

M. Christophe Palle*, **Pr Martine Daoust****, **M. Akim Houchi*****, **M. Marc Kusterer******

* Responsable du pôle Indicateurs de l'OFDT, 3, avenue du Stade de France, F-93218 Saint-Denis La Plaine Cedex. Courriel : Chpal@ofdt.fr

** Professeur des universités, Directrice du Groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances (GRAP), Inserm ERI 24, Université de Picardie Jules Verne, Faculté de pharmacie, Amiens, France

*** Chercheur, GRAP, Inserm ERI 24, Université de Picardie Jules Verne, Faculté de pharmacie, Amiens, France

**** Président de la FNESAA, Directeur du CSSRA Marienbronn, Lobsann, France

Reçu mai 2009, accepté novembre 2009

Caractéristiques des alcoolodépendants

accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés

Résumé

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a réalisé, en collaboration avec la Fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en addictologie (FNESAA) et la Société française d'alcoologie (SFA), une enquête sur les principales caractéristiques des personnes dépendantes de l'alcool prises en charge dans le dispositif résidentiel spécialisé non lucratif. L'objectif était également de pouvoir comparer le public accueilli dans les structures résidentielles avec celui des structures ambulatoires, les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). L'enquête a été menée sur une période de quelques jours en juin ou en juillet 2006 auprès de l'ensemble des personnes résidant dans les établissements adhérents de la FNESAA. Les questions, en partie identiques à celles proposées en routine dans les fiches d'accueil des CCAA, étaient posées par des membres des centres aux résidents. Des questionnaires ont ainsi été remplis par 902 patients admis ou hébergés dans 29 centres différents ; 13 établissements n'ont pas renvoyé de questionnaires. Les personnes vues dans le dispositif résidentiel spécialisé sont pour les deux tiers âgés de 40 à 59 ans (moyenne d'âge de 44 ans) et sont à 80 % de sexe masculin. Cette population comprend une part de personnes défavorisées sur le plan socioéconomique plus élevée que dans l'ensemble de la population française. La plupart de ces patients sont fumeurs (94 %), et parmi eux, la grande majorité consomme plus d'un paquet par jour. Une forte minorité, âgée en général de moins de 45 ans, fume également du cannabis (19 %). Les trois quarts des patients accueillis dans ces centres ont déjà effectué un sevrage auparavant. La démarche de soins a été engagée dans la moitié des cas avec un médecin de ville, un quart des cas avec un professionnel du soin exerçant à l'hôpital et 10 % des cas avec un intervenant d'un centre spécialisé. Une comorbidité psychiatrique est mentionnée pour 85 % des patients ; les troubles anxieux et dépressifs apparaissant le plus souvent (68 % des cas). Sur le plan somatique,

Summary

Characteristics of alcohol-dependent subjects managed in specialized residential treatment centres

The Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) (French monitoring center for drugs and drugs addiction), in collaboration with the Fédération Nationale des Établissements de Soins et d'Accompagnement en Addictologie (FNESAA) (French federation of addiction medicine treatment and establishments) and the Société Française d'Alcoologie (SFA), conducted a survey on the main characteristics of alcohol-dependent subjects managed in non-profit specialized residential treatment centres. One of the objectives was also to compare the subjects treated in residential structures with those treated in Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) outpatient structures. The survey was conducted over a period of several days in June or July 2006 among all people admitted to residential establishments belonging to the FNESAA network. The questionnaires, including several questions identical to those routinely used on CCAA admission forms, were administered to residents by members of staff. Questionnaires were completed by 902 patients admitted to 29 different centres; 13 establishments did not return any questionnaires. Two-thirds of the patients seen in specialized residential treatment centres were aged between 40 and 59 years (mean age: 44 years) and 80% were male. This population comprised a larger proportion of socially underprivileged persons than the overall French population. Most of these patients were smokers (94%), and the great majority of them smoked more than one packet per day. A large minority, generally under the age of 45 years, also smoked cannabis (19%). Three-quarters of patients admitted to these centres had already undergone alcohol withdrawal. Management was conducted in collaboration with an office doctor in one half of cases, a hospital-based health care professional in one quarter of cases and a specialized centre in 10% of cases. Psychiatric comor-

les pathologies les plus fréquemment citées sont celles qui touchent l'appareil digestif (19 % des patients), et en particulier les maladies alcooliques du foie (9 %), celles du système nerveux (17 %) avec notamment les polyneuropathies (8 %) et les épilepsies (5 %). La comparaison avec le public accueilli dans les CCAA restreint aux seuls alcoolodépendants fait apparaître une assez grande similitude des profils, avec néanmoins une plus grande proportion de personnes socialement désinsérées, d'antécédents d'hospitalisation pour motif psychiatrique et de consommateurs de cannabis parmi les personnes admises ou hébergées dans les structures résidentielles.

Mots-clés

Addiction – Traitement résidentiel – Soins de suite et de réadaptation – Comorbidité – Alcool – Cannabis.

Après un sevrage, les patients alcoolodépendants se trouvent confrontés à la question de la réadaptation à une vie sans alcool. Le retour immédiat dans leur environnement habituel les expose à un fort risque de consommation. Un dispositif résidentiel spécialisé propose aux patients sevrés un accompagnement à la réadaptation et à la réinsertion dans le cadre de séjours dans un centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie (CSSRA) et/ou dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale orienté vers l'alcoologie (CHRSA). Le séjour dans ces institutions est indiqué pour des patients en mésusage sévère, le plus souvent dépendants, après un sevrage. Ces deux catégories d'établissements – CSSRA et CHRSA – formaient les foyers ou centres de postcure en alcoologie qui étaient classés en fonction des moyens budgétaires des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de l'époque en établissement de santé relevant du budget de l'assurance maladie ou en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) relevant du budget social de l'État. La création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), puis le Décret sur les soins de suite et de réadaptation de 2008 ont accentué le clivage administratif entre ces deux types de structure qui restent néanmoins les deux pôles de la prise en charge en résidentiel des malades alcooliques après sevrage. Les CSSRA, structures sanitaires de niveau 2, ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives, et de promouvoir leur réadaptation. Ils accueillent les patients pour des séjours de cinq à 12 semaines. Les séjours sont de plus longue durée dans les CHRSA, avec un accompagnement plus centré sur les problématiques de réinsertion sociale. Il existait en 2006 environ 2 305 lits sur 70 structures en CSSRA, et 448 places sur 11 structures en CHRSA.

bidity was reported for 85% of patients, mostly anxiety and depressive disorder (68% of cases). The most common somatic diseases were gastrointestinal tract diseases (19% of patients), particularly alcoholic liver disease (9%) and nervous system diseases (17%) especially polyneuropathy (8%) and epilepsy (5%). Comparison with alcohol-dependent subjects managed in CCAA revealed a marked similarity of patient profiles with nevertheless a higher proportion of socially excluded subjects, a history of hospitalisation for psychiatric illness and cannabis consumers among patients admitted to residential structures.

Key words

Addiction – Residential treatment – Post-withdrawal care and rehabilitation – Comorbidity – Alcohol – Cannabis.

Il est utile pour ces structures, pour les pouvoirs publics et pour les professionnels des soins en addictologie de connaître les caractéristiques des patients accueillis dans ces institutions et d'identifier leurs spécificités relativement aux patients qui sont accueillis dans les centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA). Ce sont les objectifs assignés à cette enquête réalisée en collaboration par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la Fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en addictologie (FNESAA) et la Société française d'alcoologie (SFA) auprès des structures adhérentes à la FNESAA.

Matériel et méthode

Pour réaliser cette enquête, la FNESAA a sollicité l'ensemble de ses adhérents, soit 31 CSSRA regroupant 1 193 lits et 11 CHRSA regroupant 448 lits. Il leur était demandé d'inclure toutes les personnes résidant dans ces centres à une date fixée. Cette enquête a été réalisée avec l'aide du personnel de ces institutions qui ont renseigné les questionnaires avec les patients. Le nombre de questions a été volontairement très limité. Les formulations reprenaient celles des questions du Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) (1) mis en place par l'OFDT en 2005 et utilisé en routine pour les patients accueillis dans les CCAA. L'enquête s'est déroulée sur une période de quelques jours à une date qui n'était pas la même dans les différents établissements, mais qui était toutes situées en juin ou en juillet 2006.

902 questionnaires validés ont finalement été reçus, envoyés par 29 centres, dont 22 CSSRA et sept CHRSA ; 13 centres n'ont pas participé à l'enquête, dont neuf CSSRA et

quatre CHRSA. Les trois quarts des personnes incluses résidaient en CSSRA et le quart restant dans un CHRSA. Les centres sont répartis dans 19 départements et 12 régions différents. Les départements du sud de la France ne sont pratiquement pas représentés, la FNESAA ne comptant presque aucun adhérent dans ces régions. Les données sur les patients vus dans les CCAA sont issues de l'enquête RECAP pour l'année 2006. Ce recueil a porté cette année-là sur près de 59 000 patients, ce qui représente environ 60 % de la file active totale des CCAA en 2006.

Résultats

La population accueillie en CSSRA ou en CHRSA

Données sociodémographiques

Il s'agit d'une population masculine à 80 %, dont l'âge moyen est de 44 ans. Les deux tiers des patients ont entre 40 et 59 ans, les plus de 60 ans et les moins de 30 ans étant faiblement représentés (respectivement 3 et 4 %). La distribution par sexe et par âge n'est pas significativement différente selon que l'on soit hébergé en CSSRA ou en CHRSA.

Un peu plus de 20 % des patients ont un niveau d'étude inférieur ou égal au BEPC, 50 % ont un niveau BEP ou CAP et 27 % un niveau Bac ou plus. En dépit des difficultés de comparaison, il apparaît clairement que cette proportion de personnes de niveau Bac ou plus est nettement inférieure à celle de la population française (37 % de l'ensemble des Français âgés de 20 à 59 ans possèdent un diplôme Bac ou plus). Les trois catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont les employés (32 %), les

ouvriers (30 %) et les personnes sans profession (22 %). Relativement à l'ensemble de la population française âgée de 20 à 59 ans, les personnes sans profession sont particulièrement surreprésentées (22 % vs 7 %) parmi les personnes admises en CSSRA et celles hébergées dans un CHRSA, alors que la catégorie "professions intermédiaires" est particulièrement sous-représentée (4 % vs 20 %). Plus de la moitié des patients sont soit au chômage (34 %), soit sans activité (21 %). Un peu plus de 30 % d'entre eux vivent avec le revenu minimum d'insertion (RMI) ou l'allocation aux adultes handicapés (AAH) contre 5 % de l'ensemble des Français âgés de 20 à 59 ans.

C'est sur la question de l'insertion sociale que se différencie le plus entre eux les publics accueillis dans les deux types de centre. Les personnes hébergées dans les CHRSA sont beaucoup plus fréquemment au chômage que celles dans les CSSRA (48 % vs 28 %). Le pourcentage de personnes vivant avec le RMI atteint 40 % dans les CHRSA contre 19 % dans les CSSRA (tableau I).

Substances psychoactives

La plupart des patients sont fumeurs (94 %). Parmi les fumeurs de tabac, 70 % consomment plus d'un paquet par jour et 11 % plus de deux paquets. Près de 19 % ont consommé du cannabis dans le mois précédant le sevrage. Cette consommation est très liée à l'âge puisqu'elle concerne près de 30 % des moins de 45 ans contre 5 % des 45 ans et plus. La moyenne d'âge des consommateurs de cannabis est de 37 ans contre 46 ans pour ceux qui ne consomment pas cette substance. Hormis l'âge, la consommation de cannabis est associée au fait de vivre seul (OR = 1,9 ; p = 0,002), d'avoir consulté en premier

Tableau I : Ressources des patients hébergés dans les CSSRA et les CHRSA

Ressource	Ensemble		CSSRA		CHRSA	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Revenus d'emploi	374	42,0	305	47,2	69	28,2
ASSEDIC*	151	16,9	108	16,7	43	17,6
RMI**	222	24,9	123	19,0	99	40,4
AAH***	55	6,2	42	6,5	13	5,3
Autres prestations sociales	44	4,9	40	6,2	4	1,6
Ressources provenant d'un tiers	12	1,3	9	1,4	3	1,2
Autres ressources (y compris sans revenus)	33	3,7	19	2,9	14	5,7
Total	891	100,0	646	100,0	245	100,0
Nombre de répondants	891	98,8	646	98,9	245	98,4
Nombre de non-répondants	11	1,2	7	1,1	4	1,6
Total général	902	100,0	653	100,0	249	100,0

Source : enquête sur les personnes hébergées dans les CSSRA et les CHRSA, 2006, OFDT/FNESAA/SFA.

* allocation chômage ; ** revenu minimum d'insertion ; *** allocation aux adultes handicapés.

à l'hôpital (OR = 1,8 ; p = 0,008) et de percevoir le RMI (OR = 1,6 ; p = 0,02). La consommation d'autres produits n'apparaît que pour une très faible proportion des patients accueillis en CSSRA ou en CHRSA (tableau II).

En ce qui concerne la consommation d'alcool avant le sevrage, 60 % consommaient plus de 15 verres (standard par jour), et près de la moitié des patients étaient ivres plus de dix fois par mois. Un peu plus de 69 % ont consommé précocement avant 20 ans. Ces établissements accueillent donc des patients en mésusage sévère d'alcool.

Les personnes vues en CHRSA ne se différencient pas de celles vues en CSSRA sur le plan des consommations de produits. La proportion de personnes ayant consommé du cannabis est presque la même dans les deux types d'institution.

Prise en charge avant le dernier sevrage

Un peu plus des trois quarts des personnes accueillies dans les CSSRA et les CHRSA ont déjà eu un sevrage de l'alcool auparavant et, parmi elles, 77 % ont effectué plus de deux sevrages. Les personnes vues dans les CHRSA se différencient par une plus grande ancienneté dans le système de soins et une proportion beaucoup plus importante d'individus ayant suivi plus de trois sevrages (48 % vs 28 %).

Le premier professionnel consulté pour engager une démarche de soins a été un médecin de ville dans la moitié des cas, un professionnel de santé exerçant à l'hôpital dans un quart des cas, et un intervenant d'une structure spécialisée pour 10 % des sujets. Avoir consulté en premier un médecin de ville est fortement associé aux facteurs dénotant la stabilité et l'insertion sociale (vivre en couple et exercer une activité continue, ainsi que vivre dans un logement de façon durable). En cohérence avec ce résultat, les personnes résidant en CHRSA ont moins souvent vu en premier un médecin de ville que celles admises en CSSRA (42 % vs 57 %), et plus souvent un professionnel exerçant en milieu hospitalier (34 % vs 22 %). Le médecin de ville reste cependant le professionnel de santé le plus souvent cité dans les deux types d'institution.

Une question visait à explorer le problème jugé le plus déterminant pour engager une démarche de soins. Ce sont les problèmes avec les conjoints qui sont le plus souvent cités (30 % des réponses), suivis par les problèmes de santé sans hospitalisation (20 %) et, en troisième lieu, les difficultés professionnelles (13 %). Les difficultés avec la justice ou la police apparaissent dans moins de 10 % des réponses. Les

femmes citent plus souvent que les hommes les problèmes avec le conjoint comme problème ayant conduit à engager une démarche avec un professionnel du soin (36 % vs 28 %). Les personnes hébergées en CHRSA citent également plus souvent les problèmes avec les conjoints et deux fois moins souvent les hospitalisations (tableau III).

L'item "Autres cas" choisi par environ 9 % des patients s'accompagnait de la possibilité d'indiquer en clair une réponse. Celles qui reviennent le plus souvent sont la "prise de conscience" ou "la peur de mal finir", le "ras-le-bol" (39 citations). Certaines personnes ont souhaité indiquer qu'il s'agit d'une démarche ou d'une décision personnelle (11 citations). Le troisième thème qui apparaît plusieurs fois se rattache au fait "d'être à la rue", "d'être sans domicile fixe" ou à la "perte de tout" (neuf citations). Certains détaillent le problème de santé qui les a conduits à arrêter l'alcool : tentative de suicide, dépression, épilepsie, delirium, actes incontrôlés, amnésie suite à l'alcoolisation.

De nombreuses comorbidités

Une prescription de traitement médicamenteux psychotrope avant la cure de sevrage est mentionnée pour plus des trois quarts des patients. Une petite moitié des patients (43 %) était traitée par antidépresseurs. Près de 60 % ont eu une prescription d'anxiolytiques, 30 % d'hypnotiques et 16 % de neuroleptiques. Un peu plus de 20 % suivaient un traitement à l'acamprosate. En revanche, la proportion de personnes suivant un traitement de substitution aux opiacés est extrêmement faible (un peu plus de 3 %).

Une comorbidité psychiatrique est mentionnée chez plus de 85 % des patients ayant fourni une réponse à cette question, ce qui représente un peu moins des trois quarts de l'ensemble des patients inclus dans l'enquête. Les troubles anxieux ou dépressifs sont cités pour plus des deux tiers d'entre eux, et des troubles de la personnalité pour 28 % des patients. Un peu plus d'un résident sur trois (36 % des personnes pour lesquels la question est renseignée) a déjà été hospitalisé en psychiatrie. Une proportion très proche (35 %) a commis une tentative de suicide. Les patients avec des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie se caractérisent par une situation globalement encore plus difficile que ceux sans antécédent : ils vivent plus souvent seuls, sont moins nombreux à exercer une activité professionnelle continue et à vivre de revenus d'emploi. Quatre sur cinq ont déjà effectué un sevrage, contre trois sur quatre chez les autres patients, et le nombre de sevrages suivis est plus important que chez les patients sans antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (tableau IV).

Tableau II : Consommations de substances psychoactives (hors alcool) avant le sevrage des patients hébergés dans les CSSRA et les CHRSA

Substance psychoactive	Ensemble		CSSRA		CHRSA	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Tabac	764	93,6	550	92,6	214	96,4
Cannabis	152	18,6	108	18,2	44	19,8
Tranquillisants et hypnotiques	41	5,0	27	4,5	14	6,3
Opiacés/Cocaïne	28	3,4	26	4,4	2	0,9
Autres	22	2,7	18	3,0	14	6,3
Pas de produits consommés	40	4,9	35	5,9	5	2,3
Total des réponses*	1 047	128,2	764	128,6	293	132,0
Nombre de répondants	816	90,5	594	91,0	222	89,2
Nombre de non-répondants	86	9,5	59	9,0	27	10,8
Total	902	100,0	653	100,0	249	100,0

Source : enquête sur les personnes hébergées dans les CSSRA et les CHRSA, 2006, OFDT/FNESAA/SFA.

* une même personne pouvant avoir consommé plusieurs produits, la somme des effectifs en colonne peut être supérieure au nombre de personnes incluses.

Tableau III : Élément déterminant dans la première démarche de soins chez les personnes vues dans les CSSRA et les CHRSA

Élément déterminant	Ensemble		CSSRA		CHRSA	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Problème avec votre conjoint / vos proches	240	29,9	161	27,7	79	35,6
Problème de santé sans hospitalisation	157	19,6	119	20,5	38	17,1
Hospitalisation pour un problème psychiatrique	76	9,5	62	10,7	14	6,3
Hospitalisation pour un problème somatique	74	9,2	64	11,0	10	4,5
Difficultés professionnelles	105	13,1	75	12,9	30	13,5
Difficultés avec la justice/police	76	9,5	51	8,8	25	11,3
Autre cas	75	9,3	49	8,4	26	11,7
Total	803	100,0	581	100,0	222	100,0
Nombre de répondants	803	89,0	581	89,0	222	89,2
Nombre de non-répondants	99	11,0	72	11,0	27	10,8
Total général	902	100,0	653	100,0	249	100,0

Source : enquête sur les personnes hébergées dans les CSSRA et les CHRSA, 2006, OFDT/FNESAA/SFA.

Tableau IV : Comorbidités psychiatriques chez les personnes vues dans les CSSRA et les CHRSA

Comorbidité psychiatrique	Ensemble		CSSRA		CHRSA	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Pas de comorbidités	96	14,6	75	16,0	21	11,2
Troubles psychotiques et délirants	22	3,3	14	3,0	8	4,3
Troubles anxieux et troubles dépressifs	450	68,5	319	67,9	131	70,1
Troubles des conduites alimentaires	51	7,8	40	8,5	11	5,9
Troubles de la personnalité et assimilés	184	28,0	137	29,1	47	25,1
Total des réponses*	803	122,2	585	124,5	218	116,6
Nombre de répondants	657	72,8	470	72,0	187	75,1
Nombre de non-répondants	245	27,2	183	28,0	62	24,9
Total	902	100,0	653	100,0	249	100,0

Source : enquête sur les personnes hébergées dans les CSSRA et les CHRSA, 2006, OFDT/FNESAA/SFA.

* pour une même personne, plusieurs troubles peuvent être cités, la somme des effectifs en colonne peut être supérieure au nombre de personnes incluses. Lecture du tableau : sur les 657 personnes ayant fourni une réponse utile à la question sur les comorbidités psychiatriques (non-réponses et réponses "Ne sait pas" exclues), 96 ne présentent pas de comorbidités psychiatriques, 22 souffrent de troubles psychotiques et délirants, etc.

Tableau V : Effectif des répondants et taux de réponse suivant les questions

Questions	Effectif	Taux de réponse
Sexe	899	99,7
Âge	897	99,4
Nombre enfants	899	99,7
Catégorie socioprofessionnelle	888	98,4
Entourage (vit avec qui ?)	877	97,2
Logement	896	99,3
Ressources	891	98,8
Situation professionnelle	886	98,2
Niveau scolaire	883	97,9
Origine de la prise en charge (adressé par qui ?)	895	99,2
Prise en charge antérieure	895	99,2
Année de la première demande d'aide	801	88,8
Éléments déterminant pour la première demande de soins	803	89,0
Premier professionnel consulté	882	97,8
Sevrages antérieurs	899	99,7
Nombre de sevrages	651	94,2
Produits consommés	816	90,5
Nombre de cigarettes fumées	756	99,0
Nombre de verres	857	95,0
Traitements prescrits avant le sevrage	902	100,0
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie	850	94,2
Comorbidités psychiatriques	657	72,8
Antécédents de tentative de suicide	850	94,2
Diagnostics CIM10	762	84,5
Antécédents de problème avec la justice	469	52,0

Les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie se rencontrent plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes (près de la moitié des femmes contre un tiers des hommes), tout comme les antécédents de tentative de suicide. Les réponses à la question sur les comorbidités psychiatriques ne font pourtant pas apparaître de véritables différences entre les hommes et les femmes. Les pourcentages de patients ayant fourni une réponse positive à la question relative à l'existence d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ou à la question sur la présence de comorbidités psychiatriques ne diffèrent pas selon le type de prise en charge en CSSRA ou en CHRSA.

On dispose d'une réponse sur les diagnostics associés pour 85 % des patients. Parmi ceux-ci, une pathologie somatique est mentionnée dans la moitié des cas. Les maladies les plus fréquemment citées sont celles de l'appareil digestif (19 % des patients), et en particulier les maladies alcooliques du foie (9 % des sujets). Apparaissent ensuite les maladies du système nerveux (17 %), avec notamment les polynévrites (8 %) et les épilepsies (5 %) ; 14 % des patients sont atteints de maladies de l'appareil circulatoire, dont 6 % d'hypertension essentielle et 7 % de maladies

de l'appareil respiratoire, majoritairement des maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Infractions et problèmes judiciaires

Parmi les personnes interrogées, 44 % ont déjà eu un problème avec la justice pour cause de conduite en état alcoolique, 15 % pour d'autres infractions. Un peu plus de 40 % n'ont jamais eu de problème avec la justice. Les femmes ont beaucoup moins souvent eu des problèmes avec la justice que les hommes (39 % vs 67 %). La différence est particulièrement importante pour les infractions de conduite en état alcoolique qui ne concernent que 17 % des femmes contre la moitié des hommes. Ces résultats doivent cependant être pris avec précaution, le taux de réponse n'étant que de 50 % sur cette question (tableau V).

Comparaison avec la population des CCAA

Les personnes interrogées dans cette enquête présentent un profil sociodémographique globalement assez proche de celui des personnes accueillies dans les CCAA (tableau VI), avec une majorité écrasante d'hommes et un âge moyen peu différent dans les deux types de structure (44 ans pour les personnes hébergées vs 43 ans pour les personnes fréquentant les CCAA). La population vue dans les CSSRA et CHRSA comprend toutefois une proportion un peu plus faible de femmes que dans les CCAA (20 % vs 24 %), et une proportion plus élevée de personnes âgées de 40 à 59 ans (68 % vs 54 %) et beaucoup plus faible de personnes âgées de moins de 30 ans (4 % vs 14 %). La répartition suivant les niveaux d'études est très semblable. Les personnes résidant dans un CSSRA ou un CHRSA se différencient en revanche par une proportion plus élevée de "sans profession" (22 % vs 14 %) et de personnes vivant avec les minima sociaux (36 % vs 21 %). Le pourcentage de personnes au chômage était près de deux fois plus élevé parmi les patients en structures résidentielles que parmi ceux vus en ambulatoire (34 % vs 18 %). La proportion de patients disposant d'un logement de façon durable est moins importante (77,6 % vs 91,7 %). Par ailleurs, les antécédents d'hospitalisation pour raisons psychiatriques apparaissent plus fréquemment chez les personnes vues en CSSRA ou en CHRSA (36,1 % vs 25,1 %).

Il ressort de cette étude comparative que la population en structures résidentielles présente une proportion plus élevée de patients en difficulté sociale, avec des conduites de consommation plus sévères, que la population fréquentant les CCAA. Les indications mêmes du séjour

dans ces centres expliquent cette différence puisque la présence de comorbidités somatiques et psychiatriques, l'isolement et la désinsertion sont des critères d'orientation vers ce type de prise en charge (2). Par ailleurs, les personnes résidant dans les CSSRA et CHRSA sont en principe toutes alcoolodépendantes, alors que parmi les personnes fréquentant les CCAA, environ un tiers d'entre elles ne sont pas considérées comme alcoolodépendantes. Les caractéristiques des seuls patients alcoolodépendants vus dans les CCAA se rapprochent de celles des patients hébergés, sans toutefois effacer complètement les différences. Les personnes en structures résidentielles ont en moyenne une insertion sociale encore plus mauvaise que celles vues dans les CCAA, même si on s'en tient aux seuls alcoolodépendants (tableau VI).

Pour clore les comparaisons entre les populations selon le type de structures, on peut observer que, conformément à leurs missions, les CHRSA accueillent une population en plus grande difficulté socioéconomique que les CSSRA. Cependant, pour la plupart des autres caractéristiques (âge, sexe, consommations, antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, problèmes avec la justice), les deux populations ne se différencient presque pas. En dehors des questions de ressources et d'emplois, être hébergé dans un CHRSA est cependant associé à un mode d'accès aux soins un peu différent (plus par l'hôpital et moins par la médecine de ville) et à un nombre plus élevé de sevrages, signe d'un parcours de soins plus difficile, plus long et/ou comportant plus de rechutes et de dommages induits.

Discussion

Avant de discuter certains résultats, il est nécessaire d'aborder la question de la représentativité de ces données et de la possibilité de généraliser les résultats. Un recen-

sement récent montre qu'il existe environ 2 300 lits dans les établissements de type CSSRA et 448 dans les CHRSA. Cette enquête a été menée auprès des seuls établissements adhérents de la FNESAA qui regroupe la plupart des établissements à but non lucratif. Les résultats présentés dans cet article ne sont donc pas généralisables aux secteurs privé lucratif et public dont la participation à ce type d'enquête n'est pas toujours facile à obtenir. Même au sein de la FNESAA, environ 30 % des structures n'ont pas participé à l'enquête. Compte tenu d'un taux moyen d'occupation des lits d'environ 85 %, le chiffre de 902 personnes incluses dans l'enquête peut être rapproché du nombre de lits effectivement occupés, soit 1 428 lits. Le taux de réponse à l'enquête au sein des établissements adhérents de la FNESAA s'établit ainsi à 63 %. Un gros tiers des résidents n'ont donc pas pu être inclus dans cette étude. L'absence de participation à l'enquête semble être liée pour une partie des centres à un contexte de changement de direction, d'association gestionnaire ou de médecin. Les centres n'ayant pas participé ne semblent pas se distinguer des autres en termes de localisation géographique. Le taux de réponse relativement bas n'en constitue pas moins une limite qui ne peut être ignorée.

Le niveau relativement élevé de consommateurs de cannabis (19 %) parmi les personnes vues dans les CSSRA et CHRSA constitue une relative surprise, même si cette consommation ne concerne qu'une minorité. Cette consommation semble s'étendre à des personnes alcoolodépendantes qui n'étaient pas perçues auparavant comme étant susceptibles d'être consommatrices de telles substances. Parmi les personnes incluses dans cette enquête, cet usage est essentiellement le fait des plus "jeunes", qui sont cependant âgés de plus de 30 ans pour 85 % d'entre eux. La consommation de cannabis apparaît, dans cette enquête, être associée à certaines difficultés sociales (isolement, RMI). La proportion de consommateurs

Tableau VI : Comparaison de certaines caractéristiques de l'ensemble des personnes vues dans les CCAA en 2006, des personnes dépendantes de l'alcool vues dans les CCAA en 2006 et des personnes hébergées dans un CSSRA ou un CHRSA en 2006

Caractéristiques	CCAA – Ensemble	CCAA – Alcoolodépendants	CSSRA et CHRSA
Âge moyen (ans)	43,0	45,3	44,4
Moins de 30 ans (%)	13,8	6,7	4,0
Hommes (%)	76,3	75,5	80,3
Sans enfant (%)	43,7	34,5	31,0
Percevant le RMI (%)	12,4	15,5	24,9
Au chômage (%)	18,1	20,2	33,6
Avec antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (%)	22,8	31,2	36,1
Ayant consommé du cannabis au cours du dernier mois (%)	11,1	8,5	18,6

Source : RECAP, OFDT, 2006 ; enquête sur les personnes hébergées dans les CSSRA et les CHRSA, 2006, OFDT/FNESAA/SFA.

de cannabis est deux fois moindre parmi les personnes dépendantes de l'alcool vues dans les CCAA. Les chiffres obtenus auprès des personnes en structures résidentielles montrent que cette donnée est probablement sous-estimée dans les CCAA, la question n'étant peut-être pas souvent posée. Cette question apparaissait sans doute incongrue il y a encore quelques années, tant la population des personnes en difficulté avec l'alcool, relativement âgée, pouvait sembler éloignée de la consommation d'une substance comme le cannabis, associée à la culture des jeunes. Les plus jeunes alcoolodépendants sont, semble-t-il et pour une bonne part, également concernés aujourd'hui par ce type de consommation.

Les résultats sur la présence éventuelle de troubles psychiatriques méritent aussi une attention particulière. Des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie apparaissent pour une proportion importante des patients (36 %). Le taux de réponse pour cette question est de 93 % (près de 97 % dans les CSSRA, mais seulement 85 % dans les CHRSA). Le questionnaire précise qu'il s'agit d'un épisode d'hospitalisation hors sevrage. La proportion de personnes ayant des antécédents de tentative de suicide est presque identique (35 %), ce qui conduit à s'interroger sur la concomitance des hospitalisations et des tentatives de suicide. En réalité, un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie n'est associé à un antécédent de tentative de suicide que dans un peu plus de la moitié des cas. Les hospitalisations en psychiatrie ne sont donc pas mécaniquement liées aux tentatives de suicide. Le pourcentage de patients présentant une comorbidité psychiatrique (85 %) – hors troubles du comportement liés à l'usage de substances psychoactives (codes CIM F10 à F19) – est peut-être un peu surestimé compte tenu de la proportion importante de non-réponses (près de 30 %). En effet, celles-ci correspondent peut-être plus souvent à une absence qu'à une présence de comorbidités. Néanmoins, il s'agit pour environ 40 % des cas de non-réponses de l'ensemble des patients d'un même établissement. Ces non-répondants se partageront donc vraisemblablement plus ou moins comme l'ensemble des répondants. Le pourcentage global de patients avec comorbidités psychiatriques pourrait ainsi difficilement être inférieur à 75 %. Parmi eux, ce sont les troubles anxieux et dépressifs qui sont les plus fréquemment cités. À partir d'hypothèses sur les non-réponses, on peut évaluer la proportion globale de patients qui présenteraient ces troubles à un minimum de 60 % de l'ensemble des patients inclus dans l'enquête. Environ un quart aurait des troubles de la personnalité, 7 % des troubles de la conduite alimentaire (des femmes pour la moitié) et 3 % des troubles psychotiques. Les chiffres

de prévalence des comorbidités psychiatriques parmi les alcoolodépendants varient considérablement d'une étude à l'autre (3), et cet article n'est pas le cadre approprié pour une revue de littérature sur cette question spécifique. Les données de cette enquête indiquent en tout cas un pourcentage élevé de symptômes psychiatriques, mais elles ne permettent pas de trancher sur la question délicate du partage entre les affections consécutives à l'alcoolisation qui peuvent disparaître progressivement après arrêt de la consommation d'alcool et les véritables comorbidités psychiatriques.

Conclusion

Les données issues de cette enquête font apparaître une population accueillie dans les CSSRA et CHRSA ayant les caractéristiques démographiques habituelles des personnes prises en charge pour alcoolodépendance, avec une très grande majorité d'hommes, âgés pour la plupart de 30 à 60 ans et un âge moyen de 44 ans, et dont le niveau d'étude est en moyenne moins élevé que celui de la population française. La population en structures résidentielles se distingue par la proportion particulièrement élevée de personnes avec des problèmes d'insertion sociale et de symptômes psychiatriques. La proportion élevée de personnes ayant déjà effectué un sevrage (les trois quarts), tout comme le niveau élevé des quantités d'alcool consommées avant sevrage témoignent aussi sans doute de la sévérité de l'addiction chez ces patients, même si l'on ne dispose pas pour ces deux indicateurs de données permettant les comparaisons.

Cette enquête montre donc que les CSSRA et CHRSA remplissent les missions qui leur sont dévolues dans le dispositif de soin en addictologie. Ces dispositifs sont bien complémentaires des structures ambulatoires (CCAA, futurs CSAPA : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) en amont et en aval, et des structures hospitalières pour le sevrage standard et les soins résidentiels complexes en amont. Si la mission des CSSRA a été clairement confirmée dans les textes réglementaires récents, celle des CHRSA est menacée, car leur enveloppe budgétaire sociale ne leur permet plus de faire face au surcoût lié à la prise en charge médicale et thérapeutique des conduites addictives.

Les données sur la prévalence élevée des symptômes psychiatriques confirment certains chiffres indiquant l'importance des troubles psychiatriques dans la population des alcoolodépendants. Un questionnement plus

approfondi est cependant nécessaire pour déterminer plus précisément ce qui relève réellement d'une comorbidité psychiatrique.

Par ailleurs, les données sur le premier professionnel consulté – qui montrent qu'il s'agit d'un médecin de ville dans la moitié des cas et d'une structure spécialisée dans 10 % des cas – font apparaître, d'une part, le besoin de développement de la formation en addictologie des médecins de ville et, d'autre part, le renforcement nécessaire de la collaboration entre le dispositif ambulatoire et les CSSRA et CHRSA.

Il sera aussi nécessaire d'envisager dans l'avenir la complémentarité de leurs missions avec celles du dispositif d'hébergement thérapeutique des centres spécialisés de soins aux toxicomanes – CSST (centres thérapeutiques résidentiels, centres thérapeutiques communautaires, appartements thérapeutiques) qui, tout comme les CCAA, prendront prochainement la dénomination de CSAPA – actuellement plutôt orientés vers la prise en charge des toxicomanes (tableau VI). ■

C. Palle, M. Daoust, A. Houchi, M. Kusterer
Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés

Alcoologie et Addictologie 2010 ; 32 (1) : 15-23

Références bibliographiques

- 1 - Palle C, Vaissade L. Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. *Tendances* 2007 ; (54) : 6 p.
- 2 - Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman M, Gastfriend DR, Griffith JH. ASAM placement criteria for the treatment of substance-related disorder. 2nd edition revised. Chevy Chase, MD : American Society of Addiction Medicine, Inc., 2001.
- 3 - Johnson ME, Brems C, Mills ME, Fisher DG. Psychiatric symptomatology among individuals in alcohol detoxification treatment. *Addictive Behaviors* 2007 ; 32 (8) : 1745-1752.