

Alcool et cannabis :
Quelles réponses du dispositif de
soins en France ?

Pr F. Paille
Nancy

Pas de lien d'intérêt pour cette présentation

Historique

Le dispositif (prévention/soin) s'est construit au fur et à mesure du temps en fonction :

- des problèmes posés (alcool, drogues illicites, tabac, addictions sans produit)
 - et des opportunités locales (conduite/produit, médico-social/sanitaire...)
- ⇒ Dispositif assez important, mais hétérogène tant qualitativement que quantitativement, parfois concurrent, (encore) insuffisamment coordonné, souvent assez peu lisible pour les patients voire les partenaires

L'évolution depuis la fin des années 90

L'évolution des idées. Le concept d'addiction
D'une approche par produit à une approche globale
addictologique

Réorganisation du dispositif de soins en addictologie depuis le
plan ministériel 2007-2011.

Développer un dispositif complet et cohérent adapté à
l'ensemble des besoins de la population. Besoins variés
Améliorer sa répartition territoriale

Intérêts :

- Donner à l'addictologie une reconnaissance
- Améliorer l'organisation et la lisibilité du dispositif
- Apporter des moyens
- Mais aussi développer la prévention, la formation, la
recherche...

Offre de soins graduée autour de 4 pôles

■ Ville

Médecins généralistes surtout

■ Structures médico-sociales

- . CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- . CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues)

■ Structures hospitalières

■ Associations d'entraide

Le dispositif de 1^{ère} ligne

(non spécialisé en addictologie)

■ La médecine de ville

- . Surtout médecins généralistes
- . MG orientés vers l'addictologie
- . *Microstructures* = apport au cabinet des MG de professionnels non médicaux : temps de psychologue, d'éducateur spécialisé, d'assistante sociale...)
- . Développement de consultations avancées des CSAPA dans les maisons de santé (infirmières)

Repérage, abord, orientation, coordination ± PEC

Suivi à long terme

■ Les personnes, équipes, structures non spécialisées

- * Pharmaciens
- * Autres : structures sociales

Les structures médico-sociales

Dispositif développé depuis les années 70

■ Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

= réunion des centres d'alcoologie et de toxicomanie, devenus toutes addictions, mais certains restent orientés plutôt vers l'alcool, d'autres vers les drogues illicites

- Equipes pluridisciplinaires
- Médicalisation faible à modérée
- Accompagnement des patients à long terme
- Articulation avec les partenaires
- Financement par l'assurance maladie

Développement de consultations avancées pour aller au plus proche des patients ayant du mal à se déplacer / mise à disposition de personnel dans les microstructures

Les CSAPA

■ Missions obligatoires

- Accueil
- Information
- Evaluation médicale, psychologique, sociale
- Orientation
- Prise en charge médicale, psychologique, sociale
- Actions de réduction des risques = limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage des substances psycho-actives
 - + intégration dans les soins
 - + maintien et restauration du lien social

■ Missions facultatives

- *Consultations jeunes consommateurs* (interventions précoces +++)
- Prévention
- Enseignement
- Recherche
- Interventions auprès de personnes sous main de justice, grande précarité...

■ Participation au dispositif de veille et d'alerte sanitaires

Les CSAPA

Ils peuvent comprendre des structures d'hébergement

■ Court séjour

Structures d'urgence ou de transition

■ Moyen et long séjour

- Centres thérapeutiques résidentiels (jusqu'à 1 an)
Peu médicalisés. Orientés vers réhabilitation/réinsertion sociale et professionnelle

- Appartements thérapeutiques (1 mois à 1 an)

- Familles d'accueil (quelques jours à plusieurs mois)

■ Communautés thérapeutiques (1 à 2 ans)

Etablissements expérimentaux

Peuvent devenir CSAPA

Projet thérapeutique + insertion sociale

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Centrés sur la réduction des risques, à l'origine de l'héroïne et de l'injection (programmes d'échange de seringues, information...)

Mais l'alcool est le 1^{er} produit rencontré, avec le tabac

S'adressent à des personnes non encore engagées dans des démarches de soins et/ou exposées à des risques particuliers (infectieux...)

Missions : accueil, information, conseil, aide à l'accès aux soins, aide à l'accès aux droits (logement...), insertion professionnelle, mise à disposition de matériel de prévention (stéribox...)...

Le dispositif hospitalier

Un maillon faible

L'accueil d'urgence ou de crise (surtout alcoolo-dépendants)

- Quel accueil ?
- Quelles réponses ?
- Quelle orientation ?

Une opportunité pour aborder les conduites addictives

Place de l'intervention brève aux urgences, notamment auprès des jeunes adressés pour ivresse

Difficile du fait du fonctionnement des urgences

Ados adressés au urgences pour ivresse : recommandation d'hospitalisation de 2 à 3 jours (HAS) pour :

- . Évaluation (consommation d'alcool, risques psycho-sociaux, risque suicidaire)
- . Orientation vers prise en charge si besoin

L'addictologie hospitalière

Située en médecine et psychiatrie

Restructurée dans le cadre du plan 2007-2011 en 3 niveaux

■ Niveau 1, de proximité

Consultation, liaison, accès à des lits pour sevrage simple

■ Niveau 2, de recours

= niveau 1 + unité d'hospitalisation (temps plein ou partiel)
permettant la réalisation de sevrages simples et surtout de soins complexes

Soins de suite et de réadaptation en addictologie

Permet un séjour résidentiel de 1 à 3 mois

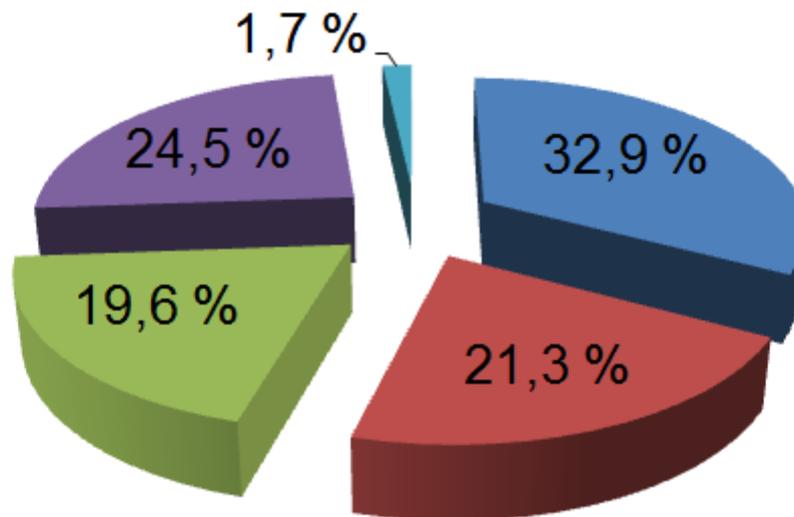
Médicalisation moyenne, entre hôpital et médico-social

Equipes pluridisciplinaires

■ Niveau 3, d'expertise régionale

= niveau 2 + enseignement + recherche (CHU)

Spécialités des structures d'hospitalisation en addictologie (principalement alcool) N = 286



- Service/Unité d'Addictologie-Alcoolologie
- Médecine polyvalente/Interne
- HGE
- Psychiatrie
- Autres

Le parcours de soins du patient

Améliorer la coordination entre les acteurs

Le patient circule dans l'offre de soins

=> Organiser des parcours fluides à l'intérieur de cette offre de soins en fonction des besoins et des choix de chaque patient à un moment donné

Le travail en réseau

Les réseaux de santé évoluent vers une fonction d'appui à la coordination pour les médecins généralistes et tous les partenaires

Mais : ***coordination entre les différents acteurs***, médecine de ville, structures médico-sociales et hospitalières sur un même territoire ***encore insuffisante***

Les liens addictologues – psychiatres, pourtant essentiels, ne sont pas toujours faciles

De façon générale, chez les jeunes, les problématiques addictologiques sont différentes des adultes

- Moins de dépendants
- Davantage de problèmes aigus (binge drinking)
- Peu de complications somatiques
- Problèmes surtout psycho-sociaux
- Troubles cognitifs

- Peu d'hospitalisations ou d'hébergements résidentiels chez les jeunes (surtout 30-50 ans)
- Suivi essentiellement ambulatoire

Alcool et cannabis

- Suivi essentiellement ambulatoire
- Les médecins généralistes en 1^{ère} ligne. Abord souvent difficile
- Les consultations spécialisées : CSAPA, consultations hospitalières
- L'hospitalisation de jour : intéressante pour prise en charge intensive tout en maintenant le jeune dans son milieu
- Hospitalisation complète ou soins de suite et de réadaptation : rare
Mais : co-addictions fréquentes chez les patients hospitalisés pour d'autres conduites addictives => prise en compte aussi du cannabis notamment chez les jeunes
Plus fréquente pour l'alcool :
Conduite addictive sévère, comorbidités et coaddictions

RECAP 2016

Données statistiques des CSAPA

375 structures

- . CSAPA généralistes
- . CSAPA orientés vers l'alcool
- . CSAPA orientés vers les drogues illicites

308 000 patients

RECAP: Common Data Collection on Addictions and Treatments

This system collects data about clients seen in National Treatment and Prevention Centres for Addiction (CSAPAs).

Les consultations jeunes consommateurs

253 structures répondantes / 34-35 000 jeunes accueillis

En augmentation

133 jeunes par structure en moyenne. Grande disparité

Nombre moyen d'entretiens = 3,2

Répartition selon la conduite principale à l'origine de la prise en charge

Produit	%
Alcool	10,7
Tabac	6,1
Cannabis	70,6
Addictions sans produit	6,6

Accueil de l'entourage

Souvent inquiet

Besoin d'informations

Répartition des patients accueillis en CSAPA selon l'âge

Age (années)	CSAPA drogues illicites %	CSAPA alcool %	Ensemble des CSAPA %
< 18	6,4	3	4,1
18-24	16,6	9,1	11,5
24-29	13,8	9,4	10,9
30-39	28,8	24,3	25,8
40-49	21,9	25,5	24,3
50-59	10,1	18,7	15,9
≥ 60	2,5	10	7,5

Les données sont regroupées par âge. Les valeurs de 6,4 et 3 sont regroupées par une accolade à droite avec le chiffre 23%. De même, les valeurs de 9,1 et 3 sont regroupées par une accolade à gauche avec le chiffre 12,1%.

Répartition selon le produit posant le plus de problèmes

Produit	CSAPA drogues illicites %	CSAPA alcool %	Ensemble des CSAPA %
Alcool	20,7	61,6	48,4
Tabac	4,4	8,9	7,4
Cannabis	32,7	14,0	20,0
Opiacés	23,9	7,6	12,8
Cocaïne/crack	6,6	1,8	3,3

Répartition des produits consommés en fonction de l'âge

Age	Cannabis %	Opiacés, cocaïne autre %	Alcool %
Moins de 20 ans	27,1	1,4	2,5
Dont moins de 18 ans	13,2	0,5	1,3
De 20 à 24 ans	26,2	5,6	4,6
De 25 à 29 ans	18,0	13,2	7,5
De 30 à 39 ans	19,8	38,0	22,7
De 40 à 49 ans	6,8	28,9	27,7
De 50 à 59 ans	1,8	11,1	22,6
Plus de 60 ans	0,3	1,7	12,3

Répartition suivant le nombre de produits consommés dans le mois passé

Nombre de produits	Cannabis %	Opiacés, cocaïne autre %	Alcool %
Un seul produit	45,7	29,4	47,5
2 produits	32,8	28,5	38,8
3 produits	17,9	24,7	11,3
4 produits et plus	3,6	17,5	2,4

Comme chez l'adulte, la polyconsommation / polyaddiction est très fréquente => prises en charge adaptées

Alcool - tabac ; tabac - cannabis ; alcool - cannabis = associations les plus fréquentes chez les jeunes

Associations de drogues illicites = opiacés, cannabis, tabac ± cocaïne

Profils des patients hospitalisés

Les patients les plus sévèrement atteints :

- sévérité de la(des) conduite(s) addictive(s)
- et/ou comorbidités graves

Enquête (2010)

3000 patients interrogés – 143 établissements de santé
Hospitalisation essentiellement pour un problème d'alcool

Résultats :

- $\frac{3}{4}$ d'hommes
- Age moyen = 46,9 ans
- $\frac{1}{3}$ environ de personnes en difficulté sociale
- $\frac{1}{2}$ souffre d'une affection psychiatrique (troubles anxieux et de l'humeur)
Prévalence plus élevée chez les femmes (53 % vs 36 %)
- Près de $\frac{4}{10}$ souffrent d'une affection somatique chronique. La proportion augmente avec l'âge
 - Au total, 60 % des patients hospitalisés ont une maladie somatique chronique ou un trouble psychiatrique ou les 2
- 79 % fument du tabac - 12 à 13 % fument du cannabis (mais 32 % chez les - de 40 ans), plus les hommes que les femmes
- Les patients < 40 ans sont plus souvent polyconsommateurs de substances psycho-actives
- Les $\frac{3}{4}$ des patients hospitalisés l'ont déjà été

Points forts

- Un dispositif addictologique spécifique cohérent, en cours de renforcement, facilitant l'accès aux soins.
 - Accent mis sur le suivi ambulatoire
 - Médecins généralistes – Microstructures – Consultations de proximité
 - Télémédecine (début)
- Possibilité d'interventions précoces, de proximité
 - Les consultations jeunes consommateurs (cannabis notamment, mais aussi alcool et tabac). Consultations avancées
- Possibilité d'une évaluation et prise en charge globale, toutes addictions (fréquence des polyconsommateurs chez les patients dépendants)
- Création d'équipes de liaison dans les hôpitaux pour aider à la prise en charge et à l'orientation des patients hospitalisés dans les services non spécialisés en addictologie
 - Quelques équipes mobiles multisites / multiétablissements

Points faibles

- Le cannabis et l'alcool sont les 2 produits dont il est le plus difficile de parler en France.
 - . Le statut illégal du cannabis ne favorise pas la démarche de soins
 - . La place de l'alcool dans la société française et les représentations des alcoolo-dépendants non plus
 - . ***Les jeunes consultent peu spontanément***
 - Accès aux soins spécialisés parfois difficile (territoires ruraux où il existe peu de structures, et même peu de généralistes). 15 à 20 % des patients pris en charge...
 - Médecins de ville encore trop peu concernés par ces questions, surtout alcool et cannabis. Tabac : plus facile.
 - . Formation insuffisante (repérage précoce, interventions brèves...)
 - . Manque de temps
 - . Peu légitimes à aborder ces questions...
 - . ***Problème des représentations***
- => Patients adressés dans les structures spécialisées trop tardivement à un stade de trouble de l'usage sévère et avec des complications

- Hôpitaux : complications bien prises en charge mais **conduites addictives rarement abordées** malgré le développement d'équipes de liaison trop peu sollicitées et insuffisamment dotées.

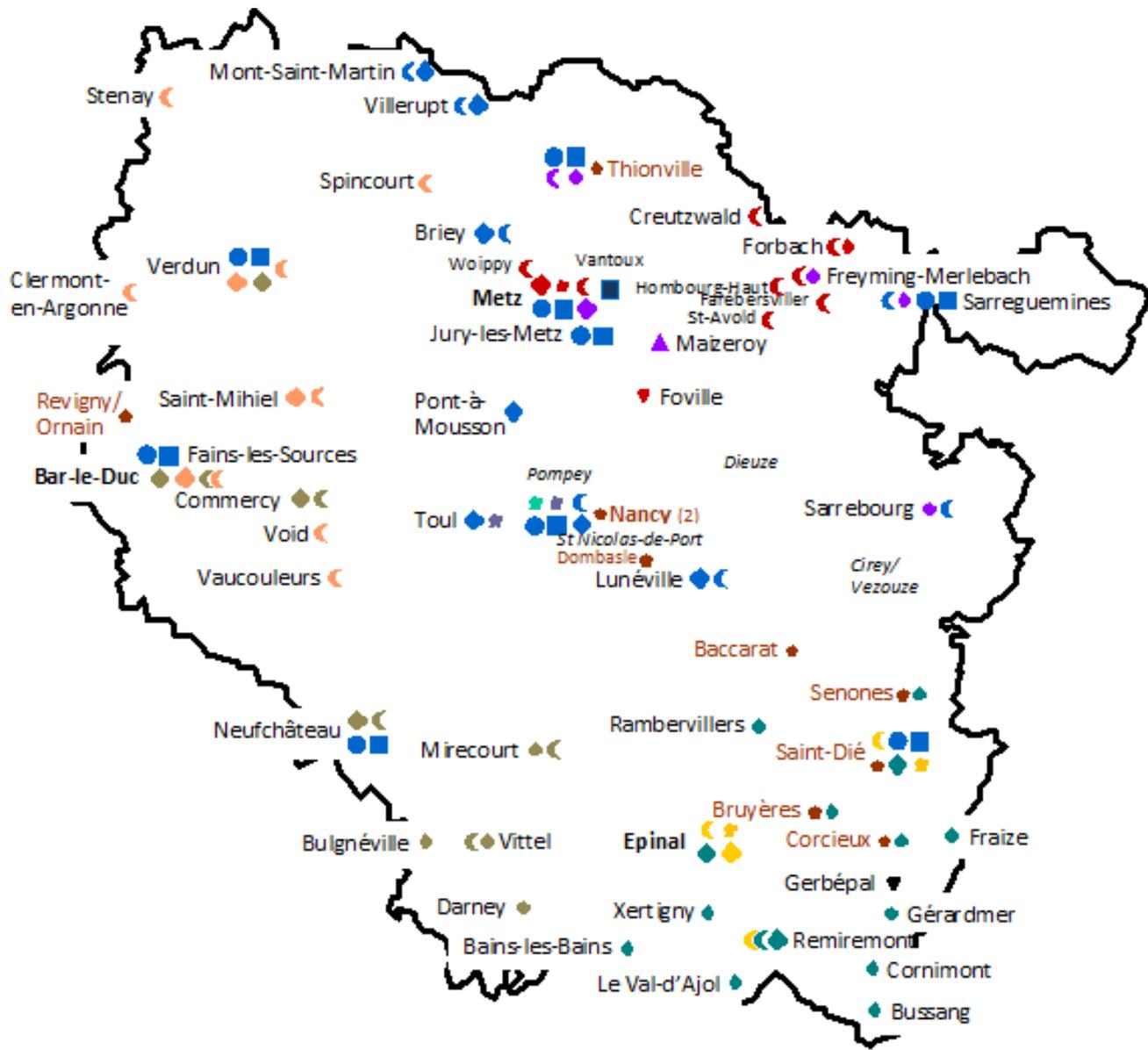
L'accueil d'urgence ou de crise répond de façon très imparfaite aux personnes addictes, le plus souvent alcoolo-dépendantes. Place de l'intervention brève ?

- **Coordination entre les différents acteurs encore insuffisante.**

Les liens addictologues ↔ psychiatres ne sont pas toujours simples.

Les réseaux formalisés sont trop rares et peu fonctionnels

- **Dispositif complexe et parfois peu lisible** pour les patients et les professionnels



- Légende des formes**
- ◆ CSAPA et antenne
 - ◆ CSAPA consultation avancée
 - ☾ Consultation jeune consommateur
 - ▲ CAARUD
 - Consultation hospitalière
 - Hospitalisation court séjour
 - ▲ Soins de suite et de réadaptation en Addictologie
 - ▼ Hébergement thérapeutique
 - ◆ Microstructure ou consultation avancée en MG
- Légende des couleurs**
- AGU54
 - AIDES
 - ANPAA
 - AVSEA
 - Centraid
 - CDPA57
 - CMSEA
 - FMS88
 - Hauts des Frères
 - Etablissements de santé
 - Médecine générale

Conclusion

Beaucoup a été fait

Il reste beaucoup à faire...