

Profil des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital

Résultats de l'enquête 2010 sur les personnes reçues à l'hôpital pour addiction (ESPERHA)

Christophe Palle

Tiphaine Canarelli

Nicolas Bonnet

Anne Borgne

Charles Boyer

Jean-Yves Breurec

Benoît Fleury

Monique Gobert

Marc Kusterer

François Paille

Brigitte Rocheteau

Thierry Sainte-Marie

Alors que plusieurs sources permettent de décrire les patients accueillis pour un problème d'addiction dans les structures médico-sociales, il est difficile de trouver des informations de ce type pour les patients reçus à l'hôpital. Or, avec la mise en oeuvre du Plan addictions 2007-2011 (ministère de la Santé et des Solidarités, 2006), la prise en charge des addictions à l'hôpital général a été structurée, systématisée et ses moyens renforcés (voir encadré sur le dispositif hospitalier en addictologie). L'hôpital public occupe par conséquent une place croissante dans la prise en charge des addictions. Pour tenter de combler le déficit d'informations sur les patients vus dans le cadre du dispositif hospitalier en addictologie, l'OFDT a réalisé fin 2010, en liaison avec différentes associations de professionnels¹, une enquête sur les patients accueillis un jour donné dans les différentes structures hospitalières en addictologie.

Les quelque 3 000 patients interrogés dans l'enquête ESPERHA (Enquête sur les personnes reçues à l'hôpital pour addiction, cf. encadré méthodologique) présentent des profils très différenciés selon les produits indiqués comme leur posant le plus de problèmes et, dans une moindre mesure, en fonction des structures de prise en charge. L'analyse a donc été menée en différenciant trois groupes : les patients pour lesquels le produit qui pose le plus de problème est l'alcool, qui représentent les deux tiers de l'effectif total, ceux pour lesquels ce produit est un opiacé et/ou un stimulant, soit une personne sur cinq, et les patients ayant un problème exclusif ou principal avec le tabac (10 %)².

Ce numéro de *Tendances* s'intéresse au groupe largement majoritaire des patients : ceux qui sont pris en charge pour un problème d'alcool. Parmi eux, 6 % suivent simultanément un traitement de substitution aux opiacés et présentent davantage de similitudes avec les personnes dépendantes aux opiacés. Ils ont donc été exclus du groupe « alcool » et seront analysés uniquement avec la catégorie des patients consommateurs d'opiacés – qui fera l'objet d'un article à paraître ultérieurement.

Cette synthèse décrit les principales caractéristiques des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital un jour donné, et les compare ensuite à celles des patients en difficulté avec l'alcool accueillis dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Des profils à différencier suivant le type de structures de prise en charge

Un peu moins des deux tiers des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital un jour donné sont hospitalisés (63 %), un quart sont vus en ambulatoire (26 %), et environ un sur dix par une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)³ (11 %). Les patients hospitalisés sont pris en charge dans les unités de sevrage, pour un peu moins de la moitié d'entre eux (45 %), dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie (CSSRA) pour une même proportion, les autres patients (10 %) étant accueillis dans un hôpital de jour. Sur les plans socio-démographique et médical, les profils des patients vus dans les deux premiers types de structures avec hospitalisation sont logiquement très proches, une grande partie des patients ayant fait un séjour à l'hôpital pour sevrage étant ensuite accueillie en soins de suite. Les patients vus en ambulatoire sont, quant à eux, accueillis pour plus des trois quarts dans une consultation hospitalière en addictologie, les autres étant reçus dans un CSAPA hospitalier

1. Association des services publics de soins en addictologie (ASPSA), Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière (COPAAH), Association des équipes de liaison et soins en addictologie (ELSA), Fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en addictologie (FNESAA), Réseau de prévention en addictologie (RESPADD)

2. Ces chiffres sur la répartition des patients selon les produits posant le plus de problèmes sont assortis d'intervalles de confiance relativement importants : [62 % – 71 %] pour l'alcool, [16 % – 23 %] pour les opiacés et les stimulants, [7 % – 13 %] pour le tabac. Ces proportions apparaissent pour des patients présents un jour donné à l'hôpital. Pour des raisons explicitées plus loin, elles ne peuvent être transposées pour les files actives annuelles de patients fréquentant l'hôpital pour un problème d'addiction.

3. Voir page 6 l'encadré sur le dispositif hospitalier qui explicite les missions des différentes structures.

localisé au sein de l'hôpital. De la même manière, ces deux types de patients pris en charge dans un cadre ambulatoire présentent des profils similaires, ce qui justifie leur regroupement dans une même catégorie. Prise en charge ambulatoire et hospitalisation ne doivent cependant pas être considérées comme des filières disjointes : une partie des patients sont vus en ambulatoire avant d'être hospitalisés ; à la suite de leur hospitalisation, certains continueront à être suivis en ambulatoire dans une consultation hospitalière.

Si, dans cette enquête, la majorité des patients interrogés sont hospitalisés, c'est en grande partie en raison de la durée de recueil limitée à une journée. Un recueil sur l'année entière donnerait une tout autre image, la part des patients hospitalisés devenant beaucoup plus faible comparée à celle des patients vus en ambulatoire ou par une ELSA : les patients vus dans ces deux derniers cadres se « renouvellent » en grande partie chaque jour, ceux qui sont hospitalisés plus lentement, le renouvellement étant fonction de la durée moyenne d'hospitalisation. Dans la mesure où il existe des différences de profils entre les patients hospitalisés et ceux vus en ambulatoire ou par une ELSA, il n'est dès lors pas pertinent de décrire un profil moyen unique qui serait fortement influencé par celui des patients hospitalisés alors qu'ils ne représentent qu'une minorité de l'ensemble des patients vus dans l'année à l'hôpital pour un problème d'alcool. Il est donc apparu nécessaire, tout au long de l'analyse, de distinguer les patients suivant les trois grands types de structures de prise en charge : patients vus en ambulatoire, hospitalisés ou vus par une ELSA. En complément de cette approche par type de structures, les données ont également été analysées systématiquement suivant le sexe et l'âge des patients.

Un public très masculin, d'âge moyen élevé

La population des patients accueillis à l'hôpital pour un problème d'alcool est aux trois quarts masculine, ce qui reflète la part prépondérante des hommes parmi les consommateurs réguliers d'alcool : les buveurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans sont ainsi à 74 % de sexe masculin (Beck F. *et al.*, 2011). L'âge moyen de ces personnes est de 46,9 ans, les femmes étant en moyenne un peu plus âgées (49,5 ans vs 46,5 ans chez les hommes⁴). Les jeunes adultes (moins de 30 ans) et les seniors (60 ans et plus) sont peu représentés dans cette population (respectivement 5 % et 10 %). La classe d'âge la plus nombreuse est celle des quadragénaires, dont la proportion est particulièrement élevée parmi les patients hospitalisés (41 % vs 30 % parmi les patients vus en ambulatoire). Les seniors sont, en revanche, nettement sous-représentés parmi les personnes hospitalisées (9 % des personnes hospitalisées vs 15 % de celles vus en ambulatoire). Les hospitalisations pour sevrage sont un peu moins fréquentes chez les seniors mais ce sont surtout les séjours en soins de suite

Tableau 1 - Caractéristiques socio-démographiques des patients en difficulté avec l'alcool vus un jour donné en 2010 dans les structures hospitalières en addictologie (en %)

	Ensemble n = 1 881	Hospitalisés n = 1 192	Ambulatoire n = 480	ELSA n = 209
Homme	73,7	71,8	74,1	81,5
Femme (ns) *	26,3	28,2	25,9	18,5
Âge moyen	46,9	46,3	47,2	49,3
Ecart type	12,7	11,3	15,4	14,9
moins de 30 ans	5,5	5,4	6,3	4,4
de 30 à 39 ans	18,2	17,3	21,3	15,8
de 40 à 49 ans	37,0	40,6	30,1	32,5
de 50 à 59 ans	27,7	27,9	27,6	26,9
plus de 60 ans (p = 0,001)	11,6	8,8	14,6	20,4
Logement 1				
Propriétaire, locataire avec bail	71,9	71,2	71,9	76,9
Parents, proches	15,2	15,4	17,7	7,9
Locataire sans bail, foyer, CHRS	7,3	7,9	5,5	7,8
Sans logement	2,1	1,7	2,3	4,2
Autre (ns)	3,5	3,9	2,6	3,3
Logement 2				
Vit seul	43,3	46,2	35,5	44,7
Vit seul(e) avec enfant(s)	6,1	6,1	6,4	4,9
Vit avec ses parents	11,1	11,0	12,2	9,4
Vit avec un conjoint	35,7	32,5	43,3	36,8
Amis, autre (p = 0,04)	3,8	4,2	2,6	4,3
Ressources				
Revenus d'activité rémunérée	40,2	39,1	44,8	35,3
ASSEDIC	10,3	10,3	10,6	9,0
Pension invalidité	6,6	7,3	3,9	8,8
Retraite	10,4	7,2	14,6	19,1
RSA, AAH, autres prestations	26,1	29,9	19,5	19,5
Tiers, autres ressources, sans ressources (p = 0,0002)	6,5	6,2	6,6	8,3
CMU (p = 0,04)	19,7	21,9	14,2	19,4

Source : ESPERHA/OFDI, 2010

* Test du χ^2 : permet de savoir si les distributions sont significativement différentes au seuil de 5 % entre les 3 catégories de structures. La probabilité p associée au χ^2 indique le degré de significativité, d'autant plus important que p est petit. Elle ne figure dans le tableau que si elle est inférieure ou égale à 0,05 (soit 5 %). Lorsque le χ^2 est non significatif (ns), cela signifie que les répartitions entre modalités de réponse peuvent être considérées comme identiques quelle que soit la structure considérée. Ainsi, par exemple, la répartition par sexe n'est pas significativement différente suivant le type de structure.

Pour ce tableau et les tableaux suivants, les pourcentages de répondants sont toujours situés entre 94 % et 100 %, sauf pour les patients vus par les équipes de liaison, les pourcentages étant alors compris dans une fourchette de 90 % à 100 %.

Sauf mention contraire, le total des réponses est égal à 100 %.

qui sont plus rares parmi ces personnes : 17 % des patients de cette classe d'âge se trouvaient en CSSRA, contre 34 % des patients quadragénaires.

Une proportion importante de personnes en difficulté sociale

Environ un patient sur dix est dans une situation précaire vis-à-vis du logement : 7 % sont logés en hébergement provisoire (locataires sans bail, en instance d'expulsion, en foyer ou en centre d'hébergement et de réadaptation sociale) et un peu plus de 2 % sont sans logement (hébergement d'urgence, squat, camping, sans abri). Il faut encore ajouter les

personnes âgées de plus de 30 ans qui sont logées chez leurs parents (près de 7 %) ou par des amis ou des proches (près de 5 %). Ces cas de figure peuvent recouvrir différents types de situations mais il est vraisemblable qu'une partie importante de ces personnes sont dans une forme de précarité résidentielle, bien que bénéficiant de solidarités liées à un réseau social ou familial.

Une partie importante des patients vus à l'hôpital pour un problème d'alcool vivent seuls (43 %). Cette situation n'est pas en soi un indicateur de précarité sociale, mais la proportion de personnes en difficulté sociale est

4. Toutes les différences indiquées dans cet article sont significatives au seuil de risque d'erreur de 5 %.

néanmoins beaucoup plus élevée chez les personnes isolées que chez celles qui sont en couple. Ainsi, le pourcentage de personnes percevant le revenu de solidarité active (RSA) est de 17 % chez les personnes seules, contre 4 % chez les personnes en couple.

Seuls 40 % des patients, pourtant en grande majorité en âge d'avoir un emploi, tirent leurs revenus d'une activité rémunérée. Environ 10 % des patients perçoivent des allocations ASSEDIC, ce qui témoigne malgré tout d'une certaine proximité avec l'emploi et l'employabilité. Un quart vit de revenus de solidarité (revenu de solidarité active, allocation adulte handicapé, autres prestations sociales) et 2 % se déclarent sans ressources. Les autres patients vivent le plus souvent de pensions de retraite (10 %) ou d'invalidité (6 %)

ou, pour une part résiduelle, d'autres sources de revenus. Si, sur le plan de leur situation au regard du logement, les patients hospitalisés ne se distinguent pas des autres, ils tirent plus fréquemment leurs ressources de revenus de solidarité (30 % vs 19 %).

Les cadres et les professions libérales, ainsi que les professions intermédiaires, sont nettement sous-représentés parmi les patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital, par rapport à l'ensemble de la population française. Les cadres et professions libérales représentent 10 % des patients (ils sont 17 % en France, redressés par classes d'âge et sexe) ; les professions intermédiaires, 7 % (contre 21 % en population générale redressée). À l'inverse, les employés s'avèrent largement surreprésentés (36 % vs 17 %). Il faut par ailleurs

noter que les cadres et les professions libérales en difficulté avec l'alcool sont en moyenne plus âgés (52 ans), et plus souvent à la retraite que l'ensemble des patients (18 % vs 10 %).

Si on tient compte de critères combinant des conditions de logement défavorables (en foyer ou en centre d'hébergement et de réhabilitation sociale, hébergement d'urgence, squat, sans abri) et un faible niveau de ressources (RSA, allocation adulte handicapé, sans ressources, couverture maladie universelle ou aide médicale d'État), on peut estimer à un tiers environ la part des personnes en difficulté sociale parmi les patients accueillis à l'hôpital pour un problème d'alcool : 31 % selon les critères strictement définis ci-dessus, 38 % si on y inclut les personnes de 30 ans ou plus vivant chez leurs parents ou chez des amis.

Tableau 2 - Problèmes de santé déclarés par les patients en difficulté avec l'alcool vus un jour donné en 2010 dans les structures hospitalières en addictologie (en %)

	Ensemble n = 1 881	Hospitalisés n = 1 192	Ambulatoire n = 480	ELSA n = 209
Présence d'une maladie chronique				
Maladie chronique, oui	37,5	36,5	36,9	45,2
Maladie chronique, non (ns)	62,5	63,5	63,1	54,8
Type de pathologie**				
Maladie des artères (ns)	7,9	7,1	8,0	12,2
Maladie du foie (ns)	7,0	6,7	5,5	12,6
Insuffisance respiratoire (ns)	4,2	4,6	3,6	2,8
Polynévrites (ns)	3,9	4,0	2,9	5,8
Présence de dommages corporels au cours des 12 derniers mois				
Dommages corporels (12 derniers mois)	27,7	30,5	20,7	27,2
Sans dommages corporels (p = 0,004)	72,3	69,5	79,3	72,8
Circonstances dans lesquelles sont intervenus les dommages corporels**				
Accident chez vous (ns)	12,4	13,2	9,7	14,8
Accident sur la voie publique (p = 0,002)	6,0	7,5	2,4	5,8
Violences (disputes, rixes, etc.) (p = 0,009)	4,2	5,3	2,0	2,6
Accident sur votre lieu de travail (ns)	3,7	3,7	4,2	2,4
Présence d'affections psychiatriques associées**				
Problème psychiatrique, certainement	40,7	43,4	38,6	29,9
Problème psychiatrique à confirmer	9,4	10,1	5,5	15,4
Pas de problèmes psychiatriques (ns)	49,9	46,5	55,9	54,7
Types d'affections psychiatriques**				
Troubles psychotiques et délirants (ns)	3,4	3,8	3,1	1,2
Troubles anxieux (ns)	23,2	26,0	17,7	20,3
Troubles de l'humeur (ns)	23,3	24,5	21,1	21,6
Troubles des conduites alimentaires (ns)	1,1	1,3	0,8	0,3
Troubles de la personnalité et assimilés (ns)	12,4	12,9	10,5	14,6
Autres (ns)	2,9	3,2	2,8	1,4
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie				
Oui	31,2	33,2	28,1	26,4
Non (ns)	68,8	66,8	71,9	73,6
Antécédents de tentative de suicide				
Oui	32,3	36,9	22,2	28,3
Non (p < 0,0001)	67,7	63,1	77,8	71,7

Source : ESPERHA/OFDI, 2010

** Plusieurs réponses sont possibles pour un même patient ; le total peut donc être supérieur à 100 % ; les réponses par modalité étant indépendantes les unes des autres, le test du χ^2 est ici réalisé pour chaque réponse. Ce test indique ici par exemple que le pourcentage de patients atteints d'une maladie des artères ne diffère pas significativement au seuil de 5 % suivant le type de structure.

Un patient sur deux souffre d'une affection psychiatrique associée

La moitié des patients souffrent d'une affection psychiatrique nécessitant une prise en charge, de façon certaine pour 40 % d'entre eux, le diagnostic étant à confirmer pour 10 %. Ces résultats reposent sur l'appréciation du soignant⁵, en partie subjective, et non sur l'utilisation d'échelles dans le questionnaire⁶. Ces soignants sont cependant des professionnels de santé exerçant à l'hôpital, médecins addictologues le plus souvent, habitués à rencontrer des patients présentant des comorbidités psychiatriques. Les affections les plus fréquemment mentionnées sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, qui concernent pour chacune de ces deux catégories de troubles 23 % des patients, ainsi que les troubles de la personnalité (12 %). La prévalence des affections psychiatriques associées est globalement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (53 % vs 36 %), en particulier pour les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Chez les patients âgés de moins de 40 ans, la proportion de personnes présentant des troubles psychiatriques est identique à celle observée pour l'ensemble des patients, mais avec une répartition par trouble différente. Ainsi, on trouve chez les plus jeunes une moindre proportion de troubles de l'humeur (16 % vs 26 %) et une plus forte part de troubles de la personnalité (20 % vs 10 %) et de troubles psychotiques (6 % vs 3 %). Des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (hors sevrage) sont rapportés par 31 % des patients. Une proportion presque identique (32 %) a déjà fait une tentative de suicide. Alors que la proportion de personnes présentant une affection psychiatrique ou ayant déjà été hospitalisées en psychiatrie ne diffère pas

5. Ces questions figurent dans les deux volets du questionnaire remplis par le soignant (cf. encadré sur la méthodologie de l'enquête).

6. Cette solution tout d'abord envisagée a dû être écartée pour limiter le temps de passation du questionnaire.

suivant le type de structure, les antécédents de tentatives de suicide s'observent beaucoup plus fréquemment parmi les patients hospitalisés.

Un peu moins de quatre patients sur dix souffrent d'une maladie somatique chronique. Parmi les réponses possibles du questionnaire, les pathologies ou catégories de pathologies les plus souvent citées sont les « maladies des artères » (8 %⁷ des patients ayant répondu à la question sur l'existence d'une maladie chronique), les « maladies du foie » (7 %), « l'insuffisance respiratoire » (4 %) et les « polyneuropathies » (4 %). Il s'agit cependant de moyennes, pour un ensemble de patients dont la moitié est âgée de moins de 47 ans. Les prévalences de ces affections chez les cinquante ans et plus sont plus élevées : les « maladies des artères » touchent 13 % des patients de cette classe d'âge, les « maladies du foie » 11 %, « l'insuffisance respiratoire » 6 % et les « polyneuropathies » 5 %.

Des dommages corporels justifiant une consultation médicale intervenus au cours des 12 derniers mois sont mentionnés pour environ trois patients sur dix, cette proportion étant plus élevée parmi les patients hospitalisés que parmi les patients vus en ambulatoire ou par une ELSA. Les circonstances associées à ces dommages corporels sont, le plus souvent, des accidents au domicile (12 % des patients ayant répondu à la question sur la survenue de dommages corporels), les accidents sur la voie publique avec ou sans

véhicule (6 %) et les violences entre personnes (4 %). Les proportions selon les groupes de patients diffèrent pour les accidents sur la voie publique, moins fréquents parmi les patients vus en ambulatoire que dans les deux autres groupes (2 % vs 7 % et 6 %) ; les violences sont, quant à elles, plus fréquentes parmi les patients hospitalisés que dans les deux autres groupes (5 % vs 2 % et 3 %).

Au total, 60 % des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital souffrent soit d'une maladie somatique chronique, soit de troubles psychiatriques associés (ou les deux)⁹.

Consommation de tabac majoritaire et cannabis chez les moins de 40 ans

Sur l'ensemble des patients pris en charge pour un problème d'alcool, les trois quarts environ en ont consommé au cours des 30 derniers jours, les autres étant abstinentes (hospitalisés depuis plus d'un mois, suivis après sevrage). Parmi les premiers, la plupart sont considérés par les soignants comme étant dépendants à l'alcool (86 %), appréciation qui repose sur l'expertise clinique des soignants. La proportion de patients dans ce cas est plus élevée parmi les personnes hospitalisées qu'en ambulatoire (90 % vs 70 %). La très grande majorité des patients pris en charge pour un problème d'alcool sont

également fumeurs (pour 79 % d'entre eux). Les consommations dans le mois passé des produits illicites sont beaucoup moins fréquentes : le cannabis est cité pour 12 à 13 % des patients en moyenne, mais concerne surtout les moins de 40 ans, chez qui la proportion de consommateurs de ce produit atteint 32 %. Les femmes sont, en revanche, nettement moins souvent consommatrices de cannabis que les hommes (4 % vs 14 %) ; à âge contrôlé, les hommes ont deux fois plus de risques que les femmes d'être consommateurs de cannabis. En dehors de l'âge et du sexe, une analyse multivariée montre que la consommation de cannabis est aussi associée à la présence d'un trouble psychiatrique (odds ratio = 1,6 [1,2 - 2,1]) et au fait de vivre seul (odds ratio = 2 [1,5 - 2,6]). Parmi l'ensemble des consommateurs de cannabis au cours des 30 derniers jours, un tiers sont usagers quotidiens et 29 % d'entre eux sont considérés par les soignants comme étant ou ayant été dépendants. La quasi-totalité de ces patients consomment du cannabis depuis plus de 10 ans. Rares, les autres produits cités comprennent les benzodiazépines (4 %) et la cocaïne (2 %). Si l'on tient compte des personnes qui ont arrêté de consommer ces produits, le pourcentage de patients consommateurs ou anciens consommateurs atteint 85 % pour le tabac, 18 % pour le cannabis, un peu plus de 5 % pour les benzodiazépines et 6 % pour la cocaïne.

Les patients âgés de moins de 40 ans sont beaucoup plus souvent polyconsommateurs de substances psychoactives que leurs aînés : en dehors de la forte proportion de consommateurs de cannabis (32 % déjà mentionnée, 93 % sont fumeurs de tabac, et près de 6 % ont consommé de la cocaïne au cours des 30 derniers jours.

Tableau 3 - Trajectoires de soins des patients en difficulté avec l'alcool vus un jour donné en 2010 dans les structures hospitalières en addictologie (en %)

	Ensemble n = 1 881	Hospitalisés n = 1 192	Ambulatoire n = 480	ELSA n = 209
Antécédent de suivi				
Jamais suivis pour addiction	35,5	25,6	52,9	53,1
Déjà suivi, pas dans les 12 derniers mois	20,5	20,3	19,8	23,6
Actuellement suivi (p < 0,0001)	44,0	54,1	27,3	23,3
Type d'orientation***				
Orienté par un médecin généraliste (ns)	26,3	27,9	24,6	20,6
Venu de sa propre initiative (p = 0,01)	24,6	27,5	20,6	16,6
Orienté par l'entourage (ns)	22,3	24,0	19,5	18,6
Orienté par un soignant dans un hôpital (p = 0,0001)	21,2	18,7	19,3	41,9
Autres	4,9	5,1	6,2	0,5
Orienté par autre médecin en ville (ns)	4,6	4,0	4,1	8,8
Orienté par un CSAPA (p = 0,002)	3,7	5,2	0,9	2,0
Antécédents d'hospitalisation				
Déjà été hospitalisé pour prise en charge addictologique	65,6	73,0	53,0	50,5
Jamais été hospitalisé (p < 0,0001)	34,4	27,0	47,0	49,5
Motif de venue à l'hôpital				
Sevrage	79,7	86,2	81,0	39,8
Autre prise en charge addictologique	10,2	10,9	11,1	4,0
Intoxication aiguë***	1,7	0,5	0,0	11,9
Prise en charge non addictologique	6,1	2,1	1,7	39,1
Autre motif de venue (p < 0,0001)	2,3	0,3	6,2	5,2

Source : ESPERHA/OFDT, 2010

Plusieurs réponses sont possibles pour un même patient ; le total peut donc être supérieur à 100 % ; les réponses par modalité étant indépendantes les unes des autres, le test du Chi2 est ici réalisé pour chaque réponse.

*** Pour le calcul du χ^2 , l'item « intoxication aiguë » a été regroupé avec l'item « autre prise en charge addictologique ».

Une majorité de patients déjà hospitalisé pour une prise en charge addictologique

Un quart des patients hospitalisés et la moitié des patients vus en ambulatoire ou par une équipe de liaison le jour de l'enquête n'ont jamais bénéficié d'un suivi pour un problème d'addiction (au moins trois consultations avec le même soignant) avant la prise en charge actuelle à l'hôpital. Les patients observés dans l'enquête ont été orientés vers une prise en charge addictologique à l'hôpital à parts presque égales par leur médecin généraliste

7. Ce pourcentage est calculé en rapportant le nombre de personnes souffrant d'une « maladie des artères » au nombre de personnes pour lesquelles on dispose d'une réponse (oui ou non) sur la présence d'une maladie somatique chronique ; le taux de réponse pour cette question est de 96 %.

8. Atteinte des nerfs périphériques.

9. Des patients peuvent souffrir à la fois de maladies somatiques et de troubles psychiatriques ; le chiffre cité (60 %) est donc inférieur à la somme du pourcentage de patients atteints par ces deux types d'affections.

(26 %), leur entourage (22 %) ou un soignant hospitalier (21 %). Un quart indique être venu de sa propre initiative. Les autres structures ou professionnels susceptibles d'orienter des patients vers l'hôpital n'apparaissent que pour de faibles proportions.

Les antécédents d'hospitalisation pour une prise en charge addictologique sont très fréquents : ils concernent la moitié des patients vus en ambulatoire ou par une ELSA et les trois quarts des patients hospitalisés. Le nombre moyen d'hospitalisations antérieures pour un problème d'addiction s'établit à 3,4. Près de 30 % des patients ont déjà été hospitalisés plus de trois fois.

Environ un tiers des patients pris en charge à l'hôpital pour un problème d'alcool sont venus à l'hôpital pour un sevrage (ou pour le préparer), la moitié pour un suivi après sevrage, 10 % pour un conseil, une évaluation, une orientation ou un autre type de prise en charge addictologique. Cette répartition suivant le motif de recours hospitalier est sensiblement la même pour les patients hospitalisés ou vus en ambulatoire. Elle est en revanche différente pour les patients vus par les équipes de liaison qui, conformément à leurs missions, entrent souvent en contact avec des patients présents à l'hôpital pour d'autres problèmes : 44 % des patients vus par les ELSA sont venus à l'hôpital pour une affection somatique, le plus souvent, ou psy-

chiatricque, très rarement. Les autres patients vus par les équipes de liaison ont été accueillis à l'hôpital au titre de la prise en charge d'un problème d'addiction (44 %), le plus souvent pour un motif lié au sevrage, ou à la suite d'une intoxication aiguë (12 %). Un peu plus d'un patient sur dix vu par une équipe de liaison était hospitalisé dans une unité d'hospitalisation de courte durée, proportion à peu près identique à la proportion de patients que l'ELSA a rencontrés dans un service d'urgence. Un quart des patients ont été vus en ambulatoire et la moitié était hospitalisés dans un service non addictologique, ces derniers se répartissant de la façon suivante entre services : gastro-entérologie (38 %), médecine ou médecine interne (28 %), chirurgie (9 %) ou psychiatrie (5 %). Les autres services cités représentent, chacun, moins de 5 % des patients.

Les CSAPA et les consultations hospitalières accueillent un public très semblable

Une partie des données issues de l'enquête menée à l'hôpital peut être comparée avec celles recueillies dans l'ensemble des CSAPA spécialisés en alcoologie (anciennement centres de cure ambulatoire en alcoologie, CCAA), dans le cadre du dispositif de recueil commun

sur les addictions et les prises en charge (RECAP). Pour être valide, la comparaison doit être limitée aux patients vus en ambulatoire, ces CSAPA ne se consacrant qu'à ce type de prise en charge. La comparaison porte sur 480 personnes vues en ambulatoire un jour donné à l'hôpital fin 2010 et 42 000 personnes accueillies en 2009 dans les CSAPA spécialisés en alcoologie.

Pour les items qui peuvent être comparés¹⁰, les caractéristiques des patients vus à l'hôpital en ambulatoire et dans les CSAPA « à orientation alcool » sont dans l'ensemble très similaires. Quelques différences peuvent cependant être relevées. Les patients vus à l'hôpital comportent tout d'abord une proportion un peu plus élevée de femmes. Ensuite, l'âge moyen des patients vus à l'hôpital en ambulatoire est un peu plus élevé (47,2 ans vs 43,6 ans), la part des moins de 30 ans étant plus faible à l'hôpital, et celle des 50 ans et plus supérieure. Il peut être observé, en dernier lieu, une proportion plus importante de cadres, de professions libérales et de professions intermédiaires chez les patients vus à l'hôpital.

Conclusion

Les résultats de cette enquête permettent de dresser un tableau national représentatif des patients en difficulté avec l'alcool vus à l'hôpital.

Très majoritairement masculine, âgée d'environ 47 ans en moyenne, la population des personnes en difficulté avec l'alcool vues à l'hôpital est dominée par la classe d'âge des 30-60 ans (à 85 %). Elle comprend une majorité de personnes de condition sociale et médicale précaire : au moins 30 % présentent des signes de précarité concernant leur logement ou leurs ressources ; 38 % souffrent de maladies chroniques somatiques et 40 % sont considérés avec certitude comme nécessitant des soins psychiatriques. Au total, 60 % des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital souffrent d'au moins une de ces pathologies. La plupart des patients en difficulté avec l'alcool sont aussi fumeurs et une minorité (13 %) est consommatrice de cannabis (proportion qui s'élève à un tiers chez les moins de 40 ans). Dans cette population, les consommations d'autres substances, notamment illicites, sont rares. Un patient sur deux vu en ambulatoire ou par une ELSA n'a jamais été suivi auparavant pour un problème d'addiction : parmi les patients hospitalisés, cette proportion s'abaisse à 25 %. Aucune filière d'orientation vers une prise en charge

Tableau 4 - Caractéristiques des patients en difficulté avec l'alcool vus un jour donné en 2010 dans les structures hospitalières ambulatoire en addictologie et dans les CSAPA en ambulatoire à orientation alcoologique en 2009 (en %)

	Hôpital ambulatoire n = 480	CSAPA ambulatoire n = 42 525
% d'hommes	73,1	80,5
Âge moyen (nombre d'années)	47,2	43,2
% de moins de 30 ans	6,3	13,0
% de 50 ans et plus	40,3	31,2
% vivant seul	36,3	38,1
% vivant avec ses parents	11,7	12,0
% vivant avec un conjoint seulement	17,6	18,8
% vivant avec conjoint et enfant(s)	25	21,9
% percevant des revenus d'activité, retraite, pensions	62,6	57,0
% percevant les ASSEDIC	10,5	13,7
% percevant le revenu de solidarité active	9,1	13,3
% percevant une allocation adulte handicapé	6,0	4,6
% percevant d'autres prestations sociales	5,5	4,7
% de cadre et profession libérale	10,3	5,9
% de profession intermédiaire	8,0	4,0
% d'employé	39,3	37,0
% d'ouvrier	27,5	31,7
% de sans profession	9,3	15,0
% de consommateurs de tabac	72,9	64,3
% de consommateurs de cannabis	11,2	13,2
% de consommateurs de benzodiazépines	2,0	0,7
% de consommateurs d'héroïne	0,0	2,4
% de consommateurs de cocaïne	2,1	2,7
% de dépendants à l'alcool	70,3	64,7

Source : RECAP/ESPERHA/OFDI, 2009/2010

10. La comparaison n'est possible que sur quelques caractéristiques. Le recueil RECAP, qui porte sur tous les patients accueillis dans les CSAPA ne comprend en effet qu'un nombre limité de questions. Par ailleurs, jusqu'en 2009, une partie des questions RECAP n'étaient pas incluses dans le dossier patient utilisé par toutes les structures de l'ANPAA.

(26 %), leur entourage (22 %) ou un soignant hospitalier (21 %). Un quart indique être venu de sa propre initiative. Les autres structures ou professionnels susceptibles d'orienter des patients vers l'hôpital n'apparaissent que pour de faibles proportions.

Les antécédents d'hospitalisation pour une prise en charge addictologique sont très fréquents : ils concernent la moitié des patients vus en ambulatoire ou par une ELSA et les trois quarts des patients hospitalisés. Le nombre moyen d'hospitalisations antérieures pour un problème d'addiction s'établit à 3,4. Près de 30 % des patients ont déjà été hospitalisés plus de trois fois.

Environ un tiers des patients pris en charge à l'hôpital pour un problème d'alcool sont venus à l'hôpital pour un sevrage (ou pour le préparer), la moitié pour un suivi après sevrage, 10 % pour un conseil, une évaluation, une orientation ou un autre type de prise en charge addictologique. Cette répartition suivant le motif de recours hospitalier est sensiblement la même pour les patients hospitalisés ou vus en ambulatoire. Elle est en revanche différente pour les patients vus par les équipes de liaison qui, conformément à leurs missions, entrent souvent en contact avec des patients présents à l'hôpital pour d'autres problèmes : 44 % des patients vus par les ELSA sont venus à l'hôpital pour une affection somatique, le plus souvent, ou psy-

chiatricque, très rarement. Les autres patients vus par les équipes de liaison ont été accueillis à l'hôpital au titre de la prise en charge d'un problème d'addiction (44 %), le plus souvent pour un motif lié au sevrage, ou à la suite d'une intoxication aiguë (12 %). Un peu plus d'un patient sur dix vu par une équipe de liaison était hospitalisé dans une unité d'hospitalisation de courte durée, proportion à peu près identique à la proportion de patients que l'ELSA a rencontrés dans un service d'urgence. Un quart des patients ont été vus en ambulatoire et la moitié était hospitalisés dans un service non addictologique, ces derniers se répartissant de la façon suivante entre services : gastro-entérologie (38 %), médecine ou médecine interne (28 %), chirurgie (9 %) ou psychiatrie (5 %). Les autres services cités représentent, chacun, moins de 5 % des patients.

Les CSAPA et les consultations hospitalières accueillent un public très semblable

Une partie des données issues de l'enquête menée à l'hôpital peut être comparée avec celles recueillies dans l'ensemble des CSAPA spécialisés en alcoologie (anciennement centres de cure ambulatoire en alcoologie, CCAA), dans le cadre du dispositif de recueil commun

sur les addictions et les prises en charge (RECAP). Pour être valide, la comparaison doit être limitée aux patients vus en ambulatoire, ces CSAPA ne se consacrant qu'à ce type de prise en charge. La comparaison porte sur 480 personnes vues en ambulatoire un jour donné à l'hôpital fin 2010 et 42 000 personnes accueillies en 2009 dans les CSAPA spécialisés en alcoologie.

Pour les items qui peuvent être comparés¹⁰, les caractéristiques des patients vus à l'hôpital en ambulatoire et dans les CSAPA « à orientation alcool » sont dans l'ensemble très similaires. Quelques différences peuvent cependant être relevées. Les patients vus à l'hôpital comportent tout d'abord une proportion un peu plus élevée de femmes. Ensuite, l'âge moyen des patients vus à l'hôpital en ambulatoire est un peu plus élevé (47,2 ans vs 43,6 ans), la part des moins de 30 ans étant plus faible à l'hôpital, et celle des 50 ans et plus supérieure. Il peut être observé, en dernier lieu, une proportion plus importante de cadres, de professions libérales et de professions intermédiaires chez les patients vus à l'hôpital.

Conclusion

Les résultats de cette enquête permettent de dresser un tableau national représentatif des patients en difficulté avec l'alcool vus à l'hôpital.

Très majoritairement masculine, âgée d'environ 47 ans en moyenne, la population des personnes en difficulté avec l'alcool vues à l'hôpital est dominée par la classe d'âge des 30-60 ans (à 85 %). Elle comprend une majorité de personnes de condition sociale et médicale précaire : au moins 30 % présentent des signes de précarité concernant leur logement ou leurs ressources ; 38 % souffrent de maladies chroniques somatiques et 40 % sont considérés avec certitude comme nécessitant des soins psychiatriques. Au total, 60 % des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital souffrent d'au moins une de ces pathologies. La plupart des patients en difficulté avec l'alcool sont aussi fumeurs et une minorité (13 %) est consommatrice de cannabis (proportion qui s'élève à un tiers chez les moins de 40 ans). Dans cette population, les consommations d'autres substances, notamment illicites, sont rares. Un patient sur deux vu en ambulatoire ou par une ELSA n'a jamais été suivi auparavant pour un problème d'addiction : parmi les patients hospitalisés, cette proportion s'abaisse à 25 %. Aucune filière d'orientation vers une prise en charge

Tableau 4 - Caractéristiques des patients en difficulté avec l'alcool vus un jour donné en 2010 dans les structures hospitalières ambulatoire en addictologie et dans les CSAPA en ambulatoire à orientation alcoologique en 2009 (en %)

	Hôpital ambulatoire n = 480	CSAPA ambulatoire n = 42 525
% d'hommes	73,1	80,5
Âge moyen (nombre d'années)	47,2	43,2
% de moins de 30 ans	6,3	13,0
% de 50 ans et plus	40,3	31,2
% vivant seul	36,3	38,1
% vivant avec ses parents	11,7	12,0
% vivant avec un conjoint seulement	17,6	18,8
% vivant avec conjoint et enfant(s)	25	21,9
% percevant des revenus d'activité, retraite, pensions	62,6	57,0
% percevant les ASSEDIC	10,5	13,7
% percevant le revenu de solidarité active	9,1	13,3
% percevant une allocation adulte handicapé	6,0	4,6
% percevant d'autres prestations sociales	5,5	4,7
% de cadre et profession libérale	10,3	5,9
% de profession intermédiaire	8,0	4,0
% d'employé	39,3	37,0
% d'ouvrier	27,5	31,7
% de sans profession	9,3	15,0
% de consommateurs de tabac	72,9	64,3
% de consommateurs de cannabis	11,2	13,2
% de consommateurs de benzodiazépines	2,0	0,7
% de consommateurs d'héroïne	0,0	2,4
% de consommateurs de cocaïne	2,1	2,7
% de dépendants à l'alcool	70,3	64,7

Source : RECAP/ESPERHA/OFDI, 2009/2010

10. La comparaison n'est possible que sur quelques caractéristiques. Le recueil RECAP, qui porte sur tous les patients accueillis dans les CSAPA ne comprend en effet qu'un nombre limité de questions. Par ailleurs, jusqu'en 2009, une partie des questions RECAP n'étaient pas incluses dans le dossier patient utilisé par toutes les structures de l'ANPAA.

hospitalière dominante ne se dégage : les médecins généralistes et, plus globalement, les médecins de ville représentent la première source d'orientation vers l'hôpital mais leur part n'est pas sensiblement plus élevée que celle de l'entourage, des médecins hospitaliers, ou des patients eux-mêmes : un sur quatre est en effet venu de sa propre initiative. La chronicité de la maladie alcoolique apparaît aussi pleinement à travers la proportion importante de personnes ayant déjà été hospitalisées pour

des soins en addictologie en rapport avec l'alcool auparavant, deux fois plus élevée chez les patients actuellement hospitalisés qu'en ambulatoire. Globalement, les caractéristiques des patients hospitalisés font apparaître une situation plus difficile, tant sur le plan de l'insertion sociale que sur le plan de la santé, même si le pourcentage de personnes nécessitant des soins psychiatriques n'apparaît pas plus élevé que chez les patients vus en ambulatoire ■

Le dispositif hospitalier en addictologie

À l'hôpital, les soins aux personnes ayant un problème d'addiction sont organisés depuis 2007 au sein d'une filière addictologique regroupant différentes composantes. Leur objectif est de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée et de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Cette filière comprend trois niveaux distincts.

Les structures de niveau 1 sont des structures de proximité qui ont pour mission la mise en place des sevrages résidentiels simples, les activités de consultation et les activités de liaison. Ces missions sont assurées respectivement dans le cadre d'unités de sevrage simple, de consultations hospitalières en addictologie qui accueillent les patients en ambulatoire et d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Ces dernières remplissent des missions d'assistance aux équipes de personnel soignant dans les hôpitaux et de formation. Les différents services hospitaliers, lorsqu'ils rencontrent un patient hospitalisé ayant des problèmes d'addiction, peuvent ainsi contacter l'ELSA pour un diagnostic et la mise en place, si besoin, d'un protocole de soins addictologique. L'ELSA est également chargée d'orienter le patient vers une structure de prise en charge addictologique adaptée le cas échéant.

Les structures de niveau 2 offrent les mêmes services que celles de niveau 1, auxquels s'ajoutent l'offre de soins résidentiels complexes* (unités de sevrage et de soins complexes et hôpitaux de jour) et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie. Ces derniers accueillent les patients pour des séjours de quelques mois, le plus souvent à la suite d'un sevrage.

Les structures de niveau 3 assurent les missions des structures de niveau 2 et des missions d'enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale.

La prise en charge des problèmes d'addiction au sein des hôpitaux peut aussi être assurée par les CSAPA, structures médico-sociales gérées par des hôpitaux et implantées au sein de l'hôpital.

En 2010, on comptait en France** 278 établissements hospitaliers, publics dans la quasi-totalité des cas, dotés de lits d'hospitalisation pour sevrage simple, 118 d'une unité de sevrage complexe, 67 avec un hôpital de jour, et 113 avec une activité de soins de suite avec mention addictologie. Toutes ces structures accueillent des patients en hospitalisation. En ce qui concerne la prise en charge en ambulatoire, il existait 476 établissements dotés d'une consultation hospitalière en addictologie, et environ 140 gérant un CSAPA. On comptait en outre 297 établissements disposant d'une ELSA. Un même établissement hospitalier peut-être doté de plusieurs de ces structures.

* La notion de soins complexes est définie en référence à des critères de gravité des addictions ou de comorbidités associées.

** Métropole et départements d'outre mer.

L'objectif de l'enquête ESPERHA est de décrire la situation médico-sociale des patients accueillis dans les structures en addictologie hospitalière et de fournir des éléments sur les trajectoires de soins. Environ 3 000 patients, présents au cours d'une journée de la troisième semaine du mois de décembre 2010 dans les différentes structures en addictologie de 143 établissements de santé, ont été interrogés. Les établissements ont été sélectionnés par tirage aléatoire à probabilité inégale parmi l'ensemble des établissements, hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques, ayant déclaré une activité en addictologie en 2009 au ministère de la Santé*. Le tirage à probabilité inégale visait à cibler les hôpitaux avec le plus grand nombre d'équivalents temps plein addictologiques afin d'obtenir un échantillon de taille suffisante tout en sollicitant un nombre raisonnable d'hôpitaux. L'équiprobabilité de tirage a été rétablie en donnant à chaque hôpital de l'échantillon un poids égal à l'inverse de sa probabilité de tirage. Une première partie du questionnaire portant sur les caractéristiques socio-démographiques et l'état de santé général pouvait être remplie par le patient, les autres questions, relatives aux traitements suivis, aux consommations de produits, au parcours de soins et au diagnostic psychiatrique, étaient renseignées par le soignant, à qui il était également demandé de vérifier les réponses des patients sur leur état de santé. Le questionnaire étant rempli au cours des consultations ou des visites au lit du patient, la durée de passation et, par conséquent, le nombre de questions posées devaient demeurer limités.

* Afin de pouvoir suivre la réalisation du Plan addiction 2007-2011, la Direction générale de l'organisation des soins du ministère de la Santé a interrogé chaque année entre ces deux dates les hôpitaux publics pour recenser les structures addictologiques existantes.

Références bibliographiques

BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.B., TOVAR M.L. et SPILKA S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n° 76, 2011, 6 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS et BERTRAND X., *La Prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011*, Paris, Ministère de la santé et des solidarités, 2006, 19 pages.

PALLE C., DAOUST M., HOUCHE A. et KUSTERER M., « Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés », *Alcoologie et Addictologie*, Vol.32, n° 1, 2010, pp. 15-23.

PALLE C. et VAISSADE L., « Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005 », *Tendances*, n° 54, 2007, 6 p.

Les tableaux statistiques des enquêtes RECAP à partir de 2005 sont consultables sur le site de l'OFDT (<http://www.ofdt.fr/ofdt-dev/live/donneesnat/recap.html>)

Nous remercions Cécile Anglade de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) pour sa contribution à la réalisation de l'enquête.

Tendances

Directrice de la publication

Maud Pousset

Comité de rédaction

Christian Ben Lakhdar, Emmanuelle Godeau, Bruno Falissard, Fabien Jobard, Serge Karsenty

Rédactrice en chef

Julie-Émilie Adès

Maquettiste

Frédérique Million

Impression

Imprimerie Masson / 69, rue de Chabrol
75010 Paris
ISSN 1295-6910 / Dépôt légal à parution

Observatoire français des drogues

et des toxicomanies

3, avenue du Stade-de-France

93218 Saint-Denis-La-Plaine cedex

Tél. : 01 41 62 77 16 / Fax : 01 41 62 77 00

e-mail : ofdt@ofdt.fr