



Consultants des C.C.A.A. 2002

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie - 20, rue Saint-Fiacre - 75002 Paris
Tél : 01 42 33 51 04 - Fax : 01 45 08 17 02 - Email : contact@anpa.asso.fr - Site Internet : www.anpaa.asso.fr

Sommaire

Préface	page 1-2
Tableau synoptique	page 3
Chapitre I : Principales caractéristiques des nouveaux consultants	page 5
Chapitre II : Le CCAA dans le réseau des acteurs sanitaires et sociaux	page 11
De la moyenne nationale aux spécificités régionales	page 12
Chapitre III : Les CCAA créés depuis 2000 comparés à ceux créés avant 2000	page 17
Données socio-professionnelles	page 20
Données sur la relation à l'alcool et autres risques associés	page 21
Caractéristiques régionales des consultants des nouveaux centres	page 24
 ANNEXES	 page 1 à 11

PREFACE



L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, à travers ses établissements départementaux, gère plus de la moitié des centres de cure ambulatoire en alcoologie en France, financés par l'Assurance Maladie.

Une étude annuelle, auprès des nouveaux consultants des CCAA est réalisée depuis plusieurs années en partenariat avec une équipe de recherche en épidémiologie des conduites addictives de l'Inserm. Le rapport d'étude est construit sur le même modèle depuis 1996, afin de permettre des comparaisons dans le temps jusqu'en 2002 aux niveaux national et local.

Dans le contexte actuel des politiques publiques en addictologie, l'organisation des réponses sanitaires et sociales face aux problèmes d'abus et dépendance tient compte de l'ampleur des consultations et de la nature des besoins et demandes. Les évaluations globales recommandées dans le projet actuel de loi de Santé Publique nécessitent non seulement des indicateurs quantitatifs mais aussi des indicateurs qualitatifs du travail en réseau des acteurs sanitaires et sociaux. L'étude des «Consultants des CCAA» constitue progressivement une base de données, validée par le Conseil Scientifique de l'A.N.P.A.A., permettant des observations régulières d'épidémiologie de terrain, région par région, en complément des travaux réalisés dans les secteurs hospitalier et médico-social.

Le support technique des recueils de données est le logiciel GISPAC, dont l'utilisation a été progressive pour les CCAA de l'A.N.P.A.A. : les questionnaires imprimés ne représentent plus que 1% des dossiers traités par l'Inserm en 2002. Les différentes instances de l'A.N.P.A.A. : Conseil Scientifique, Conseil d'Administration, services du siège national, et équipes des CCAA se sont fortement mobilisées pour réaliser un tel travail associant des équipes de terrain et de recherche.

D'autres centres de soins non gérés par l'A.N.P.A.A., utilisent également le logiciel GISPAC, contribuant ainsi à une extension très large de l'observation et du suivi des consultants en alcoologie. L'OFDT dans ses analyses annuelles des tendances des usages et abus de substances psychoactives reprend l'étude de l'A.N.P.A.A. pour caractériser l'activité des centres de soins spécialisés en alcoologie.

Un groupe de travail pluridisciplinaire, constitué à l'A.N.P.A.A. pour préparer l'évolution du logiciel GISPAC, a adopté une base minimale d'informations cliniques et défini des conditions techniques pour garantir un environnement informatique de qualité, faciliter l'homogénéité des données recueillies et assurer la fiabilité des résultats. La démarche globale d'évaluation à l'A.N.P.A.A. doit être maintenue et encouragée en

application des dispositifs réglementaires de l'Action Médico-Sociale et avec l'appui interne du nouveau département d'évaluation et recherche à l'A.N.P.A.A..

La période de transition dans l'application des versions du logiciel GISPAC, au-delà des aspects contraignants, pourrait être mise à profit pour la réflexion des équipes sur le sens, l'utilité et les compléments éventuels des observations épidémiologiques pour l'accueil et le suivi des patients.

Françoise FACY
Vice Présidente de l'A.N.P.A.A
Membre du Conseil Scientifique
Directeur de recherche INSERM (XR 302)

Sylvain DALLY
Vice-Président de l'A.N.P.A.A.
Président du Conseil Scientifique
Professeur de Toxicologie (Hôpital Fernand Widal)

Enquête épidémiologique dans les CCAA en 2002 auprès de la population des nouveaux consultants

Le réseau CCAA / ANPA ayant participé à l'enquête 2002

Régions	Effectif	Pourcentage	Références (%)	
			2000	2001
AQUITAINE	1 798	8,1	2,3	5,1
AUVERGNE	1 051	4,7	4,6	3,8
BOURGOGNE	1 852	8,4	8,0	8,6
BRETAGNE	496	2,2	2,4	2,4
CENTRE	869	3,9	5,5	4,1
CHAMPAGNE-ARDENNES	647	2,9	3,6	1,6
CORSE	254	1,2	0,8	0,8
FRANCHE-COMTE	791	3,6	4,1	4,4
LANGUEDOC-ROUSSILLON	1 043	4,7	3,6	3,9
LIMOUSIN	552	2,5	3,0	2,9
LORRAINE	1 280	5,8	6,9	6,6
MIDI-PYRENEES	1 161	5,2	3,9	5,7
NORD-PAS-DE-CALAIS	597	2,7	3,9	3,7
BASSE-NORMANDIE	687	3,1	2,6	3,3
HAUTE NORMANDIE	23	0,1	-	-
PAYS DE LA LOIRE	313	1,4	-	0,4
PICARDIE	1 687	7,6	10,2	9,9
POITOU-CHARENTES	529	2,4	0,8	1,3
P.A.C.A.	1 971	8,9	10,7	11,0
RHONE-ALPES	1 969	8,9	10,8	8,6
LA REUNION	637	2,9	2,1	2,2
ILE-DE-FRANCE	1 962	8,9	10,2	10,1
Total	22 169	100	100	100

De nettes différences sont observées dans les poids relatifs des régions pour la répartition des nouveaux consultants : l'année 2002 correspond à l'ouverture de nouveaux CCAA (ou de nouvelles antennes); les mesures nouvelles (2000 - 2002) du plan MILDT ont entraîné certaines évolutions dans le sens d'un équilibrage progressif des moyens d'interventions, en fonction des besoins identifiés par rapport à la morbidité et la mortalité, sur l'ensemble des régions, indicateurs fournis par l'étude récente de la DRESS (2002) et les deux expertises collectives de l'Inserm (Alcool, effets sur la santé, 2001 et Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance, 2003).

Les analyses suivantes comportent les données de 2002 et des années antérieures quand les informations sont disponibles, en particulier l'année 1999 avant les mesures de la Mildt .

I - PRINCIPALES CARACTERISTIQUES

DES NOUVEAUX CONSULTANTS ACCUEILLIS EN 2002

La population des nouveaux consultants accueillis en 2002 montre une stabilité des caractéristiques générales, sanitaires et sociales, par rapport aux années précédentes, reflétant la continuité des actions des CCAA et la solidité du réseau A.N.P.A.A. sur l'ensemble du territoire.

Nous n'en rappelons ici que les éléments principaux, en invitant le lecteur à se reporter aux tableaux chiffrés figurant en Annexe.

Les moyennes nationales des facteurs étudiés sur les nouveaux consultants peuvent recouvrir des réalités bien différentes selon le sexe et l'âge et/ou d'une région à l'autre, et d'autres analyses, plus détaillées, pourront être avantageusement poursuivies en fonction d'objectifs cliniques par des équipes motivées.

Toutefois, l'intérêt des moyennes, compte-tenu de l'importance du réseau A.N.P.A.A. dans le secteur des soins ambulatoires en alcoologie, est de refléter les tendances générales actuelles et de les comparer dans le temps (à biais constant), pour mesurer l'évolution des nouveaux patients accueillis et les situer par rapport à d'autres lieux d'accueil, en milieu hospitalier ou en médecine générale, d'après l'enquête récente du ministère de la santé (DRESS 2002).

I. 1 Données socio-professionnelles (moyennes générales)

- Un consultant sur 4 est une femme.
- 96% des consultants sont de nationalité française.
- Une moyenne d'âge de 41 ans, avec 50,4% des consultants entre 33 et 49 ans (50% en 1999, 54,3% en 2000, 50% en 2001) ou encore 61% âgés de moins de 45 ans (62,2% en 1999, 62,3% en 2000, 61% en 2001).
- 43,1% ont une vie de couple (45,2% en 1999, 44,6% en 2000, 44,5% en 2001).
- 47,2% disent que la vie familiale constitue leur cadre de vie (49,5% en 1999, 49,2% en 2000, 48,4% en 2001).
- 61,6% des consultants sont parents (63,2% en 1999, 62,6% en 2000, 62,8% en 2001).
- 50,4% ont une activité professionnelle (48,8% en 1999, 51,4% en 2000, 47,3% en 2001).

- 23,1% (23,9% en 2000, 23,2% en 2001) sont chômeurs ou inscrits dans le dispositif du RMI [respectivement 13,3% (13,2% en 2000, 12,6% en 2001) et 9,8% (10,7% en 2000, 10,6% en 2001)]. Les proportions d'actifs demeurent importantes (autour de la moitié des consultants) et une proportion actuelle de 4,4% retraités (4,9% en 2001), à suivre par rapport à l'évolution de la population générale.

Sur un plan socio-démographique et familial, les caractéristiques moyennes des nouveaux consultants de CCAA sont très différentes de celles des consultants de centres de soins aux toxicomanes : ils sont en majorité des adultes d'âge moyen, ils ont souvent un entourage familial avec des enfants, et l'intégration socio-professionnelle est très fréquente, avec un entourage professionnel présent.

I. 2 Données sur la relation à l'alcool et autres risques associés (moyennes générales)

- 22,4% des consultants sont consommateurs de plusieurs produits [vin, bière ou alcool fort] (30,6% en 1999, 25,8% en 2000, 24,8% en 2001).
Dans l'énumération des produits différenciés, (quand il n'y a qu'un produit), le vin demeure la boisson majoritairement consommée (22,8%, 22,7% en 2001), devant la bière (21,3%, 20,9% en 2001) et les spiritueux (16,3%, 15,2% en 2001).
- L'alcoolisation en de multiples lieux ou au domicile prédomine (respectivement 32%, 35,3% en 2001 et 38,5%, 36,3% en 2001). Le rythme quotidien a baissé : 41% (45,5% en 1999, 43,4% en 2000, 43,9% en 2001). 22,9% ont une consommation épisodique dont près de 6 sur 10 (56%) viennent au CCAA après dépistage d'alcoolémie routière, ou intervention d'une administration judiciaire ou d'une autorité administrative (24% en 2001). 2 sur 10 déclarent être abstinents (3 sur 10 en 2001) et un faible nombre de personnes viennent consulter sans problème d'alcool pour elles-mêmes, mais pour un proche.
- L'alcoolisation a commencé à 25 ans en moyenne et plus précisément entre 18 et 32 ans pour 50,9% des consultants (51,5% en 2001), donnée qui reste stable (26 ans en 2001).
- 73,2% des consultants qui se sont exprimés par rapport au tabac, sont fumeurs (68,3% en 1999, 69,4% en 2000, 72,3% en 2001). L'augmentation est confirmée, à suivre pour les prochaines années en fonction des mesures contre le tabagisme.
- 67,3% déclarent n'avoir recours à aucun autre produit toxique (tabac excepté) (65,8% en 1999, 67,4% en 2000, 68,2% en 2001) et 7,8% disent associer médicaments et alcool (11,1% en 1999, 9,1% en 2000 et 2001).

- 7,9% déclarent avoir effectué une tentative de suicide (8,4% en 1999, 7,8% en 2000, 7,6% en 2001).

Les profils de consommation restent dominés par deux produits essentiellement : alcool et tabac, confirmant les données de morbidité et de mortalité où cancers des VADS et cirrhoses représentent un poids important dans les décès prématurés avant l'âge de 65 ans. Par an, 23000 décès sont directement imputables à l'alcool, des estimations plus larges incluant des causes indirectes portent à 45000 les décès en lien avec l'alcool.

(Réf. : Expertise collective INSERM – 2001 - «Alcool, effets sur la santé» pp 339 - 358)

I. 3 Données sur la démarche de soins et d'accompagnement psycho-social (moyennes générales)

I. 3.1 Origine de la démarche des consultants vers le CCAA

Les résultats obtenus en moyenne nationale permettent de mettre en évidence quatre lieux principaux comme étant à l'origine de la démarche :

27,3% : services médicaux (hospitaliers, spécialisés, généralistes) - (31,3% en 1999, 28,8% en 2000, 29,7% en 2001).

29,5% : services administratifs et judiciaires (31,4% en 1999, 33,6% en 2000, 31,4% en 2001).

10,1% : services sociaux et organismes à caractère social (10,8% en 1999, 10% en 2000, 10,8% en 2001).

8,5% : l'entourage proche du consultant (10% en 1999, 9% en 2000, 8,6% en 2001).

Ces quatre origines représentent 75,4% des réponses (83,5% en 1999, 81,4% en 2000, 80,5% en 2001).

Les différences d'origine seront à analyser par région, en fonction des nouveaux CCAA et des réseaux locaux.

Avant leur arrivée au CCAA, certains consultants avaient déjà effectué une démarche de soins. Trois types de démarche dominant nettement :

- Sevrage hospitalier : 21,6% (22,4% en 1999, 20,6% en 2000, 22% en 2001),
- Traitement psychiatrique : 16,4% (16,4% en 1999, 14,9% en 2000, 15,8% en 2001),
- Suivi par le médecin traitant : 8,3% (14,7% en 1999, 9,8% en 2000, 8,4% en 2001).

Sur plusieurs années, la tendance des suivis antérieurs en médecine générale continue à baisser, posant différentes questions sur la rareté des orientations depuis la médecine générale vers les centres de cure ambulatoire, ou la faiblesse des prises en charge à ce niveau, ce qui devrait évoluer avec les recommandations d'intervention brève et de dépistage précoce (cf. l'expertise collective Inserm 2003 : 'Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance').

I. 3.2 Les difficultés exprimées

Les données, stables, montrent :

- des problèmes de santé physique ou psychique [45,6% en première difficulté, 37,1% en deuxième difficulté (vs 44,2% et 35,3% en 2000 - 44,9% et 36% en 2001)].
- des problèmes d'ordre administratif (25,2% en première difficulté et 4,9% en deuxième difficulté (vs 28,1% et 5% en 2000 - 26,4% et 4,7% en 2001)]. Les problèmes avec l'administration concernent plus souvent les hommes et les problèmes d'ordre affectif et familial les femmes. Ces tendances se retrouvent dans d'autres études, notamment en Amérique du Nord (cf. Les toxicomanies – Edition Krief 2003).

I. 3.3 Demande et type de proposition de soins

- 58,9% des consultants sont directement demandeurs de la consultation (61,5% en 1999, 56,6% en 2000, 57,8% en 2001).
- Pour 67,7% la demande se situe dans un domaine médico-psycho-social (66,4% en 1999, 63,8% en 2000, 65,1% en 2001).

- 21% ont une demande plutôt d'ordre administratif (préoccupations souvent en lien avec la conduite automobile) (19,2% en 1999, 22,6% en 2000, 21,6% en 2001).
- Un nombre limité de personnes ne pose aucune demande de soins directs : 8,5% (10% en 1999, 9,8% en 2000, 10,1% en 2001).

Les propositions faites par l'équipe du CCAA relèvent du soin et de l'information :

- Un suivi médical et un accompagnement psycho-social sont proposés par les CCAA à 66,6% des consultants (64,1% en 1999, 64,6% en 2000, 64,9% en 2001).
- 11% sont suivis dans le cadre d'un partenariat thérapeutique CCAA / autre structure (13,1% en 1999, 12% en 2000, 11,8% en 2001).
- 18,9% reçoivent une information (18,9% en 1999, 20,2% en 2000, 19,6% en 2001).
- 3,5% sont orientés vers une structure spécifique correspondant à leurs besoins (4% en 1999, 3,2% en 2000, 3,8% en 2001).

Le réseau des médecins généralistes, des services hospitaliers et des services sociaux départementaux autour des CCAA est visible d'une part à travers la diversité des origines des consultants et d'autre part à travers les propositions d'aide et de soins par les CCAA. L'augmentation des demandes d'ordre administratif est notable depuis plusieurs années en particulier après des dépistages d'alcoolémie routière. Les partenariats entre structures de prévention et centres de soins du réseau A.N.P.A.A. devraient être renforcés, en lien avec la politique de sécurité routière et de sécurité publique en général, par rapport à différents sous-groupes nécessitant sensibilisation ou accompagnement spécialisé en alcoologie. Le suivi médical et l'accompagnement psycho-social restent la proposition dominante des équipes des CCAA à l'égard des deux tiers environ de leurs consultants. D'autres partenariats pourraient aussi être recherchés, notamment avec les médecins du travail ou les centres d'examen de santé, particulièrement sensibilisés au dépistage des conduites d'alcoolisation excessive, dans le cadre de leurs missions prévues dans la loi de Santé Publique (2004).

II • LE CCAA : STRUCTURE ALCOOLOGIQUE DE REFERENCE

DANS LE RESEAU DES ACTEURS SANITAIRES

ET SOCIAUX

TANT SUR LE PLAN NATIONAL QUE LOCAL

Référence sur le plan national

La participation importante des équipes de l'A.N.P.A.A. à l'enquête statistique, en 2002 comme dans les années précédentes, fait de ce document le plus important recueil d'informations sur la population des consultants des CCAA¹, d'après plusieurs synthèses réalisées par le ministère de la santé sur l'ensemble du secteur de soins en alcoologie. Le nouveau logiciel « GISPAC » est en cours d'application pour 2004, visant à décrire l'ensemble des consultants des centres spécialisés et favorisant aussi les comparaisons avec les autres secteurs d'addictologie.

Référence sur le plan local

Au-delà de l'aspect quantitatif et descriptif, l'étude des résultats régionaux disponibles apporte un éclairage sur les spécificités régionales pour de nombreux critères. Autant de données qui peuvent constituer des pistes de recherche épidémiologique (en lien avec la clinique et les données environnementales) et étayer des projets d'actions en matière de prévention, si elles sont confrontées à d'autres informations d'ordre sanitaire ou écologique. Elles sont utiles également dans l'éclairage des disparités géographiques, l'analyse de besoins spécifiques et l'évaluation de l'implantation de moyens et de l'efficacité des interventions.

De la moyenne nationale aux spécificités régionales

Les statistiques plus détaillées sont remises aux délégations régionales de l'A.N.P.A.A.. Seules, quelques comparaisons globales sont présentées dans ce document.

Comme pour les années précédentes, les mêmes critères sont retenus pour illustrer les disparités géographiques selon des sous-groupes de consultants.

¹ Le réseau CCAA géré par l'A.N.P.A.A. représente plus de la moitié des CCAA et a connu un certain développement depuis 2000 (Plan MILDT, 1999 - 2002) (D.G.S. : Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1997, janvier 1999 et le rapport de M. Reynaud et Ph. J. Parquet : Evaluation du dispositif de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool, novembre 1997).

II. 1 Caractéristiques des consultants

• L'âge

Une certaine diversité des âges est observée chez les consultants notamment en fonction des régions.

On note par exemple :

Picardie	:	moyenne d'âge	: 36,7 (37,2 en 1999, 36,8 en 2000, 37,6 en 2001),
Ile de France	:	moyenne d'âge	: 42,7 (41,6 en 1999, 41,9 en 2000, 42,6 en 2001),
Corse	:	moyenne d'âge	: 47,7 (47,9 en 1999, 45,6 en 2000, 43,7 en 2001).

La moyenne d'âge est en dessous de la moyenne nationale (41 ans) dans les régions : La Réunion (40,2), Midi Pyrénées (40,2), Languedoc-Roussillon (40,2), Limousin (39,3) et Picardie (36,7).

La moyenne d'âge est au-dessus de la moyenne nationale dans les régions : Haute Normandie (44,1), Pays de la Loire (43,8), Centre (43,2), Bretagne (43), Provence-Alpes-Côte d'Azur (42,4), Champagne (42,1), Franche-Comté (42), Aquitaine (41,9). Ces données pourraient être rapportées aux populations de référence, la démographie française actuelle tendant à accentuer un vieillissement différentiel suivant les zones géographiques.

• Répartition par sexe

Dans sept régions, la proportion des consultants hommes par rapport aux femmes est au-dessus de la moyenne nationale (76,2%) : Limousin (87,3), Lorraine (87,1), Auvergne (84,8), la Réunion (82,8), Bourgogne (81,8), Poitou-Charentes (80,7) et Centre (77,8). En 2001, la proportion d'hommes était de 77,6% en moyenne, elle était de 87,9 en Lorraine, Auvergne 85,1, La Réunion 83,1, Bourgogne 78,3, Centre 81,9.

Le phénomène inverse se produit dans dix autres régions : Aquitaine (72,9), P.A.C.A. (72,7), Nord-Pas-de-Calais (72,5), Languedoc-Roussillon (72,1), Franche-Comté et Basse-Normandie (71,3), Picardie (70,6), Corse (70,0), Pays de la Loire (69,3), et Haute Normandie (60,9). Des analyses plus fines pourraient être faites par rapport aux types de prises en charge par exemple, et aux nouveaux centres de cure.

II. 2 Le parcours d'alcoolisation

Mesurée au moment de la consultation, la durée d'alcoolisation reflète une grande diversité des usages et des recours aux soins. La chronologie des usages souffre d'imprécisions, comme dans d'autres études, dues aux biais de mémorisation en grande partie ou à des limites dans les entretiens cliniques.

L'âge de début d'alcoolisation se situe avant 15 ans pour 10% des consultants consommateurs, pour 30,5% entre 15 et 19 ans, 20% entre 20 et 24 ans, 10,3% entre 25 et 29 ans et à partir de 30 ans pour 29,2%. On observe une certaine tendance à la précocité des premiers usages depuis 1999, confirmée en 2002. En 2001, 9% des consultants ont débuté avant 15 ans, 28,6% entre 15 et 19 ans, 20,5% entre 20 et 24 ans et les autres après 25 ans.

Pour la majorité des régions, l'âge de début d'alcoolisation se situe avant 25 ans : Languedoc-Roussillon, Corse, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Poitou-Charentes, Lorraine, La Réunion, Midi-Pyrénées et Picardie.

Pour l'Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Champagne, Ile-de-France, P.A.C.A. et Rhône-Alpes, le début d'alcoolisation a lieu en moyenne entre 25 et 29 ans. En 2001, d'autres régions étaient aussi concernées comme le Limousin.

La durée repérée entre les premières difficultés et la consultation actuelle montre une diversité, à rapprocher de la répartition des âges : moins de 2 ans pour 44,8% des consultants présentant des difficultés, entre 2 et 4 ans pour 20,8%, entre 5 et 9 ans pour 15,1% et 10 ans et plus pour 19,2%. Une certaine tendance à des difficultés plus lourdes avant la consultation est repérée et doit être analysée en fonction des nouveaux CCAA qui accueillent souvent des patients en attente de soins depuis longtemps.

Les quantités consommées d'alcool sont encore en 2002 indiquées de façon hétérogène. La quantité est en moyenne plus élevée chez les buveurs au quotidien (44 verres/j) que chez les autres buveurs [buveurs hebdomadaires, épisodiques ou dans d'autres circonstances] (25 verres en moyenne/j). Des différences sont notées par rapport à 2001, dues peut-être aux consultants des nouveaux CCAA.

II. 3 La configuration du réseau départemental des acteurs médicaux et sociaux autour des CCAA

- 8,1% des consultants se présentent au CCAA sur proposition de leur médecin généraliste, comme en 2001 (1 443 consultants sur 17 785 réponses).

Des différences importantes sont observées : en Ile-de-France, Pays de la Loire, Basse-Normandie, P.A.C.A., Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, et Picardie, le réseau Médecins généralistes / CCAA représente respectivement 14,9%, 14,2%, 11,6%, 11,1%, 10,3%, 8,7% et 8% dans l'origine de la démarche des nouveaux consultants, avec une légère baisse depuis 2000.

Plus généralement, et toujours en moyenne régionale par rapport à la moyenne nationale, le réseau médecins ou hôpital vers les CCAA prédomine en Pays de la Loire, Corse et Bretagne (respectivement 47,8%, 43,8%, 34,1% vs 27,3% en moyenne nationale), il semble prédominer aussi en Aquitaine, Ile-de-France et P.A.C.A. A l'inverse, et pour une moyenne nationale égale à 29,5%, le réseau «structures administrative, judiciaire, alcoolémie routière» est plus présent en Limousin (64,6%), Lorraine (62,4%), Bourgogne (46,1%), Poitou-Charentes (44,7%), Nord (44,4%), Auvergne (38,7%), et à la Réunion (32,9%).

Le réseau des services sociaux, organismes d'entraide vers les CCAA (10,1% de l'effectif total) semble bien établi en Languedoc-Roussillon (21,1%), la Réunion (18,4%), Midi-Pyrénées (14,3%) et Basse Normandie (13,8%). Ces observations confirment celles établies depuis 1997 avec une importance de 10% de l'origine des consultants.

La collaboration des CCAA et des établissements pénitentiaires, concrétisée par un effectif de 874 nouveaux consultants (4% de l'effectif total vs 2,7% en 2000 et 3,2% en 2001) est importante dans 8 régions : Franche-Comté (6,7%), Corse (7,6%), Bretagne (8,1%), Midi-Pyrénées (8,9%), Aquitaine (9,3%), mais surtout Champagne (10,1%) et Languedoc-Roussillon (11,5%). Une tendance à l'augmentation des activités avec le milieu carcéral est observée depuis 1999.

La démarche vers les CCAA est induite par un centre de post-cure pour 129 nouveaux consultants (0,6% vs 0,5% en 2001) :

- Pays de la Loire (4,8% vs 0% en 2001)
- Languedoc-Roussillon (1,9% vs 0,9% en 2001)
- Auvergne (1,1% vs 0% en 2001)
- Champagne (0,8% vs 1% en 2001)
- Basse Normandie (0,7% vs 0,2% en 2001)
- Bourgogne (0,7% vs 0,9% en 2001)
- P.A.C.A. (0,7% vs 0,4% en 2001)

Le partenariat entre les mouvements d'abstinents et les CCAA [moyenne nationale : 1,1% (n=228)] est stable, avec le réseau des "autres malades" [1% (n=226)] en Aquitaine, Ile-de-France, Centre, Picardie, Franche-Comté et Rhône-Alpes.

Pour mémoire, et comme les années précédentes, les consultants de sexe féminin arrivent, plus que les hommes, du réseau médicalisé, ou du réseau familial et social, alors que le réseau administratif oriente vers le CCAA une proportion plus importante d'hommes que de femmes. Ainsi, 17,9% (vs 19,2% en 2001) des consultants sont adressés par le réseau «Alcoolémie routière» et seulement 4,2% (vs 4,6% en 2001) des consultantes.

Même si les données décrivant les consultants des CCAA gérés par l'A.N.P.A.A. sont partielles, il est manifeste qu'un réseau de complémentarité fonctionne de façon structurée et spécialisée en alcoologie dans chaque département. Au-delà de l'institutionnalisation de réseau en alcoologie associant services de soins généraux et spécifiques, les pratiques professionnelles s'inscrivent dans une évolution progressive de décloisonnement et de facilitation d'accès aux soins des personnes en difficulté avec l'alcool. L'extension à l'addictologie devrait étoffer encore un tel maillage entre les structures, en particulier en tabacologie.

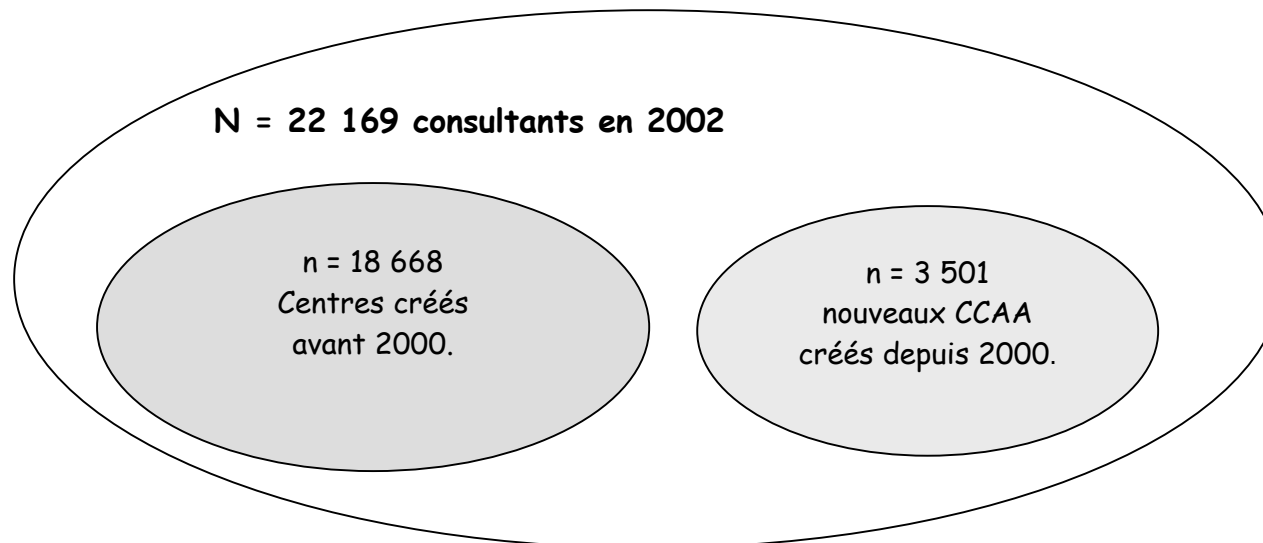
III • LES NOUVEAUX CCAA CREES DEPUIS 2000

(Les CCAA créés depuis 2000 comparés à ceux créés avant 2000)

Les nouveaux CCAA en 2002

Dans le cadre des mesures nouvelles d'une politique de santé plus affirmée dans le domaine de l'alcoologie, pilotée par la MILDT (1999 – 2002), plusieurs départements sont dotés depuis 2000 de nouveaux CCAA (ou de nouvelles antennes par rapport à des CCAA existants). Pour l'A.N.P.A.A., un développement important accompagne ces créations en termes de personnels et de nouveaux consultants accueillis.

Au niveau du suivi épidémiologique de la population reçue dans les CCAA, l'année 2002 permet d'aborder la question des différences éventuelles induites par les centres créés depuis 2000, avec un certain temps de fonctionnement des nouvelles équipes. L'analyse suivante porte sur la comparaison des patients accueillis en 2002, suivant l'ancienneté des centres.



Les nouveaux consultants des CCAA créés en 2002

Nouveaux consultants des CCAA en 2002				
	CCAA créés depuis 2000		Anciens CCAA	
Régions	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
AQUITAINE	1 232	35,2	566	3,0
AUVERGNE	249	7,1	802	4,3
BOURGOGNE	83	2,4	1 769	9,5
CENTRE	6	0,2	863	4,6
CORSE	110	3,1	144	0,8
FRANCHE-COMTE	119	3,4	672	0,6
LANGUEDOC-ROUSSILLON	86	2,5	957	5,1
MIDI-PYRENEES	267	7,6	894	4,8
BASSE-NORMANDIE	159	4,5	528	2,8
HAUTE-NORMANDIE	23	0,7	0	0,0
PAYS DE LA LOIRE	313	8,9	0	0,0
PICARDIE	99	2,8	1 588	8,5
POITOU-CHARENTES	196	5,6	333	1,8
P.A.C.A.	181	5,2	1 790	9,6
RHONE-ALPES	264	7,4	1 705	9,1
ILE-DE-FRANCE	114	3,3	1 848	9,9
Autres Régions	-	-	4 209	22,6
Total	3 501	100,0	18 668	100,0

Des différences sont observées dans les poids relatifs des régions pour la répartition des nouveaux consultants : des nouveaux CCAA (ou de nouvelles antennes) traduisent un rééquilibrage progressif des interventions en fonction des besoins identifiés par rapport à la morbidité et la mortalité.

III. 1 Données socio-professionnelles (moyennes générales)

Pour caractériser les nouveaux CCAA, l'échantillon (vu en 2002) de **3 501** sujets est comparé à la population, venue dans les centres créés avant 2000 (n=18 668) et accueillie en 2002, parmi les 22 169 nouveaux consultants.

		Nouveaux CCAA (%)	Anciens CCAA (%)	Comparaison p
Hommes		72,2	77,0	< 0,0001
Nationalité française		96,6	95,5	0,0056
Age	Moyenne	43 ans	41 ans	< 0,0001
	35 – 49 ans	50,9	47,1	} < 0,0001
	< 45 ans	57,9	61,5	
Vie de couple		43,2	43,0	0,0178
Parents		63,9	61,1	0,0037
Niveau d'études	primaires	25,8	17,3	} < 0,0001
	BEPC - CAP	38,1	44,9	
	supérieures	13,5	11,2	
Activité professionnelle (dans sa qualification)		38,4	42,4	} < 0,0001
Chômage		12,6	13,4	
Inscrits dans le dispositif R.M.I.		10,7	9,6	

Les caractéristiques des consultants des nouveaux CCAA sont proches de l'ensemble des consultants de l'A.N.P.A.A.. Cependant ils sont en moyenne un peu plus âgés que les anciens (43 vs 41 ans), plus nombreux à être parents (64 vs 61%) et moins de la moitié (46%) ont une activité professionnelle contrairement aux anciens (51%). Le pourcentage de consultants femmes est significativement plus important dans les CCAA créés depuis 2000 (28% vs 23% chez les anciens).

III. 2 Données sur la relation à l'alcool et autres risques associés

- 27,5% des nouveaux consultants sont consommateurs de plusieurs produits [vin, bière ou alcool fort] (vs 25,1% pour les anciens). Dans l'énumération des produits différenciés, (quand il n'y a qu'un produit) le vin demeure la boisson majoritairement consommée (26,1% vs 22,3% pour les anciens), devant la bière (18,5% vs 21,8% pour les anciens) et les spiritueux (14,8% vs 16,5% pour les anciens).
- L'alcoolisation prédomine au domicile (42% vs 37,9% pour les anciens). Le rythme quotidien est fréquent mais toutefois inférieur aux anciens (38,4% vs 41,4%), comme le rythme épisodique (15,7% vs 24,2% chez les anciens). Ceux qui se déclarent abstinents sont plus nombreux chez les nouveaux (27,2% vs 18,3% pour les anciens).
- L'alcoolisation a commencé à 26 ans en moyenne (vs 25 ans pour les anciens) et plus précisément de 17 à 32 ans pour 54,1% des consultants (vs 57,2% pour les anciens).
- 71,4% (vs 73,5% pour les anciens) des consultants qui se sont exprimés par rapport au tabac, sont fumeurs.
- 67% (vs 67,3% pour les anciens) déclarent n'avoir recours à aucun autre produit toxique (tabac excepté) et 6,8% (vs 8% pour les anciens) disent associer médicaments et alcool.
- 9,6% (vs 7,6% pour les anciens) déclarent avoir effectué une tentative de suicide.

Les profils de consommation actuelle sont dominés par deux produits essentiellement : alcool (vin, bière et spiritueux) et tabac pour les anciens CCAA, les consultants des nouveaux CCAA montrent des niveaux de gravité un peu plus élevés pour les conduites addictives et les risques associés (médicaments et cannabis concernent respectivement 19 et 10% des nouveaux vs 12 et 9% pour les anciens).

III. 3 Données sur la démarche de soins et d'accompagnement psycho-social

III. 3.1 Origine de la démarche des consultants vers le CCAA

	Nouveaux CCAA (%)	Anciens CCAA (%)
Services médicaux (hospitaliers, spécialisés, généralistes)	33,5	26,1
Services administratifs et judiciaires	16,5	32,0
Services sociaux et organismes à caractère social	11,6	9,9
Entourage proche du consultant	10,5	8,1
	Comparaison	P < 0,0001

Ces quatre origines représentent 72,1% des réponses (vs 76,1% pour les anciens CCAA) et montrent pour les nouveaux CCAA un poids plus important de l'entourage et des services sociaux et médicaux (la politique PRAPS est à évoquer dans certaines régions pour faciliter l'accès aux soins).

Avant leur arrivée au CCAA, certains consultants avaient déjà effectué une démarche de soins. Trois types de démarche dominant nettement :

- Sevrage hospitalier : 30,4% (vs 20% pour les anciens CCAA),
- Traitement psychiatrique : 19,8% (vs 15,7% pour les anciens CCAA),
- Suivi par le médecin traitant : 12,7% (vs 7,4% pour les anciens CCAA).

On note une différence significative entre les nouveaux CCAA et les anciens CCAA : les suivis antérieurs sont plus fréquents dans les nouveaux centres [même observation pour le mouvement des anciens buveurs (10,2 vs 6,7%) et autres démarches diverses (7,5 vs 5,2%)] et confirment ainsi la gravité des difficultés de ces nouveaux consultants.

III. 3.2 Les difficultés exprimées

Celles-ci portent - en priorité sur des problèmes de santé psychique et physique (respectivement 29,5 et 23,9% vs 22,9 et 21,3% pour les anciens) comme première difficulté.

- viennent ensuite des problèmes familiaux 16,5% (vs 13,2% pour les anciens) et d'ordre administratif (15,2% vs 27,0% pour les anciens pour lesquels l'administration judiciaire est la difficulté la plus souvent citée).

Ces difficultés existent depuis plus longtemps chez les nouveaux (5,4 vs 4,6 ans en moyenne). Quatre sur dix rencontrent des difficultés depuis au moins cinq ans alors qu'ils ne sont que 33 % chez les anciens.

Ces données confirment les atteintes particulièrement lourdes de l'alcoolisation sur la santé des consultants des nouveaux centres.

III. 3.3 Demande et type de proposition de soins

Demands de consultation	Nouveaux CCAA (%)	Anciens CCAA (%)
Lui même	69,5	57,1
Domaine médico-psycho-social	80,2	65,5
D'ordre administratif (judiciaire)	9,9	22,8
Aucune demande	8,0	8,6

Les consultants des CCAA créés depuis 2000 sont particulièrement demands de consultations et de soins par comparaison aux consultants anciens CCAA vus en 2002.

Après consultation, un suivi médical et un accompagnement psycho-social sont proposés par les CCAA à 72% des consultants (vs 65,7% pour les anciens).

12,7% pourront être suivis dans le cadre d'un partenariat thérapeutique CCAA / autre structure (vs 10,7% pour les anciens). 11,9% reçoivent une information (vs 20% pour les anciens) et 3,4% sont orientés vers une structure spécifique correspondant à leurs besoins (vs 3,5% pour les anciens).

L'adéquation des demandes exprimées et des propositions de prise en charge en CCAA (72%) est particulièrement démontrée pour ces nouveaux consultants, montrant, s'il le fallait, l'importance des besoins existants dans les différents départements et incitant à continuer l'implantation de centres spécialisés.

III. 4 Caractéristiques régionales des consultants des nouveaux centres

• L'âge

Une certaine diversité des âges est observée chez les consultants notamment en fonction des régions.

Un écart de 8 ans sépare la région où la moyenne d'âge des consultants est la plus basse de celle où la moyenne d'âge est la plus élevée :

Basse-Normandie	:	moyenne d'âge	: 38,3 (vs 41,8 ans pour les anciens)
La Corse	:	moyenne d'âge	: 46,3 (vs 48,7 ans pour les anciens).

La moyenne d'âge des nouveaux CCAA est en dessous de la moyenne (42,7 ans) dans les régions : Basse-Normandie (38,3), Midi-Pyrénées (40), Ile de France (40,3), Picardie (40,9), Centre (42,2), Languedoc-Roussillon (42,3).

La moyenne d'âge est au-dessus de la moyenne dans les régions : Bourgogne (43,6), Pays de la Loire et P.A.C.A. (43,8), Auvergne (44,1), Haute-Normandie (44,1), Poitou-Charentes (44,5), Franche-Comté (44,7) et la Corse (46,3).

• Répartition par sexe

Dans six régions : Aquitaine (73,1), Midi-Pyrénées (75,3), Poitou-Charentes (75,5), Centre (83,3), Picardie (83,5), Auvergne (84,7) la proportion des consultants hommes par rapport aux femmes est au-dessus de la moyenne (72,2%).

Le phénomène inverse se produit dans neuf autres régions : Ile de France (71,9), Rhône-Alpes (70,1), Bourgogne (69,9), Pays de la Loire (69,3), Basse-Normandie (67,3), Corse (66,4), Languedoc-Roussillon (61,9), Haute-Normandie (60,9) et P.A.C.A. (58,1).

III. 4.1 Le parcours d'alcoolisation

Mesurée au moment de la consultation, la durée d'alcoolisation pour ces nouveaux consultants est intéressante pour repérer de façon précise la chronologie des usages à différentes étapes : premières difficultés et demande de traitement.

L'âge de début d'alcoolisation se situe avant 15 ans pour 8,7% des consultants consommateurs (vs 10,3% pour les anciens), pour 28,2% (vs 30,9% pour les anciens) entre 15 et 19 ans, 19% (vs 20,2% pour les anciens) entre 20 et 24 ans, 10,9% (vs 10,2% pour les anciens) entre 25 et 29 ans et à partir de 30 ans pour 33,3% (vs 28,4% pour les anciens).

Pour la majorité des régions le début d'alcoolisation a lieu en moyenne entre 24 et 28 ans. Pour les régions Ile-de-France et Haute-Normandie la moyenne est plus basse (respectivement 22 et 21 ans) mais elle est la plus élevée en Franche-Comté (32 ans).

La durée repérée entre les premières difficultés et la consultation actuelle montre une diversité, à rapprocher de la répartition des âges : moins de 2 ans pour 36,4% des consultants présentant des difficultés (vs 46,3% pour les anciens), entre 2 et 4 ans pour 23,5% (vs 20,4% pour les anciens), entre 5 et 9 ans pour 18,4% (vs 14,6% pour les anciens) et 10 ans et plus pour 21,8% (vs 18,7% pour les anciens). Une consultation plus tardive est observée pour ces nouveaux consultants, évoquant les effets de l'absence de CCAA alors que les besoins de soins existent.

III. 4.2 La configuration du réseau départemental des acteurs médicaux et sociaux autour des CCAA

- 9,8% (vs 7,8% pour les anciens) des consultants se présentent au CCAA sur proposition de leur médecin généraliste (334 consultants sur 3 403 réponses).

De grandes variations sont observées suivant les régions pour l'orientation par la médecine générale : Languedoc-Roussillon (22%), Ile-de-France (20%), P.A.C.A. (19,2%), Bourgogne (18,1%), Basse-Normandie (16,6%), Pays de la Loire (14,2%), Franche-Comté (10,9%), Rhône-Alpes (10%), la Corse (9,2%), Haute-Normandie (9,1%), Midi-Pyrénées (8,8%), Aquitaine (6,8%), Picardie (5,2%), Poitou-Charentes (4,1%), Auvergne (4%), et pas d'orientation dans la région Centre (n=6).

Plus généralement, le réseau médecins - hôpital / CCAA prédomine en Franche-Comté, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et P.A.C.A. respectivement 53,8%, 47,8%, 41%, et 37,8% (par rapport à 33,5% en moyenne globale des nouveaux).

A l'inverse, le réseau «structures administrative, judiciaire, alcoolémie routière» apparaît davantage en Picardie (39,6%), Midi-Pyrénées (39,3%), Auvergne (38,3%) et en Franche-Comté (20,2%) (par rapport à 16,5% en moyenne globale des nouveaux).

Le réseau services sociaux, organismes d'entraide / CCAA représente en Languedoc-Roussillon (22%), Poitou-Charentes (18,6%), Bourgogne (18,1%) et Corse (14,7%) (par rapport à 11,6% en moyenne globale des nouveaux).

La collaboration CCAA / établissements pénitentiaires, concrétisée par un effectif de 132 nouveaux consultants (soit 3,9%) est significative dans une seule région, l'Aquitaine (10,5%). Une similitude est ainsi observée par rapport à l'ensemble des CCAA avec le milieu carcéral.

La démarche vers les CCAA à partir des centres de post-cure est induite par un très petit nombre de consultants de nouveaux centres (0,6% en moyenne) à l'exception de ceux des Pays de la Loire (4,8%). Elle est pratiquement présente dans toutes les régions pour les anciens centres sauf en Corse et en Région Nord (0,6% en moyenne pour les anciens centres).

Le partenariat entre les mouvements d'Abstinentes et les CCAA est similaire entre les nouveaux et les anciens centres (1%).

Par contre, pour les nouveaux CCAA, le réseau «Alcoolémie routière» adresse moins de consultants :

- 6,8% des hommes (vs 19,8% pour les anciens),
- 1,7% des femmes (vs 4,7% pour les anciens).

Les différences observées entre les nouveaux CCAA et l'ensemble du réseau A.N.P.A.A. évoquent deux points à suivre attentivement par rapport à l'implantation de nouveaux CCAA sur l'ensemble du territoire :

- un certain délai pour « résorber » l'accueil de patients en attente de soins (certains profils de consultants évoquent des itinéraires d'alcoolisation durables sans prise en charge) **devra sans doute être observé.**

- un développement de partenariats avec d'autres secteurs sociaux, habituels au réseau A.N.P.A.A., (équipe d'alcoologie) ou spécifiques de certains contextes locaux (équipes d'addictologie par exemple) se montre indispensable par rapport à une meilleure répartition des moyens d'accueil et de soins de personnes en difficulté avec l'alcool.

Depuis plusieurs années les profils des consultants des centres d'alcoologie gérés par l'A.N.P.A.A. montrent une évolution des comportements d'usage et d'abus de substances psychoactives. Face à une offre plus diversifiée de produits, compte tenu peut-être aussi des messages de prévention face à des produits traditionnels comme le tabac et l'alcool, les nouveaux consultants en alcoologie évoquent plus souvent des consommateurs multiples et des poly-dépendants. La prise en charge des patients, dans de telles situations, devra se centrer sur les comportements individuels et leurs significations au cours de leur progression dans le temps, en lien avec l'environnement familial et social.

Les évolutions des usages, suivant les générations, signalées dans les études épidémiologiques réalisées en population générale, sont confirmées au niveau des lieux de soins, montrant ainsi les capacités d'accueil des équipes, s'adaptant aux nouveaux besoins. L'analyse des demandes indique l'importance du pôle judiciaire à l'origine des consultations, en particulier à travers le dépistage d'alcoolémie routière. La place des CDPA - CCAA de l'A.N.P.A.A. dans un dispositif de sécurité routière se voit naturellement renforcée, avec les nouvelles dispositions réglementaires d'octobre 2001 sur la recherche d'alcool et de stupéfiants après accident mortel. Le suivi épidémiologique des consultants des CCAA demeure un indicateur sensible de l'action de santé publique en alcoologie, et l'A.N.P.A.A. apporte un soin attentif à l'actualisation de l'outil GISPAC, en cohérence avec son développement de nouveaux centres et son adaptation au contexte national.

◇ ◇ ◇

ANNEXES

22 169 nouveaux consultants dans les CCAA en 2002

3 Sexe

1. Masculin	16811	76%
2. Féminin	5249	24%
	22060	



4 Nationalité

1. Française	20640	96%
2. Etrangère	931	4%
	21571	



5 Classe d'âge

< 25 ans	1634	8%
25 - 29 ans	1774	8%
30 - 34 ans	2681	13%
35 - 39 ans	3410	16%
40 - 44 ans	3570	17%
45 -49 ans	3243	15%
50 - 64 ans	4558	21%
65 et +	572	3%
	21442	



5.1 Moyenne d'âge en 2002

41 ans

6 Situation juridique

1. Célibataire	6457	31%
2. Marié(e)	5867	28%
3. Union libre	3212	15%
4. Divorcé(e)	3338	16%
5. Veuvage	530	3%
6. Séparé(e)	1687	8%
	21091	



22 169 nouveaux consultants dans les CCAA en 2002

7 Cadre de vie

1. Seul	6817	33%
2. Famille créée	9882	47%
3. Chez ses parents	2388	11%
4. Chez des parents	347	2%
5. Collectivité	634	3%
6. Chez des amis	287	1%
7. S.D.F	582	3%
	20937	



8 Nombre d'enfants

1. Pas enf + ?	8524	38%
2. 1 enf	4236	19%
3. 2 enfs	5169	23%
4. 3 enfs et plus	4240	19%
	22169	



9 Niveau d'études

1. Non scolarisé	245	1%
2. Primaire et moins	3629	19%
3. BEPC - CAP	8559	44%
4. Bac et plus	2590	13%
5. Supérieur	2253	12%
6. Ignoré	2230	11%
	19506	



22 169 nouveaux consultants dans les CCAA en 2002

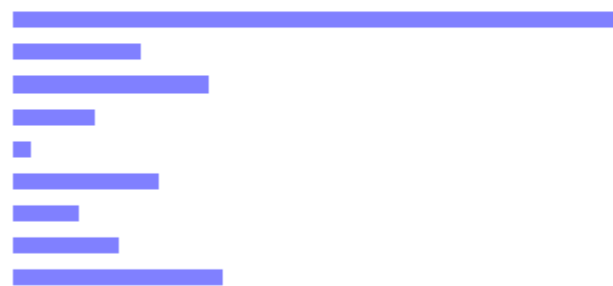
10 Catégorie socio-professionnelle

1. Agriculteur	409	2%
2. Artisan, com.	1027	5%
3. Cadre, lib.	1183	6%
4. Prof. Interméd.	996	5%
5. Employé	6812	33%
6. Ouvrier	5602	28%
7. Retraité(e)	895	4%
8. Sans prof.	3437	17%
	20361	



11 Situation actuelle

1. Dans sa qualif.	8747	39%
2. Hors qualif.	1802	8%
3. Chômage	2783	13%
4. Invalidité	1156	5%
5. En stage	232	1%
6. Assisté/RMI	2051	9%
7. Autre	925	4%
8. Ignoré	1492	7%
9. Sans activité	2981	13%
	22169	



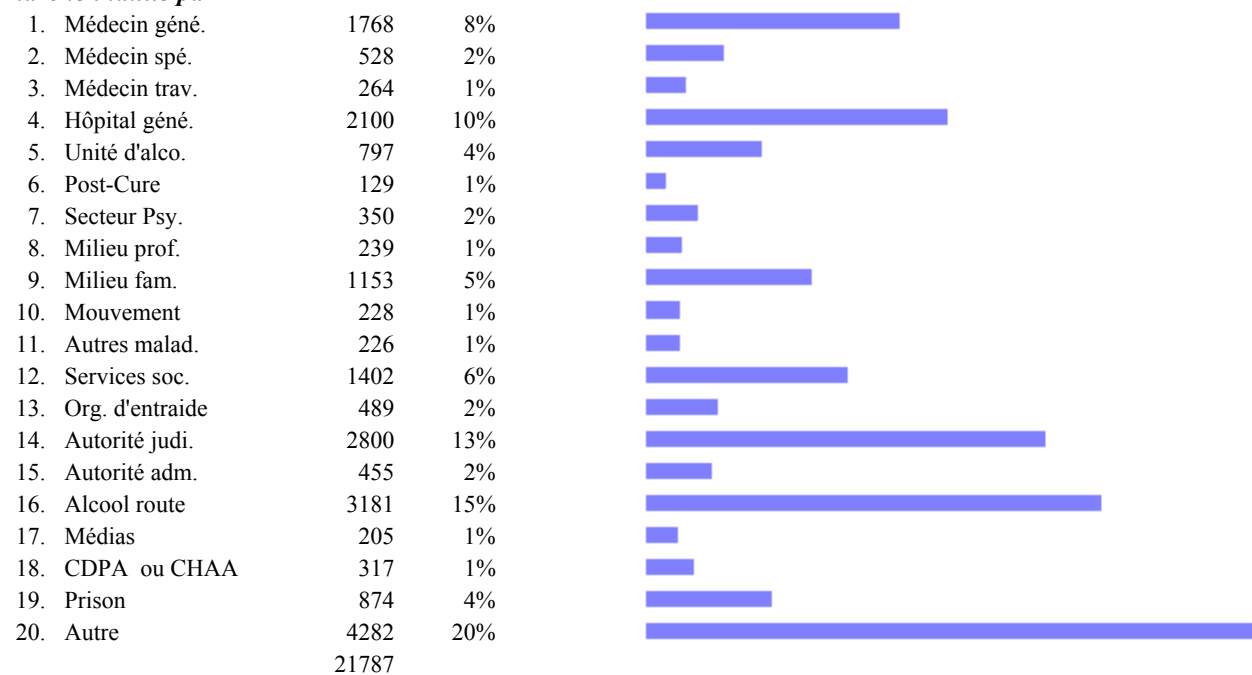
12 Fréquence maladie

1. > à 3 mois	2902	16%
2. Fréquent	2775	15%
3. Rare	6057	33%
4. Non apprécié	4086	22%
5. Aucun	2386	13%
	18206	



22 169 nouveaux consultants dans les CCAA en 2002

13 Démarche induite par



22 169 nouveaux consultants dans les CCAA en 2002

14.1 Démarches antérieures: Mouv. ancien buveur

1. Oui	1607	7%
2. Non	15728	71%
3. Ignoré	4831	22%
	22166	



14.2 Démarches antérieures: Sevrage hospitalier

1. Oui	4791	22%
2. Non	13165	59%
3. Ignoré	4211	19%
	22167	



14.3 Démarches antérieures: CHAA

1. Oui	1500	7%
2. Non	16035	72%
3. Ignoré	4632	21%
	22167	



14.4 Démarches antérieures: Traitement psychiatrique

1. Oui	3624	16%
2. Non	13199	60%
3. Ignoré	5345	24%
	22168	



14.5 Démarches antérieures: Ambul. médecin traitant

1. Oui	1830	8%
2. Non	3131	14%
3. Ignoré	17207	78%
	22168	



14.6 Démarches antérieures: Autre

1. Oui	1230	6%
2. Non	12443	56%
3. Ignoré	8490	38%
	22163	



22 169 nouveaux consultants dans les CCAA en 2002

15.1 Secteur de la principale difficulté 1

1. Santé physique	4137	22%
2. Santé psychique	4559	24%
3. Travail	1025	5%
4. Couple/famille	2618	14%
5. Adm. judiciaire	4801	25%
6. Sociale	674	4%
7. Aucune	803	4%
8. Autre	435	2%
	19052	



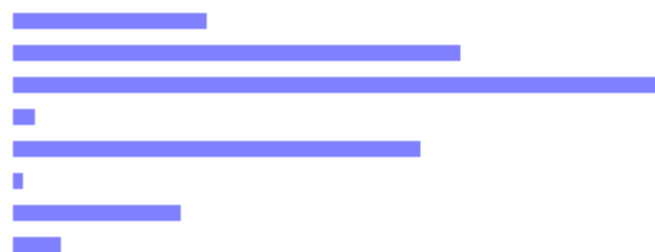
15.2 Secteur de la principale difficulté 2

1. Santé physique	2166	16%
2. Santé psychique	2995	22%
3. Travail	1527	11%
4. Couple/famille	2645	19%
5. Adm. judiciaire	682	5%
6. Sociale	1126	8%
7. Aucune	2299	17%
8. Autre	465	3%
	13905	



16 Demande exprimée

1. Hospitalisation	1846	10%
2. Soins ambulat.	4262	23%
3. Relat. d'aide	6278	34%
4. Sociale	189	1%
5. Adm. judiciaire	3892	21%
6. Nutrition	78	0%
7. Aucune	1581	9%
8. Autre	441	2%
	18567	



22 169 nouveaux consultants dans les CCAA en 2002

17 Qui demande ?

1. Lui même	11525	59%
2. Le conjoint	429	2%
3. Les enfants	116	1%
4. Les parents	257	1%
5. Autre	7227	37%
	19554	



18 Proposition

1. Suivi par le CHAA	12641	67%
2. Autre structure	667	4%
3. Suivi double	2081	11%
4. Information	3584	19%
	18973	



19 Tranche d'âge de début d'alcoolisation

1. < 15 ans	1266	10%
2. 15 - 19 ans	3861	31%
3. 20 - 24 ans	2530	20%
4. 25 - 29 ans	1303	10%
5. 30 et plus	3695	29%
	12655	



19.1 Age moyen de début d'alcoolisation

25 ans

20 Ancienneté des difficultés

1. < 2 ans	6128	45%
2. 2 - 4 ans	2848	21%
3. 5 - 9 ans	2068	15%
4. 10 et plus	2623	19%
	13667	



20.1 Ancienneté moyenne des difficultés

5 ans

22 169 nouveaux consultants dans les CCAA en 2002

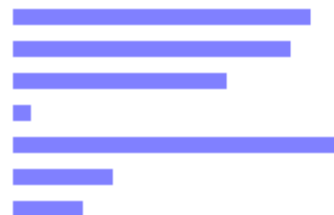
21 Mode d'alcoolisation

1. Abstinence	3227	20%
2. Quotidien	6750	41%
3. Hebdomadaire	2675	16%
4. Episodique	3768	23%
5. Autre	44	0%
	16464	



22 Type d'alcool le plus consommé

1. Vin	4451	23%
2. Bière	4157	21%
3. Spiritueux	3176	16%
4. Autres	247	1%
5. Multiples	4964	25%
6. Aucun	1475	8%
7. Non apprécié	1019	5%
8. Cidre et poiré	15	0%
	19504	



23 Lieu d'alcoolisation

1. Domicile	7447	38%
2. Café	2206	11%
3. Travail	243	1%
4. Autres	781	4%
5. Multiples	6184	32%
6. Non apprécié	1078	6%
7. Aucun	1410	7%
	19349	



24 Nombre de verres moyen par jour

21 verres par jour (N=4011)

25 Conjoint : problème d'alcool

1. Oui	1273	7%
2. Non	6370	35%
3. Ignoré	1554	9%
4. Non concerné	8901	49%
	18098	



22 169 nouveaux consultants dans les CCAA en 2002

26 Tabagisme

1. Oui	14612	73%	
2. Non (jamais)	3038	15%	
3. Ignoré	1440	7%	
4. Ancien	884	4%	
	19974		

27 Autres toxiques

1. Médicaments	1434	8%	
2. Héroïne	82	0%	
3. Cannabis	1613	9%	
4. Multiples	350	2%	
5. Autres substances	342	2%	
6. Aucun	12414	67%	
7. Ignoré	2219	12%	
	18454		

28 Tentative de suicide

1. Oui	1752	8%	
2. Non	9032	41%	
3. Ignoré	11385	51%	
	22169		

30.1 Consommation de toxique: Médicaments psycho

1. Oui (actuel)	1729	13%
2. Non (Jamais)	9954	74%
3. Ignoré (ne sait pas)	1322	10%
4. Arrêt - d'un mois	50	0%
5. Ancien + d'un mois	368	3%
	13423	



30.2 Consommation de toxique: Héroïne

1. Oui (actuel)	96	1%
2. Non (Jamais)	11581	86%
3. Ignoré (ne sait pas)	1198	9%
4. Arrêt - d'un mois	27	0%
5. Ancien + d'un mois	509	4%
	13411	



30.3 Consommation de toxique: cocaïne/amphétamine

1. Oui (actuel)	142	1%
2. Non (Jamais)	11486	86%
3. Ignoré (ne sait pas)	1271	9%
4. Arrêt - d'un mois	33	0%
5. Ancien + d'un mois	471	4%
	13403	



30.4 Consommation de toxique: Cannabis

1. Oui (actuel)	1224	9%
2. Non (Jamais)	9877	73%
3. Ignoré (ne sait pas)	1513	11%
4. Arrêt - d'un mois	107	1%
5. Ancien + d'un mois	722	5%
	13443	



30.5 Consommation de toxique: Autres substances

1. Oui (actuel)	247	2%
2. Non (Jamais)	10598	81%
3. Ignoré (ne sait pas)	1865	14%
4. Arrêt - d'un mois	34	0%
5. Ancien + d'un mois	268	2%
	13012	



31.1 Consommation d'alcool: Vin

1. Oui (actuel)	7612	56%
2. Non (Jamais)	2672	20%
3. Ignoré (ne sait pas)	956	7%
4. Arrêt - d'un mois	1396	10%
5. Ancien + d'un mois	1060	8%
	13696	



31.2 Consommation d'alcool: Bière

1. Oui (actuel)	7411	54%
2. Non (Jamais)	2784	20%
3. Ignoré (ne sait pas)	1030	8%
4. Arrêt - d'un mois	1344	10%
5. Ancien + d'un mois	1067	8%
	13636	



31.3 Consommation d'alcool: Spiritueux

1. Oui (actuel)	6540	48%
2. Non (Jamais)	3296	24%
3. Ignoré (ne sait pas)	1205	9%
4. Arrêt - d'un mois	1370	10%
5. Ancien + d'un mois	1193	9%
	13604	



31.4 Consommation d'alcool: Cidre

1. Oui (actuel)	2611	20%
2. Non (Jamais)	6913	52%
3. Ignoré (ne sait pas)	2084	16%
4. Arrêt - d'un mois	728	6%
5. Ancien + d'un mois	833	6%
	13169	



31.5 Consommation d'alcool: Autres

1. Oui (actuel)	2269	18%
2. Non (Jamais)	6840	53%
3. Ignoré (ne sait pas)	2416	19%
4. Arrêt - d'un mois	642	5%
5. Ancien + d'un mois	701	5%
	12868	



22 169 nouveaux consultants dans les CCAA en 2002