

Le travail des ELSA un enjeu de santé publique

DR PIERRE POLOMÉNI, PSYCHIATRE CHEF DE SERVICE
ADDICTOLOGIE HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS SEINE SAINT
DENIS, 93 SEVRAN – PRÉSIDENT ASSOCIATION ELSA FRANCE

Modèle trivarié

Un lieu: l'hôpital
« on (il) n'est pas là pour ça »

En quoi les ELSA proposent elles
Un service spécifique avec
Évaluation positive?
Evaluation externe mais interne

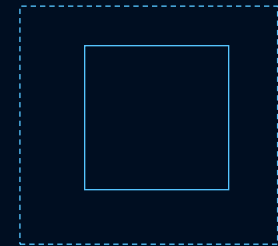
En quoi l'hôpital a-il changé
avec le développement
Des ELSA?

Un intervenant / proposition
Autour de la substance

Une personne

ELSA en pratique?

- Les pionniers.... des professionnels
- Ce n'est pas une médecine d'organe ni technologique
- Pas on-off (interstitiel)
- Pas de jugement moral
- « Problème lié à un usage »
- Faire avec l'utilisateur, s'intéresser à...
- Inventer ce qui est possible aujourd'hui, ici



Des notions chiffrées

- 77% des 17-65 ans ont vu leur MG au moins une fois / an; 6,7 consultations en moyenne par habitant en 2010 (CNAM)
- 200 000 personnes CSAPA, 60 000 CAARUD (OFDT)
- 11 M de personnes, 17 M de séjours, 17% de la population. Addictologie: 200 000 séjours en 2012, plus de la moitié alcool, environ 15% ont moins de 18 ans. 140 000 en psychiatrie alcool (DHOS)

Objectifs

- Non centré sur une défense catégorielle
- Données fiables et procédure de « programmation stratégique en santé publique »
- Mettant en évidence les bénéfiques (ou non) des interventions, à court et moyen terme pour une personne, son entourage, le système de soins, la société
- Rapport investissement / cout

Programmation stratégique en santé publique

- Quels problèmes?
- Classer, intégrant populations, accès aux soins
- Constats / ressources
- Prioriser
- Définir objectifs (/ population)
- Actions / Moyens
- Evaluation / sur la durée

Un problème de santé publique mortalité liée au tabac France

Mortalité liée au tabagisme

	1995	2025
Hommes	55 000	110 000
Femmes	5 000	50 000
Total	60 000	160 000

Problématiques

- A l'hôpital – nombre recours – pathologie Alcool, tabac , Drogues Ages, heures
- Accès aux soins: Urgences , Différents services et problématiques
- Prioriser: (ex: alcool, jeunes) autres, aussi en fonction sociologie et moyens actuels et mobilisables
- Travail avec les autres équipes

Proportion de patients âgés de 16 ans ou plus ayant recours au système de soins en 2000 présentant un risque alcool (2000, DRESS, BESP, FNORS)

	Hôpital Présents un jour donné	
	Patients à risque d'al- coolisation excessive*	Patients dépendants à l'alcool
Lieu des soins		
Médecine	20,2	7,3
Chirurgie	17,0	3,2
Gynécologie-obstétrique	4,0	0,4
Soins de suite et réadaptation	17,9	6,8
Psychiatrie	33,2	16,0
Consultation		
Visite		
Situation par rapport à l'emploi		
Emploi stable	25,2	8,9
Emploi précaire**	40,3	17,5
Chômeur	54,6	31,4
Retraité	13,1	3,3
Au foyer	12,1	4,1
Domicile		
Domicile précaire ou sans abri	42,5	22,5
RMI et CMU		
Bénéficiaire du revenu minimum d'insertion (RMI)	57,3	33,7
Autre bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU)	33,8	15,3
Situation familiale		
Seul sans enfants	23,9	10,4
Seul avec enfants	18,2	8,4
En couple sans enfants	18,8	5,2
En couple avec enfants	19,5	5,7
Antécédents médicaux		
Bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé (AAH)	26,8	10,4
Patient en invalidité ou longue maladie	23,3	8,5
Bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD)	20,9	7,0
Patient hospitalisé au moins 24 heures dans les 12 derniers mois en raison d'un accident	25,4	10,7
Patient ayant eu au moins un arrêt de travail prescrit dans les 12 derniers mois	34,5	14,8

Des interventions

Caractéristiques du séjour	Nombre d'admissions ¹	%
Heure d'admission		
06h01-12h00	11	13,3
12h01-18h00	10	12,0
18h01-00h00	39	47,0
00h01-06h00	23	27,7
Durée du séjour (heures)		
≤ 12	19	22,9
13-24	46	55,4
25-36	10	12,0
37-48	7	8,4
> 48	1	1,2
Contention		
Non	71	85,5
Oui	12	14,5
Traitements administrés²		
Non	32	40,0
Oui	48	60,0
Consultations spécialisées³		
Non	17	20,5
Oui	66	79,5
• CTA ⁴	43	
• Psychiatrie	19	

Des constats

- National: moins de 10% des patients pris en charge
- Les patients non repérés
- La venue régulière des mêmes patients
- Bienveillance, disponibilité / temps
- Coût ! Des indicateurs ...

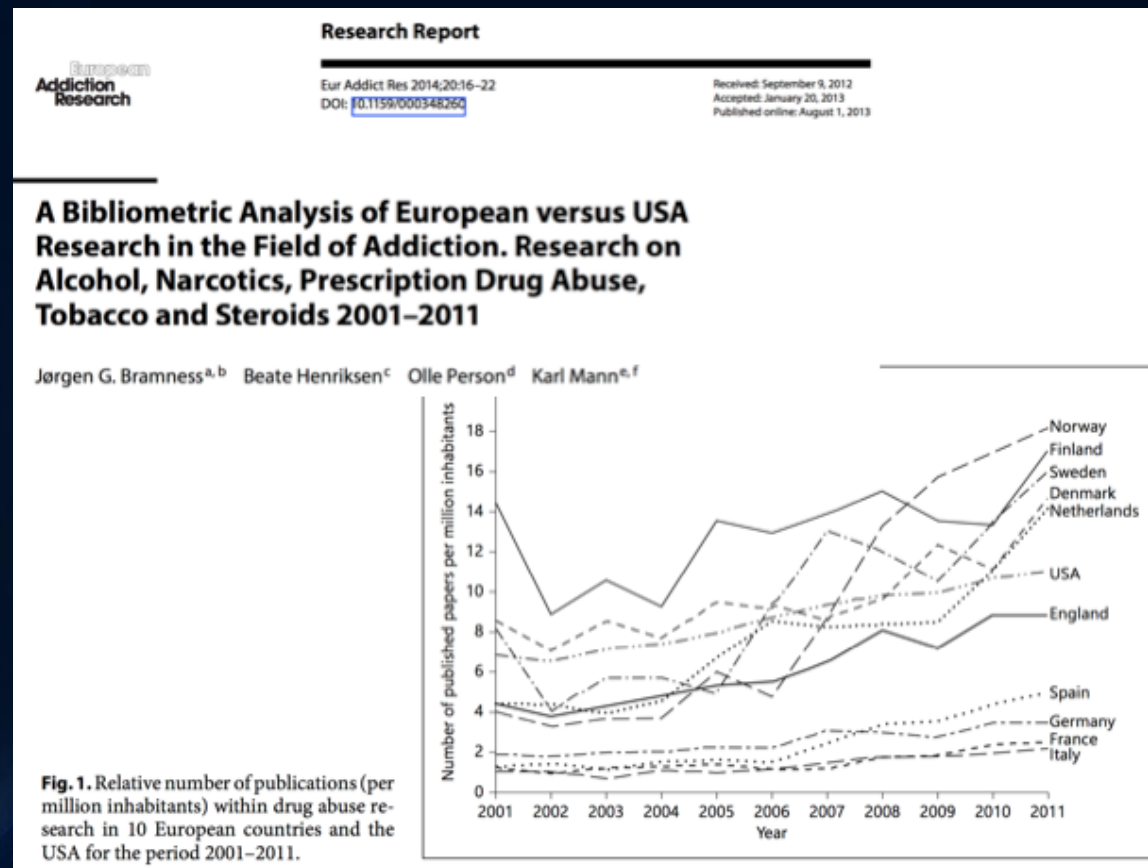
Objectifs et actions

- Augmenter le nombre de jeunes vus par an aux urgences avec un bilan addictologique
- Intervention précoce / tardive (cirrhose, cancer)
- Actions: repérage, intervention brève, accès aux soins, prévention (Projet loco régional dans une logique nationale) Changer les horaires, type nombre intervenants , outils , suivi
- Evaluation: combien rencontrés, suivis? Combien améliorés? Combien adressés et vus par le réseau (lettre, RV honorés, suivi téléphonique)

Observations, ailleurs

- Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. ECLW, 56 services, 11 pays – CL permettent un pont important entre santé primaire, somatique, mentale (Huyse, 2001)
- Augmentation alcool aux urgences (Belfast...)
- Sevrage d'alcool non programmé aux Urgences (protocoles)
- Alcool et drogues : « le risque de réadmission » (« changer notre approche » Ecosse : infirmière de liaison hospitalière alcool – Goldbeck, 2012)
- Interventions proactives
- Liens entre décès et premiers contacts avec l'hôpital (Thanacoody, 2009)

Publier...



Conclusion

- Qui démontre?
- « 1 euro dépensé, 5 euros gagnés » : références !
- Ce seront d'autres qui bénéficieront des résultats...