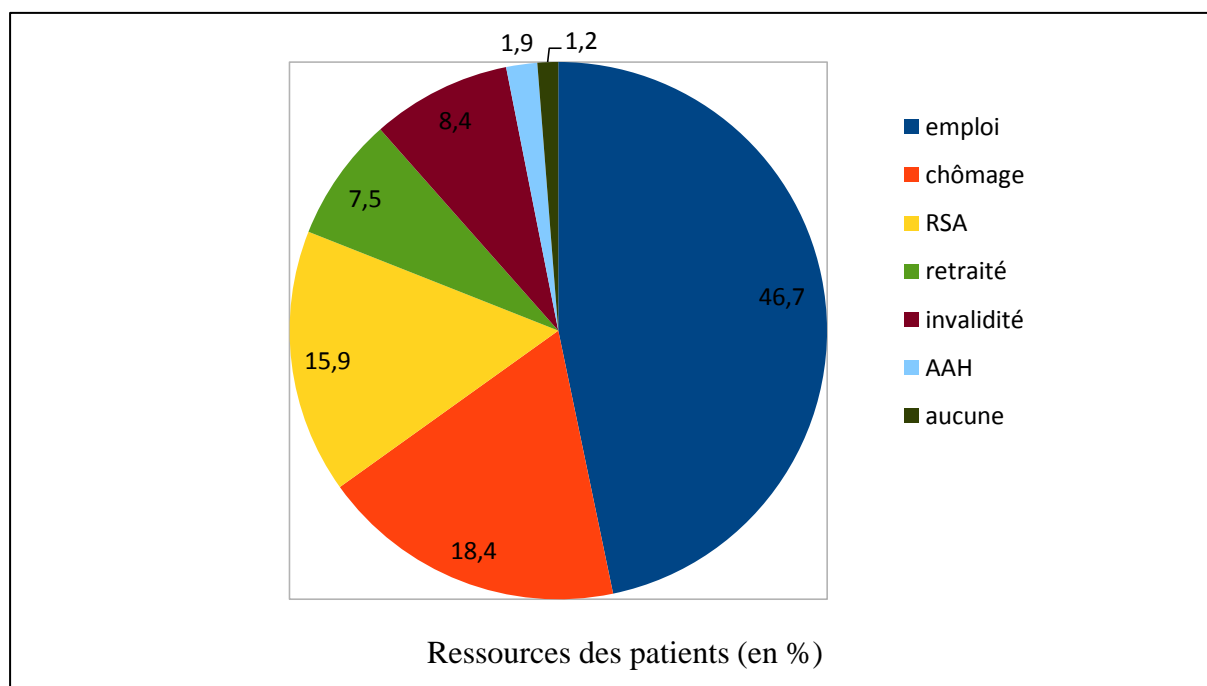


III.1.7. Ressources.

La répartition des ressources est résumée dans le tableau 7 :

Type de ressources	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)	Ensemble Effectifs (%)
Emploi	109 (46,6)	41 (47,1)	150 (46,7)
Chômage	46 (19,6)	13 (14,9)	59 (18,4)
RSA	39 (16,7)	12 (13,8)	51 (15,9)
Retraite	19 (8,1)	5 (5,8)	24 (7,5)
Invalidité	17 (7,3)	10 (11,5)	27 (8,4)
AHH	4 (1,7)	2 (2,3)	6 (1,9)
Aucune	0 (0)	4 (4,6)	4 (1,2)
Total	234 (100)	87 (100)	321 (100)

Tableau 7. Répartition des patients en fonction de leurs ressources.



On ne retrouvait aucune différence significative entre les deux sexes.

III.1.8. Catégories socioprofessionnelles (CSP).

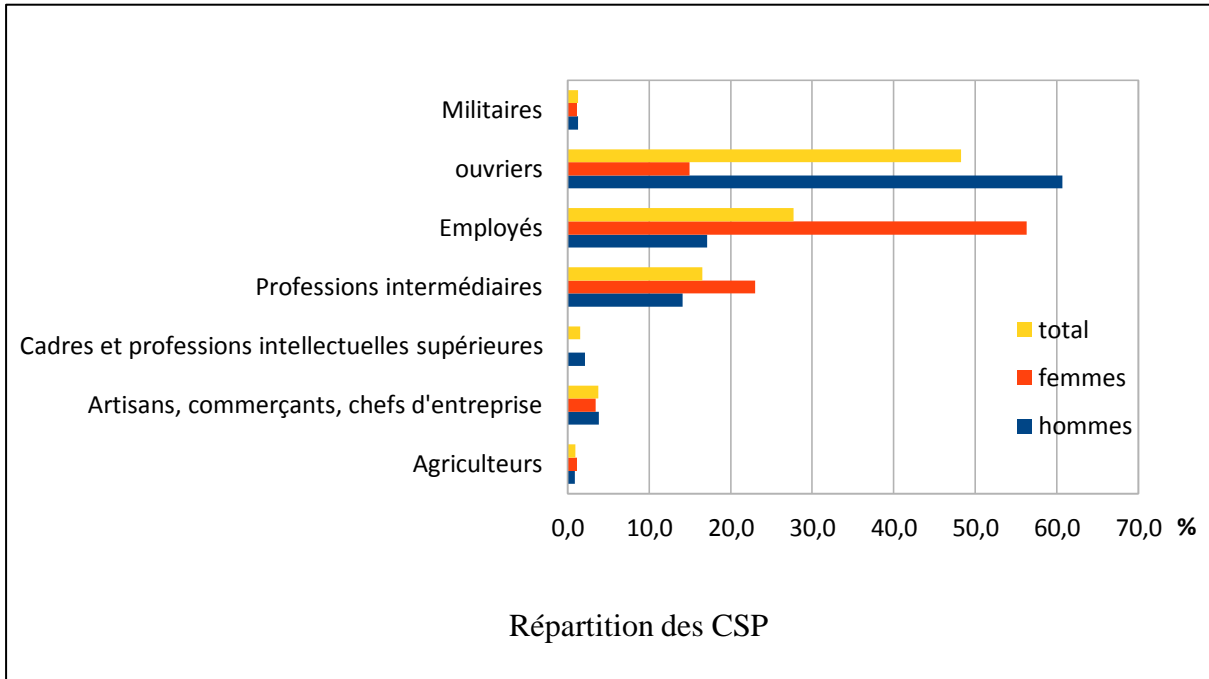
La répartition des CSP est résumée dans le tableau 8.

CSP	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)	Ensemble Effectifs (%)
Agriculteurs	2 (0,9)	1 (1,1)	3 (0,9)
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	9 (3,8)	3 (3,4)	12 (3,7)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5 (2,1)	0	5 (1,6)
Professions intermédiaires	33 (14,1)	20 (23)	53 (16,5)
Employés	40 (17,1)	49 (56,4)	89 (27,8)
Ouvriers	142 (60,7)	13 (15)	155 (48,3)
Militaires	3 (1,3)	1 (1,1)	4 (1,2)
Total	234 (100)	87 (100)	321 (100)

Tableau 8. Répartition des patients en fonction des CSP.

Les ouvriers sont plus fréquents chez les hommes et les employés chez les femmes ($p < 0,001$).

Les « CSP + » (cadres et prof. intellectuelles supérieures + prof. intermédiaires) représentent 18,1 %.



III.2. Les profils addictologiques.

III.2.1. Durée de séjour.

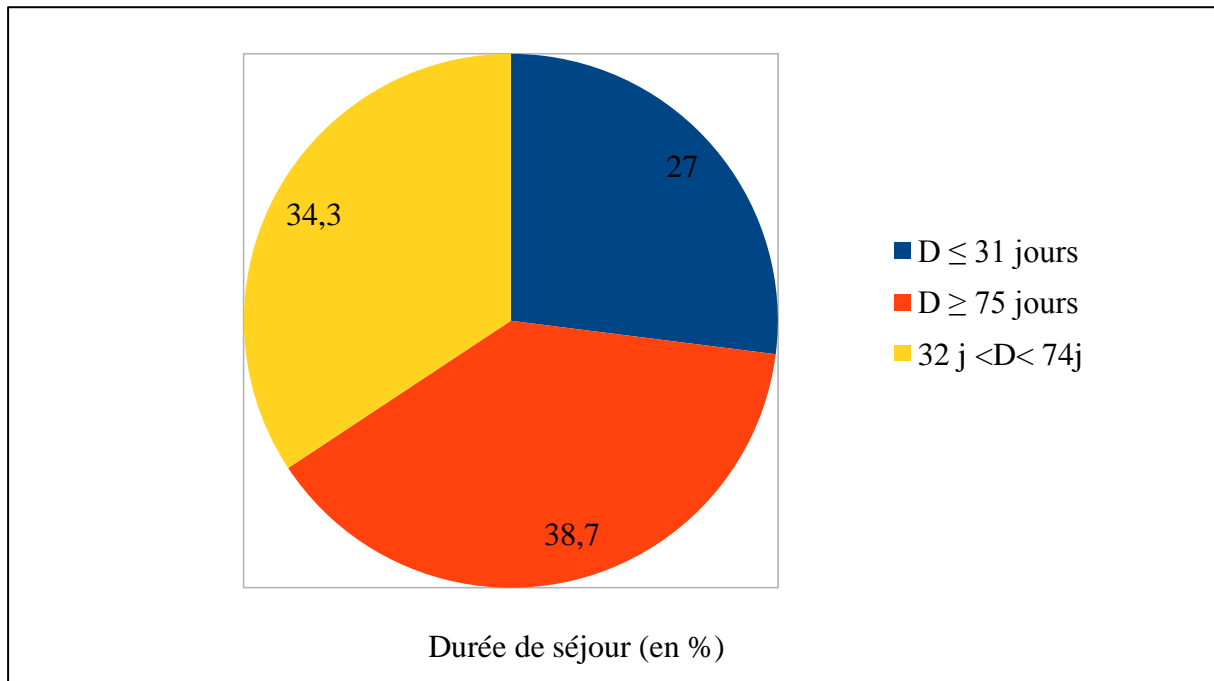
La durée moyenne de séjour était de $55,2 \pm 2,6$ jours (de 2 à 83 jours).

Il n'existait pas de différences significatives entre hommes et femmes au seuil de 5% ($p = 0,45$).

87 patients (27 %) avaient une durée de séjour ≤ 31 jours.

124 patients (38,7 %) avaient une durée de séjour ≥ 75 jours.

110 patients (34,3 %) avaient une durée de séjour comprise entre 32 et 74 jours.



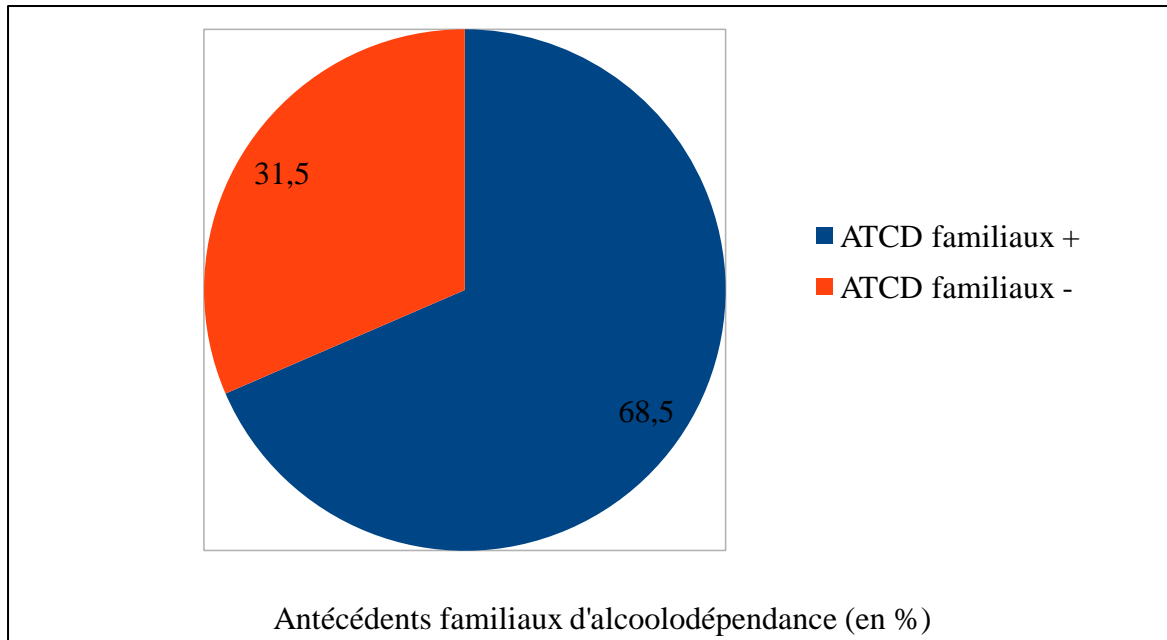
III.2.2. Antécédents familiaux d'alcoolodépendance.

220 patients (68,5 %) avaient des antécédents familiaux d'alcoolodépendance, 161 hommes (68,8 %) et 59 femmes (67,8 %).

Il n'existait pas de différences significatives entre les deux sexes au seuil de 5 % ($p = 0,86$).

Membre de la famille touché	Total Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
Aucun	101 (31,5)	73 (31,2)	28 (32,2)
Père	109 (34)	82 (35)	27 (31)
Fratrie	117 (36,4)	82 (35)	35 (40,2)
Mère	21 (6,5)	14 (6)	7 (8)
Les deux parents	28 (8,7)	18 (7,8)	10 (11,5)
Le père et la fratrie	49 (15,3)	37 (15,8)	12 (13,8)
La mère et la fratrie	6 (1,9)	4 (1,7)	2 (2,3)
Les deux parents et la fratrie	19 (5,9)	10 (4,3)	9 (10,3)

Tableau 9. Antécédents familiaux d'alcoolodépendance.



III.2.3. Consommations et comportements associés.

III.2.3.1. Données globales.

Produit ou comportement	Total Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
Tabac	273 (85)	203 (86,7)	70 (80,5)
Cannabis	61 (19)	52 (22,2)	9 (10,3)
Jeu pathologique	24 (7,5)	23 (9,8)	1 (1,1)
TCA*	15 (4,7)	1 (0,4)	14 (16,1)
Héroïne et opiacés	12 (3,7)	8 (3,4)	4 (4,6)
Cocaïne	5 (1,6)	4 (1,7)	1 (1,1)
Benzodiazépines	13 (4)	7 (3)	6 (6,9)
Hallucinogènes	1 (0,3)	1 (0,4)	0
Achats compulsifs	1 (0,3)	0	1 (1,1)
Aucun	44 (13,7)	29 (12,4)	15 (17,2)

Tableau 10. Prévalences des consommations et comportements associés.

(*) TCA : troubles du comportement alimentaire

Il existait une prévalence supérieure chez les hommes pour les consommations de cannabis ($p = 0,016$) et le jeu pathologique ($p = 0,008$ chideux corrigé selon Yates), par contre les TCA étaient plus fréquentes chez les femmes ($p < 0,001$ chideux corrigé selon Yates).

Pour les benzodiazépines n'ont été retenus dans ce tableau uniquement les patients présentant un mésusage, c'est à dire des consommations plus importantes ou plus longues que celles prescrites ou des usages hors prescription, ce qui explique le nombre relativement faible retrouvé.

Consommation de cannabis en fonction de l'âge :

La moyenne d'âge chez les consommateurs de cannabis était de $38,3 \pm 2$ ans. La différence avec la moyenne d'âge globale est significative ($p < 0,001$).

73,8 % des consommateurs de cannabis avaient moins de 45 ans versus 42,3 % des non consommateurs ($p < 0,001$).

Parmi les moins de 40 ans 34,4 % consommaient du cannabis versus 13 % chez les 40 ans et plus ($p < 0,001$).

Il n'existe pas de différence en ce qui concerne le mode de vie (solitude) entre les consommateurs de cannabis et les autres.

Par contre les consommateurs de cannabis sont plus fréquemment au RSA (27,9 % versus 13,1 %, OR = 2,57, $p = 0,004$).

III.2.3.2. Le tabac.

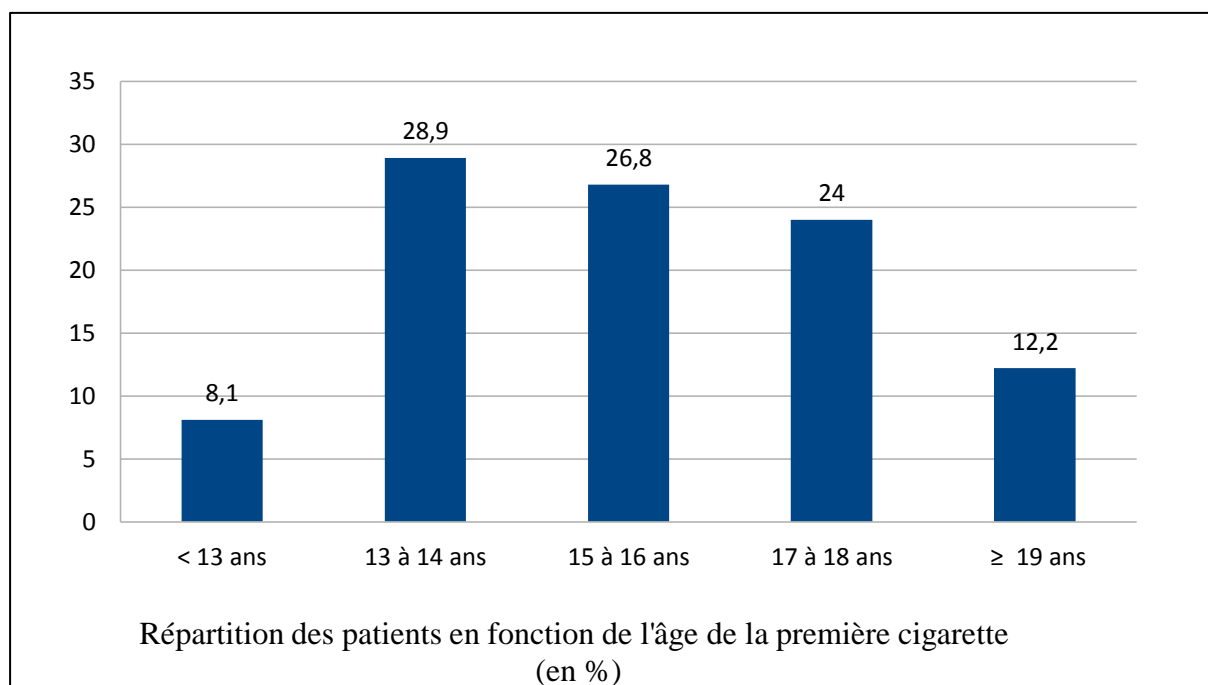
III.2.3.2.1 L'âge de la première cigarette.

Cette donnée a été obtenue chez 246 patients (76,6 %).

L'âge moyen de la première cigarette était de $16,1 \pm 0,5$ ans. Il s'étalait de 9 à 40 ans. Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes ($p = 0,89$).

Age de la première cigarette	Effectif	%
< 13 ans	20	8,1
13 à 14 ans	71	28,9
15 à 16 ans	66	26,8
17 à 18 ans	59	24
≥ 19 ans	30	12,2
Total	246	100

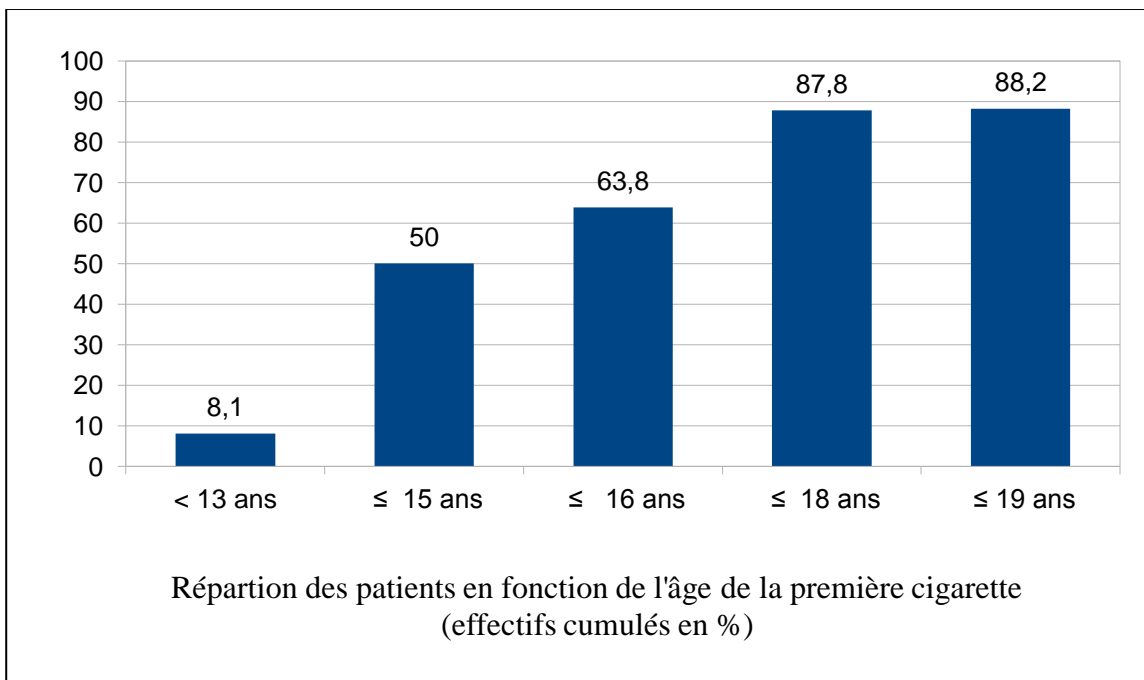
Tableau 11. Répartition des patients en fonction de l'âge de la première cigarette.



Les effectifs cumulés sont présentés dans le tableau 12.

Age de la première cigarette	Effectif	%
< 13 ans	20	8,1
≤ 15 ans	123	50
≤ 16 ans	157	63,8
≤ 18 ans	216	87,8
≤ 19 ans	217	88,2

Tableau 12. Répartition des patients en fonction de l'âge de la première cigarette en effectifs cumulés.



III.2.3.2.2. Le nombre quotidien de cigarettes.

Cette donnée a été obtenue pour 261 patients (81 %).

Les patients fumaient en moyenne $26,2 \pm 2,1$ cigarettes/jour. La consommation s'étalait entre 1 et 120 cigarettes.

Les hommes fumaient $26,5 \pm 2,5$ cigarettes versus $25,4 \pm 4,3$ pour les femmes. Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes ($p = 0,65$).

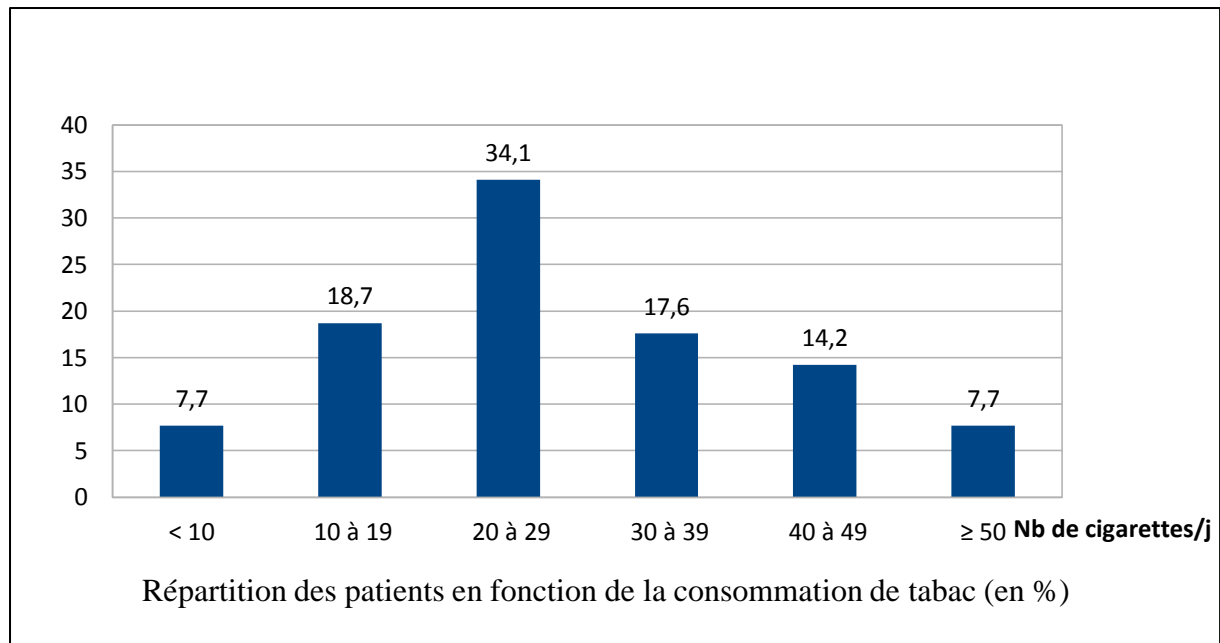
Nombre de cigarettes/jour	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)	Ensemble Effectifs (%)
< 10	16 (8,3)	4 (5,9)	20 (7,7)
10 à 19	32 (16,6)	17 (25)	49 (18,7)
20 à 29	68 (35,2)	21 (30,9)	89 (34,1)
30 à 39	34 (17,6)	12 (17,6)	46 (17,6)
40 à 49	26 (13,5)	11 (16,2)	37 (14,2)
≥ 50	17 (8,8)	3 (4,4)	20 (7,7)
Total	193 (100)	68 (100)	261 (100)

Tableau 13. Répartition des patients en fonction du nombre quotidien de cigarettes.

192 patients ($73,6 \pm 6,2$ %) fumaient au moins 20 cigarettes par jour.

117 patients ($44,8 \pm 6$ %) fumaient au moins 25 cigarettes par jour.

57 patients ($21,9 \pm 5$ %) fumaient au moins 40 cigarettes par jour.



III.2.4. Consommation déclarée d'alcool (CDA).

La CDA était disponible chez 235 patients (73,2 %), 176 hommes (74,9 %) et 59 femmes (67,8 %).

CDA (en g d'alcool pur/jour)	Ensemble	Hommes	Femmes
Moyenne (IC à 95%)	204 ± 14	222 ± 17	151 ± 18
Valeur min	4	4	10
Valeur max	1000	1000	320

Tableau 14. Valeurs moyennes et extrêmes de la CDA.

Les hommes consomment plus que les femmes, cette différence est très significative ($p < 0,0001$).

CDA en g/j	Ensemble Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
< 100	19 (8,1)	10 (5,7)	9 (15,2)
100 à 199	88 (37,5)	57 (32,4)	31 (52,6)
200 à 299	79 (33,6)	64 (36,4)	15 (25,4)
300 à 399	33 (14)	29 (16,5)	4 (6,8)
≥ 400	16 (6,8)	16 (9)	0
Total	235 (100)	176 (100)	59 (100)

Tableau 15. Répartition des patients en fonction de la CDA.

128 patients (54,4 %) avaient une CDA \geq 200 g/j, 109 hommes (61,9 %) et 19 femmes (32,2 %).

La différence est significative ($p < 0,001$).

Chez les consommateurs de cannabis la CDA moyenne (271 ± 44 g/jour) était plus élevée que dans l'ensemble de la population ($p = 0,006$).

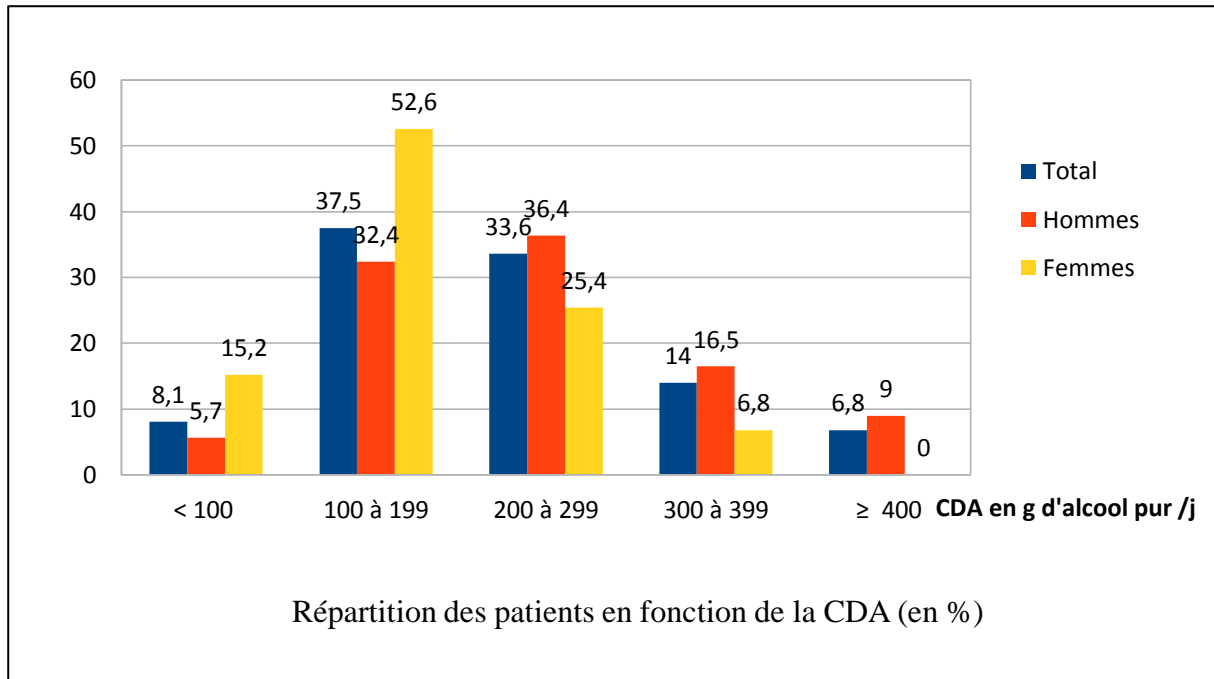
Il en était de même chez les consommateurs d'opiacés (297 ± 64 g/jour, $p = 0,03$).

Chez les surconsommateurs de benzodiazépines la CDA moyenne (264 ± 211 g/jour) ne différait pas de façon significative de celle de l'ensemble de la population ($p = 0,6$).

Cependant pour ces deux derniers profils les effectifs étaient très faibles (respectivement $N = 7$ et $N = 8$).

On retrouvait une corrélation négative entre l'âge et la CDA ($r = -0,32$, $p < 0,001$).

On retrouve une corrélation positive entre la CDA et la consommation de tabac ($r = 0,17$, $p = 0,02$).



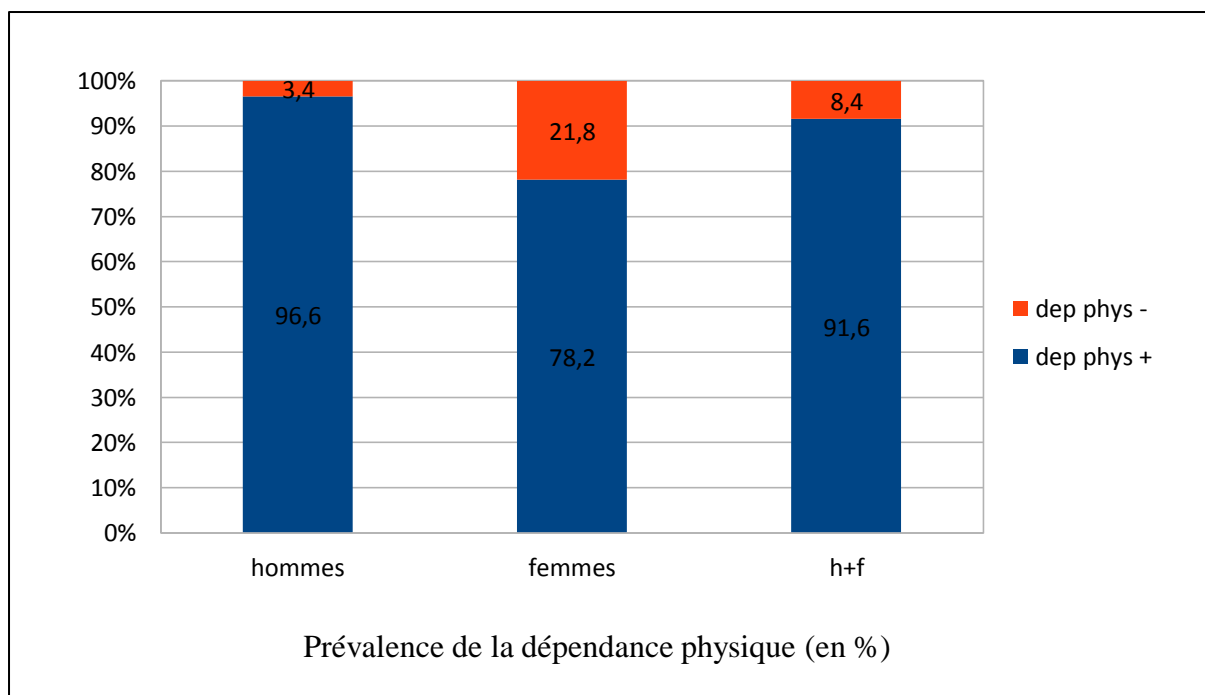
III.2.5. Dépendance physique.

294 patients (91,6 %) présentaient une dépendance physique à l'alcool.

Les hommes présentent plus souvent une dépendance physique que les femmes (96,6 % versus 78,2 %, $p < 0,001$).

La CDA moyenne est significativement supérieure chez les patients avec dépendance physique par rapport à ceux sans dépendance physique ($210 \pm 14,5$ versus $116,7 \pm 40,3$, $p = 0,001$).

Si on fait la distinction par sexe, il n'y a pas de différence chez les hommes, mais les femmes avec dépendance physique ont une CDA supérieure à celles sans dépendance physique ($164,7 \pm 18,5$ versus $98,3 \pm 43,8$, $p = 0,004$), cependant les effectifs sont faibles chez les patients sans dépendance physique.



III.2.6. Complications somatiques.

134 patients (41,8 %) avaient au moins une complication somatique.

37 patients (11,5 %) avaient plus d'une complication.

Il n'existait pas de différence significative entre les deux sexes ($p = 0,15$).

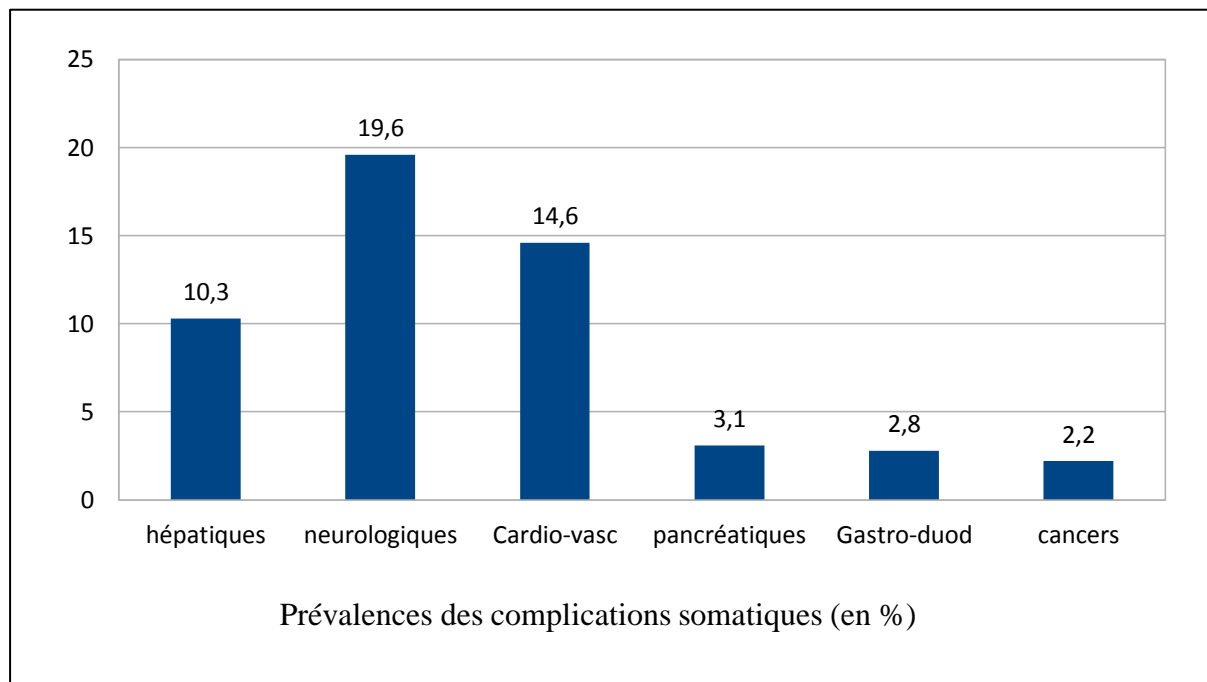
Les prévalences des différentes complications somatiques est résumée dans le tableau 16.

Complications	Effectifs (%)
Neurologiques	63 (19,6)
Cardio-vasculaires	47 (14,6)
Hépatiques	33 (10,3)
Pancréatiques	10 (3,1)
Gastro-duodénales	9 (2,8)
Cancers	7 (2,2)

Tableau 16. Prévalences des complications somatiques.

Il n'existait pas de différence significative de CDA entre les patients avec complications somatiques et les autres ($p = 0,44$).

Les patients avec complications somatiques étaient significativement plus âgés que ceux sans complications somatiques ($47,9 \pm 1,5$ ans versus $43 \pm 1,3$ ans, $p < 0,001$).



III.2.7. Comorbidités psychiatriques et tentatives de suicide.

III.2.7.1. Comorbidités psychiatriques.

254 patients (79,2 %) avaient une comorbidité psychiatrique.

L'âge moyen n'est pas différent dans les deux groupes (avec ou sans comorbidités psychiatriques).

Les comorbidités psychiatriques sont plus fréquentes chez les femmes (89,6 % versus 75,2 % chez les hommes, $p = 0,005$).

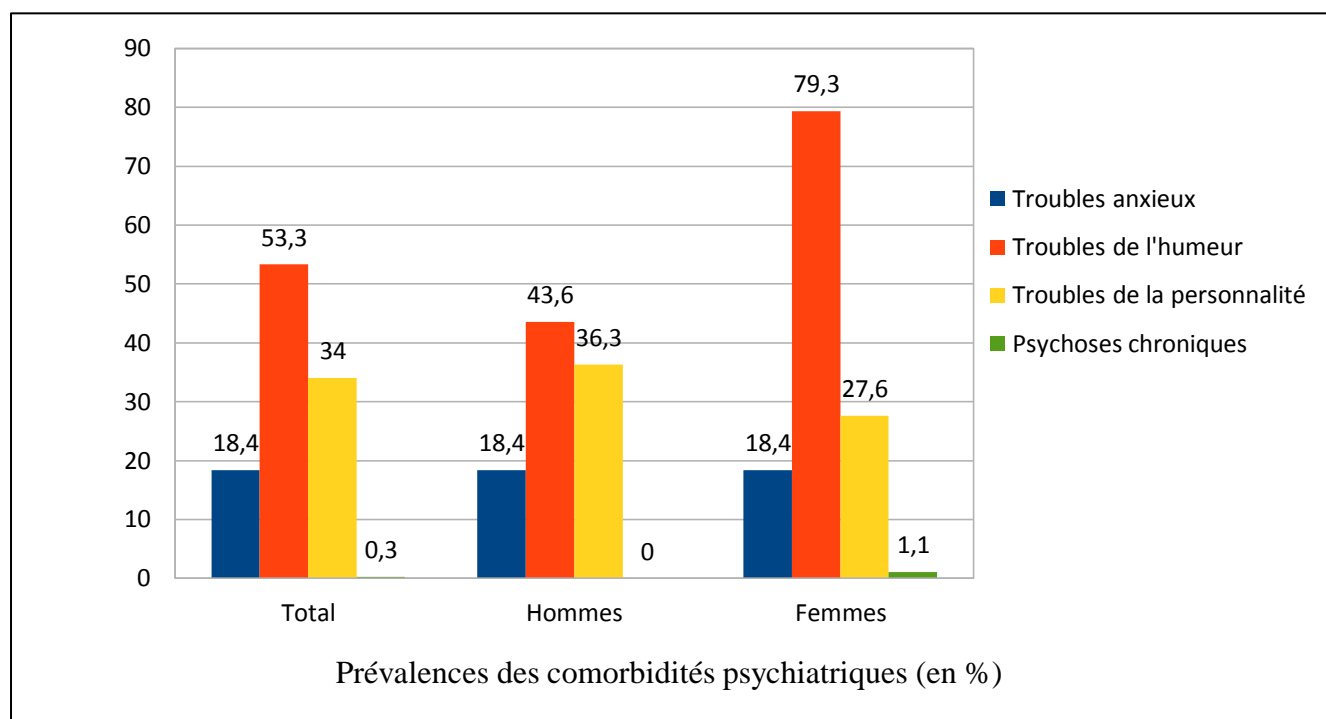
Les prévalences des comorbidités psychiatriques sont résumées dans le tableau 17.

Comorbidités psychiatriques	Total Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
Troubles anxieux	59 (18,4)	43 (18,4)	16 (18,4)
Troubles de l'humeur	171 (53,3)	102 (43,6)	69 (79,3)
Troubles de la personnalité	109 (34)	85 (36,3)	24 (27,6)
Psychoses chroniques	1 (0,3)	0	1 (1,1)

Tableau 17. Prévalences des comorbidités psychiatriques.

On ne retrouve pas de différences significatives en ce qui concerne les troubles anxieux ni ceux de la personnalité.

Pour les troubles de l'humeur on retrouve de façon significative une plus forte prévalence chez les femmes ($p < 0,001$).



III.2.7.2. Tentatives de suicide (TS).

Nombre de tentatives de suicide	Ensemble Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
0	259 (80,7)	202 (86,3)	57 (65,5)
1	35 (10,9)	21 (9)	14 (16,1)
> 2	27 (8,4)	11 (4,7)	16 (18,4)
Total	321 (100)	234 (100)	87 (100)

Tableau 18. Fréquences des TS.

19,3 % des patients ont déjà fait au moins une tentative de suicide.

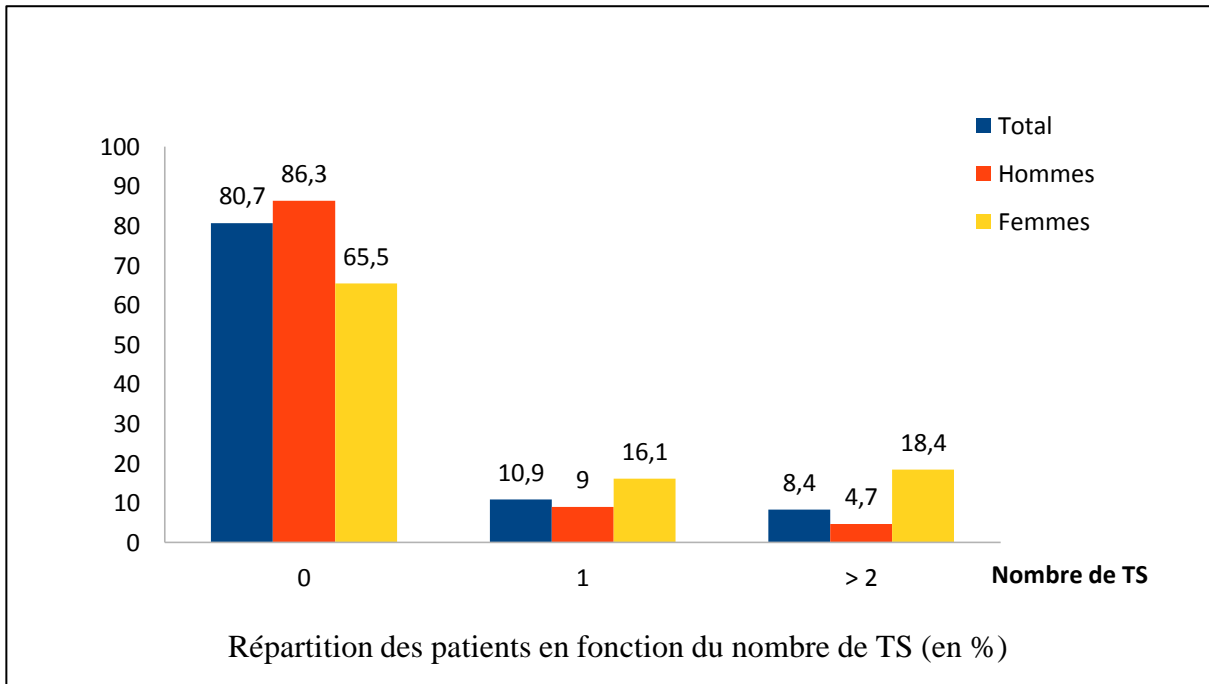
La fréquence des TS est significativement supérieure chez les femmes (34,5 % versus 13,7 %, $p < 0,001$).

Comme on pouvait le penser, la proportion de patients aux antécédents de TS est supérieure chez les patients avec comorbidités psychiatriques (22,4 % versus 7,5 %, $p < 0,001$) et on retrouve des comorbidités psychiatriques chez 92 % des patients qui ont fait au moins une TS versus 76,1 % chez ceux n'ayant pas d'antécédents de TS ($p = 0,005$).

La CDA moyenne ne diffère pas en fonction de la présence ou non de TS.

De même, l'inactivité et la solitude n'influent pas la fréquence des TS.

Enfin, il n'y a pas de différence significative de fréquence de TS entre les différentes comorbidités psychiatriques.



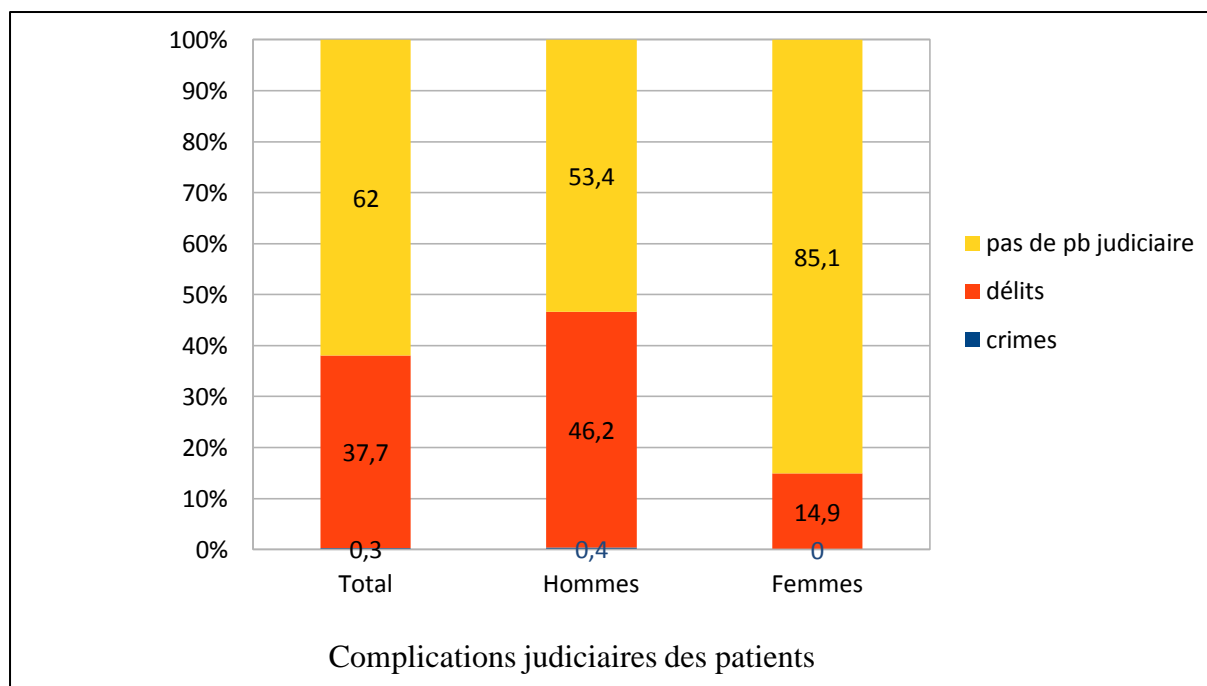
III.2.8. Complications judiciaires.

Problème judiciaire	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)	Ensemble Effectifs (%)
Aucun	125 (53,4)	74 (85,1)	199 (62)
Délit (au moins un)	108 (46,2)	13 (14,9)	121 (37,7)
Crime	1 (0,4)	0	1 (0,3)
Total	234 (100)	87 (100)	321 (100)

Tableau 19. Fréquences des complications judiciaires.

La proportion d'hommes qui ont commis un délit (46,2 %) est significativement supérieure à celle de femmes (14,9 %) ($p < 0,001$).

Les délits ont été commis par des hommes à 89,3 % versus 10,7 % par les femmes ($p < 0,001$).

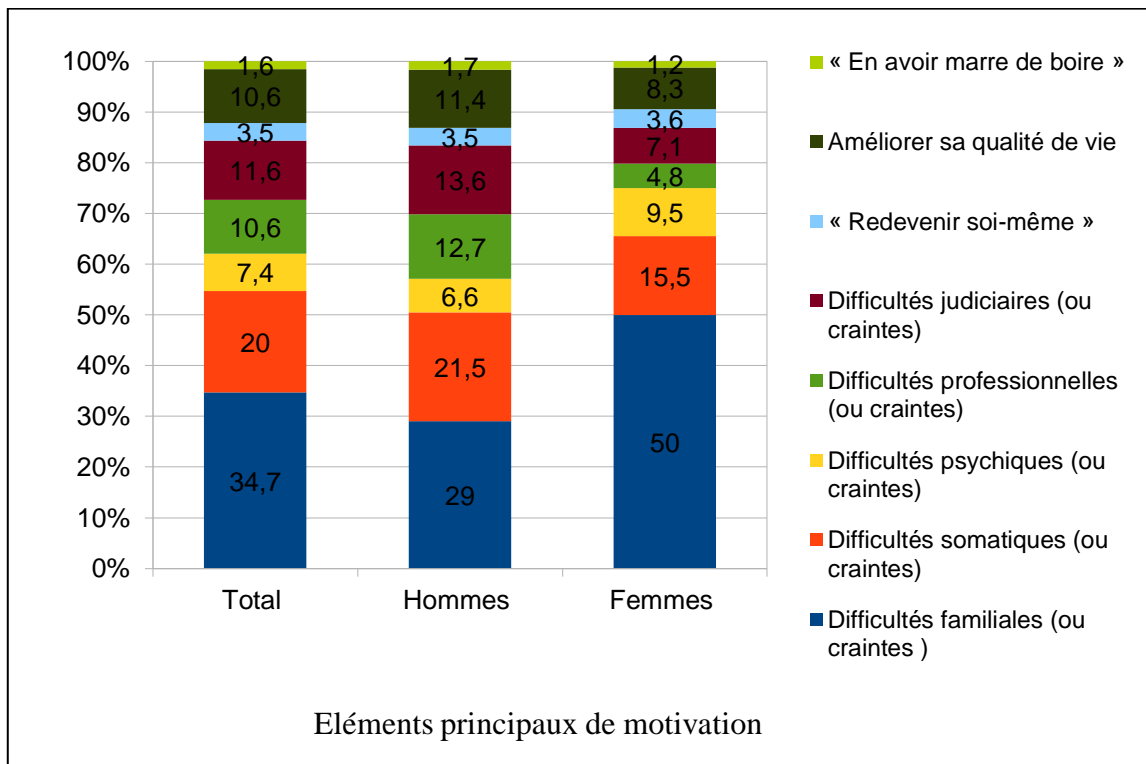


III.2.9. Motivation prépondérante pour le séjour.

Le recueil de l'élément motivationnel le plus déterminant pour cette démarche de soins a pu être effectif chez 312 patients (97,2%), 228 hommes (97,4%) et 84 femmes (96,6%). Les facteurs motivationnels ont été regroupés en huit catégories.

Motivation principale	Total Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs %
Difficultés familiales (ou craintes)	108 (34,7)	66 (29)	42 (50)
Difficultés somatiques (ou craintes)	62 (20)	49 (21,5)	13 (15,5)
Difficultés psychiques (ou craintes)	23 (7,4)	15 (6,6)	8 (9,5)
Difficultés professionnelles (ou craintes)	33 (10,6)	29 (12,7)	4 (4,8)
Difficultés judiciaires (ou craintes)	37 (11,6)	31 (13,6)	6 (7,1)
« Redevenir soi-même »	11 (3,5)	8 (3,5)	3 (3,6)
Améliorer sa qualité de vie	33 (10,6)	26 (11,4)	7 (8,3)
« En avoir marre de boire »	5 (1,6)	4 (1,7)	1 (1,2)

Tableau 20. Éléments prépondérants déterminant la motivation.



Les motivations « familiales » étaient plus fréquentes de façon significative chez les femmes ($p < 0,001$).

On ne retrouvait pas de différences entre les deux sexes pour les autres sources de motivation.

III.3. Éléments de trajectoire des patients.

III.3.1. Age du premier verre.

Cette donnée était disponible pour 237 patients (73,8 %).

L'âge moyen du premier verre était de $16,1 \pm 0,4$ ans.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes ($p = 0,41$).

Age du premier verre	Effectifs	%
≤ 8 ans	12	5,1
> 8 et ≤ 10 ans	3	1,3
> 10 et ≤ 12 ans	14	5,9
> 12 et ≤ 14 ans	29	12,2
> 14 et ≤ 16 ans	77	32,5
> 16 et ≤ 18 ans	55	23,2
> 18 et ≤ 20 ans	37	15,6
> 20 ans	10	4,2
Total	237	100

Tableau 21. Répartition des patients en fonction de l'âge du premier verre.

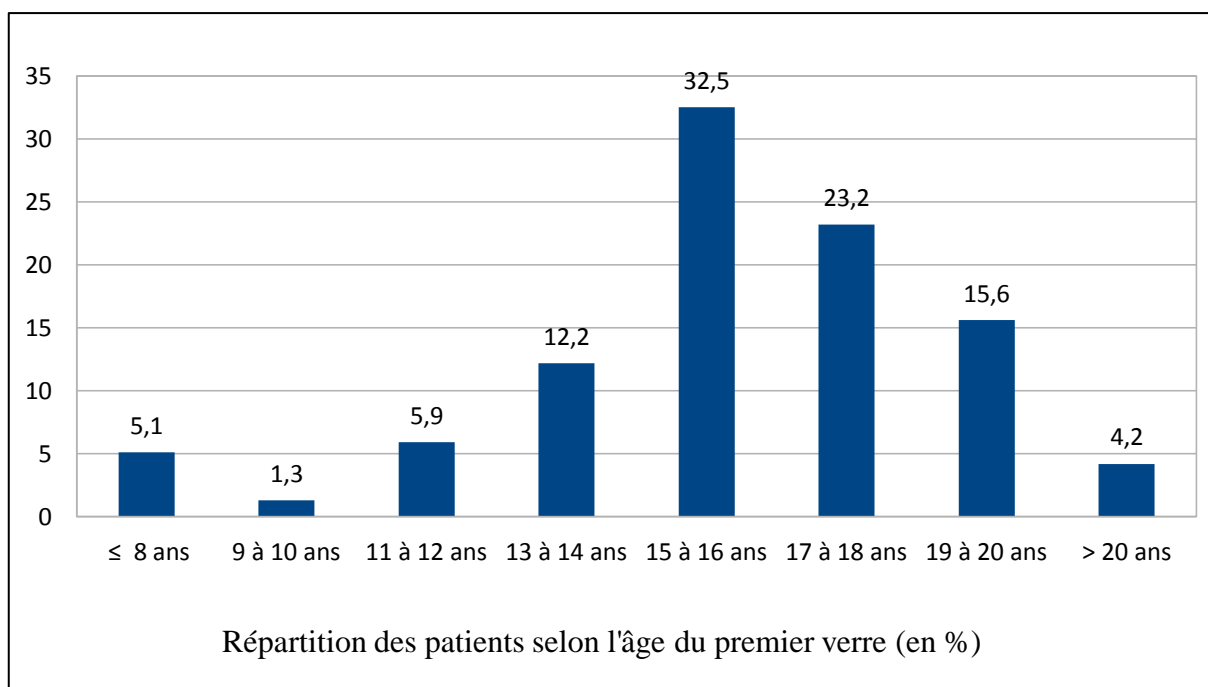
227 patients (95,8 %) avaient débuté leur consommation avant 21 ans.

135 patients (57 %) avaient débuté l'alcool avant 17 ans.

58 patients (24,4 %) avaient consommé avant 15 ans.

L'âge du premier verre n'est pas influencé par la présence d'antécédents familiaux de difficultés avec l'alcool ni par la présence de comorbidités psychiatriques.

Il existe une corrélation positive entre l'âge de la première cigarette et celle du premier verre ($r = 0,35$, $p < 0,001$).



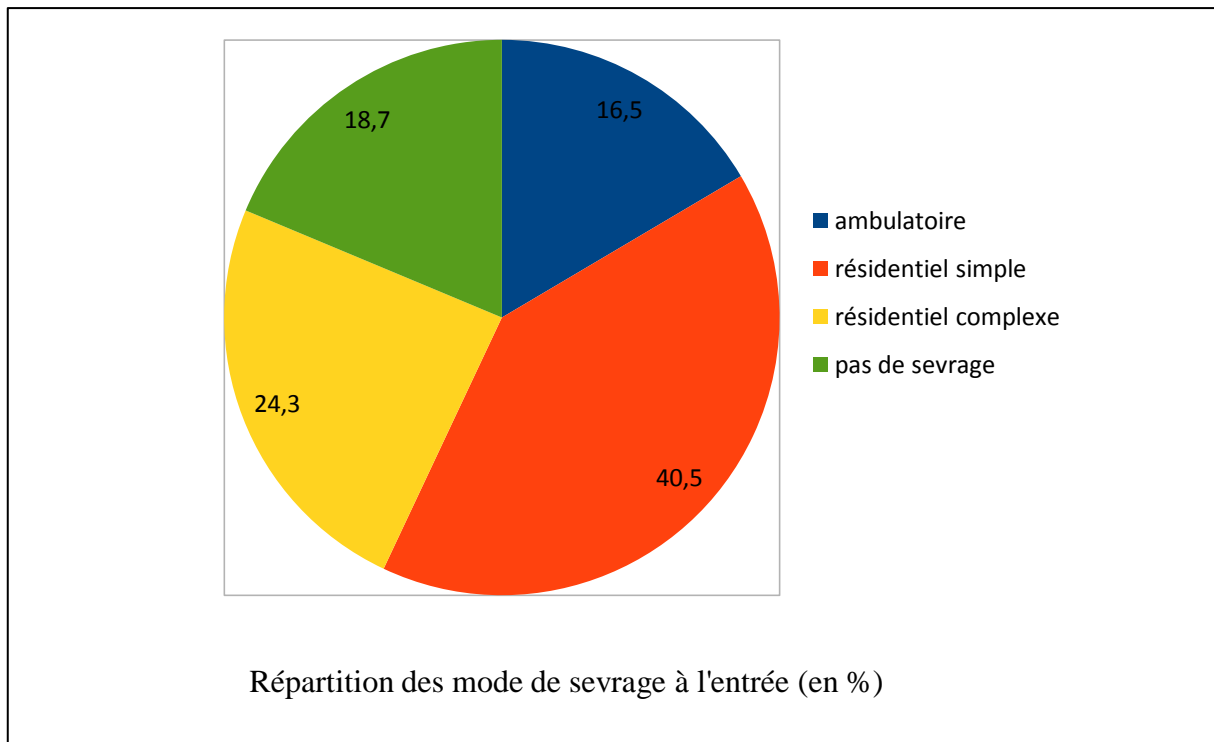
III.3.2. Mode de sevrage des patients à l'arrivée.

Mode de sevrage	Effectifs (%)
Ambulatoire	53 (16,5)
Résidentiel simple	130 (40,5)
Résidentiel complexe	78 (24,3)
Aucun sevrage	60 (18,7)
Total	321 (100)

Tableau 22. Répartition des patients selon le mode de sevrage avant l'entrée en CSSRA.

On ne retrouvait aucune différence significative entre les deux sexes.

Presque deux tiers des patients ont eu un sevrage résidentiel avant l'entrée en CSSRA.



III.3.3. Durée d'abstinence à l'entrée.

La durée moyenne d'abstinence à l'entrée était de $15,7 \pm 4,1$ jours.

Les extrêmes variaient de 0 à 365 jours.

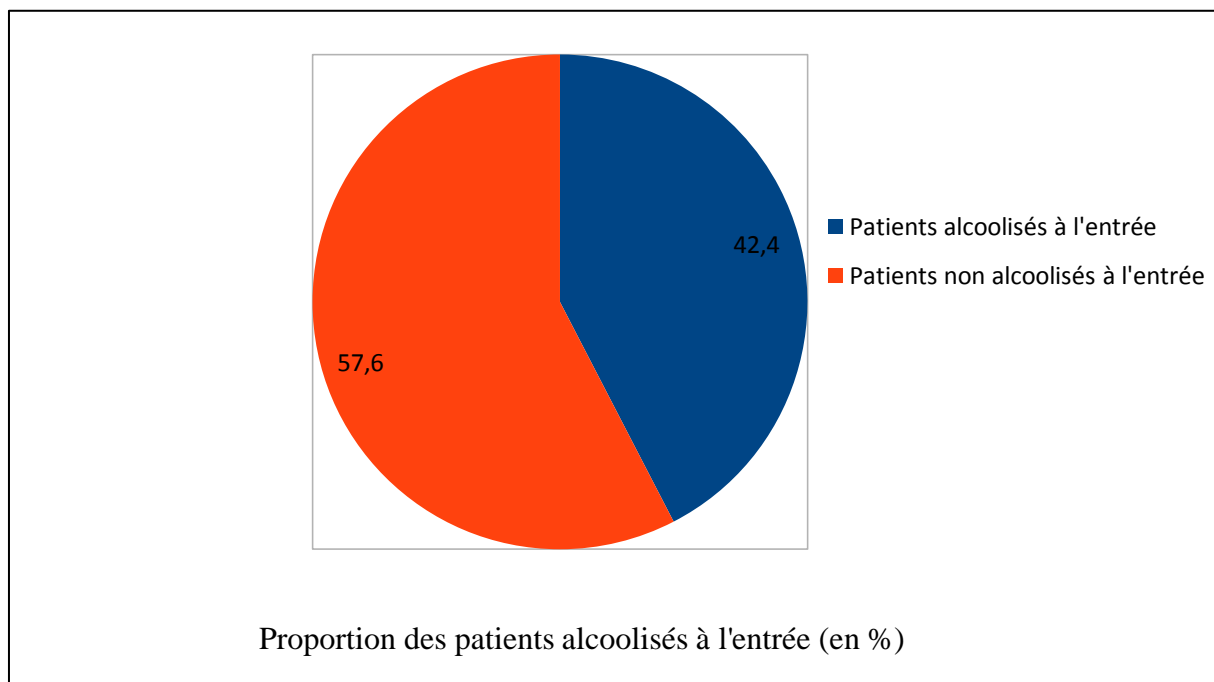
Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes ($16,8 \pm 5,4$ j pour les hommes versus $12,9 \pm 4,2$ j pour les femmes) au seuil de 5 % ($p = 0,26$).

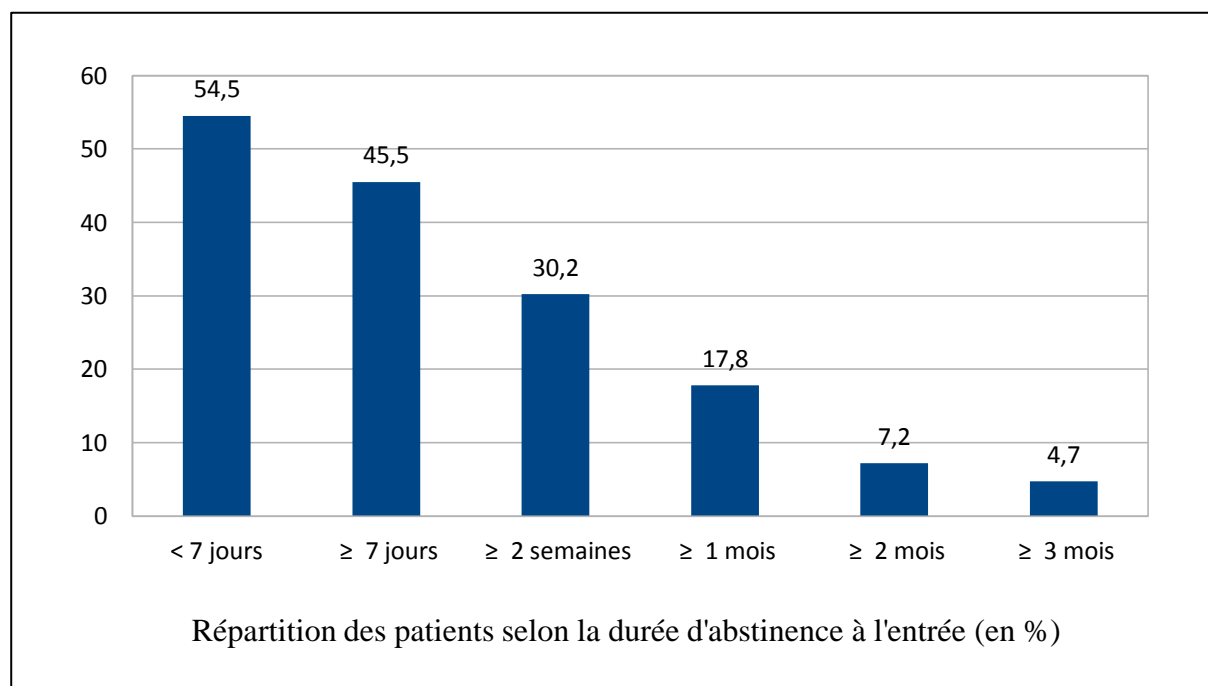
136 patients (42,4 %) étaient arrivés alcoolisés au service. On ne retrouve pas de différence significative entre les deux sexes (43,2 % chez les hommes versus 40,2 % chez les femmes, $p = 0,64$).

Durée d'abstinence à l'arrivée	Effectifs (%)
< 7 jours	175 (54,5 %)
≥ 7 jours	146 (45,5)
≥ 2 semaines	97 (30,2)
≥ 1 mois	52 (17,8)
≥ 2 mois	23 (7,2)
≥ 3 mois	15 (4,7)

Tableau 23. Répartition des patients en fonction de la durée d'abstinence à l'arrivée.

Le mode de vie (seul ou non) n'influe pas sur la durée d'abstinence à l'entrée ($16,6 \pm 6,2$ j versus $15 \pm 5,4$ j, $p = 0,69$), il en est de même pour l'activité professionnelle ($18,3 \pm 6,9$ j chez les actifs versus $13,5 \pm 4,7$ j chez les inactifs, $p = 0,26$).





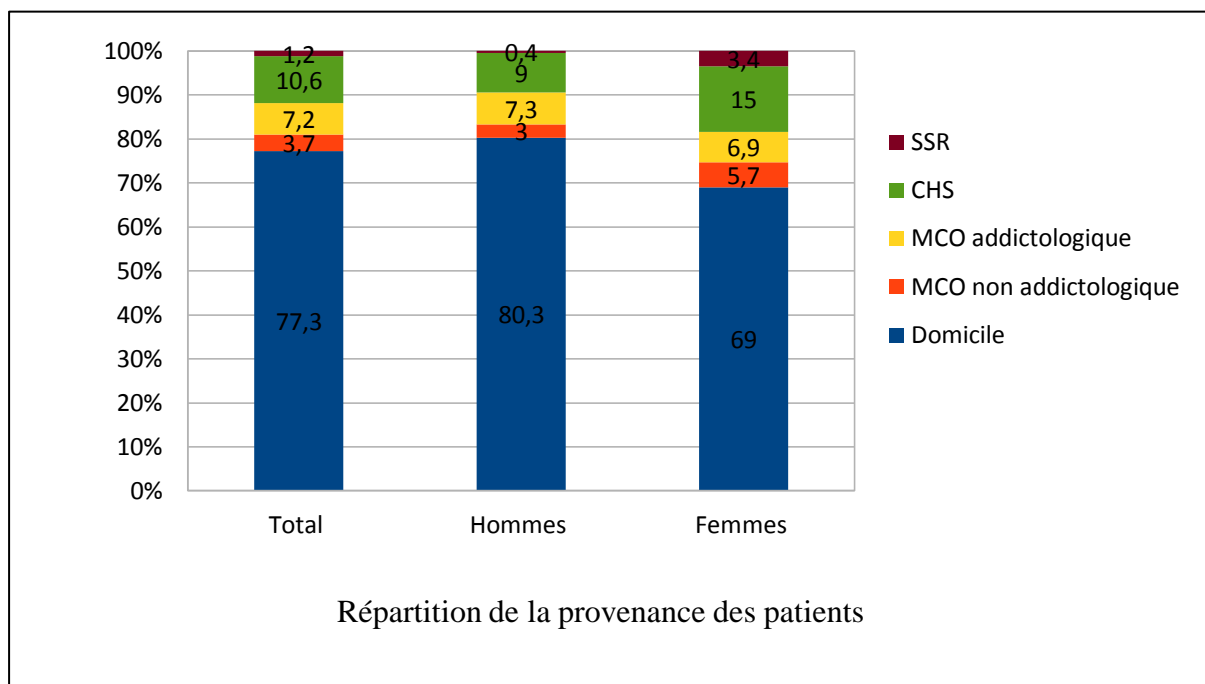
III.3.4. Provenance des patients.

Provenance	Ensemble Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
Domicile	248 (77,3)	188 (80,3)	60 (69)
MCO* non addictologique	12 (3,7)	7 (3)	5 (5,7)
MCO* addictologique	23 (7,2)	17 (7,3)	6 (6,9)
CHS	34 (10,6)	21 (9)	13 (15)
SSR	4 (1,2)	1 (0,4)	3 (3,4)
Total	321 (100)	234 (100)	87 (100)

Tableau 24. Provenance des patients.

*MCO : court séjour en lit de médecine, chirurgie, obstétrique.

Les femmes arrivent davantage et de façon significative du CHS ($p = 0,04$) et les hommes du domicile ($p = 0,03$).



III.3.5. Origine de l'orientation du patient en CSSRA.

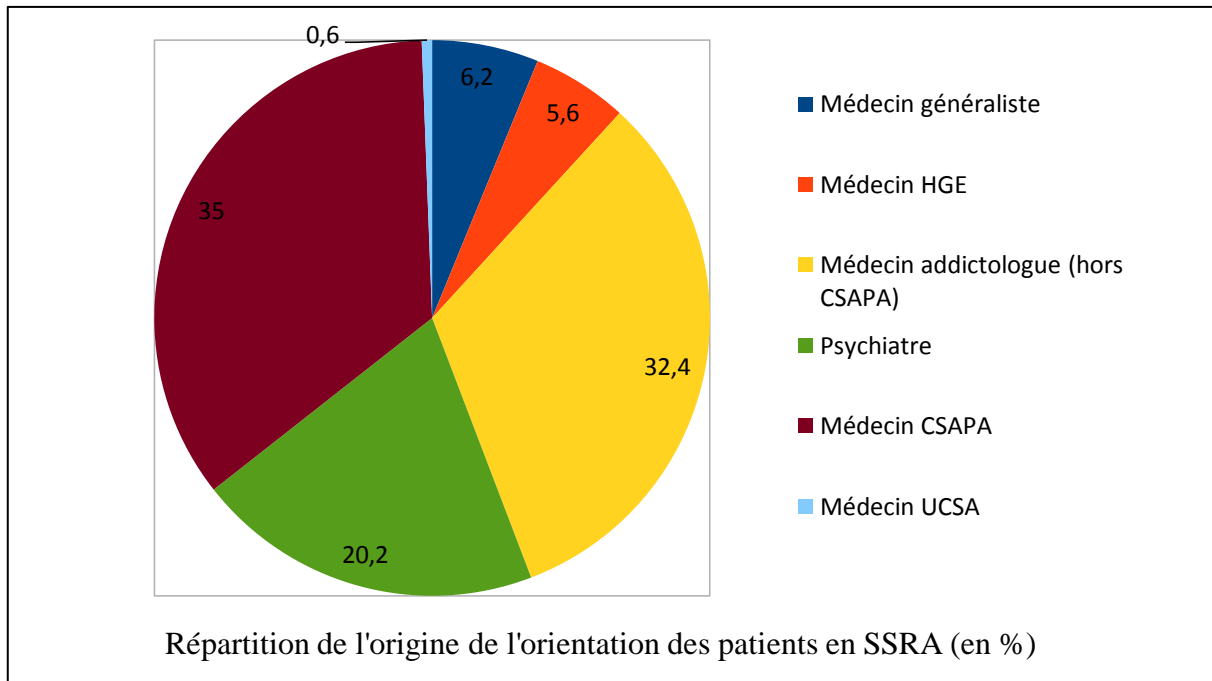
Origine de l'orientation	Ensemble Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
Médecin généraliste	20 (6,2)	11 (4,7)	9 (10,3)
Médecin HGE	18 (5,6)	13 (5,6)	5 (5,7)
Médecin addictologue (hors CSAPA)	104 (32,4)	82 (35)	22 (25,3)
Psychiatre (libéral et CHS)	65 (20,2)	37 (15,8)	28 (32,3)
Médecin CSAPA	112 (35)	89 (38)	23 (26,4)
Médecin UCSA*	2 (0,6)	2 (0,9)	0
Total	321 (100)	234 (100)	87 (100)

Tableau 25. Origine de l'orientation des patients.

*UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires intervenant en milieu pénitentiaire

Les femmes étaient davantage et de façon significative orientées par un psychiatre que les hommes avec respectivement 32,3 % versus 15,8 % ($p = 0,001$).

Il n'y avait pas de différence pour les autres modes d'orientation entre les deux sexes.



Les patients avec comorbidités psychiatriques sont davantage adressés par un psychiatre que les autres (22,8 % versus 10,4 %, $p = 0,02$).

III.3.6. Prises en charge alcooliques antérieures.

III.3.6.1. Age de la première prise en charge.

Cette donnée a été recueillie chez 305 patients (95 %).

L'âge moyen de la première démarche de soins était de $40,7 \pm 1,1$ ans. Les extrêmes sont 17 et 65 ans.

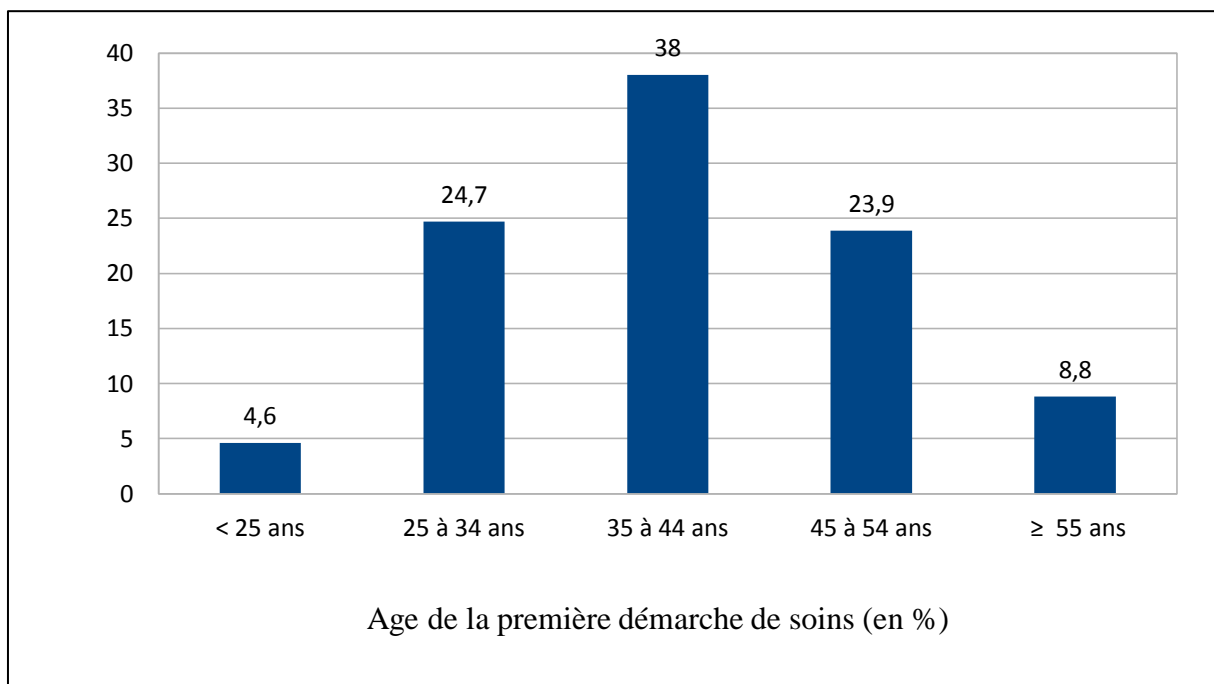
Il n'y a pas de différence entre les deux sexes ($40,5 \pm 1,3$ ans pour les hommes versus $41,4 \pm 2,1$ pour les femmes, $p = 0,45$).

Age	Effectifs	%
< 25 ans	14	4,6
25 à 34 ans	75	24,7
35 à 44 ans	116	38
45 à 54 ans	73	23,9
≥ 55 ans	27	8,8
Total	305	100

Tableau 26. Age de la première prise en charge addictologique.

L'âge moyen des premiers soins est supérieur chez les patients avec une complication somatique : $43,6 \pm 1,7$ ans versus $38,6 \pm 1,3$ ans, $p < 0,001$.

Il n'y a pas de différences en ce qui concerne la présence ou non de comorbidités psychiatriques, de complications judiciaires, ni entre les « CSP + » (cadres et professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires selon l'INSEE) et les autres.



III.3.6.2. Les différents modes de prises en charge antérieures.

273 patients (85 %) avaient déjà bénéficié d'une prise en charge ambulatoire.

262 patients (81,6 %) avaient eu au moins un sevrage résidentiel. Ils étaient 291 (90,6 %) si on y inclut les hospitalisations en CHS (dont certaines sont des sevrages).

2 patients (deux hommes) n'avaient jamais eu de prise en charge addictologique quelque soit la modalité.

Mode de prise en charge	Effectifs (%)
Ambulatoire	273 (85)
HDJ	49 (15,3)
Sevrage résidentiel simple	118 (36,8)
Sevrage résidentiel complexe	180 (56,1)
CSSRA	99 (30,8)

Tableau 27. Les différents modes de prises en charge antérieures des patients.

Aucune différence significative n'a été constatée entre les deux sexes.

III.3.6.2.1. Sevrages simples résidentiels.

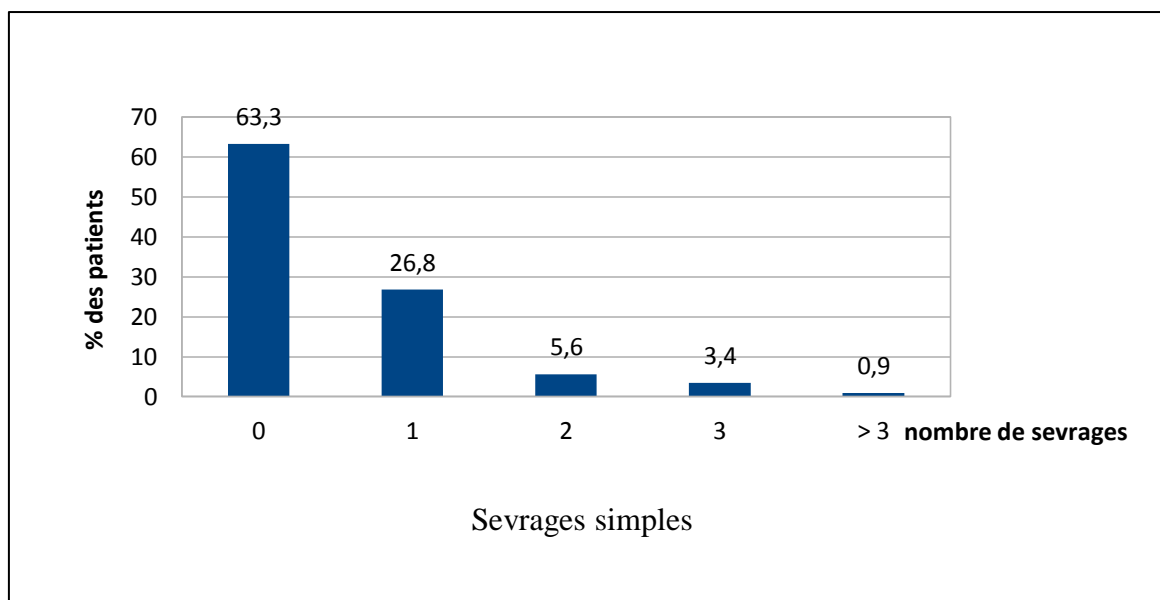
118 patients (36,7 %) avaient déjà bénéficié au moins d'un sevrage résidentiel simple.

Nombre de sevrages résidentiels simples	Effectifs (%)
0	203 (63,3)
1	86 (26,8)
2	18 (5,6)
3	11 (3,4)
> 3	3 (0,9)
Total	321 (100)

Tableau 28. Répartitions des patients selon le nombre de sevrages résidentiels simples.

Le nombre moyen de sevrages simples chez les patients en ayant eu au moins un était de $1,41 \pm 0,14$.

Il n'existe pas de différences significatives entre hommes et femmes ($1,40 \pm 0,15$ versus $1,45 \pm 0,33$, $p = 0,79$).



III.3.6.2.2. Sevrages complexes.

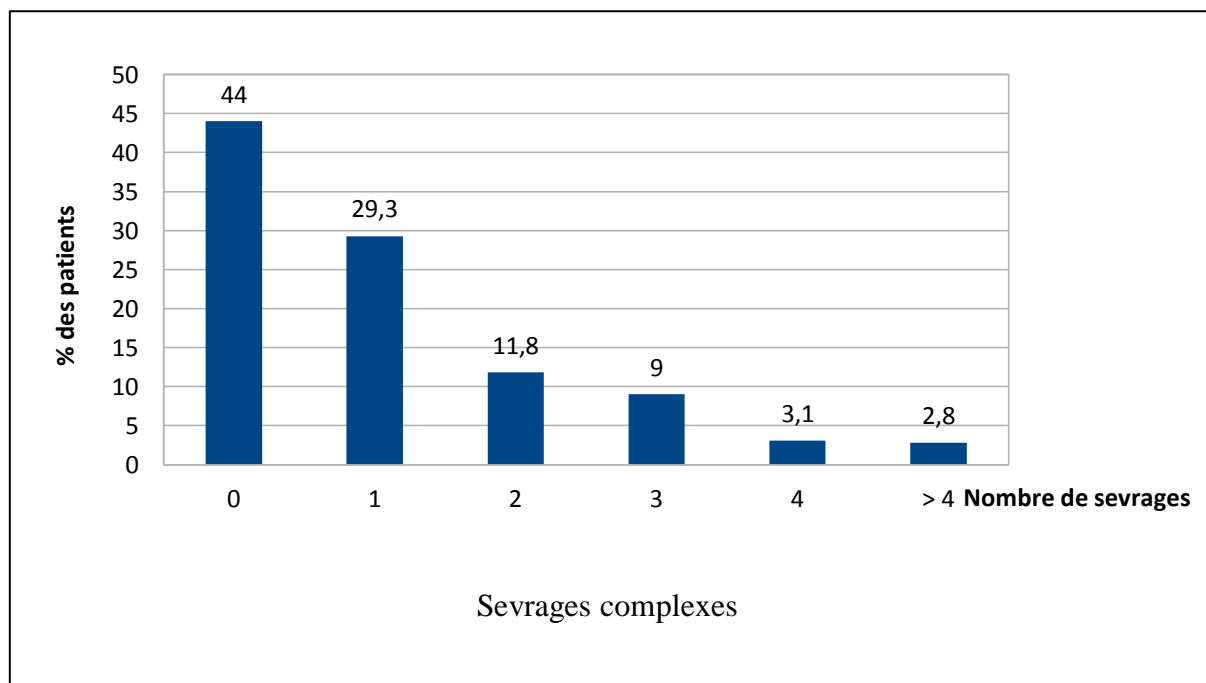
180 patients (56 %) avaient déjà bénéficié au moins d'un sevrage complexe.

Nombre de sevrages complexes	Effectifs (%)
0	141 (44)
1	94 (29,3)
2	38 (11,8)
3	29 (9)
4	10 (3,1)
> 4	9 (2,8)
Total	321 (100)

Tableau 29. Répartition des patients selon le nombre de sevrages complexes.

Le nombre moyen de sevrages complexes chez les patients en ayant bénéficié était de $1,94 \pm 0,19$.

Il n'existe pas de différences significatives entre les deux sexes ($1,96 \pm 0,23$ pour les hommes versus $1,88 \pm 0,32$ pour les femmes, $p = 0,73$).



III.3.6.2.3. Séjours en CSSRA.

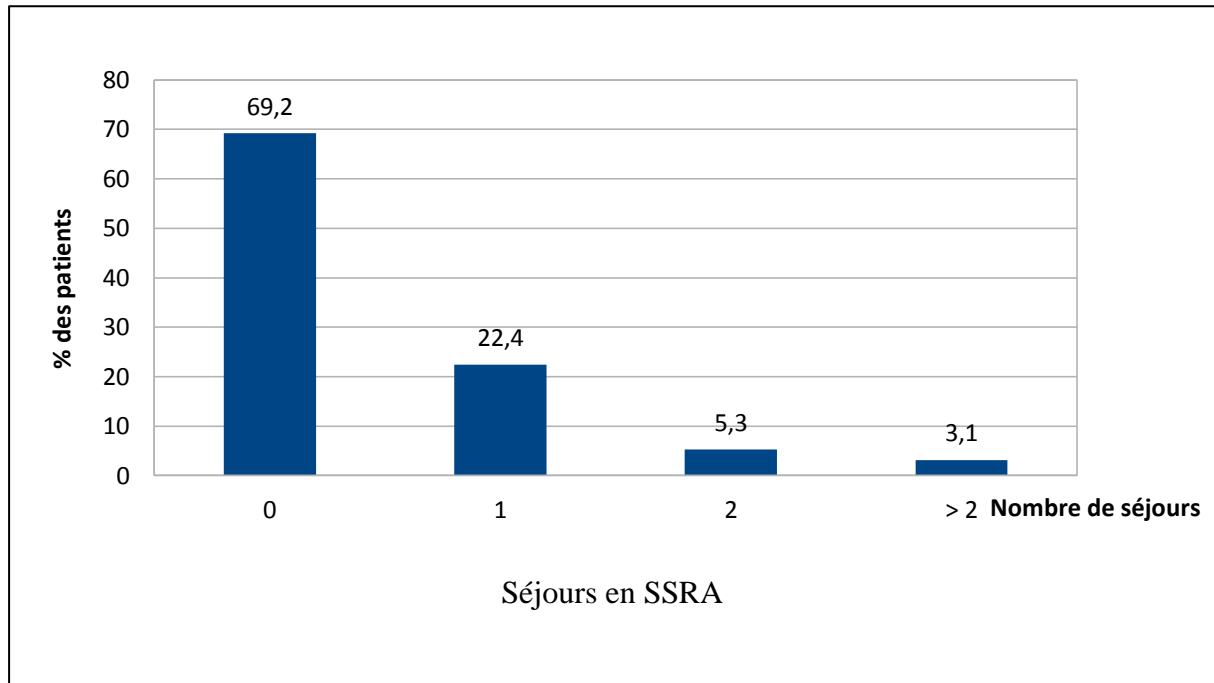
Nombre de séjours en CSSRA	Effectifs (%)
0	222 (69,2)
1	72 (22,4)
2	17 (5,3)
> 2	10 (3,1)
Total	321 (100)

Tableau 30. Répartition des patients selon le nombre de séjours antérieurs en CSSRA.

99 patients (30,8 %) avaient déjà fait au moins un séjour en CSSRA.

Le nombre moyen de séjour en CSSRA chez les patients en ayant déjà bénéficié était de $1,41 \pm 0,15$.

Il n'existait pas de différence significative entre les deux sexes ($1,34 \pm 0,17$ pour les hommes versus $1,62 \pm 0,35$ chez les femmes, $p = 0,13$).



III.3.7. Hospitalisations en psychiatrie.

153 patients (47,7 %) ont fait un moins un séjour en milieu psychiatrique.

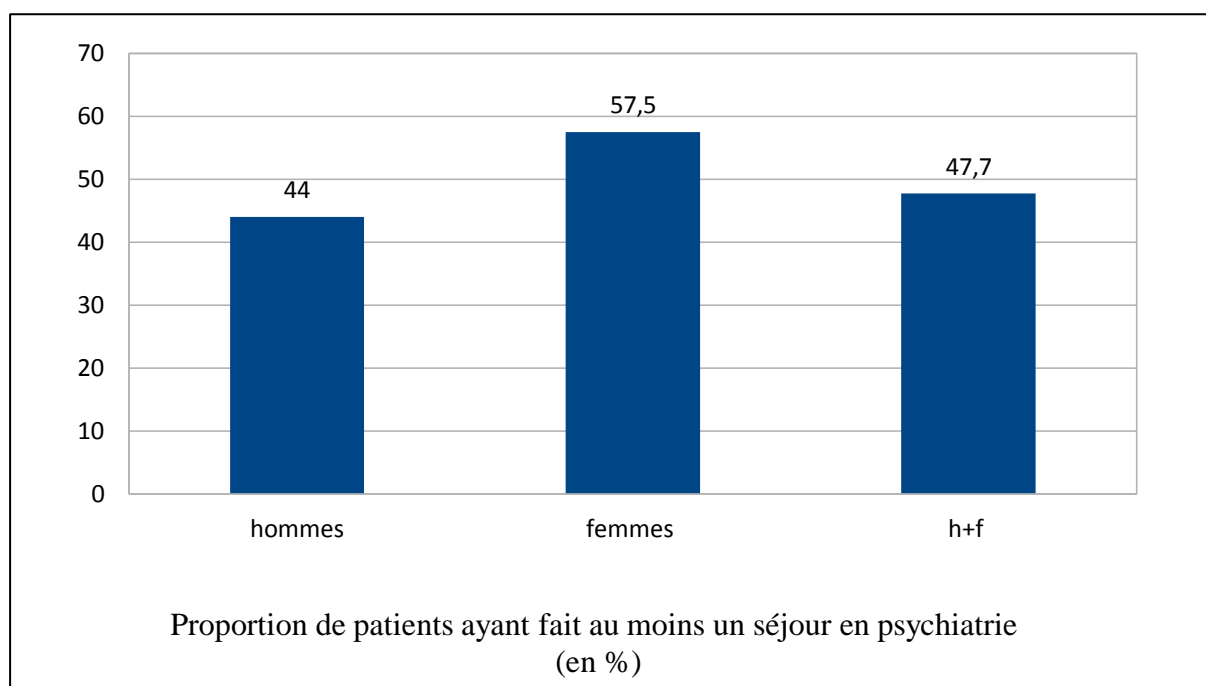
Les femmes (57,5 %, $n = 50$) étaient significativement plus nombreuses à avoir séjourné en psychiatrie que les hommes (44 %, $n = 103$), $p = 0,03$.

29 patients (9 %) n'avaient été hospitalisés qu'en psychiatrie avant leur séjour en CSSRA, sans différence entre les deux sexes (20 hommes soit 8,5 % et 9 femmes soit 10,3 %, $p = 0,62$).

Le nombre moyen de séjours en psychiatrie chez les patients qui y avaient déjà été hospitalisés était de $1,86 \pm 0,18$. Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes ($1,79 \pm 0,2$ pour les hommes versus $2 \pm 0,35$ chez les femmes, $p = 0,28$).

52,8 % des patients avec comorbidités psychiatriques ont déjà été hospitalisés en psychiatrie versus 28,3 % pour ceux sans comorbidités psychiatriques, $p < 0,001$.

On ne retrouve pas de différences concernant la consommation de cannabis, le fait de vivre seul, d'avoir une activité professionnelle, ou le nombre de prises en charge addictologiques (sevrages simples, complexes, et CSSRA) entre les patients qui ont séjourné en psychiatrie et les autres.



III.3.8. Durée d'abstinence maximale.

La durée d'abstinence maximale a pu être obtenue pour 184 patients (57,3 %).

Durée d'abstinence max (en mois)	Total	Hommes	Femmes
Moyenne (\pm IC à 95 %)	19,5 \pm 3,6	19,4 \pm 4,1	19,8 \pm 7,3
Minimale	0	0	0
Maximale	204	204	180

Tableau 31. Durée d'abstinence maximale continue au cours du parcours des patients (en mois).

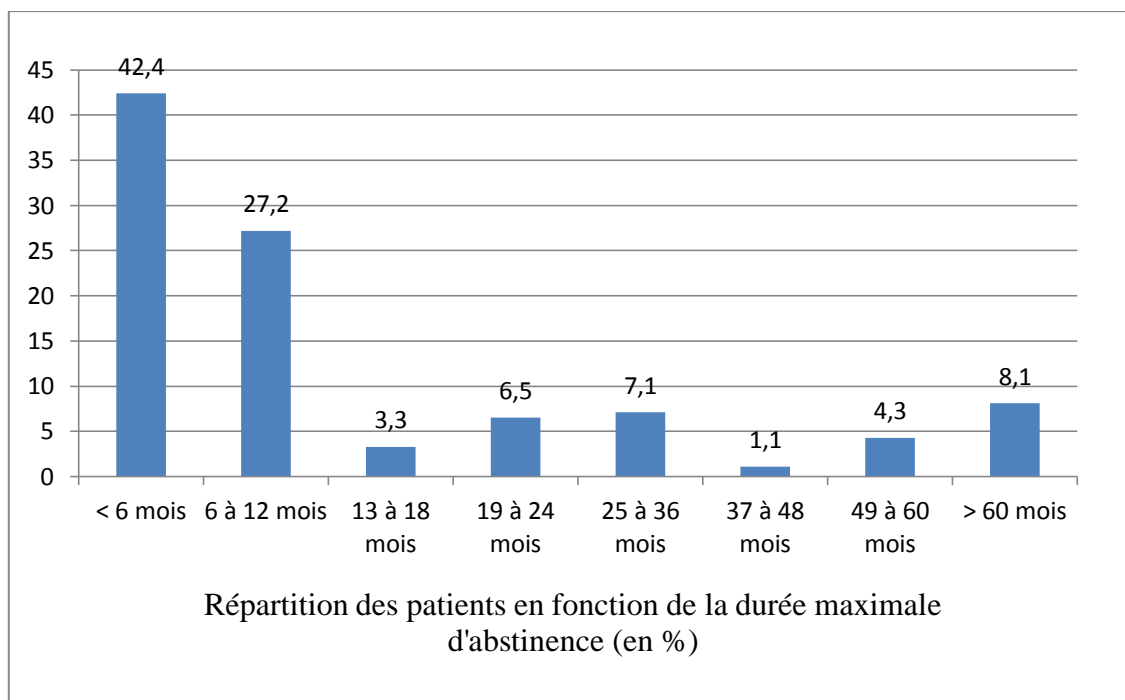
Il n'existe pas de différence significative entre les deux sexes pour la moyenne ($p = 0,94$).

La durée d'abstinence maximale ne varie pas en fonction du mode de vie (seul ou accompagné), de

l'activité professionnelle (actifs versus inactifs) ou des CSP (cadres, professions libérales et intermédiaires versus autres).

Durée d'abstinence maximale (en mois)	Effectifs (%)
< 6	78 (42.4)
6 à 12	50 (27.2)
13 à 18	6 (3.3)
19 à 24	12 (6.5)
25 à 36	13 (7.1)
37 à 48	2 (1.1)
49 à 60	8 (4.3)
> 60	15 (8.1)
TOTAL	184 (100)

Tableau 32. Répartition des patients en fonction de la durée d'abstinence continue maximale.



III.3.9. Mode de sortie.

La quasi-totalité des patients retournent à leur domicile (96,6 %).

Les autres modes de sortie sont détaillés dans le tableau 33.

Mode de sortie	Ensemble Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
Domicile	310 (96,6)	233 (99,6)	77 (88,5)
Transfert CHS	4 (1,2)	1 (0,4)	3 (3,5)
Transfert MCO	5 (1,6)	0	5 (5,7)
Hébergement social	2 (0,6)	0	2 (2,3)
Total	321 (100)	234 (100)	87 (100)

Tableau 33. Répartition des patients en fonction du mode de sortie.

Le retour à domicile est significativement plus fréquent chez les hommes ($p < 0,001$).

III.3.10. Propositions de suivi.**III.3.10.1. Suivis uniques.**

Type de suivi	Ensemble Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
CSAPA	66 (52,3)	54 (58,7)	12 (35,3)
Suivi psychiatrique	21 (16,7)	13 (14,1)	8 (23,5)
Consultation addictologique hospitalière (hors CSAPA)	36 (28,6)	24 (26,1)	12 (35,3)
HDJ addictologique	2 (1,6)	0	2 (5,9)
Association d'aide aux malades de l'alcool	1 (0,8)	1 (1,1)	0
Total	126 (100)	92 (100)	34 (100)

Tableau 34. Répartition des patients en fonction du type de suivi unique.

Au total 126 patients (39,2 %) se sont vus proposer un suivi spécialisé unique, c'est le cas pour 92 hommes (39,3%) et 34 femmes (39,1%).

Les hommes sont plus fréquemment orientés uniquement vers le CSAPA ($p = 0,02$).

Pour un seul patient (homme) il n'a été proposé qu'une adhésion à une association sans suivi professionnel.

III.3.10.2. Suivis associés.

Ce type de suivi concernait 195 patients (60,8 %), 142 hommes (60,7 %) et 53 femmes (60,9 %).

Type de suivi	Ensemble Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
CSAPA	147 (75,4)	108 (76)	39 (73,6)
Suivi psychiatrique	114 (58,5)	71 (50)	43 (81,1)
Consultation addictologique hospitalière (hors CSAPA)	33 (16,9)	25 (17,6)	8 (15,1)
HDJ addictologique	7 (3,6)	5 (3,5)	2 (3,8)
Association d'aide aux malades de l'alcool	133 (68,2)	104 (73,2)	29 (54,7)

Tableau 35. Prévalences des suivis associés.

Le suivi psychiatrique associé est plus fréquent chez les femmes de façon significative ($p < 0,001$) à l'inverse des associations d'aide ($p = 0,013$).

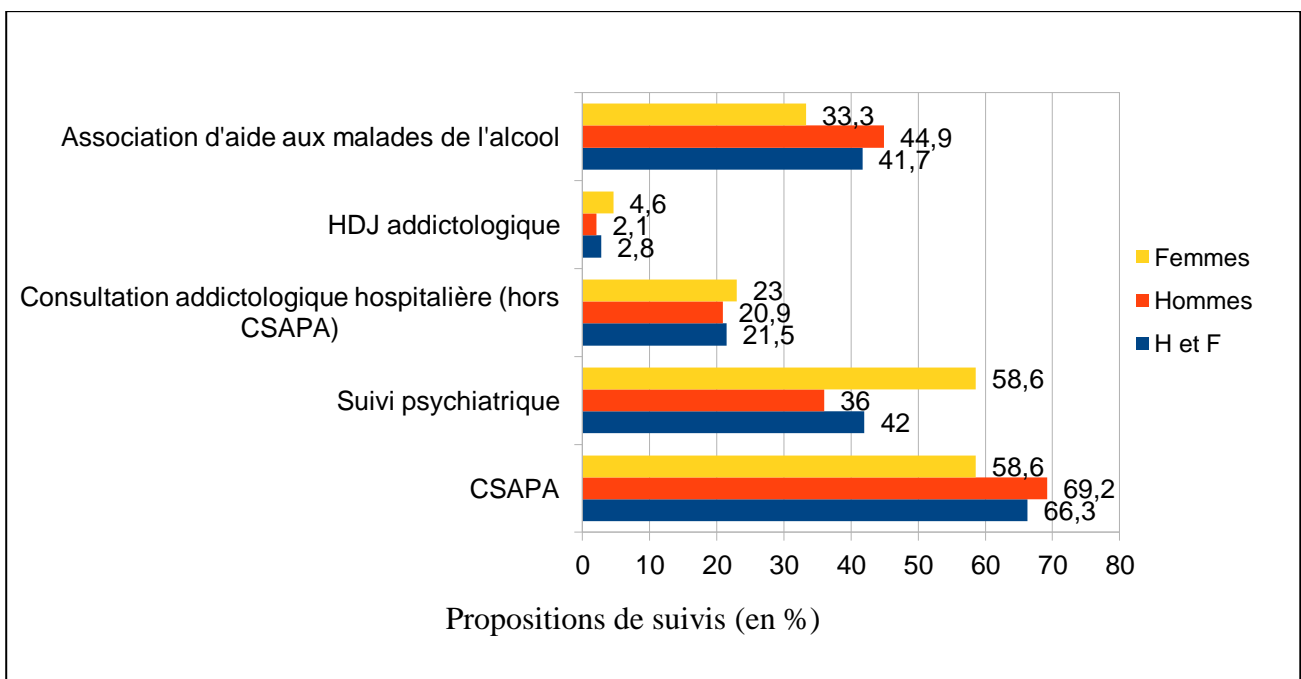
III.3.10.3. Tous types de suivis.

Type de suivi	Total Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
CSAPA	213 (66,3)	162 (69,2)	51 (58,6)
Suivi psychiatrique	135 (42)	84 (36)	51 (58,6)
Consultation addictologique hospitalière (hors CSAPA)	69 (21,5)	49 (20,9)	20 (23)
HDJ addictologique	9 (2,8)	5 (2,1)	4 (4,6)
Association d'aide aux malades de l'alcool	134 (41,7)	105 (44,9)	29 (33,3)

Tableau 36. Prévalences des suivis dans leur globalité.

Le suivi psychiatrique est significativement plus fréquent chez les femmes (58,6 % versus 36 % chez les hommes, $p = 0,003$).

Les patients qui sont orientés vers un suivi psychiatrique ont davantage de comorbidités psychiatriques (94,8 % versus 67,7 %, $p < 0,001$).



III.3.11. Traitements à la sortie.

311 patients (96,9 %) avaient un traitement de sortie (psychotropes et/ou addictolytiques).

26 patients (8,1 %) sont sortis avec uniquement un traitement addictolytique.

Les fréquences des différentes classes médicamenteuses prescrites à la sortie sont résumées dans le tableau 37.

TRAITEMENT	Total Effectifs (%)	Hommes Effectifs (%)	Femmes Effectifs (%)
Aucun traitement	10 (3,1)	7 (3)	3 (3,4)
Addictolytiques ¹	245 (76,3)	179 (76,5)	66 (75,9)
Benzodiazépines (BZD)	113 (35,2)	77 (32,9)	36 (41,4)
Anti-dépresseurs	202 (62,9)	130 (55,6)	72 (82,8)
Anti-psychotiques	62 (19,3)	46 (19,7)	16 (18,4)
Neuroleptiques	78 (24,3)	59 (25,2)	19 (21,8)
Thymorégulateurs	34 (10,6)	22 (9,4)	12 (13,8)
Hypnotiques	140 (43,6)	95 (40,6)	45 (51,7)
TSN ²	27 (8,4)	20 (8,5)	7 (8)
TSO ³	7 (2,2)	5 (2,1)	2 (2,3)
Anxiolytiques non BZD	17 (5,3)	11 (4,7)	6 (6,9)
Varénicline	19 (5,9)	17 (7,3)	2 (2,3)
Bupropion	1 (0,3)		01 (1,1)

Tableau 37. Traitement de sortie.

1 : acamprosate et/ou naltréxone. 2 : traitement de substitution nicotinique. 3 : traitement de substitution aux opiacés.

Les femmes avaient davantage d'antidépresseurs à la sortie ($p < 0,001$). Il s'agit de la seule différence significative concernant les traitements de sortie entre les deux sexes.

Malheureusement il n'a pas été possible d'obtenir les traitements des patients à l'entrée.

35,2% des patients quittent le service avec une benzodiazépine, 43,6% avec un hypnotique, et 19,3 % avec les deux.

IV. DISCUSSION.

IV.1. En préambule.

Les différents résultats seront discutés en comparaison avec surtout deux grandes études concernant les CSSRA. La première est l'étude menée par C. Palle en 2006 (51) réalisée en

collaboration par l'Observatoire Français des drogues et Toxicomanies (OFDT), la Fédération Nationale des Établissements de Soins et d'accompagnement en Addictologie (FNESAA) et la Société Française d'Alcoologie (SFA). Cette étude porte sur 22 CSSRA et 7 CHRS soit 902 patients (653 pour les CSSRA). La seconde est l'étude ESPERHA (45), pilotée par l'OFDT, menée sur un jour donné en 2010 portant sur 143 établissements et 3020 patients (672 pour les CSSRA). Il nous est apparu intéressant de faire également certaines comparaisons avec les patients pris en charge en ambulatoire, et à cet effet nous avons utilisé les résultats du Recueil Commun sur les Addictions et les prises en Charge (RECAP) de 2009 pour les patients CSAPA de profil ex-CCAA (n = 70933) (46).

Enfin sur certains points spécifiques, les populations CSSRA ont été opposées à celles rencontrées en sevrage résidentiel (simple ou complexe).

Il paraît important au préalable d'aborder la question de la représentativité et des limites des résultats obtenus.

La première réserve réside dans la taille de l'échantillon relativement modeste (321 patients), globalement la moitié de celui de l'étude ESPERHA si l'on prend en compte les patients hospitalisés en CSSRA (672 patients).

Par ailleurs il ne s'agit pas ici d'une étude multicentrique, les résultats peuvent donc être influencés par les particularités loco-régionales, les habitudes des acteurs de soins, et les réseaux et filières du territoire de santé.

Enfin les patients admis sont tous alcoolo-dépendants et le service est très clairement identifié centre de soins en alcoologie. Par conséquent on peut considérer que le produit posant le plus de problème est l'alcool pour tous les patients à la différence de l'étude ESPERHA.

IV.2. « Portrait robot » du patient admis au CMFG.

Le profil typique du patient admis au Centre est donc un homme de 45 ans, habitant la Sarthe, divorcé ou séparé avec 1 ou 2 enfants et vivant seul dans son logement personnel. Il est ouvrier et travaille encore.

Il a des antécédents familiaux d'alcool, a séjourné 55 jours dans le service. Il consomme 220 g d'alcool pur par jour, est dépendant physiquement, et fume entre 20 et 30 cigarettes par jour, le

tabagisme ayant débuté avant 16 ans. Il a un trouble de l'humeur.

La motivation principale du séjour est basée sur un motif familial. Le premier verre a été pris avant 17 ans et les premiers soins débutés vers 40 ans. Le sevrage avant le séjour a été résidentiel simple, le patient provient du domicile et a été orienté par le CSAPA. Il est hors alcool depuis 15 jours. Il a eu au moins une prise en charge ambulatoire et a déjà effectué au moins un sevrage complexe. Il a vécu une période d'abstinence maximale continue de 19 mois. Il est sorti pour regagner son domicile avec un suivi au CSAPA et un contact avec une association d'aide aux malades de l'alcool. Sur l'ordonnance de sortie figurent un addictolytique et un antidépresseur.

IV.3. Eléments sociodémographiques.

Concernant les données sociodémographiques, les résultats sont proches de ceux d'autres travaux multicentriques pour le sex-ratio et l'âge. En effet, Palle et al 2006 (51) retrouvent, sur 22 CSSRA, 80 % d'hommes avec une moyenne d'âge de 44 ans (72,9 % et 45 ans dans notre étude). L'étude ESPERHA (45) montre une moyenne d'âge de 45,4 ans avec une médiane de 46 ans et 25,6 % de femmes pour le produit alcool comme problème principal et dans la population CSSRA.

La répartition par tranche d'âge est superposable à celle décrite par Palle 2006 (51) ainsi qu'à celle retrouvée par ESPERHA (45) avec 2/3 des patients entre 40 et 59 ans (40,2 % dans la population générale) (16) et des moins de 30 ans et plus de 60 ans faiblement représentés (entre 6 et 9 %).

Sur le plan du mode de vie, nous retrouvons une proportion légèrement supérieure de personnes vivant en couple par rapport à l'étude ESPERHA (45) (37,7 % versus 29,7 %) mais moins de personnes seule avec enfant(s) (2,8 % versus 6,2 %). Les autres types de modes de vie sont superposables.

Le taux de divorces /séparations (44,2 %) paraît important en regard des 7,2 % constatés dans la population générale ainsi que des chiffres locorégionaux (5,9 % en Pays de la Loire et 6,6 % en Sarthe) (17, 18). Le pourcentage de personnes mariées est également inférieur à celui de la population générale (27% versus 47,9 % en France et 51,6 % en Sarthe).

On note dans notre population que les femmes semblent davantage « préserver » leur couple que les hommes.

Autre point remarquable le pourcentage de personnes sans enfants est plus bas dans nos résultats (27,1 %) et dans l'étude ESPERHA (30 %) que dans la population générale (47,6 %) ou dans la Sarthe (50,6%) mais l'INSEE ne prend en compte que les enfants de moins de 25 ans.

Près de la moitié des patients (48,6 %) ont un ou deux enfants, un pourcentage légèrement supérieur à la population française (40,2 %), ligérienne (41,3 %) ou sarthoise (40,7 %) (17, 18).

82,2 % des patients ont un logement stable (location ou propriété). Ce chiffre est assez élevé en comparaison des 71,3 % retrouvés dans l'enquête ESPERHA. Par contre les proportions de personnes logées par l'entourage sont très proches (15 % versus 15,4 %).

Au total 46,7 % des patients ont un emploi. Les patients au chômage, au RSA ou touchant l'AAH représentent 36,2 %.

Le pourcentage de personnes au RSA (15,9 %) est assez proche de celui retrouvé par Palle et al. en 2006 dans les CSSRA (19 %) ou dans l'étude ESPERHA (17,7 %) contre 9 % dans la population générale.

Concernant les CSP, à la différence des autres travaux, nous n'avons pas de catégorie « sans profession », les patients inactifs ayant été classés dans les CSP en fonction de leur dernier emploi occupé.

La proportion de « CSP + » (cadres, professions libérales et intermédiaires) est de 18,1 %, donc légèrement supérieure à l'étude ESPERHA (13,2 %) et inférieure à la moyenne nationale en 2008 de 40,8 %. Les CSP les plus représentées sont les ouvriers (48,3 % et 60,7 % chez les hommes) et les employés (27,7 % et 56,3 % chez les femmes) avec des proportions nationales respectives de 22,5 % et 28,6 %, et sarthoise de 30 % et 29 %. Les professions intermédiaires (16,5 %) et les ouvriers (48,3%) sont surreprésentés par rapport à l'étude ESPERHA (respectivement 6,2 % et 34,2 %), par contre le taux de cadres est inférieur (1,6 % versus 7 %).

Sur le plan de l'origine géographique des patients, le recrutement dans notre étude est très local puisque 80 % des patients proviennent de la Sarthe. Ce résultat va à l'encontre de celui retrouvé par l'étude ESPERHA dans laquelle seulement 32,8 % sont originaires du même département que celui où est implanté le CSSRA tandis que ce taux est de 79,8 % pour les patients en sevrage résidentiel.

Il est vrai que si la plupart des CSSRA sont d'anciennes « post-cures » alcoologiques le poids de quelques « grosses » structures nationales a pu modifier la répartition des patients.

Le facteur d'éloignement géographique peut être plus utile chez les consommateurs de produits illicites souhaitant « fuir » leur milieu pathogène et les réseaux de distribution. En alcoologie l'avantage est moindre sauf pour les patients souhaitant prendre de la distance avec l'entourage, bénéficier d'un certain « anonymat », ou encore pour des spécificités de prise en charge proposées par certains centres. En contrepartie l'articulation avec les structures d'aval mais surtout le travail d'aide à la réinsertion socioprofessionnelle peuvent être moins aisés. Il y a donc des avantages à être un CSSRA « de proximité ».

En comparaison avec la population accueillie dans les CSAPA (46), on observe que notre population est assez proche des patients de type « ex-CCAA » mis à part la proportion de patients sans enfants déjà mentionnée plus haut. On note également que la population CSAPA apparaît un peu plus jeune (moyenne d'âge de 42,2 ans) avec 50 % de patients entre 40 et 59 ans et 41 % de moins de 30 ans.

Les personnes seules en CSAPA sont moins nombreuses (36,6 % versus 46,2 %).

Les deux populations sont également très proches sur le plan du logement stable (75 % en CSAPA). Au niveau des ressources on retrouve des similitudes en ce qui concerne le pourcentage de patients ayant un emploi (55,8 % en CSAPA), les patients percevant le RSA ou l'AAH (17,3 %), par contre le taux de patients au chômage est légèrement inférieur (13,2 % versus 18,4 % dans nos données).

IV.4. Données addictologiques.

Tous les patients de l'étude sont alcoolo-dépendants, avec de fortes consommations d'alcool (plus de la moitié consomme plus de 200 g d'alcool par jour) avec une initiation précoce (57 % avant 17 ans et un âge moyen de 16 ans). Une très grande majorité sont dépendants physiquement (91,6 %), presque tous chez les hommes (96,6 %). On retrouve donc la même sévérité de la conduite d'alcoolisation que Palle et al. dans les CSSRA. Dans l'étude ESPERHA 93,1 % des patients des CSSRA sont dépendants (rappelons que dans les CSAPA, on estime à un tiers le nombre de patients non dépendants).

La prévalence du tabagisme (85 %) et les fortes consommations de tabac (73,6 % fument au moins

un paquet par jour) sont superposables aux résultats des études multicentriques. L'étude ESPERHA retrouve 87,5 % de fumeurs chez les patients CSSRA et 94 % de fumeurs sont retrouvés dans les CSSRA et CHRS en 2006 par Palle et al. En ce qui concerne les très fortes consommations de tabac (au moins deux paquets par jour), nous retrouvons le double de patients (21,9 % versus 11 %) par rapport à Palle et al. en 2006.

La moitié des patients a commencé à fumer avant 15 ans et environ deux tiers avant 16 ans. Dans l'étude ESPERHA 64,9 % des patients ont débuté leur tabagisme il y a plus de 25 ans.

La part de consommateurs de cannabis (19 %) est également similaire à celles retrouvées dans les autres études soit (18,2 %) (51) et (18,3 %) (45) de même que la plupart des caractéristiques (patients plus jeunes, plus d'hommes et plus fréquemment au RSA) (51).

En ce qui concerne les benzodiazépines (4%), nous retrouvons des proportions assez proches des résultats de l'étude ESPERHA (5,1 %). Si l'on additionne la cocaïne (1,6 %) et les opiacés (3,7 %) on retrouve une prévalence de 5,3 % que l'on peut rapprocher des 4,9 % (3,5 % pour la cocaïne et 1,4 % pour les opiacés) de l'étude ESPERHA et des 4,4 % retrouvés par Palle et al. en 2006 en CSSRA. De même dans cette étude le pourcentage de patients consommateurs de « tranquillisants et hypnotiques » est de 4,5 %.

Chez les patients pris en charge en ambulatoire dans les CSAPA et pour la catégorie ex-CCAA on retrouve 70,6 % de fumeurs et 15,7 % de consommateurs de cannabis. Les autres consommations sont également relativement faibles (héroïne et opiacés chez 4,2 % des patients, cocaïne chez 3,3 %, benzodiazépines, autres hypnotiques et tranquillisants chez 1,1 %) (46).

Enfin la pratique des jeux d'argent dans les 30 derniers jours est citée par 1,4 % des patients CSSRA de l'étude ESPERHA, nous la retrouvons chez 7,5 % des patients mais là aussi sur une exploration concernant la vie entière.

41,8 % des patients présentent au moins une complication somatique. Cette proportion est intermédiaire entre les 36,1 % retrouvés chez les patients CSSRA de l'étude ESPERHA et les 50 % retrouvés par Palle et al. en 2006. Les hépatopathies (stéatose, hépatite alcoolique, fibrose et cirrhose) se retrouvent chez 10 % des patients et représentent 25 % des complications somatiques. Ce chiffre est très proche de celui retrouvé dans les CSSRA par Palle et al. en 2006 (9 %), un peu plus élevé que les 4 % de l'étude ESPERHA en ne prenant toujours en considération que les patients CSSRA.

La prévalence totale des complications digestives (hépatiques, pancréatiques et gastroduodénales)

est de 16,2 % versus 19 % dans l'étude de Palle et al. en 2006 et 6,1 % (hépatiques et pancréatiques) pour l'étude ESPERHA.

Nous retrouvons 19 % de neuropathies (essentiellement polynévrite des membres inférieurs, épilepsie alcoolique et troubles cognitifs) versus 17 % pour Palle et al. en 2006 et 9,2 % pour ESPERHA.

Ces prévalences restent bien en dessous d'autres données notamment pour les complications hépatiques (pour lesquelles la prévalence peut atteindre 55 % dont 20 % de cirrhoses et 9 % d'hépatites alcooliques) ou les troubles cognitifs mineurs (pouvant être retrouvés chez un patient sur deux) (21, 22).

Concernant les pathologies cardiovasculaires, nous attachant aux conséquences de l'alcool, nous avons pris en compte surtout l'HTA en excluant les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs. Parmi la prévalence retrouvée de 14,6 %, seule une partie peut être attribuée à l'alcool, il s'agit donc ici plus d'une comorbidité que d'une alcoolopathie. En France 24 à 30 % de la population de 35 ans et plus est traitée pour HTA (5, 14). Compte tenu de l'implication de la consommation d'alcool dans cette pathologie, nos résultats reflètent probablement une sous-estimation. Cependant les résultats d'autres études sont encore plus contrastés que les nôtres puisque l'étude ESPERHA retrouve 6,6 % de « maladies des artères » et accidents vasculaires cérébraux chez les patients dont le problème principal est l'alcool en CCSSRA tandis que l'étude de Palle et al. en 2006 retrouve 6 % d'HTA.

La prévalence des cancers (2,2 %) est également plus élevée que dans l'étude ESPERHA (0,7 %).

La prévalence des comorbidités psychiatriques est importante (79,2 %). Elle est plus élevée chez les femmes (89,6 %). Ces résultats sont proches de ceux retrouvés classiquement dans la littérature (24, 26, 27). Palle et al. en 2006 retrouvent des troubles psychiatriques chez 84 % des patients de CSSRA. Par contre cette prévalence est de 54,5 % dans l'étude ESPERHA. L'INSERM établit une prévalence de 37 % de comorbidités psychiatriques chez les alcoolodépendants mais 80 % si l'on considère les symptômes psychiatriques (20).

La majorité des troubles sont des troubles de l'humeur (53,3 %), surtout chez les femmes (79,3 %). D'autres auteurs ont retrouvés des prévalences assez proches, entre 50 et 74 % selon les études (24, 28). L'étude ESPERHA ne retrouve des troubles de l'humeur que chez 22,3 % des patients « alcool » en CSSRA tandis qu'ils ne sont que de 13,4 % dans les études de l'INSERM (20).

Cette différence peut s'expliquer par l'hétérogénéité des populations étudiées, en particulier la durée

de l'abstinence au moment du diagnostic psychiatrique (du fait du rôle dépressogène de l'alcool) mais également par des différences méthodologiques (entretien sur une journée ou observation sur une plus longue durée) ainsi que l'absence de critères de diagnostic homogènes dans les études.

Pour les troubles anxieux (18,4 %), nos chiffres sont par contre très proches de ceux de l'INSERM (19,4 %) (20) mais plutôt inférieurs à ceux d'autres travaux (15 à 74,2 %) (24, 28). L'étude ESPERHA retrouve des troubles anxieux chez 30,3 % des patients ce qui en fait les troubles psychiatriques les plus fréquents.

Palle et al. en 2006 retrouvent une prévalence de 67,9 % pour l'ensemble des troubles anxieux et dépressifs.

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, nous retrouvons une prévalence totale de 34 % versus 29,1 % pour Palle et al. en 2006, 15 % dans l'étude ESPERHA pour les patients « alcool », mais entre 45 et 80 % dans la littérature (28) tandis que l'INSERM indique 14,3 % de personnalités antisociales chez les alcoolodépendants (20). Il est à noter que dans une population masculine très désocialisée (SDF demandeurs d'une place en CHRS) il a été retrouvé une prévalence de 97,35 % de trouble de la personnalité (6).

Il peut être surprenant de constater le faible taux de patients présentant un trouble psychotique. Nous n'avons repéré sur quatre années qu'une patiente (0,3 %) répondant à ce diagnostic alors que Palle et al. en 2006 retrouvent une prévalence de 3 % en CSSRA (51) et l'étude ESPERHA 4,3 % (45), chiffres proches de celui de l'INSERM qui retrouve 3,8 % de schizophrènes chez les alcoolodépendants (20). Cette différence peut bien sûr s'expliquer par une sous-évaluation, certains troubles psychotiques étant classés en troubles de la personnalité. Cependant une partie de ce chiffre très bas pourrait être attribué à une bonne collaboration avec le CHS de la Sarthe par le biais d'une bonne connaissance mutuelle des services, des indications, des contre-indications et du profil de patients compatible avec une prise en charge en CSSRA. L'existence de rencontres régulièrement organisées entre les services pourrait être en faveur de cette hypothèse.

La proportion de patients ayant déjà fait une tentative de suicide est de 19,3 %. Elle est de 34,5 % chez les femmes. Logiquement les patients ayant déjà attenté à leurs jours présentent une comorbidité psychiatrique plus fréquente (92 %). Nos résultats sont en deçà de ceux retrouvés par Palle et al. en 2006 (35 %) ou par l'étude ESPERHA (37,3 %) pour des populations comparables.

Cela dit la prévalence reste plus forte que celle de la population française (8% au total chez les plus de 18 ans, 9 % des femmes et 6 % des hommes) (33).

A noter que dans la population de patients vus dans les CSAPA (et dans le groupe ex-CCAA) 17 % ont des antécédents de gestes suicidaires (46).

Concernant les complications judiciaires, 37,7 % des patients ont commis un délit (il s'agit surtout de conduite sous l'empire de l'alcool ou/et de violences physiques. Le taux de délinquance est plus important chez les hommes (46,6 % versus 15 %). Palle et al en 2006 retrouvent un taux de 59 % (67 % chez les hommes et 39 % chez les femmes). Dans l'étude ESPERHA 6,2 % des patients CSSRA ont été victimes de violences au cours des 12 derniers mois.

IV.5. Éléments de trajectoire.

La motivation principale pour la démarche de soins est essentiellement familiale (c'est à dire difficultés d'ordre familiales ou craintes de celles-ci). Nous la retrouvons chez 34,7 % des patients (et jusqu'à 50 % chez les femmes). Nous retrouvons ensuite des éléments liés à la santé physique pour 20 % des patients. Les motivations « judiciaires » ou professionnelles représentent chacune environ 10 %, de même que le souhait d'améliorer sa qualité de vie de façon globale. Cette répartition est très superposable à celles retrouvée par Palle et al. en 2006 en CSSRA ainsi que dans l'étude ESPERHA. On note par contre dans cette dernière une moindre « motivation judiciaire » (3,4 % des patients) tandis que la crainte de difficultés familiales est retrouvée chez plus de la moitié des patients (52,8 %) mais l'item portait sur la première démarche de soins.

Concernant l'âge du premier verre, il est dans notre étude de 16,1 ans. Pour 32,2 % des patients il se situe entre 15 et 16 ans. 57 % des patients ont consommé avant 17 ans et 95,8 % avant 21 ans. Il est à noter que 5,1 % des patients ont commencé à boire leur premier verre d'alcool avant 8 ans. On retrouve un lien connu entre la précocité de la consommation d'alcool et celle de tabac. Une alcoolisation précoce a été également retrouvée par Palle et al. en 2006 mais dans une moindre mesure (69 % des patients de cette étude avaient consommé de l'alcool avant 20 ans). Dans l'étude ESPERHA 42,5 % des patients CSSRA ont débuté leur consommation d'alcool depuis plus de 25 ans. Cette précocité chez nos patients pourrait être expliquée par une particularité géographique locale en accord avec l'ampleur de la problématique alcool en Sarthe (1).

Le fait que 18,7 % des patients soient entrés au service sans sevrage préalable s'explique par le fait

que l'arrêt de l'alcool avant l'admission n'est pas exigé par l'équipe. D'ailleurs 42,4 % des patients sont arrivés alcoolisés du fait d'un long délai d'attente avant l'admission entraînant une très faible possibilité d'accueillir les personnes en transfert direct lorsque le sevrage préalable est résidentiel.

La durée d'abstinence globale à l'entrée est de 15,7 jours, elle est de 27,3 jours si l'on ne considère que les patients qui arrivent hors alcool.

Dans 35 % des cas, les patients sont orientés par le CSAPA, dans 32,4 % par un médecin addictologue hors CSAPA. La forte proportion de patients dirigés sur le service par le CSAPA est la résultante des liens entre les deux services qui sont gérés par la même association et dont les équipes se connaissent bien, certains soignants ayant travaillé sur les deux structures. Par contre la proportion de patients orientés par le médecin traitant est modeste (6,2 %). On pourrait émettre l'hypothèse que ce faible taux est dû au fait que le CSSRA est une structure de niveau 2 (donc non identifiée comme un recours de première intention), mais dans l'étude ESPERHA 21,3 % des patients de CSSRA étaient adressés par un médecin généraliste alors que cette proportion est de 10,2 % chez les patients vus au CSAPA (46).

La plus forte proportion de femmes orientées par un psychiatre (26,4 % versus 15,8 % pour les hommes) est en accord avec les éléments de comorbidité psychiatrique cités plus haut.

Les orientations par l'UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires en milieu carcéral) correspondent toutes à des placements judiciaires à l'extérieur (possibilité de fin de peine dans un service de soin), faits par convention entre la direction du centre F. Gallouedec et celle de la maison d'arrêt du Mans. En comparaison 30,3% des patients vus dans les CSAPA sont orientés par la justice (46).

L'âge moyen de la première démarche de soins est de 40,7 ans. Il se passe donc en moyenne 14 ans entre la première consommation et les premiers soins dans notre population de patients. 67,3 % des patients avaient eu une première prise en charge avant l'âge de 45 ans et 29,3 % avant 35 ans. Dans l'étude ESPERHA, 46 % des patients avaient débuté les soins depuis plus de 5 ans et 22,8 % depuis plus de 10 ans.

La quasi-totalité des patients (99,4 %) avaient déjà bénéficié d'une prise en charge quel que soit son mode (ambulatoire ou résidentielle) ou son type (addictologique ou psychiatrique).

Nous avons retrouvé une très forte proportion de patients ayant déjà bénéficié d'une prise en charge ambulatoire (85 %), similaire à celle retrouvée dans l'étude ESPERHA pour les patients vus en CSSRA (82 %). Dans cette étude ce pourcentage est de 72,9 % chez les patients en sevrage résidentiel hors CSSRA.

Pour les prises en charge résidentielles, nous avons distingué les sevrages simples, les sevrages complexes et les séjours en CSSRA.

81,6 % des patients avaient déjà eu un sevrage résidentiel en milieu non psychiatrique

Ce taux est légèrement supérieur à celui retrouvé par Palle et al. en 2006 qui est de 75 % mais proche de celui de l'étude ESPERHA dans laquelle 79,2 % des patients en CSSRA avaient déjà été hospitalisés pour une prise en charge addictologique (67,6 % pour les patients en sevrage résidentiel hors CSSRA).

En comparaison 31,6 % des patients qui arrivent dans un CSAPA n'ont jamais été pris en charge auparavant (46).

Il ne s'agissait pas du premier séjour en CSSRA pour 30,8 % des patients tandis que 33,6 % des patients de l'étude ESPERHA avaient déjà fréquenté une telle structure dans les 12 derniers mois (ils n'étaient que 15 % chez les personnes hospitalisés pour sevrage résidentiel hors CSSRA).

47,7 % des patients avaient déjà été hospitalisés en milieu psychiatrique au moins une fois. Malheureusement la différence entre les hospitalisations pour sevrage et celles liées à la décompensation d'un trouble psychiatrique n'a pu être établie pour des raisons méthodologiques.

Palle et al. en 2006 retrouvent 36 % de patients ayant séjourné en psychiatrie sur l'ensemble de l'étude (CSSRA + CHRS). L'étude ESPERHA retrouve un taux de 34,8 % en ne considérant pas les hospitalisations pour sevrage.

A l'inverse de Palle et al. en 2006, les différences avec les patients qui n'ont jamais séjourné en psychiatrie concernant la solitude, l'activité professionnelle, ou le nombre de séjours antérieurs n'ont pas été retrouvées dans notre étude. Par contre on retrouvait des différences pour le sexe (57,5 % chez les femmes versus 44 % chez les hommes) et logiquement pour les comorbidités psychiatriques (52,8 % versus 28,3 %).

La plus forte proportion de femmes hospitalisées en psychiatrie a été également constatée par Palle et al. en 2006 avec une femme sur deux contre un homme sur trois.

Parmi la population vue dans les CSAPA, 18,2 % des patients ont déjà été hospitalisés en CHS pour

un autre motif que le sevrage (16,1 % pour les hommes et 24,9 % pour les femmes) (46).

En ce qui concerne le suivi proposé, on peut noter que deux tiers des patients sont orientés (ou réorientés) vers le CSAPA, tandis que 42 % se voient proposer un suivi psychiatrique (58,6 % des femmes et 36 % des hommes).

Parmi les patients orientés vers un suivi psychiatrique, 94,8 % ont une comorbidité psychiatrique. Les 5,2 % restants correspondent à des suivis en CMP après un sevrage au CHS avec le souhait pour le patient de reprendre contact avec des équipes connues.

Le faible pourcentage d'orientation vers une hospitalisation addictologique à temps partiel (HTP) peut surprendre (2,8 %) compte tenu de la complémentarité des modes de prise en charge entre CSSRA et HTP conjuguée à la pertinence d'une prise en charge étayante à la sortie d'un séjour résidentiel de longue durée chez des patients très dépendants et souvent fragiles sur le plan psychique voire physique. L'HTP permet par ailleurs d'atténuer la brutalité de la sortie d'un milieu très (trop ?) protecteur. Il n'existe cependant que 15 places d'HTP pour tout le département, ces dernières sont intégrées à un intersecteur d'addictologie composé par ailleurs d'une unité de 12 lits de sevrages simples et complexes et d'une consultation avec une importante file active. Les places d'HTP se trouvent donc saturées en permanence avec in fine une faible accessibilité pour les patients sortant du CSSRA.

Concernant les traitements de sortie, on constate que seuls 3,1% des patients sortent sans traitement. Dans l'étude ESPERHA 12,6 % des patients hospitalisés en CSSRA n'avaient pas de traitement. 73,3 % des patients sont sortis avec un traitement addictolytique, c'est à dire acamprosate ou naltrexone, (le baclofène n'étant pas prescrit et aucun patient n'étant sorti sous disulfurame dans ce panel). Cette proportion est de 37,9 % dans l'étude ESPERHA (46 % pour les patients en sevrage résidentiel).

Un traitement psychotrope est prescrit chez 88,8 % des patients.

On retrouve les antidépresseurs davantage chez les femmes (82,8 % versus 55,6 %) ce qui est en corrélation avec les différences de comorbidités psychiatriques entre les deux sexes décrites plus haut. L'étude ESPERHA retrouve une prescription d'antidépresseurs chez 42,6 % des patients hospitalisés en CSSRA. Les fréquences de prescription de thymorégulateurs sont assez proches (10,6 % dans notre étude versus 8,6 % pour ESPERHA).

Les patients sortent dans 43,6 % des cas avec un traitement hypnotique, ce qui reste élevé. Néanmoins ce taux reste également conséquent dans l'étude ESPERHA (34,9 %).

Les benzodiazépines sont conservées chez 35,2 % des patients tandis que 5,3 % bénéficient d'anxiolytiques n'appartenant pas à cette famille. Le total des deux (40,5 %) est à rapprocher des 56,6 % retrouvés dans l'étude ESPERHA. Cette proportion élevée peut s'expliquer par la difficulté d'interrompre des traitements souvent anciens, ayant entraîné une pharmacodépendance avec une forte résistance du patient au changement et parfois une attitude trop « frileuse » des équipes pour proposer un sevrage de ces psychotropes.

Une aide pharmacologique au sevrage tabagique est retrouvée chez 14,6 % des patients dans notre étude, 6,5 % pour ESPERHA.

En additionnant neuroleptiques et antipsychotiques (ou neuroleptiques dits de nouvelle génération) on retrouve une fréquence de prescription de 43,6 %. L'étude ESPERHA retrouve 17,7 % de patients sous neuroleptiques. La différence est importante. La plus forte prévalence des troubles de la personnalité ne peut que partiellement expliquer ces résultats.

Il convient de rester très prudent dans la comparaison entre les deux études car dans l'étude ESPERHA il s'agit du traitement en cours de séjour ce qui peut expliquer les différences en particulier pour les addictolytiques dont la naltréxone peut n'être introduite qu'en fin de séjour. A l'inverse, les anxiolytiques sont souvent arrêtés au cours du séjour.

L'étude de Palle et al. en 2006 renseigne sur le traitement prescrit avant le séjour. La comparaison est donc difficile mais néanmoins instructive. 43 % des patients avaient des antidépresseurs, 60 % des anxiolytiques, 30 % des hypnotiques, 16 % des neuroleptiques. Sur le plan addictologique, 20 % étaient sous acamprosate tandis que 3 % bénéficiaient d'un traitement de substitution aux opiacés (2,2 % dans notre étude mais 6,5 % dans l'étude ESPERHA pour les patients en CSSRA et 15,1 % chez les patients en sevrage résidentiel).

Il est intéressant d'opposer ces résultats à des données concernant les patients vus en ambulatoire par le biais des résultats du recueil RECAP (46) pour le groupe de patients ex-CCAA. 3,1 % de ces patients n'ont pas de traitement spécifique, 46,4 % ont un traitement addictolytique. La prévalence importante des anxiolytiques (71,3 %) peut être expliquée par les sevrages ambulatoires. Concernant les neuroleptiques, les chiffres sont assez proches de ceux retrouvés dans l'étude ESPERHA puisque 19,9 % des patients vus en ambulatoires bénéficient de cette classe thérapeutique. La proportion de patients sous antidépresseurs (51,2 %) est intermédiaire entre nos résultats et ceux de l'étude ESPERHA tandis que peu de patients prennent des hypnotiques (5%).

Enfin 15 % des patients ont une aide pharmacologique au sevrage tabagique, un chiffre très proche donc de celui retrouvé dans notre étude.

CONCLUSION.

A travers l'étude d'une population de patients hospitalisés dans un CSSRA à prise en charge alcoologique dominante, nous avons tenté de dégager quelques caractéristiques des malades bénéficiant de tels soins.

La comparaison avec l'étude ESPERHA a permis de retrouver de nombreux points communs entre les deux populations. Par ailleurs il est intéressant de noter que les populations retrouvées en sevrage résidentiel (simple et complexe) et celles retrouvées dans les CSSRA diffèrent en fait assez peu. Logiquement les différences sont plus marquées entre les patients hospitalisés et ceux vus en consultation en particulier dans les CSAPA.

Si les caractéristiques sociodémographiques sont globalement similaires à celles des populations prises en charge pour alcoolo-dépendance et en particulier dans les autres CSSRA (moyenne d'âge, sexe ratio), il convient tout de même de souligner quelques particularités. Nous retrouvons davantage d'ouvriers et de professions intermédiaires, plus des patients en logement stable et qui sont un peu moins au RSA que dans les autres études. Cependant les patients sont plus désocialisés que ceux vus en CSAPA qui sont moins fréquemment seuls et au chômage.

L'origine géographique des patients de notre étude va à l'encontre de l'idée du besoin d'éloignement pris souvent en considération dans les indications de CSSRA. En effet notre recrutement, départemental à 80 % se rapproche davantage de celui d'une structure de sevrage simple ou complexe.

Sur le plan addictologique nous retrouvons des patients présentant une dépendance sévère et ancienne, avec une répartition des consommations associées superposable aux autres études (85 % de fumeurs, aux alentours de 20 % de consommateurs de cannabis, plus marginale pour les autres substances). Cependant la proportion de joueurs à problèmes et pathologiques paraît plus forte que celle retrouvée dans l'étude ESPERHA. Les patients vus en CSSRA fument plus que ceux vus dans les CSAPA.

Les complications somatiques sont fréquentes chez les patients pris en charge en CSSRA, nous retrouvons sur ce point une proportion intermédiaire entre les deux études qui nous ont servi de référence.

Conformément aux autres études, la fréquence des comorbidités psychiatriques est très élevée, ce qui apparaît comme un phénomène croissant depuis quelques années, obligeant à modifier les pratiques et à adapter les connaissances. Les liens avec les prises en charge psychiatriques et les « doubles prises en charge » sont devenus incontournables. Ces troubles psychiatriques associés restent plus fréquents chez les femmes (surtout les troubles de l'humeur présents chez la moitié des

hommes et 80 % des femmes) comme dans les autres travaux. Notre population se caractérise par une proportion importante de troubles de la personnalité, le double de celle retrouvée dans l'étude ESPERHA, par contre le taux de tentatives de suicide est inférieur, se rapprochant de celui observé chez les patients vus en CSAPA.

Si un nombre important de patients est orienté par le CSAPA, peu le sont par le médecin traitant dans notre étude. Logiquement les patients en CSSRA ont déjà bénéficié de prises en charge antérieures, ambulatoires ou résidentielles, de façon plus fréquente que les patients en sevrage résidentiel simple ou complexe. Un tiers des patients avaient déjà séjourné en CSSRA, et près de la moitié en psychiatrie. Les patients en CSSRA de notre étude ont davantage séjourné en psychiatrie que dans les autres études (l'étude ESPERHA ne retrouve pas de différence sur ce plan entre patients en CSSRA et patients en sevrage résidentiel), et cette tendance est encore plus forte chez les femmes. C'est parmi les patients vus en ambulatoire que le pourcentage de personnes dans une première démarche de soins est le plus important.

Si les liens historiques du service concerné par notre étude avec le CSAPA expliquent la forte proportion de patients adressés par ce dernier, de la même manière le CSAPA est une modalité de suivi pour deux tiers des patients. En adéquation avec l'importance des comorbidités, le suivi psychiatrique est fréquemment proposé à la sortie, il concerne presque six femmes sur dix. Très peu de patients sont orientés vers une HTP (2,8 %) alors que l'étude ESPERHA a montré que ce type de prise en charge concerne 5,5 % des patients sur un jour donné.

Si la quasi-totalité des patients sortent avec un traitement, on peut regretter qu'ils soient encore trop nombreux à conserver des hypnotiques et/ou des benzodiazépines, la fréquence du mésusage étant élevée pour ces molécules. Ce phénomène est également retrouvé dans l'étude ESPERHA. Enfin les patients sous TSO sont moins nombreux dans les CSSRA que dans les services de sevrage simple ou complexe.

Cette étude confirme donc que les CSSRA ont une place importante dans le dispositif de soins en addictologie. Ils restent complémentaires à la prise en charge ambulatoire que l'on retrouve en amont et en aval, et aux structures de sevrage simple et complexe en amont, même si les caractéristiques des patients admis dans ces dernières sont assez proches de celles des patients en CSSRA.

Il serait intéressant de pouvoir affiner les articulations avec l'hospitalisation à temps partielle et l'hospitalisation de nuit qui peuvent se révéler être des modes de prise en charge très complémentaires aux CSSRA avec des possibilités de reprise progressive d'une activité

professionnelle dans certains cas. De même des formules innovantes d'alternatives à l'hospitalisation (accompagnements à domicile, consultations de suivi pluridisciplinaires...) pourraient être promues.

La poursuite de la réflexion sur les besoins nouveaux est également indispensable, en particulier la prise en charge des femmes avec enfants ou des patients atteints de troubles cognitifs importants entravant temporairement l'accès à des soins addictologiques. Des structures inter-régionales semblent être une bonne réponse à ces besoins. Par ailleurs la création de SSRA spécialisés dans les problèmes cognitifs au sein des établissements psychiatriques en lien avec les centres de la mémoire est également à considérer.

Le statut des CHRS assurant une prise en charge addictologique doit être redéfini.

Enfin, sur un plan médico-économique, il est important que les CSSRA bénéficient d'un financement adapté dans le cadre du passage à la tarification à l'acte SSR et que les Groupes de Morbidité Dominante (GMD) soient correctement valorisés financièrement. Pour les patients, un forfait journalier réduit (comme pour les séjours en psychiatrie) serait souhaitable.

BIBLIOGRAPHIE.

- 1. AGENCE REGIONALE DE SANTE DES PAYS DE LA LOIRE.** Indicateurs de santé, spécificités territoriales en Sarthe 2011. *Projet régional de santé*.
http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/etudes_publications/observation_analyses/indicateurs-sante-ars-sarthe-oct2011.pdf. Consulté le 14 mars 2012.
- 2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** *DSM-IV-TR*. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 2004, 1064 pages.
- 3. BARBIER D.** La loi du 15 avril 1954 et la « dangerosité alcoolique ». *Alcoologie* 1998 ; 2 (4) : 335-340.
- 4. BATEL P.** Évolution des modes d'alcoolisation. *La revue du praticien* 2011 ; 61 (10) : 1364-1368.
- 5. COLLÈGE UNIVERSITAIRE DES ENSEIGNANTS DE NÉPHROLOGIE.** Epidémiologie de l'hypertension artérielle. <http://www.cuen.fr/umvf/spip.php?rubrique144>. Consulté le 17 mars 2012.
- 6. COMBALUZIER S.** Alcool, exclusion sociale et troubles de la personnalité. Mesures de leurs interactions chez les hommes sans domicile fixe. *Alcoologie et Addictologie* 2004; 26 (1): 15-19.
- 7. DEJONG CA, VAN DEN BRINK W, HARTEVELD FM, VAN DER WIELEN EG.** Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34 (2): 87-94.
- 8. FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE.** 100 propositions pour réduire les dommages des addictions. *Livre blanc de l'addictologie française* 2011. 44 p.
- 9. FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE.** <http://www.fnesaa.com>.
- 10. FOUQUET P.** Lettres aux alcooliques. Presses Universitaires de France. 1956.
- 11. HASIN DS, STINSON FS, OGBURN E, GRANT BF.** Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* 2007 ; 64 (7) : 830-42.
- 12. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.** Anorexie mentale : prise en charge. *Synthèse des recommandations de bonnes pratiques*. Juin 2010.

- 13. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.** Les soins de suite et de réadaptation. Fiche thématique. Direction de l'accréditation. Service Études et développement. Février 2004. 7 p.
- 14. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.** Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle actualisation 2005. Argumentaire. Juillet 2005. *Service des recommandations professionnelles*. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/hta_2005_-_argumentaire.pdf. Consulté le 17 mars 2012.
- 15. HUAS D, RUEFF B.** Alcool et médecine générale. CNGE. GSM Santé 2010. 194 p.
- 16. INSEE.** *RP 2008*. France, chiffres clés. <http://www.recensement.insee.fr/exportPDF.action?codeZone=1-FE&idTheme=-1>. Consulté le 13 mars 2012.
- 17. INSEE.** *RP 2008*. Pays de La Loire, chiffres clés. <http://www.recensement.insee.fr/exportPDF.action?codeZone=52-REG&idTheme=-1>. Consulté le 13 mars 2012.
- 18. INSEE.** *RP 2008*. Sarthe, chiffres clés. <http://www.recensement.insee.fr/exportPDF.action?codeZone=72-DEP&idTheme=-1>. Consulté le 13 mars 2012.
- 19. INSERM.** Expertise collective. Coût social. In *Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions*. Paris, INSERM, 2008 : 253-267.
- 20. INSERM.** Expertise collective. Données épidémiologiques sur l'abus, la dépendance et les comorbidités. In *Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris, INSERM, 2003 :247-261.
- 21. INSERM.** Expertise collective. Effets de l'alcool sur le système nerveux. In *Alcool : effets sur la santé*. Paris, INSERM, 2001 : 101-117.
- 22. INSERM.** Expertise collective. Maladies alcooliques du foie. In *Alcool : effets sur la santé*. Paris, INSERM, 2001 : 35-65.
- 23. INSERM.** Expertise collective. Prévalence du jeu excessif et pathologique. In *Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions*. Paris, INSERM, 2008 : 223-240.
- 24. JOHNSON ME, BREMS C, MILLS CE, FISHER DG.** Psychiatric symptomatology among individuals in alcohol detoxification treatment. *Addictive Behaviors* 2007; 32 (8):1745-52.
- 25. JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.** Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en

addictologie. N°112 du 15 mai 2007 : page 8997 texte n° 136.

- 26. KESSLER RC, CRUM RM, WARNER LA, NELSON CB, SCHULENBERG J, ANTHONY JC.** Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1997 ; 54 (4) : 313-21.
- 27. KESSLER RC, NELSON CB, MCGONAGLE KA, EDLUND MJ, FRANK RG, LEAF PJ.** The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : implications for prevention and service utilization. *The American Journal of Orthopsychiatry* 1996 ; 66 (1) :17-31.
- 28. LANGAS AM, MALT UF, OPJORDSMOEN S.** Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area--a clinical study. *BMC psychiatry* 2011 ; 12 :11-25.
- 29. LASCAUX M, COUTERON JP, VAN DER STRATEN G, DELILE JM.** Les communautés thérapeutiques. Les spécificités d'une expérience française. *Alcoologie et Addictologie* 2010 ; 32 (1) : 5-14.
- 30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS.** Circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
- 31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS.** Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.
- 32. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS.** Circulaire DH/EO 4 n° 97-841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation.
- 33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS.** Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Suicides et tentatives de suicide en France. *Études et résultats*. 2006 ; 488. <http://www.infosuicide.org/pointdevue/statistique/doc/suicidesdreesmai2006.pdf>. Consulté le 19 mars 2012.
- 34. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS.** La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011.
- 35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS.** Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins,

d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

38. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

39. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

40. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Objectif 1 : Consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant. *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011*. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_12_alcool_obj1.pdf. Consulté le 13 mars 2012.

41. MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

42. MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUES ET LA TOXICOMANIE. *Rapport Rascas : Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions* – Paris, MILDT 2001.

43. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. Drogues licites 2010 Sarthe. *Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions*. http://www.ofdt.fr/BDD/iliad/2010_72.xhtml#indic_5. Consulté le 15 mars 2012.

44. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Drogues, chiffres clés- 4ème édition*. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dcc12.html>. Consulté le 10 février 2012.

- 45. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES.** Enquête sur les Personnes Reçues à l'Hôpital pour Addiction. 2010. <http://copaah.e-monsite.com/pages/activites-du-copaah/3ieme-journee-du-copaah.html>. Consulté le 10 février 2012.
- 46. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES.** *RECAP 2009*. Tableaux statistiques. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2009.pdf>. Consulté le 13 mars 2012.
- 47. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES/INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ.** Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxjcr9.pdf>. Consulté le 5 juin 2012.
- 48. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES, SPILKA S, LE NÉZET O et al.** Analyse régionale ESCAPAD 2008 : Pays de la Loire. www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html. Consulté le 15 mars 2012.
- 49. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES, SPILKA S, LE NÉZET O.** Premiers résultats du volet français de l'enquête European School survey Project on Alcohol and other Drugs (espad) 2011. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsss5.pdf>. Consulté le 5 juin 2012.
- 50. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.** CIM-10/ICD-10 descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. *Classification internationale des maladies*. 10ème révision. Trad. française: C.-B. PULL coord. Chapitre V (F): troubles mentaux et troubles du comportement, 1993, 336 pages.
- 51. PALLE C, DAOUST M, HOUCHI A, KUSTERER M.** Caractéristiques des alcoolodépendants: accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés. *Alcoologie et addictologie* 2010 ; 32 (1) : 15-23.
- 52. REYNAUD M.** L'offre de soins en addictologie. In *Traité d'addictologie*. Paris . Médecine - Sciences Flammarion. 2006 : 157-162.
- 53. REYNAUD M, PARQUET JP, LAGRUE G.** *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives* – Paris, Odile Jacob (2000)
- 54. REYNAUD M, PARQUET JP.** Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions. Rapport de mission 1998. Dossiers techniques. Éditions CFES. 1999.

55. ROQUES B. La dangerosité des drogues. *Rapport au secrétariat à la santé*. Paris. Éditions Odile Jacob/la documentation française. 1999 : 316 p.

56. SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE. Les conduites d'alcoolisation. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 suppl) : 68S-69S.

ANNEXES.

Annexe 1 : Définition de la dépendance selon le DSM IV-TR.

La dépendance est un 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. 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 désirés ;
 - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance ;
2. 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. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé ;
4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
5. Temps considérable 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. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

- **Avec dépendance physique :** signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents) ;
- **Sans dépendance physique :** pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

Annexe 2 : Définition de la dépendance selon la CIM-10 .

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psycho-active spécifique (ici l'alcool) ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool. Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active.
- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psycho-active : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psycho-active, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (ex : atteinte hépatique due aux excès alcooliques).

La réduction de la variété des modes de consommation (ex : tendance à consommer toujours la même quantité, tous les jours, quelles que soient les contraintes sociales concernant la norme en matière de boisson) a également été décrite comme étant caractéristique d'un syndrome de dépendance.

On peut utiliser le 5ème caractère du code pour spécifier le tableau clinique :

F10.20 : actuellement abstinent

F10.21 : actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (ex : hôpital, prison, communauté thérapeutique)

F10.22 : suis actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale

F10.23 : actuellement abstinent, mais prend des médicaments aversifs ou bloquants (ex: naltrexone ou disulfirame)

F10.24 : utilise actuellement la substance (dépendance active)

F10.25 : utilisation continue

F10.26 : utilisation épisodique (dipsomanie)

Annexe 3 : Abus de substances psycho-actives DSM-IV TR.

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 12 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 l'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.

Annexe 4 : Utilisation nocive pour la santé (CIM-10).

Mode de consommation d'une substance psychoactive 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 de plusieurs substances **a entraîné des troubles psychologiques ou physiques**. Ce mode de consommation **donne souvent lieu à des critiques et 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 psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Annexe 5 : Les conduites d'alcoolisations.

Non-usage (non-consommateur).

Toute conduite à l'égard des boissons alcooliques et/ou alcoolisées caractérisée par une absence de consommation. Le non-usage peut être :

- primaire quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, préadolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte) ;
- secondaire quand il advient après une période de mésusage, alors généralement désigné par le terme abstinence.

Usage (consommateur modéré).

Toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, *i.e.* inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

Usage à risque (consommateur à risque).

Toute conduite d'alcoolisation où la consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier.

Usage nocif (consommateur à problèmes).

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par : 1) l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, et par : 2) l'absence de dépendance à l'alcool.

Usage avec dépendance (consommateur dépendant ou alcoolodépendant).

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

Ivresse.

L'ivresse est une conduite d'alcoolisation aiguë pouvant être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou de mésusage. À ce titre, elle ne peut être considérée comme une catégorie d'usage. En tant qu'intoxication éthylique aiguë, elle requiert une intervention spécifique pouvant nécessiter une médicalisation, au besoin urgente, adaptée à la gravité de son expression et de ses conséquences. Après dégrisement et le cas échéant soins, il convient d'établir systématiquement le diagnostic de catégorie de l'usage qui est associé à cette ivresse et engager l'intervention recommandée.

L'observation permet de constater pour un sujet donné la possibilité au cours de sa vie de rester dans une même catégorie de conduite ou de passer à une autre hiérarchiquement inférieure ou supérieure en termes de sévérité et de gravité. Les conditions de ces évolutions sont encore mal établies mais rien n'est inéluctable. Il reste que l'évolutivité des conduites d'alcoolisation est telle qu'elle impose de procéder à leur réévaluation régulière chez les consommateurs.

Annexe 6 : Les seuils de l'OMS.

Les seuils définis par l'OMS sont les suivants :

- **jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;**
- **pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ;**
- **pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).**

Le terme de verre désigne le “verre standard” ou unité internationale d'alcool (UIA) qui est la quantité "normalisée" délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publics. La taille des verres étant inversement proportionnelle à la concentration en alcool de la boisson, on peut considérer, pour donner des repères simples et pratiques, que cette quantité correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque mais sont des compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d'autre part la place de l'alcool dans la société et les effets (considérés comme) positifs de sa consommation modérée. Ces seuils n'ont donc pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment :

1) En cas de situation à risque :

- conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse,
- poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc ;

2) En cas de risque individuel :

- consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs (psychotropes)

qui potentialisent, souvent rapidement les effets psychotropes de l'alcool ;

- pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ;
- modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médicaments associés de l'état psychologique, etc,... ;
- situations physiologiques particulières : la grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc).

NB : cette liste ne doit pas être considérée comme limitative.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Ces vingt dernières années la prise en charge des addictions a connu des évolutions majeures avec une organisation des soins comportant une hiérarchisation des structures parmi lesquelles se trouvent les Centres de Soins de Suite et de Réadaptation spécifiquement orientés vers l'Addictologie (CSSRA). Nous avons étudié une population de patients pris en charge dans une structure de ce type, en Sarthe, sur quatre années consécutives. Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques sociodémographiques, addictologiques, et à la trajectoire de soins. La plupart des caractéristiques sont semblables à celles des populations similaires d'autres études : patients plutôt désinsérés socialement, alcool-dépendance sévère et ancienne, dépendance au tabac très souvent associée, complications somatiques et comorbidités psychiatriques fréquentes, multiples prise en charges antérieures. Cependant notre population se distingue par davantage d'ouvriers et de professions intermédiaires et un recrutement de proximité. Par ailleurs les patients de notre étude ont davantage séjourné en psychiatrie (surtout les femmes). La majorité des patients est orientée par le CSAPA et celui-ci est une modalité de suivi pour deux tiers d'entre eux. En parallèle, le suivi psychiatrique est fréquemment proposé à la sortie. Si la quasi-totalité des patients sort avec un traitement, on peut regretter qu'ils soient trop nombreux à conserver des benzodiazépines et/ou des hypnotiques. Les différences de caractéristiques entre nos patients et ceux hospitalisés pour sevrage (simple ou complexe) sont globalement assez modestes, elles sont plus marquées entre les patients hospitalisés et ceux vus en consultation en particulier dans les CSAPA. Cette étude confirme donc que les CSSRA ont une place importante dans le dispositif de soins en addictologie pour certains patients mais qu'ils restent complémentaires aux autres modalités de prise en charge.

CHARACTERISTICS OF ALCOHOL-DEPENDANT SUBJECTS MANAGED IN A POST-WITHDRAWAL CARE AND REHABILITATION CENTER IN SARTHE.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : Addictions - Soins de suite et de réadaptation - Alcool - Traitement résidentiel - Comorbidités – Parcours de soins – Epidémiologie.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
