

5e Conférence Nationale Santé

Mondorf-les-Bains, le 19 mai 2010

Vers un Plan National Alcool

Prévention primaire des mésusages d'alcool

Traitement et réhabilitation des mésusages d'alcool

Version relue le 20 juin 2010



Dr Paul Hentgen

ctu centre thérapeutique **useldange**

Vers un Plan National Alcool

Traitement et réhabilitation des mésusages d'alcool :

- Prévention secondaire (soins aigus / traitement)
- Prévention tertiaire (soins postaigus / réhabilitation)

Systeme de soins

1. Interventions précoces (Dr Jean-Marc Cloos)

- Repérage précoce et intervention brève

2. Soins aigus (Dr Marc Gleis)

- Sevrage qualifié
- Addictologie de liaison

3. Soins postaigus (Dr Paul Hentgen)

- Réhabilitation médicale
- Réadaptation psychosociale
- Postcure au long cours

Vers un Plan National Alcool

Traitement et réhabilitation des mésusages d'alcool

- **PARTIE 1 : INTRODUCTION**
- **PARTIE 2 : SOINS POSTAIGUS**

Vers un Plan National Alcool

A. État des lieux succinct

1. Notions de base
2. Données chiffrées
3. Dispositif de soins national

B. Benchmark international

1. Données chiffrées
2. Dispositifs de soins comparés
3. Evidence-based guidelines
4. Alcohol policy

C. Plan National Alcool

1. Constats préalables
2. Idées phares

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

5

Vers un Plan National Alcool

A. État des lieux succinct

1. Notions de base
2. Données chiffrées
3. Dispositif de soins national

1. Pyramide de Skinner
2. Types d'intervention
3. Chaîne thérapeutique
4. Paradigme addictologique

B. Benchmark international

1. Données chiffrées
2. Dispositifs de soins comparés
3. Evidence-based guidelines
4. Alcohol policy

C. Plan National Alcool

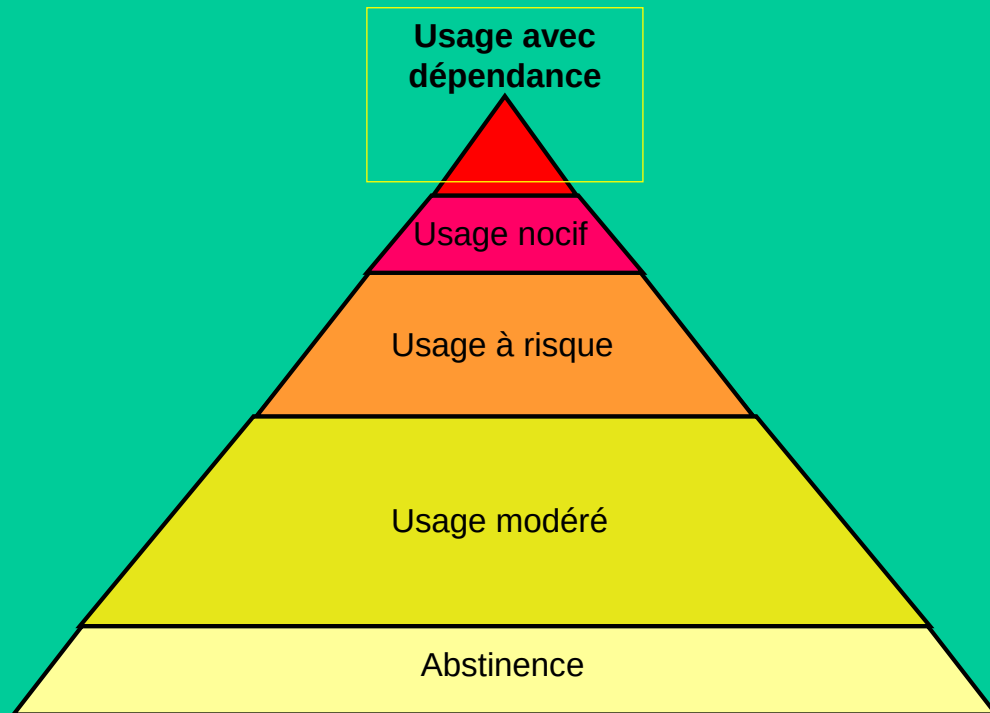
1. Constats préalables
2. Idées phares

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

6

Pyramide de Skinner



Dr Paul Hentgen 19.05.2010

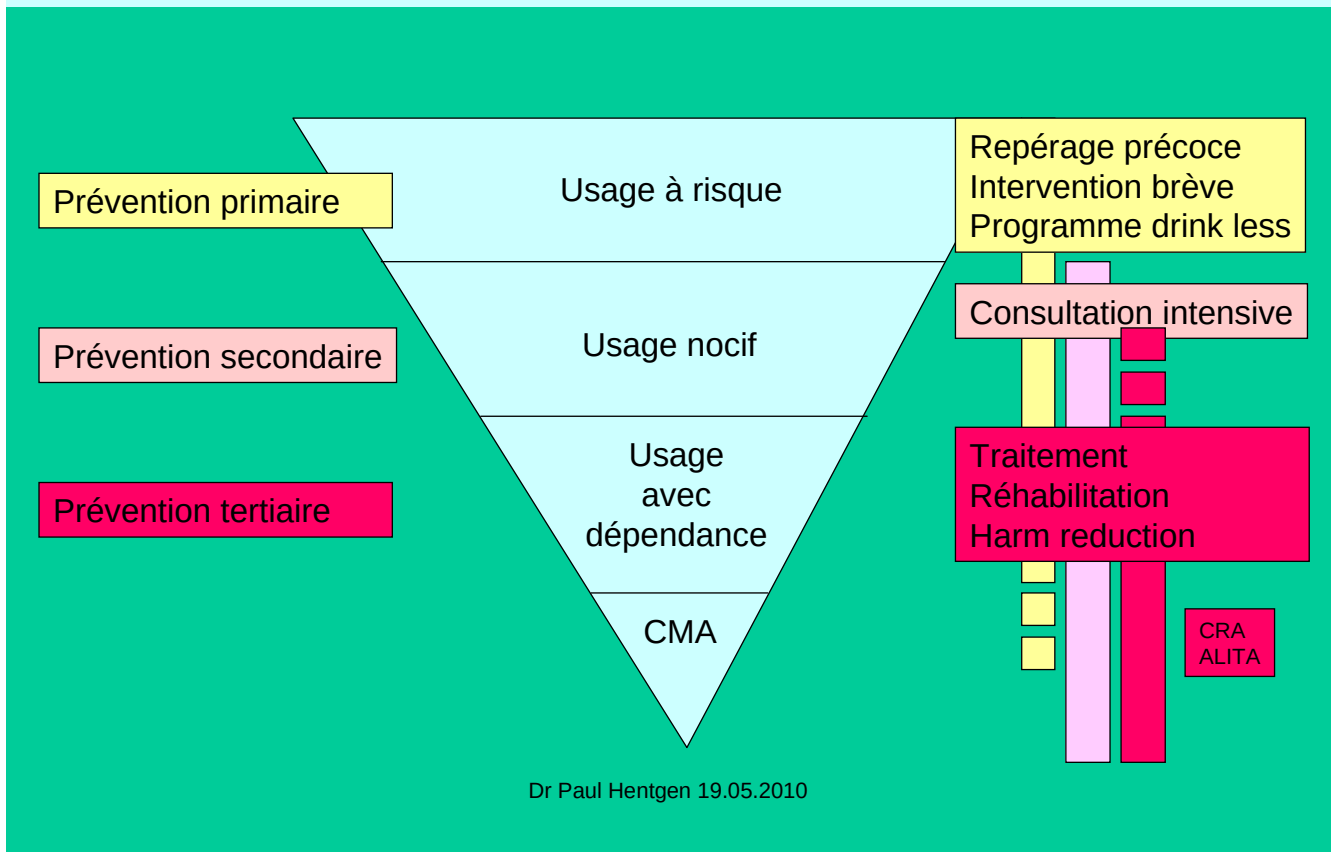
Mésusages d'alcool (SFA)

- **Usages à risque** (consommateurs « à risque »)
 - Risque différé et cumulatif
 - Risque immédiat (situation à risque / risque individuel)
- **Usage nocif** (consommateurs à « problèmes »)
 - Consommation à risque répétée
 - Dommages physiques, psychiques et souvent sociaux
- **Usage avec dépendance** (consommateurs « dépendants »)
 - Perte de la maîtrise de la consommation
 - Dommages généralement associés
 - Tolérance et signes de sevrage généralement associés

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Types d'intervention par population-cible

(modifié d'après Wienberg, 2002, 2010)



Chaîne → Réseau thérapeutique

Modèle interactionnel centré sur la personne

Stepped care

Person-centered care

ICD → ICD + ICF

Integrated care

Treatment matching

Ambulatoire

Sevrage qualifié

Réadaptation

Semi-stationnaire

Stationnaire

Réhabilitation

Postcure

Contact

Sevrage

Mouvements d'entraide
Community Reinforcement Approach (CRA) (Meyers & Smith)
Recovery Community Services Programm (RCSP) (SAMHSA/CSAT)

© CTU PH 2009

Concepts clés de l'alcoologie

Changement de paradigme

- Addictologie (Goodman, Mann, Reynaud)
- Triangle addictif (Olievenstein, Feuerlein)
- Modèle cognitif du maintien de la conduite addictive (Beck)
- Modèle sociocognitif de la rechute (Marlatt & Gordon)
- Hiérarchisation des objectifs (Körkel)
- Sevrage qualifié (Mann)
- Harm reduction (Larimer et al.)
- Balance décisionnelle (Janis & Mann)
- Modèle transthéorique du changement (Prochaska & DiClemente)
- Étapes du changement (Saunders)
- Entretien motivationnel (Miller & Rollnick)
- Community reinforcement approach (Meyers & Smith)
- ...

L'alcoologie dans l'addictologie

Le paradigme de l'addictologie

- 1988 : American Medical Society on Alcoholism (AMSA)
-> American Society of Addiction Medicine (ASAM)
- 1990 : Addiction / addictive disorders (Goodman)
- 1998 : International Society of Addiction Medicine (ISAM)
- 1999 : Addictologie = nouvelle discipline en France
(concept transdisciplinaire)
- 2000 : pratiques addictives (Reynaud et al.)
- 2000 : Fédération Française d'Addictologie (FFA)

L'alcoologie dans l'addictologie

Addictologie

- approche commune, clinique, scientifique mais aussi politique de l'ensemble des conduites addictives
- épidémiologie : accroissement des polyconsommations
- clinique : similitudes entre différentes conduites addictives
- sociopolitique : globaliser et améliorer les politiques de santé publique
- décloisonnements conceptuels
- recompositions des dispositifs institutionnels
- addictologie clinique, médecine des addictions
- multifactorialité des pratiques addictives -> approche multidimensionnelle
- « risque de l'addictologie » = pathologiser des modalités de la recherche de bien-être et de lien social communes

Morel (2002, 2004)

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

13

Vers un Plan National Alcool

A. État des lieux succinct

1. Notions de base
2. Données chiffrées
3. Dispositif de soins national

1. Études de prévalence
2. Recours aux soins

B. Benchmark international

1. Données chiffrées
2. Dispositifs de soins comparés
3. Evidence-based guidelines
4. Alcohol policy

C. Plan National Alcool

1. Constats préalables
2. Idées phares

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

14

Mésusage d'alcool au Luxembourg

- Consommation annuelle d'alcool pur par habitant
= Leader européen (shopping touristique!) (Productschap Dranken, 2005)
(15,6 litres d'alcool pur par habitant > 15 ans, 2nd après la Rép. Tchèque, OMS, chiffres 2003)
- Absence d'étude de prévalence représentative au Luxembourg
= Recours aux données internationales (Loeber, 2009)
 - 2,4 % d'adultes alcoolodépendants
 - 4,0 % des adultes abusent d'alcool
 - < 8,0 % des adultes alcoolodépendants bénéficient d'un traitement spécialisé
 - 3,0 % des adultes alcoolodépendants bénéficient d'un traitement de longue durée en milieu spécialisé

Dr Paul Hentgen 2009

Mésusage d'alcool au Luxembourg

Alcool [\[1\]](#)

[\[1\]](#) Faute de disposer d'études de prévalence en population générale au Luxembourg, nous devons nous référer à des études représentatives réalisées à l'étranger.* Si certaines enquêtes européennes en population générale semblent sousévaluer les prévalences pour des raisons méthodologiques (étude ESEMeD / MHEDEA réalisée par l'OMS en 2000), une revue métaanalytique des études européennes faite en 2005 conclut à une prévalence sur les 12 derniers mois de la dépendance à l'alcool de 6,1% chez les hommes et de 1,1% chez les femmes, selon des critères diagnostiques de type ICD de l'OMS / WHO ou DSM de l'APA (American Psychiatric Association) (voir Rehm et al., 2005). Pour en savoir plus sur les statistiques de la consommation d'alcool en Europe et dans le monde, voir e.a. Anderson et Baumberg (2006) et World Health Organisation (2004, 2006).

* Voir l'existence d'enquêtes à portée plus limitée : ESPAD / HSBC / EHIS / Eurobarometer / TEMP / ORISCAV-LUX

Dr Paul Hentgen 2009

Mésusage d'alcool au Luxembourg

■ Binge drinking :	23,3 %	+/- 96.506	pers.
■ Heavy drinking :	6,9 %	+/- 28.579	pers.
■ Abus / dépendance :	7,5 %	+/- 31.065	pers.

(Population supérieure ou égale à 12 ans, diagnostics DSM-IV)

(Luxembourg, extrapolations à partir d'études réalisées aux États-Unis)^[2]

^[2] Les données 2007 de la National Survey on Drug Use and Health (**NSDUH**) de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) montrent que 23,3% de la population au-delà de 12 ans ont fait du binge drinking (au moins 5 boissons alcoolisées en une seule occasion lors d'1 jour au moins au cours des 30 derniers jours) ; 6,9% ont rapporté du heavy drinking (binge drinking pendant au moins 5 jours au cours des 30 derniers jours) ; 7,5% sont classés au cours de l'année précédente dans les catégories abus ou dépendance à l'alcool selon le DSM-IV.

Dr Paul Hentgen 2009

Mésusage d'alcool au Luxembourg

■ Abus d'alcool :	4,7 %	+/- 18.000	pers.
■ Dépendance à l'alcool :	3,8 %	+/- 14.500	pers.
■ Total abus / dépendance :	8,5 %	+/- 32.500	pers.

(Population au-delà de 18 ans, diagnostics DSM-IV)

(Luxembourg, extrapolations à partir d'études réalisées aux États-Unis)^[3]

^[3] La National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (**NESARC**) du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), remontant aux années 2001-2002 / 2004-2005 (étude longitudinale), conclut pour une population au-delà de 18 ans à une prévalence respectivement à vie et à 12 mois pour l'abus d'alcool de 17,8% et de 4,7%, et pour la dépendance à l'alcool de 12,5% et de 3,8%, selon les critères du DSM-IV (voir Grant et al., 2004 ; Hasin et al., 2007). Les prévalences à 12 mois du mésusage d'alcool sont similaires d'après la NSDUH et la NESARC. Mentionnons encore d'autres études américaines représentatives, sans pouvoir entrer dans les détails : la Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA), la National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) et la National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey (NLAES) (cette dernière évalue la prévalence vie entière de l'alcoolodépendance selon le DSM-IV à environ 13,3% pour la population générale de plus de 18 ans, 8,4% pour les femmes, 18,6% pour les hommes, voir Grant, 1997).

Dr Paul Hentgen 2009

Mésusage d'alcool au Luxembourg

■ Abus d'alcool :	3,8 %	+/- 12.000	pers.
■ Dépendance à l'alcool :	2,4 %	+/- 7.500	pers.
■ Total abus / dépendance :	6,2 %	+/- 19.500	pers.
■ Consommation à risque, nocive ou élevée :	10,7 %	+/- 33.500	pers.

(Population âgée de 18 à 64 ans, diagnostics DSM-IV)

(Luxembourg, extrapolations sur base d'études réalisées en Allemagne)^[4]

^[4] Résultats du Epidemiologisches Suchtsurvey (ESA) réalisé en 2006 pour la population âgée de 18 à 64 ans (Pabst et Kraus, 2008) : au cours des 30 derniers jours, 10,7% de l'échantillon ont indiqué une consommation au moins à risque (20/30 g d'alcool pur par jour pour les femmes/hommes), ou plus précisément 7,9% de consommation à risque (20/30 g), 2,4% de consommation nocive (40/60 g) et 0,4% de consommation élevée (80/120 g) ; prévalences à 12 mois : 3,8% (femmes 1,2%, hommes 6,4%) ont reçu le diagnostic d'abus d'alcool et 2,4% (femmes 1,4%, hommes 3,4%) celui de dépendance à l'alcool, selon les critères du DSM-IV.

Réf. : Pabst, A., Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In : Sucht, 54(S1) : S36-S46. Ces chiffres sont proches de ceux indiqués pour la France (10% environ des adultes feraient un mésusage d'alcool, 4% environ en seraient dépendants, d'après Paille, 2009).

Dr Paul Hentgen 2009



Binge drinking

- ESPAD (Heavy episodic drinking) : > 5 verres std en 1x
- WHO : intention de s'enivrer
- NIAAA : > 0,8 ‰ (H : > 5 v std / 2 h ; F : > 4 v std / 2 h)
- en augmentation chez les jeunes
- 1ère ivresse : 13,9 ans (RFA)
- complications médicales / sociales aiguës / chroniques
- motivation A (consommation sociale) / B (frustrations)

Recours aux soins (Luxembourg)

Hôpitaux aigus : diagnostics de sortie 2008 (MSS, 2009)

- Substances psychoactives (ICD-10 : F10-F19)

- **Hommes : N°5 / 4,1% du total**
- Femmes : N°17 / 1,6% du total
- Total H+F : N°10 / 2,7% du total

Hospitalisations pour alcoolisme :
2.007 cas en 2008
(H=1.381/F=626)

- Troubles affectifs (ICD-10 : F30-F39)

- **Femmes : N°10 / 2,3% du total**
- Hommes : N°16 / 1,5% du total
- Total H+F : N°12 / 1,9% du total

Biais :
• Motifs d'hospitalisation indirects
• Diagnostics additionnels

Réf. : Ministère de la Sécurité Sociale (2009). Rapport d'activité 2008. Luxembourg.

Recours aux soins (Luxembourg)

CHNP : diagnostics de sortie 2009

- 257 cas + substances psychoactives (ICD-10 : F10-F19)
- Soit 55,3% du total (465 cas) toutes catégories (ICD-10 : F00-F99)
- CTU compris

CTU : statistiques 2009

- 229 demandes de prise en charge
- 126 admissions (H=97/F=29) (ICD-10 : F10-F19)
- 145 cas traités (H=109/F=36) (ICD-10 : F10-F19)

Réf. : Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (2010). Rapport annuel 2009. Ettelbruck.

Recours aux soins (Luxembourg)

Transferts à l'étranger 2009 (CMSS, 2010)

- Alcoolisme et dépendance médicamenteuse
 - 153 demandes
 - 46 refus / désistements
 - **107 accords** (H=72/F=35) (149 accords en 2008)
- Autres toxicomanies
 - 92 demandes
 - 36 refus / désistements
 - 56 accords (H=46/F=10) (79 accords en 2008)

Données statistiques 2009 aimablement communiquées par l'Administration du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale.

Recours aux soins (Luxembourg)

Transferts à l'étranger 2009 (CMSS, 2010)

- Affections psychiques + psychosomatiques
- 581 demandes
- 88 refus / désistements
- **493 accords** (H=214/F=279) (480 accords en 2008)
- 165 demandes pour dépressions chez les femmes
- 95 demandes pour dépressions chez les hommes

• ! Addictions associées !

Données statistiques 2009 aimablement communiquées par l'Administration du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale.

Recours aux soins (Luxembourg)

Transferts à l'étranger 2008 (MSS, 2009)

- Psychiatrie
- **1.220 cas**
- **7,1% du total**
- 89,3% Allemagne
- 5,5% Belgique
- 1,1% France
- 4,1% Divers

Réf. : Ministère de la Sécurité Sociale (2009). Rapport d'activité 2008. Luxembourg.

Vers un Plan National Alcool

A. État des lieux succinct

1. Notions de base
2. Données chiffrées
3. Dispositif de soins national

1. Rapports d'expertise
2. Documents divers

B. Benchmark international

1. Données chiffrées
2. Dispositifs de soins comparés
3. Evidence-based guidelines
4. Alcohol policy

C. Plan National Alcool

1. Constats préalables
2. Idées phares

Dispositif alcoologique (Luxembourg)

Rapports d'expertise

1. Rössler, W., Koch, U. (2005). Psychiatrie Luxemburg. Planungsstudie 2005. Bestandenserhebung und Empfehlungen. Zürich.
2. Rössler, W. (2009). Psychiatrie Luxemburg. Stand der Umsetzung der Empfehlungen der Planungsstudie 2005. Zürich.

Documents divers

- Hentgen, P. (2009). Le dispositif addictologique au Luxembourg. Communication, Journée d'alcoologie du Nord-Est, Société Française d'Alcoologie, Nancy.
- Hentgen, P. (2009). Alkoholismus. Organisation und Problemfelder des Behandlungsnetzes. In : H. Willems et al. (Hrsg.), Handbuch der sozialen und erzieherischen Arbeit in Luxemburg, Luxembourg : Saint-Paul, 1259-1269.
- (...)

Dispositif alcoologique (Luxembourg)

Rapports d'expertise

1. Rössler, W., Koch, U. (2005). Psychiatrie Luxemburg. Planungsstudie 2005. Bestandserhebung und Empfehlungen. Zürich.
2. Rössler, W. (2009). Psychiatrie Luxemburg. Stand der Umsetzung der Empfehlungen der Planungsstudie 2005. Zürich.

Rössler & Koch (2005) unterstützen in ihrem o.g. Gutachten den Ausbau im CHNP eines **Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen** und priorisieren die Entstehung von **tagesklinischen und ambulanten** Angeboten, i.B. an der Schnittstelle zur **somatischen Medizin** und in Zusammenarbeit mit den Ärzten für **Allgemeinmedizin**, sowie von sozial- und arbeitsrehabilitativen Strukturen, schließlich die Versorgung von besonders bedürftigen Zielgruppen (u.a. der sogen. **Korsakoff-Patienten**).

Vers un Plan National Alcool

A. État des lieux succinct

1. Notions de base
2. Données chiffrées
3. Dispositif de soins national

B. Benchmark international

1. Données chiffrées
2. Dispositifs de soins comparés
3. Evidence-based guidelines
4. Alcohol policy

1. Indicateurs sanitaires
2. Études de prévalence
3. Recours aux soins
4. Évaluation des soins

C. Plan National Alcool

1. Constats préalables
2. Idées phares

Indicateurs OMS

(WHO, 2009)

- **Alcool = 2me cause de DALYs** (pays à revenu élevé, 2004)
(DALY = Disability Adjusted Life Years)
- 2me facteur de risque de décès prématuré et d'incapacité après le tabac, soit 6,7% du total des 10 principaux facteurs de risque
- 3me facteur dans le monde, soit 4,6% du total des DALYs, toutes causes (H=7,4% / F=1,4%)
- Alcool = en cause dans 20% des décès accidentels par véhicules motorisés, 30% des décès par cancer oesophagien et hépatique, par épilepsie et par homicide, 50% des décès par cirrhose hépatique
- Alcool + tabac + drogues illicites > 19% des décès et des DALYs dans les pays à revenu élevé

Réf. : World Health Organisation (2009). Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva : WHO.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

31

Alcool

- il existe une relation de cause à effet entre le taux de consommation d'alcool et plus de 60 types de maladies et de traumatismes
- 40 % de la charge de morbidité due à l'alcool est imputable à des situations aiguës
- 1/3 des personnes alcoolodépendantes souffrent d'un trouble psychiatrique cooccurrent
- 1/3 des personnes affectées d'un trouble psychiatrique présentent un alcoolisme associé
- **l'alcool constitue le 2me facteur de risque de mortalité suicidaire après la dépression**

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

32

Dépression (OMS, population mondiale)

- 121 Mio de personnes affectées
- **1ère** cause de YLDs (Years Lived with Disability)
 - ◆ charge 50 % plus lourde pour les femmes
- **2me** cause de DALYs (Disability Adjusted Life Years)
(DALY = YLL + YLD)
 - ◆ 2010 pour les 15-44 ans
 - ◆ 2020 pour tous les âges

Dépression = priorité de santé publique du 21me siècle

H.-U. Wittchen (Conférence de Budapest, décembre 2009)

- 25 % de la population de l'UE a souffert ou va souffrir de dépression 1x dans sa vie (F: lifetime risk 2 x >)
- Au cours d'une même année, 9 % (21 Mio) de la population de l'UE souffrent de dépression (7 % dépression majeure)
- Les maladies du cerveau font mondialement 1/3 des YLDs et la dépression à elle seule > 10 % (années 1990)
- Les dernières projections situent la dépression comme **1ère cause de DALYs dans le monde en 2020**
(charge sociétale, déjà actuellement la 1ère cause dans > 17 pays de l'UE)
- 1/3 = évolution chronique, 1/3 = évolution récurrente
- 1/3 = tentative de suicide (! comorbidité!)

Études de prévalence

- ESEMeD / ESA / NEMESIS
- NSDUH / NESARC / NLAES / NHSDA / ECA / NCS-R
- NADS / CAS / OADOS
- ANMHS
- (...)

Voir aussi : ESPAD / HSBC / EHIS / Eurobarometer / TEMP / ORISCAV-LUX

Recours aux soins

Études NESARC et NLAES (Grant, 1996, 1997)

- NESARC : prévalence de traitement à long terme de 24,1% pour les personnes alcoolodépendantes
- NLAES : 9,9% des personnes présentant actuellement un usage nocif ou dépendant à l'alcool ont recouru à une aide professionnelle au cours des 12 derniers mois

Recours aux soins

Étude TACOT (John et al., 1996, 2001)

- au cours d'une année, 80% de toutes les personnes faisant un mésusage d'alcool peuvent être atteintes dans les cabinets médicaux, respectivement 25% dans les hôpitaux généraux
- plus de 90% de toutes les personnes alcoolodépendantes traitées en milieu stationnaire le sont dans les hôpitaux généraux, 6% dans les hôpitaux psychiatriques alors que **seulement 3%** environ aboutissent en **milieu réhabilitatif spécialisé**

(voir aussi Hildebrand et al., 2009 : seulement 5 à 6% des personnes présentant une consommation nocive ou dépendante d'alcool ont été atteints par l'ensemble des 'Suchthilfeeinrichtungen' en 2007)

Recours aux soins

Étude TACOS (Rumpf et al., 2000)

- **70,9%** des personnes actuellement alcoolodépendantes n'ont **jamais eu d'aide professionnelle** (59,5% des p.a.d. à vie)

(voir aussi Olsson et al., 1998 : < 50% des personnes alcoolodépendantes n'ont pas eu recours à un traitement endéans les premiers 15 ans de la maladie)

- 66,3% des personnes alcoolodépendantes (formes moins sévères) abstinentes depuis 12 mois n'ont pas eu de contact avec le système d'aide professionnel

(voir aussi Sobell et Sobell, 1996 ; Sobell, 2009 : taux de rémission de 77% sans aide professionnelle, par self-change ; critique méthodologique de Küfner, 2010 : 20% de rémissions spontanées selon des études cliniques contrôlées)

(voir aussi Mann et al., 2007 : intervention brève en cas d'abus ou de dépendance moins sévère -> réduction durable de la consommation dans 50% des cas)

Recours aux soins

En France (Paille, 2009)

- environ 25% à 30% des hospitalisations chez les hommes seraient motivées par une complication imputée à l'alcool
- environ 25% des patients adultes masculins (10% des femmes) vus en médecine générale seraient en difficulté avec l'alcool :
 - 12,5% de consommation à risque ou nocive
 - 13% de dépendance

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

39

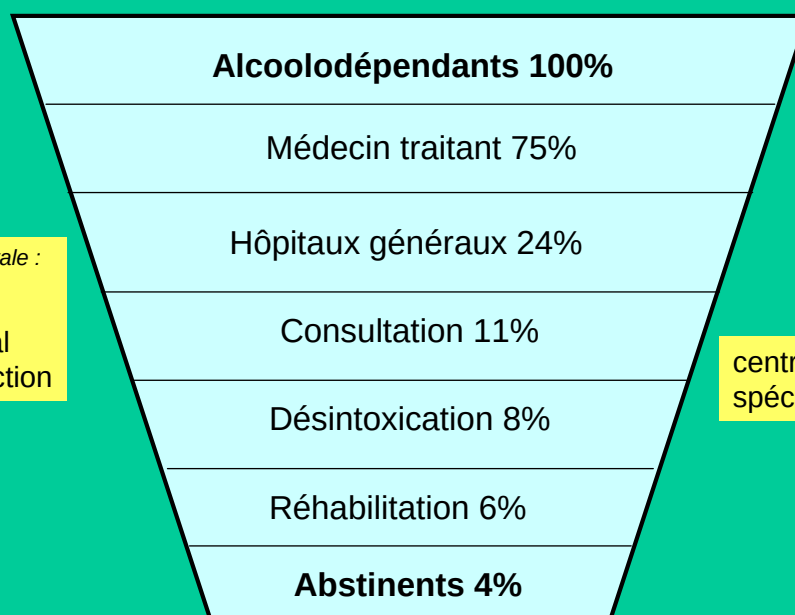
Entonnoir du recours aux soins

(modifié d'après Wienberg, 1992 ; Wienberg et Driessen, 2001)

période de 12 mois

D'une manière générale :

chaque 5^{me} lit
d'hôpital général
est un lit d'addiction



centre de consultation
spécialisé 4,7%

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Outcome studies

la rechute alcoolique constitue plutôt la règle que l'exception

(30% > 6 mois, 50% > 12 mois, 75% > 10 ans)

(conclusions arrondies de plusieurs études internationales)

Outcome studies

Alkoholrückfälle stellen nach abstinenzorientierter Behandlung sogar bei abstinenzmotivierten Patienten eher die Regel dar als die Ausnahme (etwa 30% nach 6 Monaten, 50% nach 12 Monaten, 75% nach 10 Jahren).

Mehrmonatige Entwöhnungsbehandlungen reduzieren die Rückfallquoten signifikant gegenüber kurzfristigen Entgiftungs- bzw. Motivationsbehandlungen sowie auch gegenüber Therapieabbrüchen.

Es ist hervorzuheben, dass bei guter Motivationsförderung während der Behandlung die Rückfallquote bei eingangs durch sozialen Druck fremdmotivierten Alkoholabhängigen nicht größer ist als bei sogen. intrinsisch oder eigenmotivierten (Übersicht und Diskussion u.a. bei Kruse et al., 2000 ; Körkel & Schindler, 2003).

Studien zu Therapieauswertung und Abstinenzraten bzw. Rückfallstatistik gibt es etliche, wir werden das Thema hier jedoch nicht vertiefen können (vgl. deutsche repräsentative MEAT-Studie, Küfner et al., 1988 ; bedeutendste internationale Studie, Project MATCH Research Group, 1997, 1998).

Mit den Methoden des „qualifizierten Entzugs“ bzw. der „alkoholismusspezifischen Psychotherapie“ ließen sich über 45% der Patienten in eine Rehabilitationsbehandlung leiten und Abstinenzquoten von über 60% über 12 Monate erzielen (Kiefer & Mann, 2007, dort auch Studienübersicht).

Vers un Plan National Alcool

A. État des lieux succinct

1. Notions de base
2. Données chiffrées
3. Dispositif de soins national

B. Benchmark international

1. Données chiffrées
2. Dispositifs de soins comparés
3. Evidence-based guidelines
4. Alcohol policy

1. Modèle français
2. Modèle anglais
3. Modèle allemand
4. Modèle néerlandais

C. Plan National Alcool

1. Constats préalables
2. Idées phares

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

43

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle français (1)

- Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 (circulaire de mai 2007) décliné par plusieurs autres circulaires :
 - Filière hospitalière de soins en addictologie (DHOS)
 - Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) (DGS)
 - Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) (DGS)
- Construction d'un seul et même dispositif de prévention et de soins en addictologie conçu selon 3 pôles :
 - le pôle « ville »
 - le pôle médicosocial spécialisé
 - le pôle hospitalier

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle français (2)

- **Interventions addictologiques de « ville » :**
 - médecine de ville (repérage précoce et intervention brève, prévention et suivis à long terme)
 - réseaux de santé
 - mouvements d'entraide et associations d'usagers
- **Dispositif médicosocial spécialisé :**
 - mise en place des CSAPA sous un statut juridique commun donné aux anciens Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et aux Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)
 - offre de proximité, pluridisciplinarité, accompagnement dans la durée
 - offre ambulatoire +/- hébergement (hébergement individuel ou collectif, centres thérapeutiques résidentiels, structures d'hébergement d'urgence ou de transition, communautés thérapeutiques)

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle français (3)

- **Filière hospitalière de soins addictologiques :**
 - structures de niveau 1 (de proximité) : sevrages résidentiels simples (5 à 10 jours), activités de liaison et de consultation
 - structures de niveau 2 (territoire de santé de +/- 500.000 habitants) : missions de niveau 1 ; soins résidentiels complexes (SRC) (hospitalisation complète / de jour de 2 à 4 semaines, établissements de santé disposant d'une activité de psychiatrie / structure addictologique spécifique) ; soins de suite et de réadaptation (soins résidentiels postaigus)
 - structures de niveau 3 (recours régional) : missions de niveau 1 et 2 ; activités d'enseignement, de formation, de recherche et de coordination régionale (structures de niveau CHU)

Réf. : Paille, F. (2008). La filière de soins en addictologie. Quelles réponses? Pour quels patients? Communication, Journée du 30e anniversaire de la SFA, Paris.
Reynaud, M. (2006). L'offre de soins en addictologie. In : M. Reynaud (éd.). Traité d'addictologie. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 157-162.
Reynaud, M. (2009). Organisation des soins en addictologie. In : M. Lejoyeux (éd.). Addictologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 270-280.

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle anglais (1)

- Distinction de 3 catégories de mésusage d'alcool requérant des types d'intervention différents (ce qui a des conséquences sur la planification des services) :
- le hazardous drinking (ou risky drinking) selon les critères de consommation de la WHO (y sont assimilés le binge drinking et la mild dependence)
- le harmful drinking, selon les critères de l'ICD-10 de la WHO, conduisant aux complications médicales aiguës et/ou chroniques liées à l'alcool (y est également assimilée la mild dependence)
- le dependent drinking, c-à-d la dépendance avérée, distinguée en 2 sous-catégories, considérant que pour la planification des services celles-ci peuvent requérir des options thérapeutiques assez différentes :
 - o le moderately dependent drinking, équivalent à un score de 15 à 29 au Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) ; dans une terminologie plus ancienne, les individus relevant de cette sous-catégorie n'auraient probablement pas été qualifiés d'alcooliques chroniques
 - o le severely dependent drinking, équivalent à un score supérieur ou égal à 30 au SADQ ; il s'agit des individus anciennement dénommés alcooliques chroniques, ayant fréquemment des antécédents de sevrages et de complications sévères, multiples et au long cours

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle anglais (2)

- À ces catégories se rajoutent celles des drinkers with complicated needs, requérant le cas échéant des dispositions thérapeutiques spécifiques ; il peut s'agir de personnes présentant :
 - un trouble psychiatrique comorbide, nécessitant une prise en charge plus intense et spécialisée, notamment en service de psychiatrie générale
 - un mésusage de substances multiples, pouvant poser un défi aux services spécialisés pour usagers consommant isolément soit des drogues soit de l'alcool
 - des besoins spécifiques basés sur le sexe, l'âge, l'ethnicité, la présence d'un handicap ou la situation sans domicile fixe

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle anglais (3)

- Low risk level : Prévention primaire, programmes de santé publique
- Hazardous drinking : Interventions brèves simples en setting généraliste
- Harmfull drinking : Interventions brèves étendues en setting généraliste sinon en service spécialisé en traitement alcoologique
- Moderate dependance : traitement moins intensif en setting généraliste ou spécialiste
- Severe dependance : Traitement plus intensif en setting spécialiste
- Complicated needs : Traitements avec aménagements spéciaux

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle anglais (4)

- **Traitement plus intensif** (pour moderately et surtout severely dependent drinkers) :
 1. Traitement spécialiste centré sur l'alcool (alcohol-focused specialist treatment)
 2. Traitement spécialiste non centré sur l'alcool (non-alcohol-focused specialist treatment) (ou Non-Alcohol-Focused Interventions – NAFI)
 - le recours aux approches indirectes a une importante tradition en Grande-Bretagne
 - les NAFI comprennent une large variété d'approches (coping skills, counselling, family work, complementary therapies, etc.)
 - la limite entre NAFI et traitement spécifique d'une comorbidité ou d'un facteur psychosocial n'est pas toujours claire
 - les services d'alcoologie ne peuvent pas s'occuper de tout problème : une psychose ou un abus sexuel associés à un mésusage d'alcool relèvent de la compétence de professionnels disposant des formations et outils appropriés (système de prise en charge multi-agency)

Réf. : National Treatment Agency for Substance Misuse (2006). Models of care for alcohol misusers (MoCAM). London : Department of Health (DH).

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle allemand (1)

- Suchtkrankenhilfe
- Ärztliche / psychotherapeutische Praxis
- Niedrigschwellige Einrichtungen
- Suchtberatungs- / Behandlungsstellen
- Fach- / Institutsambulanzen
- Betreutes Wohnen / Arbeits- / Beschäftigungsprojekte
- Krankenhausabteilungen
- Rehabilitationseinrichtungen
- Suchtfachkliniken
- Fachkliniken für psychosomatische Rehabilitation
- Adaptionseinrichtungen
- Einrichtungen der Sozialtherapie
- (Sozialpsychiatrische) Pflegeheime
- Soziotherapeutische Heime
- Maßregel- / Strafvollzug
- (...)

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle allemand (2)

- L'Allemagne (chiffres arrondis de 2001-2002, selon Schauenburg et al., 2007) dispose pour patients souffrant de troubles psychiques ou psychosomatiques d'environ 400 services de psychiatrie et psychothérapie en hôpital (54.000 lits), d'environ 80 services spécialisés en médecine psychosomatique ou psychothérapeutique en hôpital (3.000 lits) et de 175 cliniques et services spécialisés pour réhabilitation psychosomatique (15.450 lits). Environ 35% des patients présentant des troubles psychosomatiques seraient en outre traités en médecine somatique.
- À cela se rajoutent environ 165 services spécialisés (9.950 lits) pour la réhabilitation de patients souffrant d'addictions. La réhabilitation psychosomatique est organisée dans lesdites cliniques spécialisées en tant qu'offre à indications spécifiques de la réhabilitation médicale.
- Il faudrait rajouter à cet inventaire les structures de réhabilitation spécialisées pour personnes souffrant de maladies mentales chroniques, notamment de psychoses.

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle allemand (3)

- L'offre stationnaire pour troubles addictifs relève d'une organisation assez complexe en Allemagne (état 2004, d'après Hüllinghorst, 2007) : 5.200 lits de thérapie stationnaire pour toxicodépendances, 9.500 lits de thérapie stationnaire pour dépendance alcoolomédicamenteuse, 2.100 lits réguliers pour troubles addictifs, 750 lits réguliers pour toxicodépendances, 5.100 lits pour sevrages dits qualifiés répartis sur 165 institutions.
- En 2007, le taux d'occupation des structures préventives et réhabilitatives fut de 79,4% pour un total de 1.239 structures ayant compilé 170.845 lits (ou environ 208 lits par 100.000 habitants) (Statistisches Bundesamt Deutschland ; voir aussi Bundesverband für stationnaire Suchtkrankenhilfe - Buss).

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle allemand (4)

- Abschließend bleibt zu bemerken, dass 2004 im bundesdeutschen Gesundheitswesen ein neues vertrags- und leistungsrechtliches Systemelement gen. „**integrierte Versorgung**“ (vgl. Fritze, 2003 ; DGPPN, 2004) eingeführt wurde, mit Auswirkungen auch auf die Suchtrehabilitation (Fachverband Sucht, 2006 ; vgl. Borbé et al., 2003) sowie auf die Sozialarbeit (vgl. Greuèl & Mennemann, 2006).
- Ziel ist es, mehr Vertragswettbewerb, Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu schaffen, sowie auch die Abgrenzung von ambulantem und stationärem Sektor zu überwinden : **effektivere Vernetzung** und Kooperation durch integrierte, evidenzbasierte Suchtbehandlung (Stichwörter : integriertes Versorgungsnetz, Verbesserung des Zugangs - breiter, früher - ins Versorgungssystem, betriebliche Suchtprävention, ärztliche Frühintervention, u.s.w.).

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Dispositifs addictologiques comparés

Le modèle néerlandais

- Pour les Pays-Bas, il faut noter les changements survenus au cours des dernières années au niveau du dispositif addictologique national, axé résolument sur le modèle des stepped care (Sobell et Sobell, 1999, 2000) qui a été promu notamment par les chercheurs du Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) (voir e.a. Schippers et al., 2009 ; Nabitz, 2010).

Réf. :

Merkx, M.J.M., Schippers, G.M., Koeter, J.W., Vuijk, P.J., Oudejans, S., de Vries C.C.Q., van den Brink, W. (2007). Allocation of substance use disorder patients to appropriate levels of care. Feasibility of matching guidelines in routine practice in Dutch treatment centres. *Addiction*, 102 : 466-474.

Nabitz, U. (2010). Das Stepped-Care-Modell. Von der Minimalintervention zur umfassenden Behandlung. Referat, 23. FVS Kongress, Heidelberg.

Schippers, G.M. (2007). Nation-wide implementation evidence-based innovative treatment and prevention in Dutch substance treatment services. ICAA Jubilee Conference, The Amsterdam Institute for Addiction Research.

Schippers, G., Schramade, M., Walburg, J.A. (2002). Reforming Dutch substance abuse treatment services. *Addictive Behaviors*, 27(6) : 995-1007.

Schippers, G., Nabitz, U., Buisman, W. (2009). Die Innovation der niederländischen Suchthilfe. *Sucht*, 55(4) : 198-208.

Dr Paul Hentgen 19.05.2010

Vers un Plan National Alcool

A. État des lieux succinct

1. Notions de base
2. Données chiffrées
3. Dispositif de soins national

B. Benchmark international

1. Données chiffrées
2. Dispositifs de soins comparés
3. Evidence-based guidelines
4. Alcohol policy

1. Allemagne
2. France
3. Grande-Bretagne
4. États-Unis
5. Canada
6. Australie
- (...)

C. Plan National Alcool

1. Constats préalables
2. Idées phares

Evidence-based practices

- Revues méta-analytiques
 - Cochrane
- Études de référence
 - Project MATCH
 - UKATT Research Team
 - Mesa Grande Project
- Best practice guidelines
 - DGPPN / DG-Sucht / AWMF
 - SFA / ANAES
 - NHS / NTA / NICE
 - APA / ASAM / SAMHSA

Voir aussi :

Berglund, M., Thelander, S., Jonsson, E. (2003). Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review. Weinheim : Wiley-VCH.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

57

Allemagne

- Mundle, G., Banger, M., Mugele, B., Stetter, F., Soyka, M., Veltrup, C., Schmidt, L.G. (2003). AWMF-Behandlungsleitlinie : Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht, 49(3) : 147-167.
- Geyer, D., Batra, A., Beutel, M., Funke, W., Görlich, P., Günther, A., Hutschenreuter, U., Küfner, H., Mann, K., Möllmann, C., Müller-Fahrnow, W., Müller-Mohnssen, M., Soyka, M., Spyra, K., Stetter, F., Veltrup, C., Wiesbeck, G.A., Schmidt, L.G. (2006). Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht, 52(1) : 8-34.
- Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P., Gaebel, W. (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln : Deutscher Ärzte-Verlag.
- Weissinger, V., Missel, P. (2006). Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Sucht Aktuell, 2 : 44-72.
- (...)

Voir aussi :

Soyka, M., Küfner, H., Feuerlein, W. (2008). Alkoholismus. Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie. Stuttgart : Thieme (6. Aufl.).

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

58

France

- Société Française d'Alcoologie (1999). 1^{ère} conférence de consensus 1999. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Alcoologie et Addictologie, 21(2S).
- Société Française d'Alcoologie (2001a). 2^{ème} conférence de consensus 2001. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Alcoologie et Addictologie, 23(2S).
- Société Française d'alcoologie (2001b). Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Alcoologie et Addictologie, 23(4S).
- Société Française d'Alcoologie (2003). Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque - usage nocif. Recommandations de la Société Française d'Alcoologie. Alcoologie et Addictologie, 25 (4S).
- Société Française d'Alcoologie (2007). Abus, dépendances et polyconsommations. Stratégies de soins. Alcoologie et Addictologie, 29(4).
- (...)

Voir aussi :

Reynaud, M. (éd.) (2006). Traité d'addictologie. Paris : Flammarion Médecine-Sciences.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

59

Grande-Bretagne (1)

- Babor, T.F., Del Boca, F.K. (Eds.) (2003). Treatment matching in alcoholism. Cambridge : Cambridge University Press.
- Ben Cave Associates (2007). Review of the National alcohol harm reduction strategy for England. Health impact assessment. London : Department of Health (DH).
- British Association for Psychopharmacology (2004). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity. Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology, 18(3) : 293-335.
- British Medical Association (2003). Adolescent health. London : BMA Board of Science and Education.
- British Medical Association (2007). Fetal alcohol spectrum disorders. A guide for healthcare professionals. London : BMA Board of Science.
- British Medical Association (2008). Alcohol misuse. Tackling the UK epidemic. London : BMA Board of Science.
- British Medical Association (2009). The human cost of alcohol misuse. Doctors speak out. Edinburgh : BMA (Scotland).
- Dalton, S., Orford, J., Webb, H., Rolfe, A. (2004). The Birmingham untreated heavy drinkers project. Report on wave four. December 2004. London : Department of Health (DH).
- Department of Health (2002). Mental health policy implementation guide. Dual diagnosis good practice guide. London : Department of Health (DH).

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

60

Grande-Bretagne (2)

- Department of Health (2005). Alcohol Needs Assessment Research Project (ANARP). The 2004 national alcohol needs assessment for England. London : Department of Health (DH).
- Department of Health (2008). Safe. Sensible. Social. Consultation on further action (& impact assessments). London : Department of Health (DH).
- Department of Health (2009a). Local routes. Guidance for developing alcohol treatment pathways. London : Department of Health (DH).
- Department of Health (2009b). Signs for improvement. Commissioning interventions to reduce alcohol-related harm. London : Department of Health (DH).
- Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). Drug misuse and dependence. UK Guidelines on clinical management. London : Department of Health (London), the Scottish Government, Welsh Assembly and Northern Ireland Executive.
- Department of Health et al. (2007). Safe. Sensible. Social. The next steps in the National alcohol strategy (& summary). London : Department of Health (DH) & Home Office.
- Department of Health et al. (2008). Safe. Sensible. Social. Alcohol strategy local implementation toolkit. London : Department of Health (DH) & Home Office.
- Department of Health & North West Public Health Observatory (2008a). Hospital admissions for alcohol-related harm. Understanding the dataset. London : Department of Health (DH).

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

61

Grande-Bretagne (3)

- Department of Health & North West Public Health Observatory (2008b). Hospital admissions for alcohol-related harm. Technical information and definition for vital signs indicator VSC26, national indicator set NI39 and public service agreement indicator 25.2. London : Department of Health (DH).
- Equality Works (2007). Equality impact assessment on National alcohol harm reduction strategy for the Home Office. London : Equality Works.
- Health Improvement Analytical Team & Department of Health (2008). The cost of alcohol harm to the NHS in England. An update to the Cabinet Office (2003) study. London : HIAT.
- Heather, N., Raistick, D., Godfrey, C. (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006). A summary of the Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London : Department of Health (DH).
- Institute of Alcohol Studies (s.d.). National alcohol strategy. A response by the Institute of Alcohol Studies (IAS).
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2005). Alcohol misuse interventions. Guidance on developing a local programme of improvement. London : Department of Health (DH).
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2006a). Alcohol treatment pathways. Guidance for developing local integrated care pathways for alcohol. London : Department of Health (DH).

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

62

Grande-Bretagne (4)

- National Treatment Agency for Substance Misuse (2006b). Models of care for alcohol misusers (MoCAM). London : Department of Health (DH).
- Office for National Statistics (2010). Drinking : adults' behaviour and knowledge in 2009. London : Office for National Statistics.
- Plant, M.A., Plant, M.L. (2006). Binge Britain. Alcohol and the national response. Oxford : Oxford University Press.
- Prime Minister's Strategy Unit (2004). Alcohol harm reduction strategy for England. London.
- Raistrick, D., Heather, N., Godfrey, C. (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006). Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London : Department of Health (DH).
- UKATT Research Team (2001). United Kingdom Alcohol Treatment Trial. Hypotheses, design and methods. Alcohol and Alcoholism, 36 : 11-21.
- UKATT Research Team (2005a). Effectiveness of treatment for alcohol problems. Findings of the randomised UK Alcohol Treatment Trial (UKATT). British Medical Journal, 311 : 541-544.
- UKATT Research Team (2005b). Cost-effectiveness of treatment for alcohol problems. Findings of the UK Alcohol Treatment Trial. British Medical Journal, 331 : 544-547.
- (...)

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

63

États-Unis (1)

- American Psychiatric Association (2007). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2nd edition. American Journal of Psychiatry, 164 (4Suppl.).
- American Society in Addiction Medicine (2001). ASAM patient placement criteria, 2nd revised edition. Chevy Chase : ASAM.
- Bradley University (2008). A comprehensive alcohol action plan. Bradley University.
- Center for Substance Abuse Treatment (2006a). Detoxification and substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) series 45. Rockville, MD : DHHS Publication, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- Center for Substance Abuse Treatment (2006b). Substance abuse. Clinical issues in intensive outpatient treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 47. DHHS Publication No. (SMA) 06-4182. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- Center for Substance Abuse Treatment (2007). Understanding Evidence-based practices for co-occurring disorders. COCE Overview Paper 5. DHHS Publication No. (SMA) 07-4278. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), and Center for Mental Health Services (CMHS).
- Center for Substance Abuse Treatment (2008a). Substance use disorder treatment for people with physical and cognitive disabilities. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 29. DHHS Publication No. (SMA) 08-4078. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

64

États-Unis (2)

- Center for Substance Abuse Treatment (2008b). Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. DHHS Publication No. (SMA) 08-4212. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- Center for Substance Abuse Treatment (2008c). Substance abuse treatment and family therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 39. DHHS Publication No. (SMA) 08-4219. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- Center for Substance Abuse Treatment (2009a). Screening and assessing adolescents for substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 31. DHHS Publication No. (SMA) 09-4079. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- Center for Substance Abuse Treatment (2009b). Substance abuse treatment. Group therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41. DHHS Publication No. (SMA) 09-3991. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- Center for Substance Abuse Treatment (2009c). Substance abuse treatment. Addressing the specific needs of women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. DHHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

Voir aussi : CSAT / SAMHSA : TIP 24 primary care clinicians ; TIP 27 comprehensive case management ; TIP 32 treatment of adolescents ; TIP 34 brief interventions ; TIP 36 child abuse and neglect issues ; TIP 38 vocational services ; TIP 42 co-occurring disorders ; (...).

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

65

États-Unis (3)

- Project MATCH Research Group (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity. Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. Journal of Studies on Alcohol, 59 : 631-639.
- Project MATCH Research Group (1998b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity. Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcoholism : Clinical and Experimental Research, 22 : 1300-1311.
- Project MATCH Research Group (1998c). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. Psychotherapy Research, 8 : 455-474.
- (...)

Voir aussi :

- Galanter, M., Kleber, H.D. (eds.) (2008). Textbook of substance abuse treatment. Washington DC, London : American Psychiatric Publishing, Inc. (4th ed.).
- Hester, R.K., Miller, W.R. (eds.) (2003). Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. Boston : Allyn and Bacon.
- Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B., Langrod, J.G. (Eds.) (2005). Substance abuse. A comprehensive textbook. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins (4th ed.).
- Marlatt, G.A., Witkiewitz, K. (eds.) (2009). Addictive behaviors. New readings on etiology, prevention, and treatment. Washington, DC : American Psychological Association.
- Miller, P.M. (ed.) (2009). Evidence-based addiction treatment. Burlington, San Diego, London, New York : Academic Press (Elsevier).
- Norcross, J.C., Hogan, T.P., Koocher, G.P. (2008). Clinician's guide to evidence-based practices. Mental health and the addictions. Oxford, New York : Oxford University Press.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

66

Canada (1)

- Centre Canadien de Lutte contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies (2009). Toxicomanie au Canada. Troubles concomitants. Ottawa, ON : Centre Canadien de Lutte contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies (CCLAT), Canadian Center on Substance Abuse (CCSA).
- Collin, C. (2006). Substance abuse issues and public policy in Canada. Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, Ottawa, ON.
- Concurrent Disorders Ontario Network (2005). Concurrent disorders policy framework. Concurrent Disorders Ontario Network (CDON).
- Health Canada (1999). Best practices. Substance abuse treatment and rehabilitation. Ottawa, ON : Health Canada.
- Health Canada (2001a). Best practices. Treatment and rehabilitation for youth with substance use problems. Ottawa, ON : Health Canada.
- Health Canada (2001b). Best practices. Treatment and rehabilitation for women with substance use problems. Ottawa, ON : Health Canada.
- Health Canada (2002a). Best practices. Concurrent mental health and substance use disorders. Ottawa, ON : Health Canada.
- Health Canada (2002b). Best practices. Treatment and rehabilitation for seniors with substance use problems. Ottawa, ON : Health Canada.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

67

Canada (2)

- Health Canada (2002c). Preventing substance abuse problems among young people. A compendium of best practices. Ottawa, ON : Health Canada.
- Health Canada (2006). Best practices. Early intervention, outreach and community linkages for women with substance use problems. Ottawa, ON : Health Canada.
- National Alcohol Strategy Working Group (2007). Reducing alcohol-related harm in Canada. Toward a culture of moderation. Recommendations for a national alcohol strategy, April 2007, Edmonton, Ottawa.
- Sawka, E., Liepold, H., Lockhart, N., Song, S., Thomas, G. (2007). Reducing alcohol-related harm in Canada. Toward a culture of moderation. Synopsis of a proposed national alcohol strategy. International conference "Reducing alcohol problems in the Baltic Sea Region", Riga, Latvia, March 2007.
- Thomas, G. (2004). Alcohol-related harms and control policy in Canada. Ottawa, ON : Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA).
- (...)

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

68

Australie (1)

- Ballarat Community Health (2010). Central Highlands alcohol and other drug action plan 2009-2013. Progress report. February 2010. Ballarat Community Health, Australia.
- Drug Policy Modelling Program (2010). Australia's National drug strategy. Submission to the National drug strategy consultation, panel of experts roundtable led by DPMP, Sydney, February 2010.
- Ministerial Council on Drug Strategy (2001). National alcohol strategy 2001 to 2003-04 (& Alcohol in Australia. Issues and strategies. A background paper to the National alcohol strategy. A Plan for action 2001 to 2003/04). Canberra : Commonwealth of Australia.
- Ministerial Council on Drug Strategy (2004). The National drug strategy. Australia's integrated framework 2004-2009. Sydney, May 2004, Canberra : Commonwealth of Australia.
- Ministerial Council on Drug Strategy (2006). National alcohol strategy 2006-2011. Towards safer drinking cultures. Perth, May 2006, Canberra : Commonwealth of Australia.
- National Drug and Alcohol Research Center (2003). Guidelines for the treatment of alcohol problems. Canberra : Australian Government, Department of Health and Ageing.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

69

Australie (2)

- National Centre for Education and Training on Addiction Consortium (2004). Alcohol and other drugs. A handbook for health professionals. Canberra : Australian Government, Department of Health and Ageing.
- NSW Department of Health (2007). NSW Health drug and alcohol plan 2006-2010. A plan for the NSW health drug and alcohol program. North Sydney, NSW : NSW Department of Health.
- Teesson, M., Heather, P. (2003). Comorbid mental disorders and substance use disorders. Epidemiology, prevention and treatment. National drug strategy monograph. Sydney : Department of Health and Aging.
- (...)

Voir aussi :

Latt, N., Conigrave, K., Saunders, J.B., Marshall, E.J., Nutt, D. (2009). Oxford specialist handbook. Addiction medicine. Oxford, New York : Oxford University Press.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

70

Vers un Plan National Alcool

A. État des lieux succinct

1. Notions de base
2. Données chiffrées
3. Dispositif de soins national

B. Benchmark international

1. Données chiffrées
2. Dispositifs de soins comparés
3. Evidence-based guidelines
4. Alcohol policy

1. WHO Alcohol strategy
2. EU Alcohol strategy
3. Plans d'action nationaux

C. Plan National Alcool

1. Constats préalables
2. Idées phares

Alcohol policy

- WHO Alcohol strategy

- Framework for alcohol policy in the WHO european region (2006)
- Global strategy to reduce the harmful use of alcohol (2010)

Les politiques et interventions sont réparties en 10 domaines d'action :

1. leadership, awareness and commitment ;
2. health services' response ;
3. community and workplace action ;
4. drink-driving policies and countermeasures ;
5. availability of alcohol ;
6. marketing of alcoholic beverages ;
7. pricing policies ;
8. reducing the negative consequences of drinking and alcohol intoxication ;
9. reducing the public health impact of illicit alcohol and informally produced alcohol ;
10. monitoring and surveillance.

Alcohol policy

- **EU Alcohol strategy**

- Council conclusions on EU strategy to reduce alcohol-related harm (2006)
- First progress report on the implementation of the EU Alcohol strategy (2009)

La stratégie alcool comprend 5 thèmes prioritaires pour l'action :

1. protéger les jeunes, les enfants et la vie naissante ;
2. réduire les dommages et les décès causés par les accidents de la voie publique reliés à l'alcool ;
3. prévenir les méfaits de l'alcool auprès des adultes et réduire l'impact négatif sur les lieux de travail ;
4. informer, éduquer et conscientiser sur l'impact de la consommation à risque et nocive d'alcool, et sur les profils de consommation appropriés ;
5. développer, soutenir et maintenir une base d'évidence commune.

Références OMS / UE (1)

- Anderson, P., Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, UK.
- Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). Alcohol. No ordinary commodity. 2nd ed. Oxford : Oxford University Press.
- Commission of the European Communities (2006). An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm. Brussels.
- Directorate General Health and Consumers (2010). Special Eurobarometer 331. EU citizens' attitudes towards alcohol. European Commission.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L.T., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., Skog, O.J. (1994). Alcohol policy and the public good. Oxford University Press.
- EURO CARE (2006). A policy on alcohol for Europe and its countries. Reducing the harm done by alcohol. Bridging the gap principles. Brussels.
- EURO CARE (2009). European overview and recommendations for a sustainable EU alcohol strategy. Brussels.
- European Commission (2009). First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy. Directorate General for Health and Consumers. Brussels.
- Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., Rush, B. (2000). International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. Geneva : WHO.

Références OMS / UE (2)

- Rehn, N., Room, R., Edwards, G. (2001). Alcohol in the European region. Consumption, harm and policies. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- Settertobulte, W., Jensen, B.B., Hurrelmann, K. (2001). Drinking among young Europeans. Document commissioned for the WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol, Stockholm, 19-21 February 2001, Health Documentation Services, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organisation (1996). Alcohol. Less is better. WHO regional publications, European series N°70. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (2000). European Alcohol Action Plan 2000-2005. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (2004a). Global status report on alcohol. Geneva : Department of Mental health and substance abuse.
- World Health Organisation (2004b). Global status report. Alcohol policy. Geneva : Department of Mental health and substance abuse.
- World Health Organisation (2006). Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (2007). WHO expert committee on problems related to alcohol consumption. 2nd report. WHO technical report series, N°944. Geneva : WHO.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

75

Références OMS / UE (3)

- World Health Organisation (2008a). The global burden of disease. 2004 update. Geneva : WHO.
- World Health Organisation (2008b). Atlas of health in Europe. 2nd edition 2008. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (2008c). mhGAP. Mental health gap action programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva : WHO.
- World Health Organisation (2009a). Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva : WHO.
- World Health Organisation (2009b). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (2009c). Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (2009d). The European health report 2009. Health and health systems. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (2010a). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva : WHO (édition française : Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, Genève, OMS).
- World Health Organisation (2010b). European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

76

Références OMS / UE (4)

- World Health Organisation (2010c). ATLAS on substance use (2010). Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Geneva : WHO.
- World Health Organisation (2010d). Screening and brief intervention for hazardous and harmful substance use. Geneva : WHO.
- World Health Organisation (2010e). Report on the meeting on indicators for monitoring alcohol, drugs and other psychoactive substance use, substance attributable harm and societal responses. Valencia, Spain, October 2009. Geneva : WHO.
- World Health Organisation (2010f). Mh GAP Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Mental health gap action programme (mhGAP). Geneva : Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO.
- (...)

Alcohol policy

- **National alcohol strategy**

- selon les pays :

- o officialisation sous forme de plans d'action pluriannuels
- o officialisation sous forme de plans d'action addictions (drogues et alcool)
- o +/- intégration de la prévention primaire, secondaire et tertiaire
- o +/- intégration des recommandations de l'OMS et de la CE
- o +/- intégration d'evidence-based guidelines ou de best practice guidelines

➔ plans d'action +/- intégrés, actualisés, détaillés, exhaustifs et basés sur l'évidence

- exemples de stratégies nationales / plans nationaux :

- o drug policy profiles (EMCDDA) : voir exemples ci-après
- o voir aussi sous evidence-based guidelines ci-avant

National drug (& alcohol) action plans (1)

Allemagne

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (2003). Action plan on drugs and addiction. Deutschland.

Danmark

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010). Kampen mod narko II. Handlingsplan mod narkotikamisbrug. Regeringen Oktober 2010. København, Denmark.

Espagne

- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Plan nacional sobre drogas 2009-2016 (National drug strategy 2009-2016). Spain.

Finlande

- Sosiaali- ja Terveysministeriö, Social- och Hälsovarsministeriet (2007). Valtioneuvoston periaatepäätös huumaussainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008-2011. Helsinki, Finland.

France

- Le Premier Ministre de la République Française, Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (2008). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Paris : MILDT.

Grèce

- Greece Strategy 2006-2012.
- Greece National plan on drugs 2008-2012.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

79

National drug (& alcohol) action plans (2)

Irlande

- Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs (2009). National drugs strategy (interim) 2009-2016. Ireland.

Italie

- Italy Action plan 2010-2013.

Luxembourg

- Ministère de la Santé (2010). Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2010-2014 en matière de lutte contre les drogues et les addictions. Grand-Duché de Luxembourg.

Norvège

- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2007). Norwegian national action plan on alcohol and drugs 2007-2010. Norway.

Pologne

- Poland Programme 2011-2016.

Portugal

- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2010). Plano de acção contra as drogas e as toxicodependências 2009-2012 (National plan against drugs and drug addiction 2005-2012, Action plan against drugs and drug addiction 2009-2012). Lisboa : IDT, I.P.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

80

National drug (& alcohol) action plans (3)

Royaume-Uni

- Alcohol Working Group (2006). Northumberland alcohol strategy 2006-2009. Preventing and reducing alcohol related harm. Making Northumberland a healthy and safe place to live, work and visit. Northumberland, UK.
- Department of Health, Social Services & Public Safety (2006). New strategic direction for alcohol and drugs 2006-2011. Belfast, Northern Ireland.
- HM Government (2010). Drug strategy 2010. Reducing demand, restricting supply, building recovery. Supporting people to live a drug free life. UK.
- London Borough of Hounslow (2008). Drug and alcohol joint commissioning strategy 2008-2011. UK.
- The Scottish Government (2008). The road to recovery. A new approach to tackling Scotland's drug problem. Edinburgh.
- Welsh Assembly Government (2008). Working together to reduce harm. The substance misuse strategy for Wales 2008-2018. Cardiff.

Suède

- Ministry of Health and Social Affairs (2008). Swedish action plan on narcotic drugs 2006-2010. Fact sheet 2008. Stockholm, Sweden.
- Socialdepartementet (2005). Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner 2006-2010. Regeringen beslutar proposition 2005. Stockholm, Sweden.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

81

Vers un Plan National Alcool

A. État des lieux succinct

1. Notions de base
2. Données chiffrées
3. Dispositif de soins national

B. Benchmark international

1. Données chiffrées
2. Dispositifs de soins comparés
3. Evidence-based guidelines
4. Alcohol policy

C. Plan National Alcool

1. Constats préalables
2. Idées phares

1. Problème majeur
2. Besoins non couverts
3. Action nécessaire

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

82

Vers un Plan National Alcool

➤ Constats préalables (tendances internationales)

1. Le mésusage d'alcool est un problème de santé publique majeur et une source importante de souffrance individuelle, familiale et sociale ainsi que de coûts sociétaux :
 - a. la consommation alcoolique d'environ 10% de la population générale adulte dépasse les taux recommandés par l'OMS
 - b. environ 1 personne sur 10 est concernée par la dépendance alcoolique dans sa famille, à son lieu de travail ou ailleurs dans son milieu social
 - c. l'alcool constitue dans les pays à revenu élevé le 2nd facteur de risque, après le tabac, de mortalité et d'incapacité évitables
 - d. l'usage nocif ou dépendant d'alcool est dans environ 1/3 des cas associé à une maladie psychique, alors que la dépression et l'abus de substance constituent les 2 principaux facteurs de risque suicidaire

Vers un Plan National Alcool

➤ Constats préalables (tendances internationales)

- e. l'« alcoolisme » tout comme l'« alcoolique » continuent à être fortement stigmatisés socialement, ce qui ne fait qu'aggraver la problématique et précipiter la désinsertion sociale des concernés (la dépendance à l'alcool est pourtant officiellement reconnue comme maladie par l'OMS)
2. Le recours au système de soins se fait généralement via le médecin traitant ou les services hospitaliers de médecine somatique, tandis que le recours aux dispositifs spécialisés, sous-utilisés, est souvent tardif :
 - a. chaque 5me lit d'hôpital général sert au traitement d'un trouble addictif, notamment au traitement d'une complication somatique
 - b. environ 3% seulement des personnes alcoolodépendantes aboutissent dans une structure offrant des soins spécialisés de plus longue durée, qui peuvent pourtant améliorer le pronostic en cas de dépendance sévère

Vers un Plan National Alcool

➤ Constats préalables (tendances internationales)

3. Les principales questions qui se posent, dès lors, concernent :

- a. l'efficacité des politiques de prévention primaire
- b. l'effectivité et l'efficience du système de soins
- c. les stratégies d'amélioration du dispositif afin de cerner au mieux l'ensemble du spectre des mésusages d'alcool

Vers un Plan National Alcool

A. État des lieux succinct

1. Notions de base
2. Données chiffrées
3. Dispositif de soins national

B. Benchmark international

1. Données chiffrées
2. Dispositifs de soins comparés
3. Evidence-based guidelines
4. Alcohol policy

C. Plan National Alcool

1. Constats préalables
2. Idées phares

1. Approche santé publique
2. Approche addictologie
3. Approche réseau
4. Approche qualité

Vers un Plan National Alcool

➤ Idées phares

1. Approche santé publique
2. Approche addictologie
3. Approche réseau
4. Approche qualité

Remarques :

- Il s'agit d'idées phares destinées à baliser la mise au point d'un Plan National Alcool, non pas d'un plan déjà finalisé et officialisé
- Le volet relatif à la prévention primaire, et aux stratégies politiques afférentes, a été abordé à part et ne sera pas repris ici

Vers un Plan National Alcool

➤ Idées phares

1. Approche santé publique
2. Approche addictologie
3. Approche réseau
4. Approche qualité

Vers un Plan National Alcool

➤ Idées phares

1. Approche santé publique

- relier prévention primaire, secondaire et tertiaire dans une démarche multidisciplinaire et multisectorielle commune
- atteindre à un stade évolutif précoce l'ensemble des populations cibles du spectre du mésusage d'alcool, de l'usage à risque jusqu'à l'alcoolodépendance chronique
- investir dans une offre de service diversifiée et accessible, comportant également des programmes spécifiques pour les populations précarisées et à besoins complexes (impotences persistantes, diagnostics multiples, sans abris, etc.)

Vers un Plan National Alcool

➤ Idées phares

1. Approche santé publique
2. Approche addictologie
3. Approche réseau
4. Approche qualité

Vers un Plan National Alcool

➤ Idées phares

2. Approche addictologie

- établir un plan d'action national addictions, intégrant les dimensions communes et spécifiques selon les types d'addiction (avec et sans substance) et les types de substance (licites et illicites)
- implémenter des dispositifs spécialisés - communs et spécifiques - par type d'addiction et par type de substance
- promouvoir les spécificités de l'addictologie (congrès, formations, fédérations, etc.)

Vers un Plan National Alcool

➤ Idées phares

1. Approche santé publique
2. Approche addictologie
3. Approche réseau
4. Approche qualité

Vers un Plan National Alcool

➤ Idées phares

3. Approche réseau

- développer une culture de soins individualisés (orientés besoins des patients / clients) et intégrés au niveau des interfaces du système de soins (setting généraliste / spécialiste, résidentiel / non résidentiel, etc.)
- favoriser le principe des stepped care : intervenir dans chaque situation avec les moyens les plus efficaces et les moins contraignants et désocialisants

Vers un Plan National Alcool

➤ Idées phares

1. Approche santé publique
2. Approche addictologie
3. Approche réseau
4. Approche qualité

Vers un Plan National Alcool

➤ Idées phares

4. Approche qualité

- favoriser des concepts de soins evidence-based (somme des acquis scientifiques, des expertises professionnelles et des avis des usagers)
- développer la rigueur scientifique (statistiques sanitaires standardisées, recherche épidémiologique, évaluation des programmes de soins, etc.)
- promouvoir des démarches de gestion / assurance / certification de la qualité adaptées aux spécificités de la santé mentale et de l'addictologie

Vers un Plan National Alcool

Idées phares relatives au dispositif de soins

1. atteindre par des interventions plus précoces / plus brèves des populations cibles plus larges (de l'usage à risque à l'alcoolodépendance chronique aux complications multiples et persistantes)
2. sensibiliser et impliquer les intervenants médicaux et psychosociaux de première ligne, en particulier les médecins généralistes et les médecins du travail (repérage précoce et intervention brève, entretien motivationnel, etc.)
3. augmenter l'offre ambulatoire et semi-stationnaire spécialisée, conformément au principe des stepped care (polycliniques, centres de consultation et hôpitaux de jour addictologiques)
4. systématiser, dans les hôpitaux généraux, les soins aigus à spécificité addictologique (sevrages qualifiés) et renforcer les liens avec la médecine somatique (addictologie de liaison)

Vers un Plan National Alcool

Idées phares relatives au dispositif de soins

5. revaloriser l'offre réhabilitative stationnaire et semi-stationnaire de proximité (projet de modernisation du centre thérapeutique spécialisé existant, comportant à terme 3 unités de soins à concepts spécifiques)
6. optimiser les possibilités d'accueil des structures complémentaires de réadaptation psychosociale, spécifiques et aspécifiques, de même que l'interface entre le dispositif du secteur sanitaire et l'offre du secteur social
7. améliorer l'offre de prise en charge des populations à besoins complexes, en particulier des personnes souffrant d'alcoolodépendance chronique compliquée d'impotences multiples et persistantes, par le biais de concepts innovateurs tant en ambulatoire qu'en (semi-)résidentiel (harm reduction, case management, offre bas seuil, foyer sociothérapeutique / psychiatrie spécialisé, etc.)

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

97

Vers un Plan National Alcool

Idées phares relatives au dispositif de soins

8. développer des programmes centrés sur la problématique du mésusage d'alcool chez les jeunes, les femmes / mères-enfants, les seniors, les migrants, les sans abris, etc., ainsi que sur les thèmes contemporains du mésusage de substances multiples, des addictions comportementales et des troubles comorbides complexes (liens entre addictologie, psychiatrie et médecine somatique)
9. intensifier le travail en réseau par une articulation plus efficiente des offres préventives (sensibilisation, déstigmatisation, etc.), curatives et réhabilitatives, ambulatoires et (semi-)résidentielles, en intégrant les dispositifs existant et à créer au Luxembourg ainsi que le recours aux structures de la Grande Région

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

98

Vers un Plan National Alcool

Traitement et réhabilitation des mésusages d'alcool

- PARTIE 1 : INTRODUCTION
- **PARTIE 2 : SOINS POSTAIGUS**

Vers un Plan National Alcool

➤ Système de soins

1. Interventions précoces (Dr Jean-Marc Cloos)
2. Soins aigus (Dr Marc Gleis)
3. Soins postaigus (Dr Paul Hentgen)

Vers un Plan National Alcool

➤ Système de soins

1. Interventions précoces

- Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) (SFA)
(Early Identification and Brief Intervention) (EIBI) (WHO)
- Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) (SAMHSA, CCSA)

Vers un Plan National Alcool

➤ Système de soins

2. Soins aigus

- Sevrage qualifié
- Addictologie de liaison
- Hospitalisation scindée

Vers un Plan National Alcool

- Système de soins

3. Soins postaigus

- Prévention tertiaire
- Réhabilitation médicale
- Réadaptation psychosociale
- Soins de suite et de réadaptation
- Postcure et post-postcure

Soins postaigus

Préalables (1)

- 75% (voire 90%) des personnes alcoolodépendantes présentent des troubles cognitifs modérés (fonctions exécutives, mnésiques, visuo-spatiales, attentionnelles complexes, etc.) récupérant en général sous maintien de l'abstinence dans un **délai de 3 à 6 mois**
- Les troubles cognitifs non améliorés en postsevrage constituent (en plus de certains facteurs psychologiques et sociaux) un facteur de risque pour une **rechute précoce** (taux de rechute de 50% après 3 mois versus < 30% après 12 mois en cas de réhabilitation stationnaire prolongée) (selon les études, 50-80% de rechutes dans les 12 mois, la plupart endéans les 3 premiers mois)
- Troubles des fonctions exécutives (inhibition, flexibilité, prise de décision)
 - inchangés après 3 semaines de sevrage
-> fréquence des rechutes précoces
 - récupération après 3-6 mois
-> **indication des séjours en centre résidentiel**

Soins postaigus

Préalables (2)

De nombreuses études scientifiques ont montré la persistance de troubles cognitifs significatifs (biais attentionnels, troubles de l'inhibition, troubles des fonctions exécutives, etc.) chez les patients alcoolodépendants au-delà du sevrage alcoolique. Ces troubles constituent une forte vulnérabilité à la rechute et contribuent à expliquer, en tant que **facteurs de rechute cérébraux**, les taux de rechute particulièrement élevés au cours des 3-6-9 premiers mois suivant l'arrêt de la consommation. Ce sont là autant d'arguments en faveur de l'**indication de soins postaigus prolongés**, notamment en milieu stationnaire, et de l'application de traitements spécifiques, en particulier de programmes de revalidation neuropsychologique, dans le but d'améliorer les taux d'abstinence (voir e.a. Campanella et al., 2010 ; Cordovil De Sousa Uva et al., 2010 ; De Timary, 2010 ; Pitel et al., 2009 ; voir aussi Scheurich et Brokate, 2009).

En particulier, les items inhibition, flexibilité et prise de décision (contrôle, anticipation, etc.) ne s'améliorent souvent que dans des délais de 6 à 9 mois en postsevrage : sans récupération suffisante au niveau des capacités d'intelligence émotionnelle, des cognitions sociales, etc., le risque d'une reprise des conduites automatiques (reboire) est élevé en cas de retour précoce à domicile et en l'absence d'un encadrement thérapeutique approprié (De Timary, 2010).

Un nombre croissant d'études neuropsychologiques mettent ainsi en évidence des troubles cognitifs, pour le moins infracliniques, persistant même après régression de la plupart des troubles manifestes au terme d'une période de postsevrage d'environ 6 semaines (voir Mann et al., 1999). Il se pose dès lors la question de l'adéquation et de la spécificité des programmes thérapeutiques, de l'effectivité différentielle ainsi que des corrélations entre les déficits cognitifs et les différentes variables de l'outcome (indication des thérapies stationnaires, des thérapies de groupe supportives et des modules basés sur la remédiation cognitive plus que sur l'autoefficacité qui souvent dépassent les capacités cognitives et affectives des patients affectés des précités déficits ; ceux-ci constituent des prédicteurs de rechute à plus forte raison qu'ils sont susceptibles de renforcer les troubles relationnels et sociaux des intéressés) (voir e.a. Rist, 2004 ; voir aussi Bates et al., 2002 ; Knight et Longmore, 1994 ; Zywiak et al., 2002).

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

105

Vers un Plan National Alcool

Soins postaigus

A. Evidence-based guidelines

B. Populations à besoins complexes

C. Réhabilitation spécialisée au Luxembourg

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

106

Evidence-based guidelines (1)

(d'après les guidelines AWMF, DG-Sucht / DGPPN, voir Geyer et al., 2006)

- Réhabilitation médicale (Entwöhnung) et postcure (Nachsorge) à plus long terme
- Objectifs généraux :
 - prévenir ou réduire les handicaps (au sens de l'International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF - de la WHO, 2001) de la personne alcoolodépendante chronique, résultant des troubles liés à l'alcool
 - améliorer ou rétablir les capacités fonctionnelles et les performances dans les activités quotidiennes et professionnelles (santé fonctionnelle)
 - améliorer les troubles psychiques et somatiques cooccurrents ainsi que les complications sociales
 - assurer l'autodétermination et l'implication personnelle dans la situation de vie de la personne
- Objectifs thérapeutiques :
 - formes graves d'abus alcoolique : abstinence / abstinence à points (dans les situations à haut risque), réduction de la consommation, programme d'autocontrôle
 - dépendance alcoolique : abstinence permanente (également d'autres substances psychoactives, en particulier de benzodiazépines et de drogues illicites), sinon - dans un premier temps - réduction des risques (amélioration de la capacité de contrôle, etc.)

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

107

Evidence-based guidelines (2)

(d'après les guidelines AWMF, DG-Sucht / DGPPN, voir Geyer et al., 2006)

- Planification des soins selon les principes de l'intervention échelonnée (stepped care), c-à-d choix de la modalité thérapeutique la moins lourde et la plus prometteuse de réussite et d'efficacité après indication différentielle et individuelle
- Plans thérapeutiques intégrés (combinaison d'interventions psycho-, socio- et somatothérapeutiques ainsi que d'autres procédés par des équipes multidisciplinaires, dans des settings ambulatoires, semi-stationnaires (en fonction de la qualité de l'environnement social, de la proximité du lieu de résidence, du soutien au travail, etc.) ou stationnaires
- Réhabilitation médicale, approches combinées, séquentielles et réadaptatives, d'abord les moins restrictives et avec le plus de sécurité et d'efficacité possible
- Pour les soins de proximité, il est fait référence au concept de la Community Reinforcement Approach (CRA / CRAFT)
- Durée de traitement de 6 à 12 semaines (**thérapies dites brèves**), sinon de 16 semaines et plus (**thérapies dites de longue durée**) en setting stationnaire ; traitement de 6 à 12 mois en setting ambulatoire
- Méthodes thérapeutiques spécifiques en addictologie : programmes de prévention des rechutes (autogestion de la consommation), programme des 12 étapes (d'après le concept des Alcooliques Anonymes), pharmacothérapie spécialisée

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

108

Evidence-based guidelines (3)

(d'après les guidelines AWMF, DG-Sucht / DGPPN, voir Geyer et al., 2006)

- Méthodes aspécifiques :
 - psychothérapie, psychoéducation, entretien motivationnel, thérapie (cognitivo-) comportementale, entraînement des compétences psychosociales (coping skills training), traitement par immersion (sous réserve), gestion contingente (contingency management), thérapies psychodynamiques (en particulier, approches psychanalytiques-interactionnelles), psychothérapie centrée sur le client, thérapie conjugale et familiale (notamment comportementale, voir contrats d'abstinence, prévention des rechutes, etc.)
 - ergothérapie et thérapie par le travail (réentraînement des performances cognitives, sociales et professionnelles, essais internes / externes de recharge progressive, rétablissement de la capacité de travail, etc.)
 - sociothérapie (développement des compétences de gestion autonome de la situation sociale, guidance financière / juridique, recherche-logement, maintien dans l'emploi, réhabilitation professionnelle, etc.) (l'insertion sociale est un facteur pronostique majeur en alcoologie !)
 - thérapies corporelles (p.ex. relaxation, kinésithérapie, thérapie sportive)
 - thérapies centrées sur les valeurs (le sens, la dimension spirituelle, etc.)

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

109

Evidence-based guidelines (4)

(d'après les guidelines AWMF, DG-Sucht / DGPPN, voir Geyer et al., 2006)

- Traitement des troubles cooccurrents et des groupes cibles à besoins spécifiques (p.ex. patients alcoolodépendants chroniques aux complications multiples et persistantes) (voir plus loin pour la notion de Chronisch Mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke - CMA)
- Postcure (postréhabilitation médicale), généralement dans le cadre de traitements séquentiels stationnaires-ambulatoires organisés (de préférence) en réseau, sinon avec une interface moins démarquée dans les suites d'une réhabilitation ambulatoire :
 - postcure à proximité du lieu de vie avec implication de l'environnement social ; encadrement professionnel en setting groupal ou individuel, en ambulatoire ou en résidentiel dans des structures intermédiaires (foyers de réadaptation, logements supervisés) (le cas échéant visites à domicile ou en institution socioréadaptative, case management en cas d'alcoolodépendance chronique multicompliquée)
 - postcure addictologique spécialisée ou par des médecins de première ligne (en collaboration avec des centres de consultation addictologiques, etc.)
 - programmes de suivi par téléphone ou par du personnel soignant
 - fréquentation de groupes d'entraide, etc.
 - durée de la postcure : au moins 6 à 12 mois, voire à plus long terme

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

110

Vers un Plan National Alcool

Soins post-aigus

A. Evidence-based guidelines

B. Populations à besoins complexes

C. Réhabilitation spécialisée au Luxembourg

Populations à besoins complexes (1)

- Environ 75% des patients alcoolodépendants présentent des troubles cognitifs, dont l'intensité peut être plus ou moins sévère et la réversibilité plus ou moins complète, ceci à plus ou moins long terme. Ainsi, des troubles cognitifs même sévères peuvent être largement réversibles au terme d'une période pouvant s'étendre **jusqu'à environ 2 ans**, dans un cadre associant maintien de l'abstinence alcoolique et entraînement des fonctions neuropsychologiques. De nombreux patients vont par ailleurs se remettre dans un délai pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois d'un syndrome de postsevrage (syndrome de sevrage prolongé avec ou sans delirium). La survenue d'un tel syndrome peut être favorisée par différents facteurs de vulnérabilité et intercurrents, comme par exemple le mésusage concomitant d'autres substances psychoactives (benzodiazépines, etc.).
- Les troubles cognitifs sévères et persistant à plus long terme, liés à l'utilisation d'alcool, relèvent des catégories diagnostiques ICD-10 : F10.6 (syndrome amnésique ou syndrome de Korsakoff), F10.73 (troubles résiduels : démence alcoolique) et F10.74 (troubles résiduels : troubles cognitifs persistants qui ne remplissent pas encore les critères ni du syndrome amnésique ni de la démence alcoolique). Jusqu'à environ 10% des patients alcoolodépendants présenteraient un syndrome amnésique.

Populations à besoins complexes (2)

- D'autre part, il n'est pas rare que des patients alcoolodépendants présentent des troubles cognitifs sévères et persistants qui sont en tout ou en partie liés à des troubles comorbides, relevant en particulier des catégories ICD-10 : F00-09 (troubles mentaux organiques). Les précités troubles résiduels ne se limitent par ailleurs pas aux troubles cognitifs, ils peuvent également comprendre des troubles résiduels de la personnalité et du comportement, des troubles affectifs résiduels ainsi que divers syndromes psychotiques.
- Une part importante des patients alcoolodépendants chroniques affectés des précités diagnostics appartient à la catégorie des patients souffrant d'addictions chroniques associées à des impotences sévères et multiples, connue en Allemagne comme catégorie des **CMA (Chronisch Mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke)**. L'opérationnalisation de la catégorie de ces chronic multiple handicapped dependents on psychotropic substances remonte aux recherches d'un groupe de travail initié par le ministère de la Santé fédéral allemand, publiées à la fin des années 1990. La définition proposée comprend plusieurs critères de gravité regroupés sous 4 rubriques : conduite addictive, antécédents thérapeutiques, situation sociojuridique et situation sanitaire. Le dernier critère concerne la fréquente comorbidité psychiatrique et/ou somatique.

Populations à besoins complexes (3)

- La catégorie des CMA est en fait **très hétérogène** quant au profil et à la sévérité des troubles, ainsi que quant aux besoins d'aide et d'encadrement. Il s'agit d'une manière générale de patients qui présentent une consommation actuelle de substances, des antécédents de traitements multiples, des syndromes de postsevrage, des troubles dépressifs et anxieux prolongés, des troubles cognitifs, souvent une faible motivation au changement, des pathologies somatiques chroniques, d'importants problèmes sociaux ainsi que des difficultés majeures à participer à la vie en société. Cette catégorie de patients lourdement affectés concernerait jusqu'à environ 10% des personnes dépendantes de substances psychoactives.
- Si tous les patients dépendants présentant des troubles cognitifs n'appartiennent pas à la catégorie des CMA, il est tout aussi vrai que tous les CMA ne souffrent pas de troubles cognitifs significatifs ou fonctionnellement invalidants. Pourtant, les CMA fréquentent abondamment les différents dispositifs sociosanitaires et ils ont souvent des sevrages itératifs, compliqués et prolongés à leur actif. Les troubles mentaux et du comportement cooccurrents concernent à peu près toutes les catégories diagnostiques, notamment les troubles psychotiques, affectifs, anxieux, etc. et les troubles de la personnalité.

Populations à besoins complexes (4)

- Faute de disposer d'études épidémiologiques et de données statistiques représentatives concernant les personnes alcoolodépendantes au Luxembourg, nous sommes réduits à baser nos estimations relatives à la prévalence des troubles sous discussion sur des extrapolations sommaires à partir d'études réalisées à l'étranger.
- Nous pouvons ainsi estimer qu'il y a au **Luxembourg** environ 10.000 personnes souffrant d'alcoolodépendance, et environ **1.000 personnes** souffrant d'addictions chroniques associées à des impotences multiples.

catégories des severely dependent drinkers
et des drinkers with complicated needs

Populations à besoins complexes

Le dispositif allemand (1)

- Plusieurs auteurs comme Kruse et al. (2000), Wienberg et Driessen (2001), Wienberg (2002), Längle et al. (2005) ont souligné d'un point de vue santé publique et psychiatrie sociale l'importance de ne pas négliger certaines populations particulièrement précarisées de personnes alcoolodépendantes.
- Forcée vers la fin des années 1980, la notion de Chronisch Mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA) a été opérationnalisée par Küfner et al. (Arbeitsgruppe CMA, 1999), par Hilge et Schultz (1999) ainsi que par Leonhardt et Mühler (2006).
- Même si cette catégorisation a pu être critiquée par la suite, elle a pu contribuer à soutenir l'attention sur la population cible en question et au développement de stratégies d'intervention la concernant.

Populations à besoins complexes

Le dispositif allemand (2)

- Ainsi, la création de **foyers sociothérapeutiques** ciblés sur les CMA, en particulier pour ceux souffrant de déficits cognitifs (Korsakoff) a pu se développer (Steingass, et al., 2002 ; Steingass, 2004, 2009, 2010). Des projets de suivi **ambulatoire intensif de longue durée** comme ALITA (Wagner et al., 2003 ; Reinhold et al., 2004 ; Stawicki et al., 2007), plus bref de bas seuil (Borbé et al., 2003) ou centré sur le case management (p.ex. Banger et al., 2007) ont été mis au point.
- Le groupe cible des sans abris souffrant d'addictions et fréquemment de comorbidités (psychiatriques) sévères (Fichter et Quadflieg, 2003 ; Salize et al., 2003) - errant généralement à l'intersection des structures de la psychiatrie, de l'addictologie et du social (Wessel, 2002) - devrait être rencontré par des approches communautaires intégrées (Längle et al., 2006) et des concepts addictologiques basés sur la priorisation des objectifs et la réduction des risques (Körkel, 2007).

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

117

Populations à besoins complexes

Le dispositif français (1)

- Le secteur institutionnellement très disparate des « cures » et « postcures » en alcoologie, scindé en structures sanitaires (de type moyen séjour, maison de repos, de convalescence, de santé mentale, clinique, etc.) et structures sociales (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale - CHRS - spécialisé en alcoologie) selon un mode d'organisation traditionnel sans cohérence nationale, vient donc d'être redéfini par les récents décrets et circulaires susmentionnés sur la filière de soins en addictologie : les établissements sanitaires SSR y sont définis comme structures de recours de niveau 2, spécialisées pour la prise en charge des affections liées aux conduites addictives (Kusterer, 2009).
- Les Centres de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (CSSRA), anciennement dénommés « centres de postcure », se présentent dans cette filière comme structures de prise en charge postcure de 4 semaines à 3 voire 6 mois, par rapport auxquelles les CHRS spécialisés en addictologie (CHRSA) sont à la fois des structures alternatives et de relais. Un recensement large des CSSRA, incluant les petits hôpitaux ayant une activité SSR en addictologie, donne au total environ 80 structures totalisant un peu moins de 2.500 lits, auxquelles on peut rajouter environ 10 CHRSA disposant d'un peu moins de 500 lits ; pris dans des difficultés financières, certains de ces CHRSA auraient demandé leur réorientation en CSAPA avec hébergement, en centre thérapeutique résidentiel ou en appartement thérapeutique (Kusterer, 2009).

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

118

Populations à besoins complexes

Le dispositif français (2)

- Tenailleau (2006) distingue 3 types de SSR pouvant répondre à des besoins différents : 1. les soins de suite et de réadaptation en alcoologie (projet thérapeutique médico-psycho-social, élaboration psychothérapeutique, etc.), 2. les soins de suite et de réinsertion en alcoologie (projet socioéducatif, réinsertion sociale...), 3. les **soins de suite et de réadaptation cognitive** (temps intermédiaire entre l'aigu et le SSR alcoologique, programme de récupération cognitive spécifique...). Des centres de réadaptation somatique et cognitive spécifiques en alcoologie, axés sur un recrutement par grande région (plateau médicotechnique), seraient à créer (sans faire l'impasse sur le problème des **patients définitivement invalidés requérant une solution de type long séjour**, ni sur le problème des établissements de type Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) versus création d'asiles pour « vieux alcooliques », le cas échéant dans les anciens hôpitaux psychiatriques...). La différenciation entre séjours de type MCO (soins alcooliques résidentiels complexes) et séjours de type SSR serait à clarifier.

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

119

Populations à besoins complexes

Le dispositif français (3)

- Kusterer (2009) distingue lui aussi plusieurs besoins non couverts : des zones géographiques dépourvues de SSRA traditionnels ; par grande région sanitaire, un **SSRA à orientation cognitive pour les « Korsakoff » susceptibles d'être réversibles** (plateau technique de pointe, collaboration hospitalière...) (projet également soutenu par d'autres éminents spécialistes, notamment en neuropsychologie, comme Eustache, 2008) ; par grande région sanitaire, un SSRA accueillant mère ou père et enfant en bas âge ; des structures médico-sociales (moins médicalisées que les SSRA), de type CSAPA avec hébergement orienté alcoologie (durées de séjour de 3 à 12 mois) ; des **structures d'hébergement pérennes** (type MAS ou Maison-Relais) **pour les « Korsakoff » irréversibles de moins de 55 ans** et les patients qui après de multiples échecs de réinsertion nécessitent un accompagnement prolongé (...).

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

120

Haus Remscheid

AHG Therapiezentrum
Haus Remscheid
(H.-P. Steingass)

Le Haus Remscheid prend en charge des patients qui se situent sur un continuum entre 2 pôles, avec :

- d'un côté des patients **sévèrement invalidés** et nécessitant un **encadrement intensif et à long terme en milieu résidentiel** ;
- d'un autre côté des patients présentant des impotences mineures et ayant préservé suffisamment de potentiel évolutif pour avoir des chances de retrouver une vie plus ou moins autonome au sein même du foyer, sinon à l'extérieur de celui-ci.

Ainsi, l'offre du Haus Remscheid comprend et s'adresse à plusieurs groupes :

- groupe foyer, qui constitue le groupe central et prenant en charge le plus grand nombre de patients ;
- d'autres groupes constituent des groupes indicatifs, établis en fonction de différents critères et objectifs, notamment : groupe admission, groupe entraînement, groupe logement et orientation, groupe double diagnostic, groupe seniors et groupe logement externe.

Wiesloch / Weinsberg

Les centres de psychiatrie (les anciens PLK) de Baden-Württemberg, réorganisés en 1996, comprennent le Psychiatrisches Zentrum Nordbaden (PZN) de Wiesloch et le Klinikum am Weissenhof à Weinsberg (ce sont 2 centres hospitaliers académiques de l'Université de Heidelberg).

Le PZN a mis en place une unité spécialisée (Station 06) dans le **traitement à plus long terme des CMA** de même qu'une unité spécialisée (Station 35) dans le traitement des troubles comorbides (doubles diagnostics).

Le centre de psychiatrie de Weinsberg dispose d'une unité spécialisée (Station S8) pour le traitement des CMA et des doubles diagnostics (24 lits).

Hôpital Beau Vallon

Projet « jeunes déments »
Hôpital Psychiatrique du
Beau Vallon, Saint-Servais
(J.-P. Roussaux)

1. service hospitalier (15 lits spécifiques Korsakoff) ayant la mission de réaliser le bilan médico-psycho-social, d'établir le diagnostic (différentiel), de stabiliser le comportement et l'abstinence, de mobiliser les ressources du patient ainsi que de mettre au point un projet thérapeutique / de vie / d'orientation posthospitalière ;
2. **convention MRS ou MSP** (15 places réparties à raison de 3 à 7 places au sein d'une unité de soins par structure résidentielle) assurant des soins multidisciplinaires continus pour des patients **sévèrement affectés** et qui ne sont plus susceptibles de bénéficier d'un programme de revalidation ;

Hôpital Beau Vallon

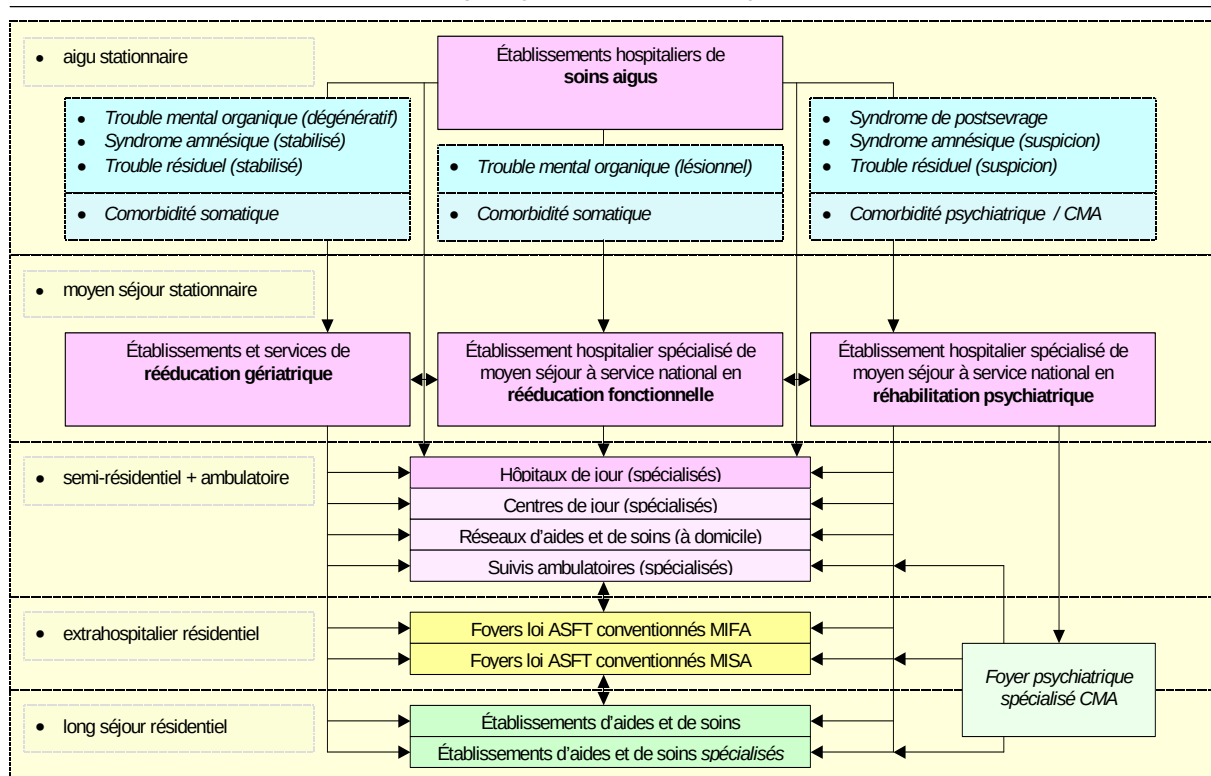
3.
 - a. centre de jour spécifique Korsakoff (15 places), offrant des activités occupationnelles et manuelles ;
 - b. centre résidentiel spécifique Korsakoff (10 places projetées dans le même bâtiment que le centre de jour, à proximité de l'hôpital), destiné à des patients présentant au terme d'une hospitalisation / revalidation un déficit cognitif léger à modéré et en cas de soutien familial insuffisant ou inexistant ;
4. fonction de liaison (éducateur, psychologue) entre les différentes structures de prise en charge du réseau (établir et maintenir un lien de triangulation entre le patient, la famille et les équipes soignantes).

1. unité d'hospitalisation A (potentiellement fermée) pour le diagnostic et le traitement des troubles cognitifs ;
2. unité d'hospitalisation B (potentiellement fermée) pour l'admission et le diagnostic de patients souffrant d'un WKS ;
3. unité d'hospitalisation C (potentiellement fermée) pour le traitement de patients souffrant d'un WKS ;
4. traitement de suite pour patients souffrant d'un syndrome de Korsakoff ou de troubles cognitifs moins sévères ;
5. programme de resocialisation (maximum 3 ans) en petite communauté de vie (3 personnes) au sein d'une maison localisée dans la cité ;
6. logement encadré (17 lits) pour personnes requérant un encadrement et des soins permanents sur 24 heures ;
7. logement accompagné pour personnes nécessitant un encadrement discontinu mais qui ne sont pas à mêmes de vivre de manière autonome (6 places dans 2 habitations) ;
8. programme de traitement de suite à temps partiel.

Populations à besoins complexes

Vers l'implémentation
d'un modèle luxembourgeois?

Orientation post aiguë en cas de troubles cognitifs sévères



Principaux facteurs décisionnels :

- Diagnostics ICD et ICF
- Antécédents de type CMA
- Séjour actuel (durée, évolution)

• Motivation et compliance

- Autonomie AVJ
- Fonctionnement psychosocial
- Capacité d'abstinence

• État psychopathologique

- Bilan neuropsychologique
- Comorbidité somatique
- Insertion et soutien social

Gestion des interfaces :

- Conventions interinstitutionnelles
- Réunions de case management

Réseau thérapeutique :

- Modèle interactionnel
- Structures sociales non représentées

MISA GT KORS PH 30.11.2009 DRAFT

établi en coll. avec Drs C. Federspiel et D. Knauf-Hübel

Vers un Plan National Alcool

Soins post aigus

A. Evidence-based guidelines

B. Populations à besoins complexes

C. Réhabilitation spécialisée au Luxembourg

Réhabilitation spécialisée au Luxembourg

➤ Stigmatisation de l'offre nationale

- stigmatisation de l'« alcoolisme » et des « alcooliques » dans un pays exigu à niveau de vie élevé

➤ Benchmarking international

- facteurs structurels liés à l'exiguïté du pays
- projet d'amélioration du dispositif national
 - comme alternative de qualité
 - comme offre complémentaire

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

129

Réhabilitation spécialisée au Luxembourg

➤ Attraites des cures à l'étranger

- Anonymat et discrétion
- Statut social
- Mise à distance du contexte
- Écran psychosomatique
- Qualité de l'offre thérapeutique
- Confort de l'hôtellerie
- Wellness et tourisme
- Réputation, marketing
- Mythe de la guérison à l'étranger
- (...)

➤ Avantages des séjours au pays

- Accès non bureaucratisé
- Proximité locorégionale
- Facilités linguisticoculturelles
- Prévention de la désinsertion sociale
- Approche systémique / familiale
- Hospitalisations partielles
- Réadaptation psychosociale
- Suivis intégrés de postcure
- Continuité des soins
- (...)

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

130

Réhabilitation spécialisée au Luxembourg

ctu centre thérapeutique **useldange**



Dans le cadre du Plan stratégique du CHNP :

Projet de modernisation du CTU :

- Augmentation de la capacité stationnaire de 40 à 58 lits par un transfert de lits du site d'Ettelbruck avec redéfinition conceptuelle
- Restructuration en 3 unités de soins à concepts spécifiques :
 - Unité d'alcoologie A, à concept psychosociopédagogique
 - Unité d'alcoologie B, à concept psychothérapeutique
 - Unité de psychosomatique, à concept psychothérapeutique (« suchtnahe psychosomatische Rehabilitation »)
- Amélioration de l'infrastructure thérapeutique, sportive et hôtelière
- Hôpital de jour intégré (6 places), foyers de réadaptation (13 places) et groupes de postcure ambulatoire

19.05.2010

Dr Paul Hentgen

131

ctu centre thérapeutique **useldange**



© CTU PH 01.06.2009

ctu centre thérapeutique useldange



revivre sans reboire

5e Conférence Nationale Santé

Mondorf-les-Bains, le 19 mai 2010

Vers un Plan National Alcool

Merci



Dr Paul Hentgen

ctu centre thérapeutique useldange

Update (1)

Allemagne

- Dyckmans, M. (2011). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2011. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A., Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. Sucht, 57(2) : 119-129.
- Singer, M.V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.) (2011). Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart : Thieme.

France

- Reynaud, M., Morel, A. (coord.) (2011). Livre blanc de l'addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France. Fédération Française d'Addictologie (FFA).
- Toubiana, É.P. (dir.) (2011). Addictologie clinique. Paris : PUF.

Suisse

- Wüthrich, A. (2010). Herausforderung Sucht. Suchtpolitik in der Schweiz. Referat, 50. DHS-Fachkonferenz Sucht, Essen.
- Wüthrich, A. (2011). Entwicklungen einer kohärenten Suchtpolitik am Beispiel der Schweiz. Referat, Deutscher Suchtkongress 2011, Frankfurt/Main.

14.09.2011

Dr Paul Hentgen

135

Update (2)

Royaume-Uni

- Adamson, S.J., Heather, N., Morton, V., Raistick, D. on behalf of the UKATT Research Team (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems. II. Treatment outcomes. Alcohol and Alcoholism, 45 : 136-142.
- Heather, N., Adamson, S.J., Raistick, D., Slegg, G.P. on behalf of the UKATT Research Team (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems. I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. Alcohol and Alcoholism, 45 : 128-135.
- National Clinical Guidelines Centre at The Royal College of Physicians (2010). Alcohol-use disorders. Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. Clinical guideline 100, London : National Clinical Guidelines Centre for Acute and Chronic Conditions, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), NHS.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). Alcohol-use disorders. Preventing the development of hazardous and harmful drinking. NICE public health guidance 24 (& Quick reference guide). London : NICE, NHS.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). Alcohol-use disorders. Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. NICE clinical guideline 100, developed by the National Clinical Guidelines Centre for Acute and Chronic Conditions (& Quick reference guide). London : NICE, NHS.

14.09.2011

Dr Paul Hentgen

136

Update (3)

Royaume-Uni

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. NICE clinical guideline 115, developed by the National Collaborating Centre for Mental Health (& Quick reference guide). London : NICE, NHS.
- Raistick, D. (2010). How should alcohol-related physical complications be managed? A review of the NICE guidelines. SCANbites, 7 : 11.
- The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists (2011). Alcohol-use disorders. The NICE guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National clinical practice guideline 115. London : National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), NHS.

14.09.2011

Dr Paul Hentgen

137

Update (4)

États-Unis

- National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism (2010). Expanding the framework of treatment. Alcohol Research & Health, 33(4).
- National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism (2011). Exploring treatment options for alcohol use disorders. Alcohol Alert, 81.
- National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism. National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism (2011). Alcohol screening and brief intervention for youth. A practitioner's guide. National Institute of Health (NIH).
- Ruiz, P., Strain, E.C. (2011). Lowinson and Ruiz's substance abuse. A comprehensive textbook. Lippincott Raven (5th ed.).
- Substance abuse and mental health services administration (2010). Results from the 2008 National survey on drug use and health. National findings. U.S. Department of health and human services, SAMHSA, Office of applied studies, NSDUH, series H-36, HHS publication N°SMA 09-4434. Rockville, MD.

Australie

- Ministerial Council on Drug Strategy (2011). National drug strategy 2010-2015. A framework for action on alcohol, tobacco and other drugs. Perth, February 2011, Commonwealth of Australia, Canberra : Department of Health and Aging.

14.09.2011

Dr Paul Hentgen

138

Update (5)

OMS

- Møller, L. (2011). The European alcohol action plan 2012-2020. Communication, 8th meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA), Luxembourg, March 2011, WHO Regional Office for Europe.
- Møller, L., Matic, S. (eds.) (2010a). The European Commission's communication on alcohol, and the WHO framework for alcohol policy. Analysis to guide development of national alcohol action plans. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- Møller, L., Matic, S. (eds.) (2010b). Best practice in estimating the costs of alcohol. Recommendations for future studies. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (2011a). Global status report on alcohol and health. Geneva.
- World Health Organisation (2011b). European alcohol action plan 2012-2020. Implementing regional and global alcohol strategies. Draft, april 2011. Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (2011c). Indicator code book. Global information system on alcohol and health. Geneva : WHO.
- World Health Organisation (2011d). Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016. Regional Committee for Europe, Sixty-first session, Baku, Azerbaijan, September 2011, Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (2011e). European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Regional Committee for Europe, Sixty-first session, Baku, Azerbaijan, September 2011, Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

14.09.2011

Dr Paul Hentgen

139

Groupe National Alcool

implémenté au Ministère de la Santé
dans les suites de la Conférence Nationale Santé du 19 mai 2010

3 sous-groupes :

Épidémiologie & monitoring
Prévention primaire
Prévention secondaire & tertiaire

Élaboration d'un Plan d'action national alcool

14.09.2011

Dr Paul Hentgen

140

Méthodologie

1. Définition d'un cadre référentiel evidence-based (best practice guidelines, alcohol treatment pathways, etc.)
2. Établissement d'une cartographie de l'existant
3. Identification des besoins non couverts
4. Définition des thématiques prioritaires
5. Élaboration de propositions d'amélioration concrètes

Quelques références

Doc. WHO : global alcohol strategy ; european alcohol action plan 2012-2020 ; mental health gap action programme

Doc. EC : EU alcohol strategy ; first progress report

Doc. UK NHS / NICE : AUD preventing harmful drinking ; diagnosis, assessment & management ; physical complications

Doc. UK NTA / DH : models of care for alcohol misusers ; alcohol treatment pathways

Doc. US DHHS / NIH / NIAAA : alcohol screening & brief intervention ; idem for youth ; helping patients who drink too much

Doc. US DHHS : FAS referral & diagnosis ; call to action ; reducing alcohol-exposed pregnancies

Doc. US DHHS / SAMHSA : COD substance abuse treatment ; drug-free workplace program

Doc. US HTW : alcohol & substance use SBIRT ; idem for FASD

Doc. PHAC : FASD framework for action ; prevention, Canadian perspectives

14.09.2011

Dr Paul Hentgen

141

Thématiques prioritées

Dispositif sociosanitaire

1. Screening, Brief Intervention, & Referral to Treatment (SBIRT) (médecine générale, médecine du travail, hôpitaux généraux, services psychosociaux, etc.)
2. Sevrage qualifié et addictologie de liaison (hôpitaux généraux)
3. Réhabilitation médicale (alcoologie et médecine psychosomatique / psychothérapeutique)
4. Réadaptation psychosociale (secteur complémentaire, extrahospitalier, social)
5. Long séjour psychiatrique / long term care (foyer psychiatrique spécialisé, MSP, EASS)
6. Réduction des risques (drink-less programmes, harm reduction, MAP, wet shelters, etc.)
7. Entraide / self-help, self-change & self-management

14.09.2011

Dr Paul Hentgen

142

Thématiques priorisées

Draft

Populations cibles

1. Comorbidité somatique (delirium tremens, Wernicke, épilepsies, pancréatites, cirrhoses, etc.)
2. Besoins complexes : comorbidité psychiatrique (addictions multiples, doubles diagnostics, etc.)
3. Besoins complexes : complications multiples et persistantes (Korsakoff, CMA, sans abris, etc.)
4. Mésusages d'alcool chez les jeunes (SBIRT, réduction des risques)
5. Mésusages d'alcool chez les femmes enceintes (SBIRT, prévention du FASD / ARND, zéro alcool)
6. Mésusages d'alcool et/au lieu de travail (SBIRT, santé et bien-être au travail)
7. Codépendances et aspects transgénérationnels (dimensions familiales)

14.09.2011

Dr Paul Hentgen

143

Save the date :

Colloque International

Vers un Plan National Alcool

Repères pour l'Implémentation d'un Plan National Alcool

le 29 février 2012 à Luxembourg

www.sante.lu

14.09.2011

Dr Paul Hentgen

144



Dr Paul Hentgen

ctu centre thérapeutique **useldange**



Dr Paul Hentgen

ctu centre thérapeutique **useldange**