



ALCOOL ET TROUBLES COGNITIFS EN BOURGOGNE

Enquête quantitative auprès des acteurs
de l'addictologie

2015

ALCOOL ET TROUBLES COGNITIFS EN BOURGOGNE

Enquête quantitative auprès des acteurs de l'addictologie

Réalisation : ORS de Bourgogne Franche-Comté

- Marie CORNELOUP (Interne de Santé Publique)
- Aurore PETIGNY (Chargée d'étude)
- Benoit NAVILLON (Technicien informatique)
- Dr Isabelle MILLOT (Médecin de santé publique)
- Christine FIET (Assistante de direction)
- Cynthia MORGNY (Directrice adjointe)
- Bernadette HUSSON-ROBERT (Directrice)

Étude PMSI

- Caroline BONNET (Responsable de Missions et de Développement)
- Anne-Sophie BEAURENAUT (Chargée d'étude)
- Sarah NEQQACHE (Chargée d'étude)

Extraction des données de la Banque Nationale Alzheimer

- Dr Olivier ROUAUD, CMRR Dijon

Avec l'appui du groupe de travail addictions - cognitions

- Dr Pascal MENECHIER (Animateur), CH Mâcon
- Dr Embarek AYAD, CH Montceau-les-Mines
- Fabrice BARDOU, Centre Armançon, Migennes
- Yamina BOUDJERDA, ANPAA 21
- Bernard FAVET, ANPAA Bourgogne
- Dr Jean-Pierre CAPITAIN, CH Chartreuse, Le Renouveau, Dijon
- Ariane PIVER, CMRR Dijon
- Sylvie WACKENHEIM, Le Renouveau Dijon

Remerciements

à l'ensemble des acteurs interrogés

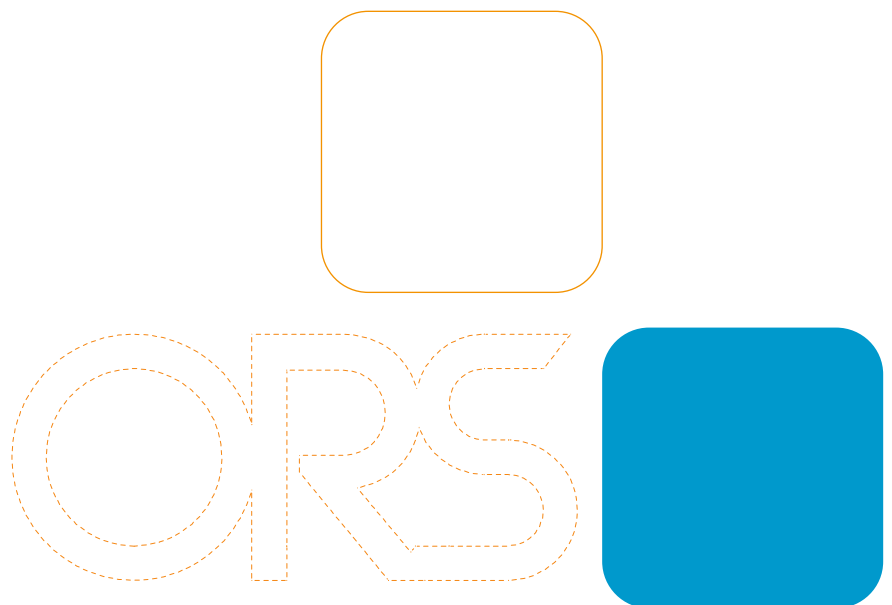


TABLE DES MATIÈRES

1	Contexte de l'étude	4
2	Méthode	5
3	Résultats	6
3.1	Taux de réponse	6
3.2	Fréquence des troubles cognitifs invalidants et difficultés d'hébergement	7
3.3	Modalités de prise en charge	10
3.3.1	<i>Repérage et/ou évaluation</i>	10
3.3.2	<i>Orientation</i>	11
3.3.3	<i>Accompagnement</i>	13
3.3.4	<i>Lieu d'accueil et hébergement</i>	14
3.3.5	<i>Traitement</i>	15
3.3.6	<i>Réhabilitation, remédiation cognitive</i>	16
3.3.7	<i>Difficultés de prise en charge</i>	17
3.4	Attentes des acteurs concernant des actions de communication/formation/information	20
4	Conclusion	23
5	Siglaire	24
6	Annexes	25
	Questionnaire	25
	Profil des acteurs selon leurs réponses	26

1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Dans le cadre du projet régional Addiction de 2014-2016 (fiche action régionale 2), un groupe de professionnels intervenant dans le domaine des addictions et de la cognition travaille sur la problématique des troubles cognitifs induits par la consommation chronique d'alcool (troubles de la mémoire, du raisonnement, troubles praxiques...) avec l'appui de l'ARS.

Le périmètre de travail du groupe a été précisé :

- parmi les addictions, d'abord les troubles cognitifs associés à des alcoolisations,
- parmi les troubles cognitifs, prise en considération des troubles les plus sévères retentissant sur les capacités d'autonomie et leur impact sur les offres de soins,
- une attention aux particularités des malades "jeunes" (moins de 60 ans), peu accueillis dans le dispositif adultes handicapés, dans les structures gériatriques ou ciblant les maladies d'Alzheimer ou apparentées.

Après échanges et débats entre les membres du groupe, les questionnements ont été élargis par rapport à la demande initiale institutionnelle. Ils portent sur les modalités d'évaluation et d'accompagnement de ces personnes en région (centré sur la création d'une structure adaptée aux adultes présentant des troubles cognitifs invalidants dus à l'alcool).

La première étape, une enquête qualitative par entretiens auprès de 16 personnes ressources, a permis de valider les hypothèses de travail du groupe : l'intérêt porté à la problématique est réel, les acteurs ont peu de certitudes sur la question des troubles cognitifs liés à l'alcool, les principales difficultés identifiées concernent l'évaluation de ces troubles et l'identification de structures de référence.

La deuxième étape, l'objet de ce rapport, est une enquête quantitative élargie auprès de l'ensemble des acteurs de la région concernés par cette problématique.

Un des fils conducteurs de ces travaux concerne les possibilités d'améliorations de ces troubles¹, avec des soins et un accompagnement adapté (réhabilitation) mais aussi avec mise à distance des consommations d'alcool.

RAPPEL DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE

- ▶ Les professionnels interrogés étaient peu assurés sur la question des troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) mais un consensus existe sur l'intérêt de l'évaluation de ces troubles.
- ▶ Une grande variabilité dans les prises en charge était observée selon les acteurs interrogés, en partie due aux différences de formation initiale.
- ▶ Il existe une forte attente de conduites à tenir et d'identification des structures de référence pour le repérage et l'évaluation.

¹ Ils sont souvent considérés, de manière erronée, comme fixés et irréversibles.



2 MÉTHODE

Un questionnaire validé par le groupe de travail suite aux résultats de l'enquête qualitative a été adressé aux acteurs régionaux de l'addictologie et, plus largement, aux structures susceptibles de rencontrer ou d'accueillir des patients présentant des TCLA.

Le questionnaire portait sur une estimation de la fréquence des TCLA invalidants et des problèmes d'hébergement induits et recensait les pratiques des acteurs en termes de repérage, d'orientation, d'accompagnement, de réhabilitation, d'hébergement et de traitement au sujet de la dernière personne concernée qu'ils avaient rencontrée. Les acteurs étaient également interrogés sur leurs difficultés et leurs attentes.

Le questionnaire est présenté en annexe (p25).

Le calendrier de l'enquête quantitative s'est déroulé comme suit :

- 1^{er} trimestre 2015 : rédaction d'une synthèse de l'enquête qualitative, retour d'information aux acteurs interrogés, recherche bibliographique complémentaire
- 2^e trimestre 2015 : construction du questionnaire et validation, recensement des acteurs à interroger.
- Mai 2015 : lancement de l'enquête
- Fin juin : présentation des premiers résultats au groupe de travail
- Juillet 2015 : relance ciblée auprès d'acteurs clés
- Septembre 2015 : rédaction du rapport
- Dernier trimestre 2015 : diffusion des résultats, élaboration de recommandations par le groupe de travail.

Le questionnaire a été adressé, par voie postale ou électronique, à l'ensemble des professionnels et acteurs de l'addictologie de Bourgogne (346 structures contactées au total) :

- Csapa²,
- Unités d'Addictologie (hospitalières, a priori à côté des Csapa),
- Consultations mémoire,
- SSR³ mention addictologie,
- Cliniques privées assurant des soins en addictologie,
- Services hospitaliers (gastro-entérologie et neurologie),
- Professionnels des réseaux de santé spécialisés dans les addictions ou les troubles cognitifs,
- CMP⁴
- Unités des Centres Hospitaliers Spécialisés des quatre départements,
- Échantillon de professionnels libéraux (médecins généralistes exerçant en MSP⁵, neurologues),
- Associations d'usagers
- Structures sociales ou médico-sociales (CHRS⁶, CCAS⁷, foyers d'hébergement, pensions de famille)

Le questionnaire pouvait être renvoyé en version papier ou complété sur internet. Une relance ciblée par courriel a été réalisée auprès des consultations mémoires, des associations d'usagers et des gestionnaires des Csapa.

² Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

³ Soins de suite et de réadaptation

⁴ Centres Médico-Psychologiques

⁵ Maisons de Santé Pluridisciplinaires

⁶ Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

⁷ Centre Communal d'Action Sociale

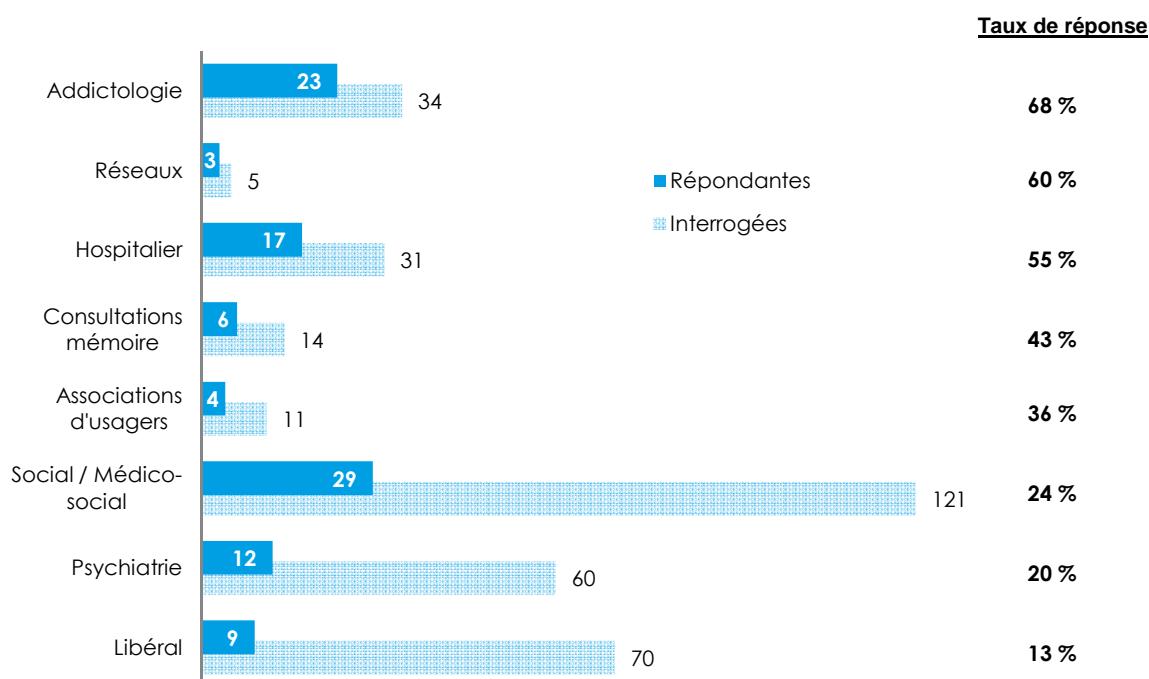
3 RÉSULTATS

3.1 TAUX DE RÉPONSE

Au total, 97 questionnaires ont été retournés concernant 107 des structures interrogées⁸. Le taux de réponse était de 31 %. Plus de deux tiers des questionnaires ont été retournés en version papier. Parmi les acteurs de l'addictologie, un taux de réponse de 68 % témoigne du vif intérêt porté à cette problématique, intérêt retrouvé aussi parmi les professionnels hospitaliers, des réseaux et des consultations mémoire.

On note peu de différence du taux de réponse selon les départements, celui-ci variant de 26 % en Saône-et-Loire à 34 % dans la Nièvre.

Graphique 1 : Taux de participation par secteur d'activité⁹

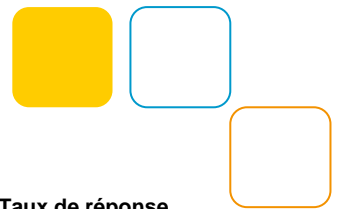


En raison du petit nombre d'acteurs des associations d'usagers et des réseaux, leurs réponses ont parfois été regroupées dans la catégorie "autres répondants" dans la suite de ce rapport.

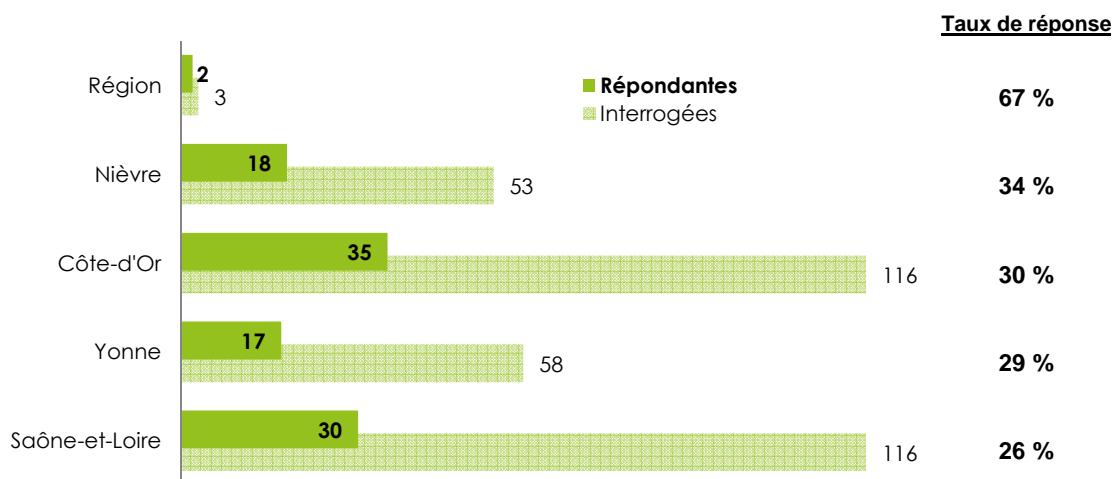
⁸ Certains acteurs ayant plusieurs secteurs d'activité (exemple : unité d'addictologie + CMP + CHS), un questionnaire pouvait correspondre à plusieurs structures.

⁹ Le taux de participation a été calculé par rapport au nombre de structures interrogées, ainsi les effectifs totaux utilisés ne sont pas les mêmes que ceux utilisés pour le reste du rapport.





Graphique 2 : Taux de participation par lieu d'activité

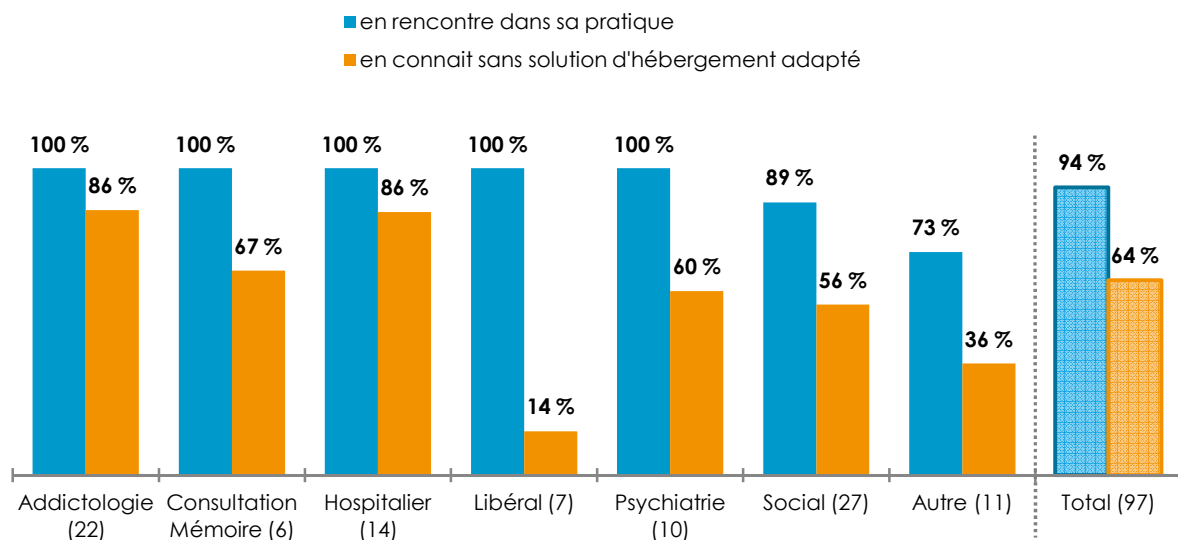


3.2 FRÉQUENCE DES TROUBLES COGNITIFS INVALIDANTS ET DIFFICULTÉS D'HÉBERGEMENT

Presque tous les acteurs interrogés (94 %) rencontrent des personnes présentant des TCLA considérés comme invalidants. Près de deux tiers de ces acteurs (64 %) en connaissent qui sont sans solution d'hébergement adapté.

Les professionnels de l'addictologie, de la psychiatrie, les acteurs libéraux, les hospitaliers et ceux des consultations mémoire rencontrent tous dans leur pratique des personnes présentant des TCLA invalidants. Seul 1 praticien libéral sur les 7 interrogés connaît des usagers sans solution d'hébergement adapté. Les autres acteurs sont plus de la moitié à connaître des personnes dans cette situation, ils sont 86 % parmi les professionnels de l'addictologie et de l'hospitalier. Deux tiers des médecins des consultations mémoires et un peu moins de deux tiers des acteurs de psychiatrie connaissent des personnes en difficulté par rapport à l'hébergement.

Graphique 3 : Fréquence des TCLA invalidants et difficultés d'hébergement selon les secteurs d'activité (effectif)



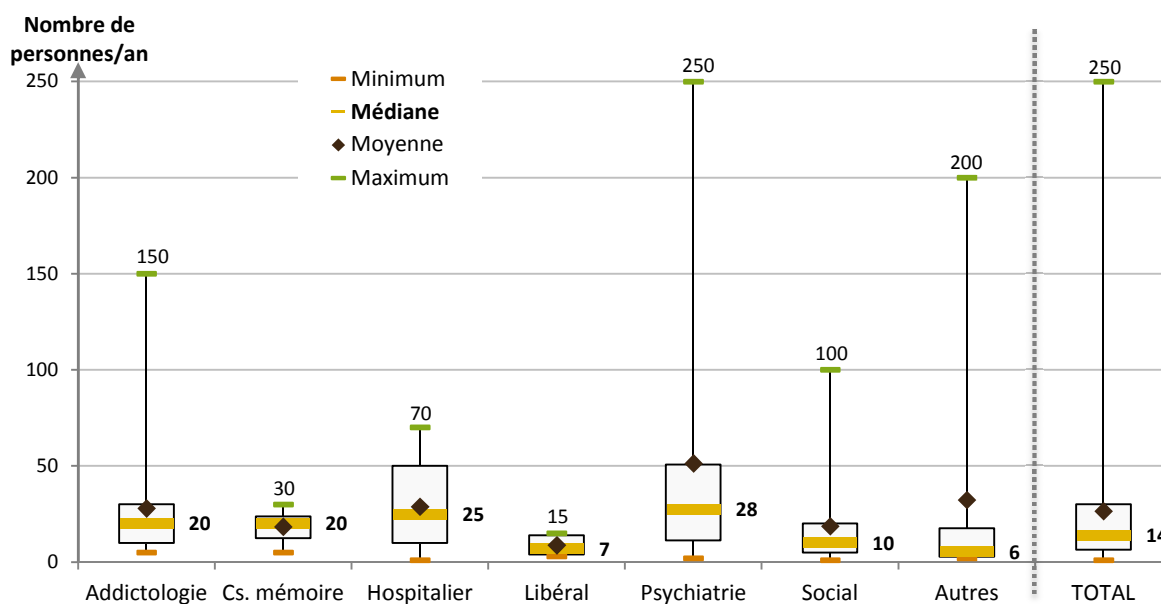
(Autre : association d'usagers, réseaux et non renseignés)

En moyenne, un acteur rencontre dans l'année 26 personnes ayant des TCLA invalidants. Au total, plus de 2 000 personnes seraient concernées en Bourgogne dont environ 700 n'auraient pas de solution d'hébergement adaptée. Chaque répondant connaît en moyenne 12 personnes sans solution d'hébergement adapté : 2 pour les professionnels exerçant en libéral et jusqu'à 19 pour les acteurs de l'addictologie.

Tableau 1 : Personnes ayant des TCLA invalidants rencontrées dans l'année et connues sans solution d'hébergement selon le secteur d'activité

	Personnes ayant des TCLA invalidants			sans solution d'hébergement adaptée		
	Total cumulé	en moyenne	min - max	Total cumulé	en moyenne	min - max
Addictologie	592	28	5 - 150	323	19	1-120
Consultation mémoire	110	18	5 - 30	28	9	3-15
Hospitalier	403	29	1 - 70	123	10	1-40
Libéral	33	7	3 - 15	2	2	2-2
Psychiatrie	462	51	2 - 250	60	10	2-30
Social	446	19	1 - 100	167	11	1-100
Réseaux	9	5	3 - 6	-	-	-
Associations d'usagers	217	72	2 - 200	1	1	1-1
TOTAL	2272	26	1 - 250	704	12	1-120

Graphique 4 : Distribution du nombre de personnes rencontrées dans l'année ayant des TCLA invalidants selon le secteur d'activité



Représentation de la distribution d'une série de valeurs par boîte à moustache :

- Maximum & minimum ⇔ valeurs extrêmes
- Médiane : sépare la série en 2 ⇔ 50 % des répondants citent un chiffre en-deçà de la médiane et 50 % citent un chiffre au-dessus.

Exemple en prenant le secteur de la psychiatrie :

- la moitié des acteurs rencontre entre 1 à 28 personnes ayant des TCLA invalidants dans l'année et l'autre moitié entre 28 à 250/an,
- un acteur de la psychiatrie rencontre en moyenne 51 personnes dans l'année ayant des TCLA invalidants,
- une moyenne supérieure à la médiane signifie que certains acteurs de la psychiatrie rencontrent plus de 28 personnes ayant des TCLA dans l'année.



ZOOM SUR LES DONNÉES D'HOSPITALISATION

ÉTUDE PMSI

La sévérité des TCLA est difficilement évaluable et aucun référentiel n'existe, la prévalence des TCLA "invalidants" a pu être surestimée par certains acteurs interrogés (200 personnes/an pour une association d'usagers, 250 personnes/an pour un CMP).

Afin de se rapprocher d'un chiffre plus réaliste de fréquence des troubles cognitifs invalidants (sévéres) en Bourgogne, une analyse des bases de données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) avec chaînage des bases de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et Psychiatrie (Psy) a été réalisée pour repérer les patients hospitalisés pour ce motif sur l'année 2013 (données disponibles les plus récentes).

Nous avons utilisé les codes CIM10 des pathologies responsables de TCLA pour identifier les malades hospitalisés à ce titre :

- *F10.5 : trouble psychotique suite à la consommation d'alcool (hors intoxication aiguë et syndrome de sevrage),*
- *F10.6 : syndrome amnésique induit par l'alcool ou les drogues (dont syndrome de Korsakoff),*
- *F10.7 : Trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive liée à l'effet résiduel des substances psycho actives.*

En 2013, dans les établissements de Bourgogne - MCO, SSR et Psychiatrie confondus :

- **135** patients étaient concernés au titre du diagnostic principal ou associé,
- dont **51** patients au titre du diagnostic principal seul.

L'analyse des séjours des patients hospitalisés en MCO (28 patients) révèle que :

- l'âge moyen des patients est de 59 ans (étendue : 33 à 84 ans), plus de la moitié ayant moins de 60 ans;
- la durée moyenne de séjour hospitalier de ces patients sur l'année 2013 est de 30 jours;
- parmi les durées de séjour \geq 30 jours, les motifs d'hospitalisation sont :
 - syndrome amnésique lié à l'alcool (F10.6),
 - trouble psychotique de survenue tardive lié à l'alcool (F10.7),
 - sevrage d'alcool,
 - et sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat.

Limites : le codage PMSI est complexe (ces chiffres reflètent uniquement l'activité hospitalière), le repérage des TCLA est parfois difficile pour les cliniciens hospitaliers.

DONNÉES DE LA BANQUE NATIONALE ALZHEIMER (BNA)

Les données de la BNA concernent la file active de patients rencontrés dans les centres de mémoire de Bourgogne ayant pour motif de consultation le code CIM10 F10.6 'syndrome amnésique induit par l'alcool ou les drogues (dont syndrome de Korsakoff)' :

- en 2013 : 38 patients en région (1 196 au niveau national)
- en 2014 : 35 patients en région (1 652 au niveau national)
 - l'âge moyen des patients est de 63 ans,
 - le score moyen au MMSE est de 21,1 points/30.

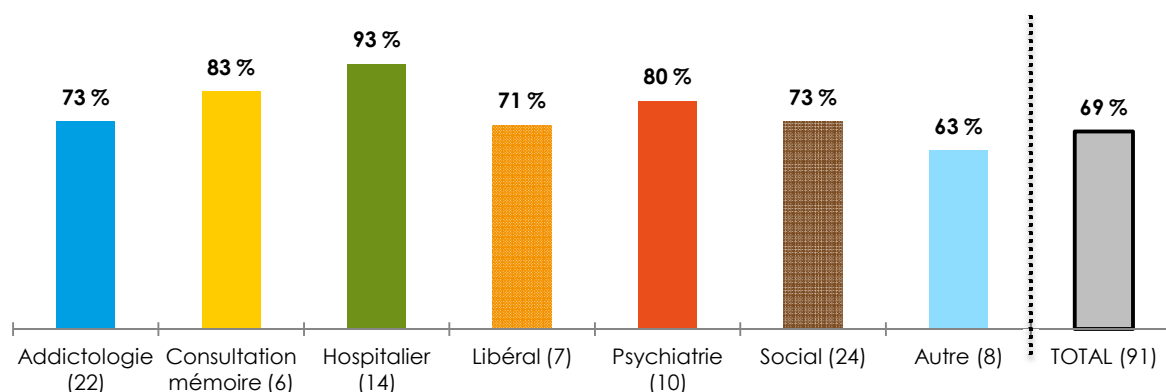
Limites : décompte très restrictif car concernant uniquement l'activité de consultation des centres mémoire.

3.3 MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

3.3.1 Repérage et/ou évaluation

Le repérage et/ou l'évaluation des troubles cognitifs sont réalisés par deux tiers des acteurs, quel que soit leur domaine d'activité. Il n'est cependant pas systématique et les modalités ne sont pas consensuelles.

Graphique 5 : Repérage et/ou évaluation des troubles cognitifs auprès de la dernière personne concernée



Qui repère et/ou évalue ?

De nombreux acteurs pratiquant un repérage et/ou une évaluation des TCLA en ont décrit les modalités. Ils font appel à un spécialiste pour l'évaluation dans 90 % des cas : neuropsychologue le plus souvent, mais aussi neurologue, gériatre, psychiatre, psychologue ou encore spécialiste de l'addictologie.

"L'adressage" L'orientation vers à une consultation mémoire peut également être proposée. Tout comme lors de l'enquête qualitative, aucun des acteurs interrogés ne mentionne avoir eu recours au Centre Mémoire Ressources et Recherche (CMRR).

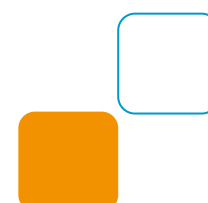
Quels outils de repérage ?

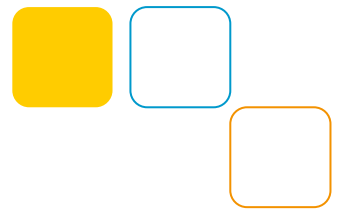
Les bilans neuropsychologiques/cognitifs sont les plus fréquemment cités, certains acteurs citent des tests qu'ils emploient comme le MMS¹⁰ ou le test Moca¹¹. Certains effectuent un repérage sur la simple observation, le diagnostic de syndrome de Korsakoff leur apparaissant cliniquement évident. Le recours aux examens d'imagerie est rarement mentionné : IRM ou TDM cérébral.

Enfin, il apparaît parfois nécessaire de passer par une hospitalisation consacrée à l'évaluation des troubles cognitifs.

¹⁰ Mini-Mental State (MMS)

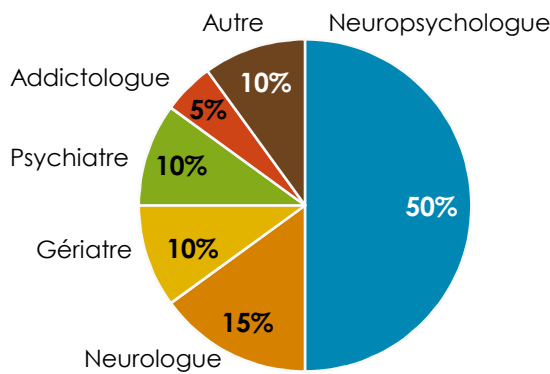
¹¹ Moca : Montreal Cognitive Assessment





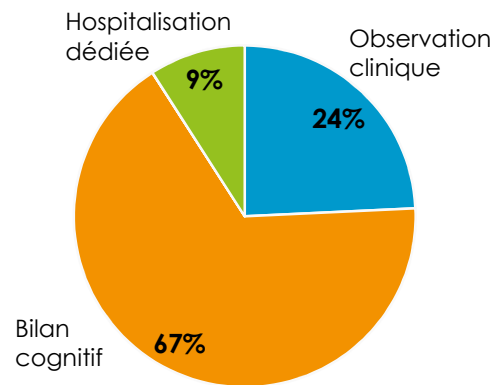
Graphique 6 : Gestion du repérage et/ou de l'évaluation des TCLA

Par Qui ?



[21 précisions/45]

Comment ?



[33 précisions/45]

L'absence de consensus sur les modalités de repérage n'est pas un frein pour les professionnels qui proposent un repérage dans une grande majorité des cas. L'évaluation par un neuropsychologue reste la modalité d'évaluation principale des TCLA. La diversité des spécialistes impliqués témoigne de la difficulté à identifier le parcours de soin des patients.

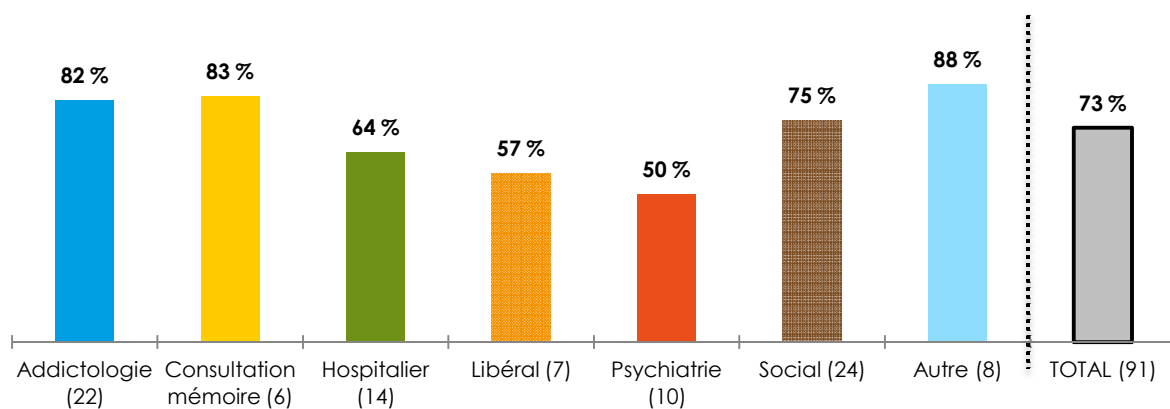
Un professionnel d'une unité d'addictologie cite par ailleurs ne pas avoir effectué d'évaluation en raison d'une "durée d'hospitalisation trop courte". Tandis qu'un psychiatre explique avoir orienté vers un neurologue et réalisé un bilan cognitif simple dans son service, faute de neuropsychologue. Selon un acteur du médico-social, il n'y a "pas de spécialiste réellement dans ce domaine sur la région".

En conclusion, outre l'absence de consensus sur les modalités du repérage des TCLA, invalidants ou non, les acteurs peuvent parfois manquer de temps, avoir des difficultés concernant l'outil de repérage et ne pas toujours avoir accès à un neuropsychologue pour la réalisation d'un bilan cognitif complet.

3.3.2 Orientation

Une orientation est proposée dans 73 % des cas. Elle est proposée dans 80 % des cas chez les acteurs de l'addictologie ou des consultations mémoire et dans 57 % des cas pour les médecins libéraux. Pour les acteurs de la psychiatrie, une orientation est conseillée dans la moitié des cas.

Graphique 7 : Proposition d'orientation selon le domaine d'activité



Quatre principales orientations sont citées : vers l'addictologie (Csapa, Éole ¹²), vers un milieu médicalisé (psychiatrique, consultation mémoire ou médecin traitant), directement vers une structure d'hébergement ou encore vers un travailleur ou une structure sociale.

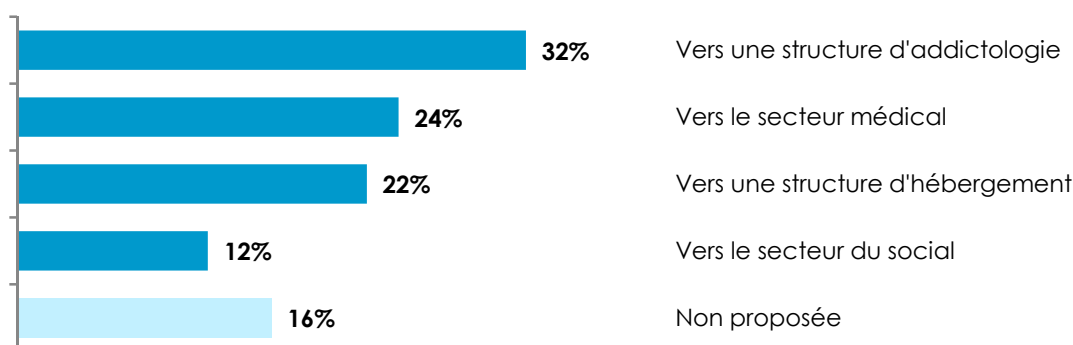
Les structures d'hébergement citées sont pour la plupart des structures de logement collectif, médicalisées pour certaines :

- pensions de familles (dont le château de Vellerot),
- Ehpad (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes),
- Foyers pour adultes handicapés,
- Foyers d'Accueil Médicalisé (Fam),
- CHRS.

Différentes prises en charge sociales sont mentionnées notamment orientation vers une MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ou vers une structure associative (Unafam ¹³). En outre, signe du jeune âge des patients touchés par les TCLA, un acteur de l'addictologie a envisagé une orientation vers un Ésat (Établissement et Service d'Aide par le Travail).

Parmi les motifs d'absence d'orientation cités, un professionnel d'un réseau mentionne la réticence de prise en charge par une Maia (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer) et des acteurs de structures sociales notent l'absence de structure adaptée, en général ou au sein de leur région d'activité.

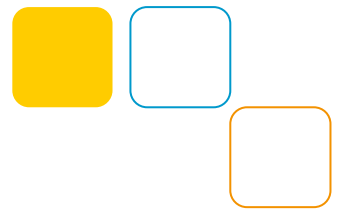
Graphique 8 : Types d'orientation proposés



¹² Éole : structure de soins intersectorielle en médecine addictologique du Centre Hospitalier La Chartreuse

¹³ Union Nationale des Amis et Familles des Malades Mentaux

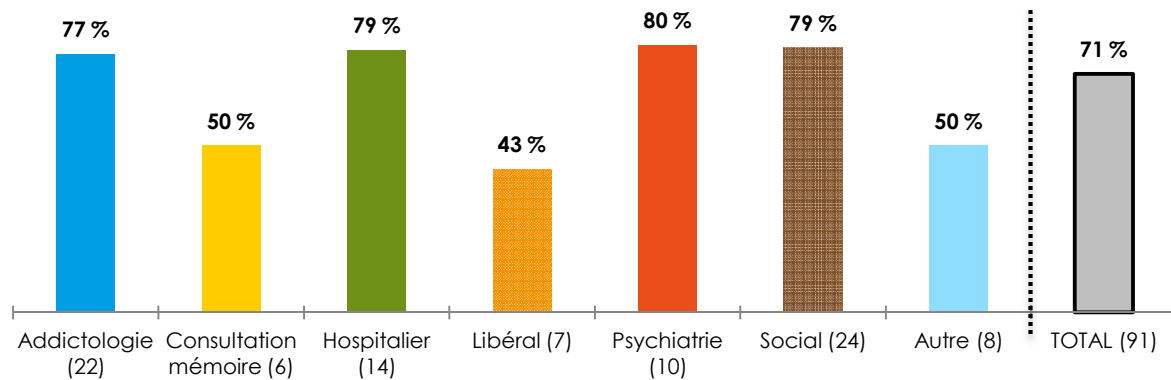




3.3.3 Accompagnement

Un accompagnement est proposé dans plus de 7 cas sur 10 ; cela concerne environ 80 % des patients rencontrés par les professionnels de l'addictologie, les acteurs hospitaliers, de la psychiatrie ou du médico-social. Un accompagnement est conseillé dans la moitié des cas ou moins pour les acteurs des consultations mémoires ou les professionnels libéraux.

Graphique 9 : Proposition d'un accompagnement selon le domaine d'activité



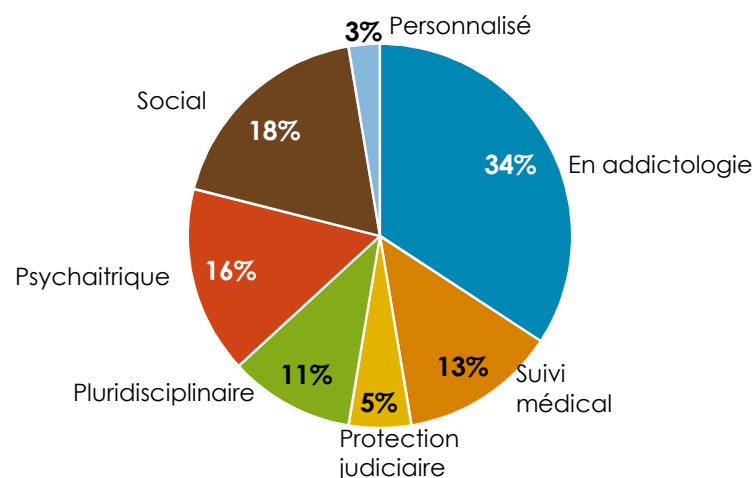
L'accompagnement le plus fréquemment rapporté (plus d'un tiers des réponses) est celui d'une structure d'addictologie. Un médecin généraliste cite par exemple la *"mise en place d'un passage d'un professionnel spécialisé dans les problèmes d'addiction (ex. : infirmier)"*.

D'autres acteurs s'appuient sur un suivi médical lors des consultations. Un suivi psychiatrique en CMP, en CHS ou par un infirmier de secteur psychiatrique sont des modalités mentionnées par les acteurs de la psychiatrie ou de l'hospitalier.

Un accompagnement social peut également être envisagé : par un visiteur social, via une association (*"Emmaüs"*), via le service social du centre hospitalier, ou en passant par le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation¹⁴ (SIAO). Certaines modalités d'accompagnement sont personnalisées : un *"appartement thérapeutique avec accompagnement personnel"* est ainsi envisagé par une unité d'addictologie. Quelques patients nécessitent la mise en place de mesures judiciaires : *"mesure de protection"*, *"tutelle"*.

Enfin, certains acteurs perçoivent la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire : médical, psychologique et social.

Graphique 10 : Types d'accompagnement proposés

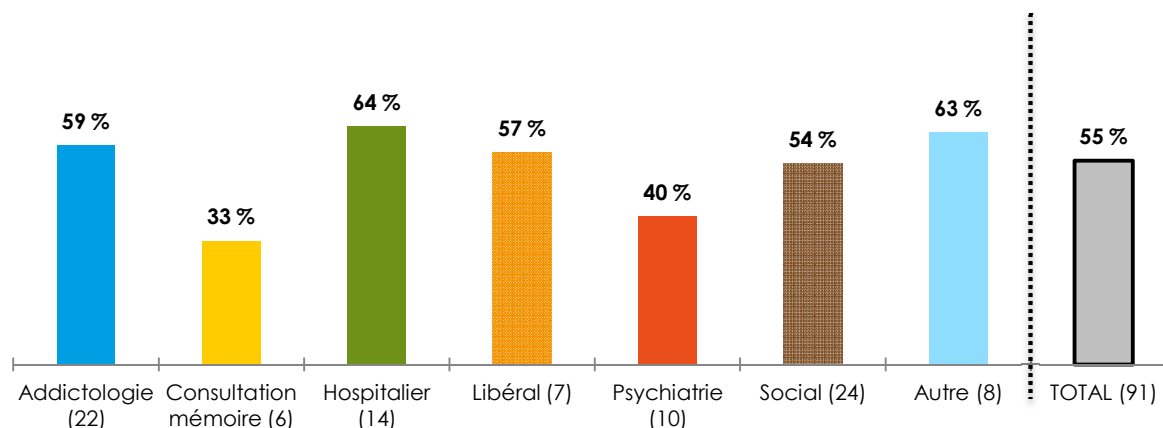


¹⁴ Le SIAO est une instance d'orientation ayant une mission de service public pour l'hébergement et l'accès au logement, il ne propose pas d'accompagnement social.

3.3.4 Lieu d'accueil et hébergement

Plus de la moitié des acteurs propose un lieu d'accueil ou d'hébergement aux personnes rencontrées. Les praticiens des consultations mémoire ne sont que 33 % et ceux de la psychiatrie 40 % à effectuer cette proposition.

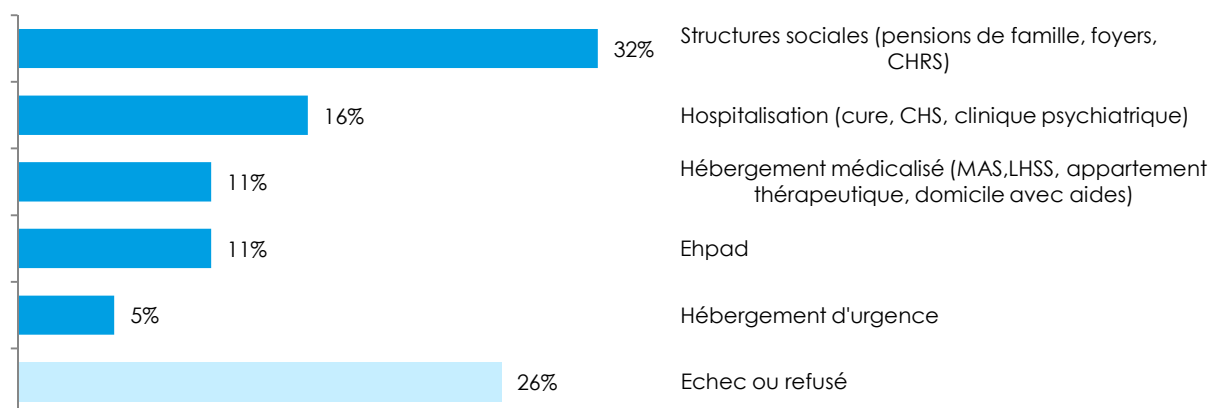
Graphique 11 : Proposition de lieu d'accueil/ hébergement selon le domaine d'activité



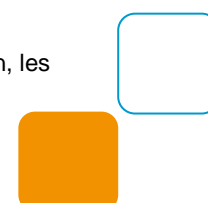
Parmi les propositions d'hébergement effectuées, 32 % des répondants se tournent vers une structure d'hébergement sociale ou médico-sociale. Les familles d'accueil et les pensions de famille sont très majoritairement envisagées, ainsi que d'autres logements collectifs : foyers, CHRS, MAS. Les Lits Halte Soins Santé sont mentionnés, un hébergement en appartement thérapeutique a également été proposé à un patient.

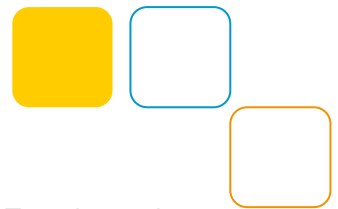
L'hospitalisation (dont prise en charge en addictologie) est également conseillée dans 16 % des cas. Les Ehpad sont sollicités dans 1 cas sur 10. Un des acteurs libéraux précise qu'il est nécessaire d'"anticiper et [de] faire des demandes en Ehpad".

Graphique 12 : Types d'hébergement proposés¹⁵



¹⁵ Les modalités d'hébergement mentionnées correspondent aux précisions des acteurs. L'hospitalisation, les LHSS ne sont pas censés être considérés en tant qu'hébergement.





Freins à l'hébergement

Les motifs d'échec, de refus, ou de non proposition d'hébergement sont multiples. Tous les patients ne sont pas à la recherche ou dans la nécessité d'une structure d'accueil : *"djà locataire d'une pension de famille"*, *"domicile avec mise en place d'aides"*.

De plus, les patients refusent parfois la solution d'hébergement proposée. Le manque de structure adaptée est un des motifs avancés :

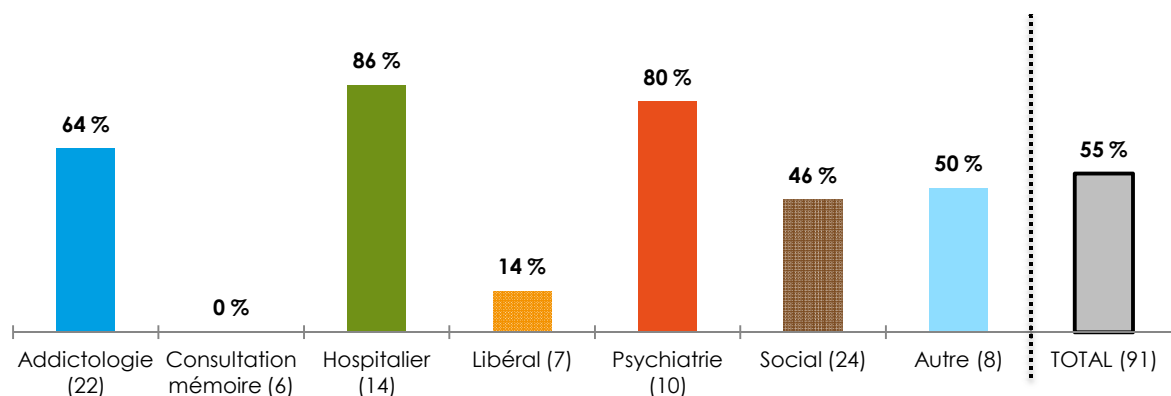
- *"Pas de structure pour les moins de 60 ans"*
- *"Non, car rien d'adapté"*
- *"CHS [...] par défaut. Attente de famille d'accueil"*

Les structures d'accueil et d'hébergement sociales ou médico-sociales sont majoritairement sollicitées. Cependant un environnement médicalisé est parfois nécessaire, il est alors difficile de trouver une structure adaptée pour des patients qui sont souvent encore jeunes (moins de 60 ans).

3.3.5 Traitement

Des traitements sont proposés par 64 % des acteurs de l'addictologie, 86 % des hospitaliers et 80 % des acteurs de psychiatrie. Les acteurs du médico-social (46 %) conseillent moins un traitement spécifique et les acteurs libéraux (14 %) très peu.

Graphique 13 : Proposition de traitement selon le domaine d'activité



La majorité des propositions mentionnent un traitement médicamenteux : principalement la vitaminothérapie, puis viennent les médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques), et également des thérapeutiques spécifiques de l'alcool-dépendance (aversifs et baclofène).

Plusieurs professionnels précisent qu'il n'existe pas de traitement spécifique des TCLA :

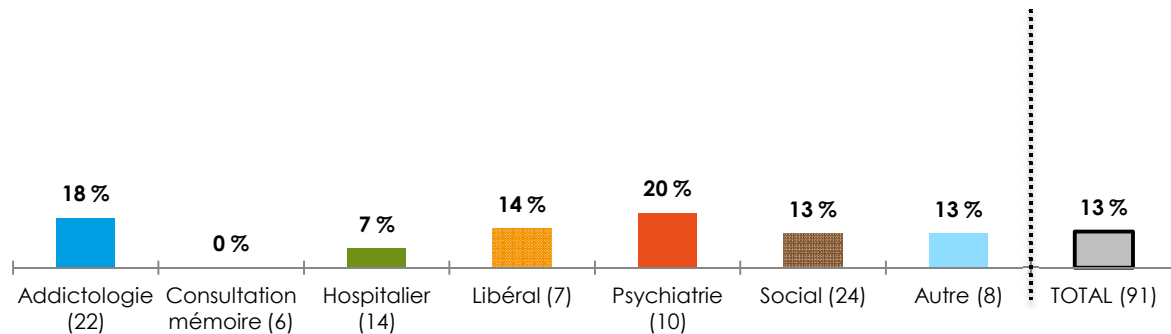
- *"Pas de traitement valide en dehors de l'abstinence alcoolique"* pour un acteur de l'addictologie;
- *"Pas de traitement spécifique à ces troubles"* selon un acteur du social

Un autre motif avancé de non proposition est l'absence de compliance du patient : pas de traitement car *"non suivi"*, ou bien refus du traitement.

3.3.6 Réhabilitation, remédiation cognitive

Cette modalité de prise en charge est assez peu offerte : 1 acteur sur 6 suggère une réhabilitation et/ou remédiation cognitive. Les plus nombreux à l'avancer sont les acteurs de l'addictologie et de la psychiatrie (1 cas sur 5).

Graphique 14 : Proposition de réhabilitation/remédiation cognitive selon le domaine d'activité



Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ces faibles propositions : l'absence de formation, la méconnaissance de ces techniques. Des professionnels de psychiatrie ou d'addictologie interrogent la légitimité de cette méthode pour les patients souffrant de TCLA :

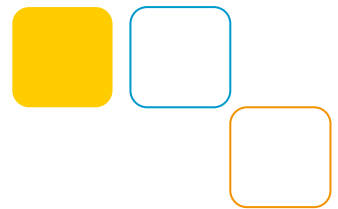
- "Je ne savais pas que cette approche était efficace sur ces tableaux [...]"

Certains acteurs soulignent également l'absence de moyens :

- "Moyens ? Outils spécifiques à développer"
- "Absence de structure dédiée et de personnel qualifié"
- "Pas de formation"

SYNTHÈSE

- ▶ Le repérage des troubles cognitifs est très largement effectué, le plus souvent par un spécialiste. Parmi les différentes modalités envisagées, le bilan neuropsychologique reste le plus plébiscité.
- ▶ L'orientation des patients se fait le plus souvent vers une structure d'addictologie ou une autre structure médicalisée. Une orientation vers une structure d'hébergement est souvent envisagée.
- ▶ L'accompagnement implique majoritairement les structures de l'addictologie, le suivi à domicile par un professionnel de santé est parfois envisagé.
- ▶ Les structures d'accueil et d'hébergement sociales ou médico-sociales sont majoritairement sollicitées pour l'hébergement : pensions de famille, foyers, CHRS. Quand un environnement médicalisé est souhaitable, il est difficile de trouver une structure adaptée.
- ▶ Les traitements envisagés sont avant tout médicamenteux, vitaminothérapie incluse.
- ▶ Certains acteurs restent interrogatifs à propos de la réhabilitation et de la remédiation cognitive, plutôt par manque d'information/ de connaissance sur le sujet.



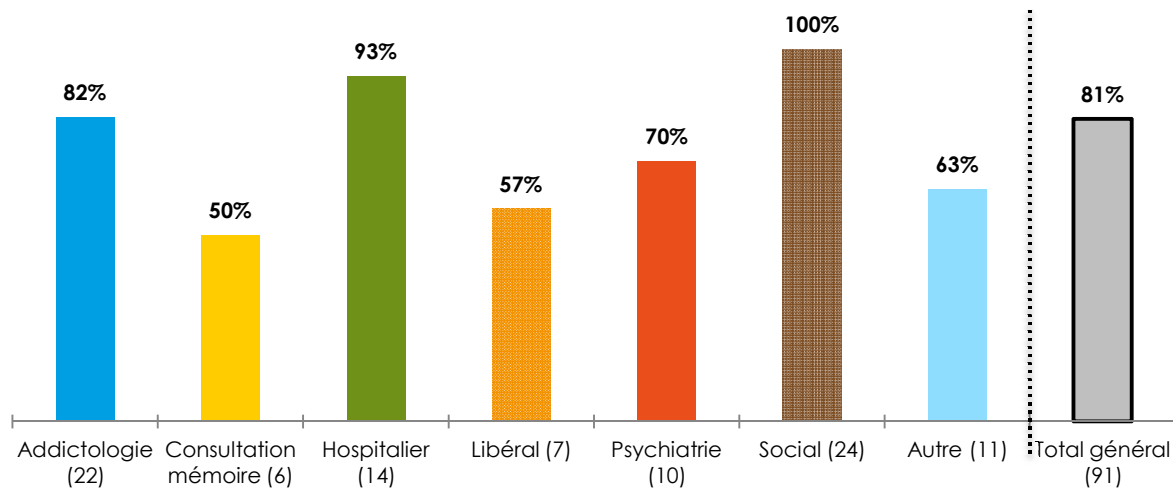
3.3.7 Difficultés de prise en charge

La plupart des acteurs (81 %) rencontrant des personnes avec des TCLA invalidants ont des difficultés concernant leur prise en charge et pratiquement tous les décrivent.

La moitié des praticiens des consultations mémoires, 57% des acteurs libéraux et 70% des acteurs en psychiatrie se déclarent en difficulté.

Tous les acteurs du médico-social rencontrent les mêmes problèmes. Les acteurs hospitaliers et ceux de l'addictologie sont très nombreux à s'interroger sur la prise en charge de ces troubles.

Graphique 15 : Difficultés de prise en charge selon le domaine d'activité

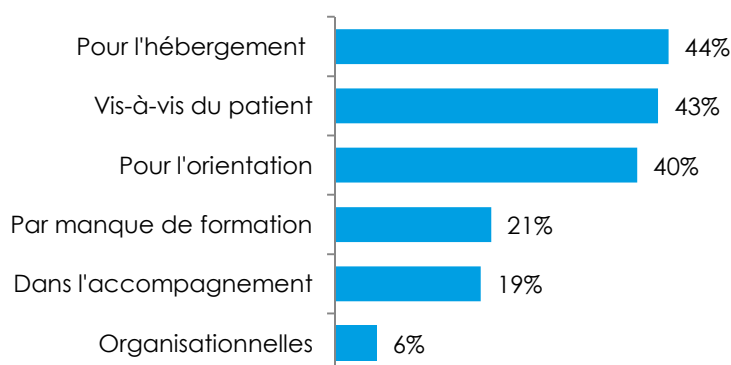


Orientation

Le souci de l'orientation du patient concerne 40 % des difficultés rapportées. L'identification des structures d'accueil est le problème principal des acteurs :

- "Très difficile de savoir où orienter ces personnes, peu de structures identifiées" pour un acteur hospitalier,
- "Méconnaissance des secteurs de prise en charge",
- "Absence de réseau efficace" selon un praticien libéral,
- "Il n'existe que la filière gériatrique" selon un professionnel de l'addictologie,
- "Orientation SIAO mal définie" pour un acteur du social.

Graphique 16 : Difficultés mentionnées par les acteurs



Accompagnement

Celui-ci peut également s'avérer problématique, de par la méconnaissance et/ou l'inexistence des structures de prise en charge :

- *"Difficultés d'organiser la continuité de la prise en charge de ces personnes dans des structures d'aval (selon les troubles cognitifs présentés) en assurant un délai d'hospitalisation et un projet de sortie adapté."*

Hébergement

Près de la moitié des difficultés décrites par les acteurs (44 %) se rapportent à l'hébergement : en effet, l'accueil sur le long terme pose problème, l'acceptation des patients est souvent citée comme un frein aux solutions d'hébergement envisagées. Ainsi, l'hébergement en Ehpad, proposé dans 1 cas sur 10, n'apparaît pas comme une solution optimale. Les patients concernés ayant moins de 60 ans ne relèvent pas de ce mode d'hébergement :

- *"Bien souvent leur jeune âge ne leur permet pas d'intégrer un logement adapté" selon un acteur hospitalier,*
- *"La prise en charge est très difficile pour les patients assez jeunes : aucune structure spécifique."*

D'autres acteurs mentionnent l'absence de structures d'accueil adaptées :

- *"Manque de structures adaptées pour les patients ayant des troubles cognitifs importants",*
- *"pas de SSR spécifique où orienter",*
- *"Pas de lieu ni de professionnels formés à cette prise en charge" selon un professionnel de l'addictologie,*
- *"Aucune structure de vie n'existe pour eux." selon un acteur de la psychiatrie.*

Ces difficultés d'hébergement et/ou d'orientation ne sont pas sans conséquences. Elles surviennent souvent en aval d'une hospitalisation, et sont identifiées par certains acteurs travaillant en milieu hospitalier comme un facteur d'allongement des durées de séjour :

- *"Structures d'hébergement en sous nombre. Délais d'attente trop longs donc hospitalisation longue."*
- *"Ces personnes restent hospitalisées en psychiatrie et embolissent les lits."*

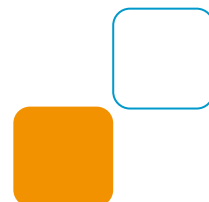
Les TCLA : un contexte particulier

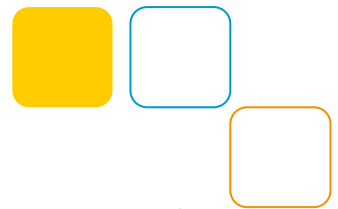
Les spécificités du public concerné par les TCLA génèrent également des difficultés de prise en charge. L'environnement social, la sévérité des troubles, le déni de la maladie ou la non adhésion aux soins proposés sont autant de facteurs qui compliquent la prise en charge des malades. Par ailleurs, 21 % des difficultés des professionnels sont liées à un problème de formation.

L'isolement social et professionnel, les difficultés financières, la précarité, sont cités par les acteurs : *"la problématique sociale prédomine".*

Les difficultés d'adhésion aux soins (négation de la dépendance, refus de soins, difficultés motivationnelles) concernent 43 % des doléances :

- *"Difficultés d'adhérence à la prise en charge, souvent sortie contre avis médical dès que les patients sont un peu mieux" pour un professionnel hospitalier;*
- *"Le déni et le refus de toute aide, la difficulté d'aborder la question avec l'utilisateur" pour un acteur du secteur médico-social.*
- *"Limites liées à la nécessité d'avoir une motivation minimale de ces patients" pour un acteur hospitalier.*





Compétences professionnelles

Les acteurs ciblent des difficultés liées à leurs compétences en addictologie, concernant ou non les TCLA et dans des domaines plus spécifiques, comme les thérapies cognitivo-comportementales.

- *"Le personnel [...] n'est, à mon avis, pas assez qualifié pour des personnes qui ne sont pas bien acceptées."*
- *"Pas de personnel formé à la remédiation cognitive."*
- *"Manque de structure d'accueil. Manque de professionnels. Manque de compétences en thérapies cognitives et comportementales."*

Enfin, pour les structures non médicalisées (associations d'usagers et structures sociales) l'entretien s'avère parfois difficile : aborder le sujet de la dépendance ou des troubles cognitifs est une préoccupation :

- *"Comment aborder le sujet avec la personne concernée si elle ne parle pas ?"*
- *"Comment en venir au sujet de la dépendance sans craindre pour l'accompagnement?"*

SYNTHÈSE

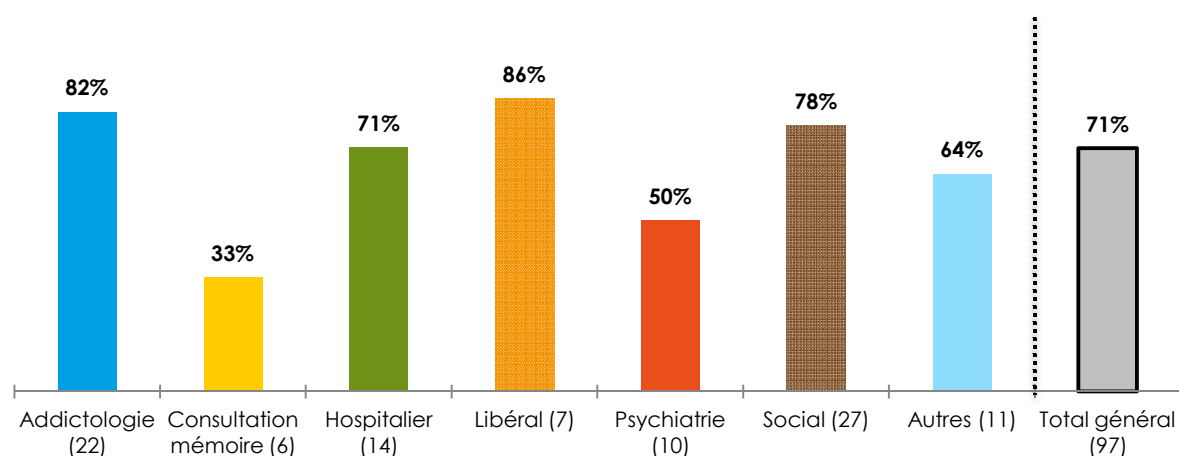
Les 3 problèmes majeurs :

- ▶ L'orientation des patients : l'identification des possibilités et des structures de prise en charge n'est pas optimale, le délai d'admission est parfois trop long.
- ▶ L'hébergement : les patients souffrant de TCLA sont jeunes (moins de 60 ans) ce qui ferme les portes des Ehpad pour beaucoup d'entre eux. Les structures sociales et médico-sociales envisagées ne sont pas toutes adaptées à leur prise en charge.
- ▶ La difficulté de prendre en charge les TCLA : en effet le déficit cognitif s'entremêle au contexte de l'addiction et à des difficultés sociales.

3.4 ATTENTES DES ACTEURS CONCERNANT DES ACTIONS DE COMMUNICATION/FORMATION/INFORMATION

Près de trois quarts des acteurs (71 %) ont des attentes concernant la communication, la formation et l'information et deux tiers d'entre eux ont formulé des propositions. Les praticiens des consultations mémoires sont les moins demandeurs, un tiers seulement déclare avoir des besoins, tout comme la moitié des professionnels de la psychiatrie. Sont plus nombreux les acteurs libéraux (86 %), de l'addictologie (82 %), du médico-social (78 %), ou de l'hospitalier (71 %).

Graphique 17 : Attentes selon le domaine d'activité



Plus de la moitié des attentes formulées concernent un besoin de formation et un tiers sont des demandes d'informations. Les souhaits en termes de communication sont les moins prépondérants.

Formation

La demande de formation peut être générale, "*jours à thème pluri-professionnelles*", "*formation en addictologie*" ou cibler une demande particulière : formation sur les TCLA, leur repérage, formation à l'accompagnement, à la remédiation cognitive ou aux thérapies cognitivo-comportementales...

- "*Quel délai entre le repérage et le début d'un sevrage ?*" (professionnel libéral) ;
- "*Quels tests neuropsychologiques dans ce cadre précis ?*" (acteur d'un réseau).

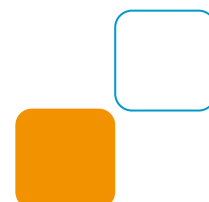
La question de la pluridisciplinarité dans la prise en charge des TCLA est présente : "*Il faudrait former les équipes, l'idéal serait un médecin formé en addictologie évidemment mais aussi en psychiatrie*".

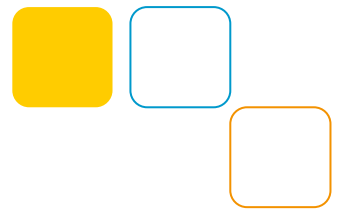
Information et communication

Les attentes concernant les actions d'information ciblent principalement l'identification des structures d'accueil mais aussi des professionnels intervenant dans le parcours de soins : "*les adresses, les solutions*", "*où orienter nos patients en cas de besoin*", "*vers qui orienter pour un bilan neuropsychologique ?*"

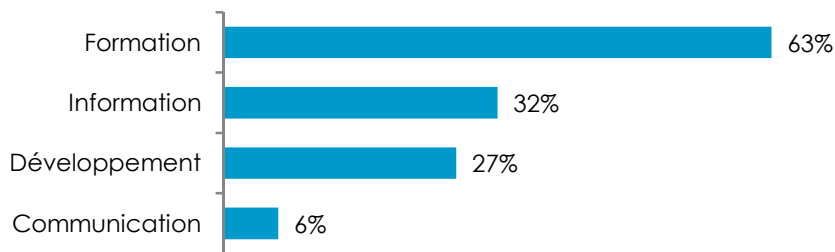
D'autres demandes sont plus précises :

- "*Répertorier les lieux et places disponibles en hébergement temporaire ou définitif et pouvoir consulter ces disponibilités via un site internet*",
- "*Centralisation au sein d'un centre ressource en addictologie*".





Graphique 18 : Attentes des acteurs



Développement

Près d'un acteur sur quatre a des attentes spécifiques concernant le financement et/ou le développement de structures/projet/poste :

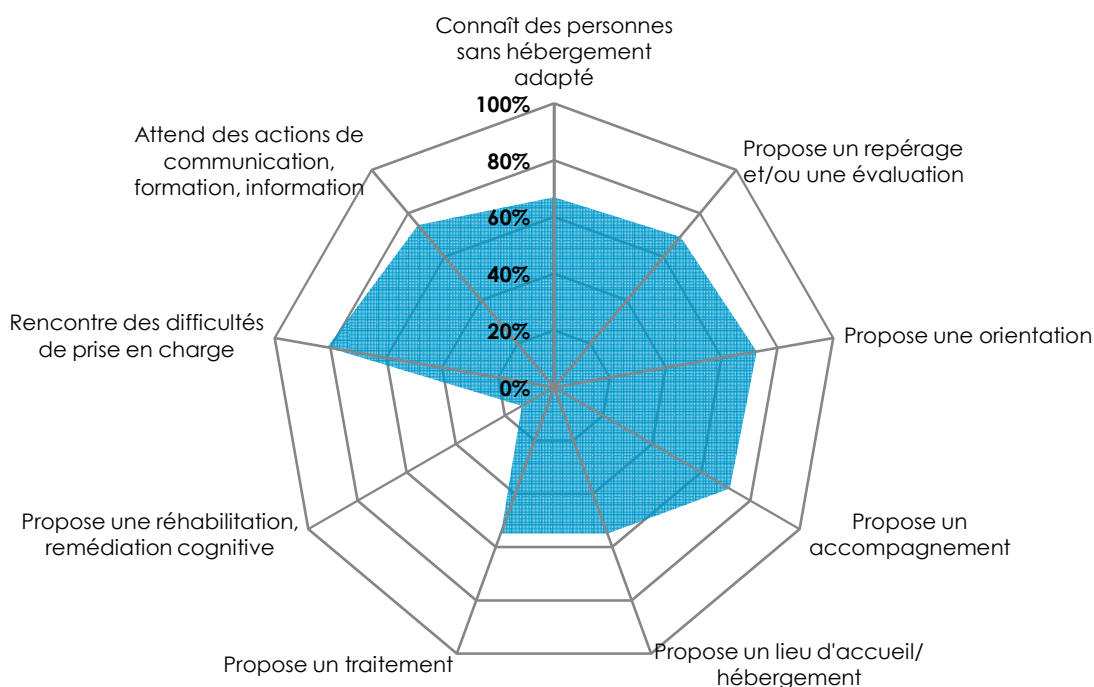
- "Élaboration d'un réseau spécifique.;"
- "Moyens nous permettant d'appliquer la formation.;"
- "J'ai des attentes concernant l'ouverture de Fam pour les atteintes cognitives dues à l'alcool ou vasculaires.;"
- "Il faut financer des lieux de vie" selon un professionnel de la psychiatrie;
- "Financement d'un poste infirmier coordinateur" demande un acteur du social.

Enfin, certains répondants évoquent la nécessité d'une meilleure communication entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des patients. Il faut "faciliter la passerelle entre le social (lieu de vie) et le médical (permettre un conventionnement)" (acteur d'une structure médico-sociale).

SYNTHÈSE

- ▶ Les besoins de formation sont prépondérants, notamment sur le repérage des TCLA, l'accompagnement, la remédiation cognitive et la réhabilitation cognitivo-comportementale qui figurent parmi les thèmes de prédilection.
- ▶ L'information et la communication apparaissent deux éléments nécessaires, plus particulièrement pour l'identification des structures d'accueil et d'accompagnement afin de faciliter l'orientation des patients.
- ▶ Des demandes spécifiques de financement et/ou de développement ont été formulées par les acteurs.

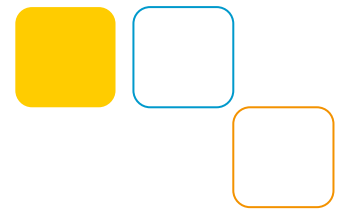
Graphique 19 : Récapitulatif des réponses des acteurs rencontrant des personnes ayant des TCLA invalidants



LES POINTS CLEFS

- ▶ Les TCLA sont potentiellement réversibles.
- ▶ L'atteinte cognitive des sujets alcool dépendants influe sur leur motivation à changer de comportement.
- ▶ Un dispositif complet est indispensable, toutes les étapes du parcours de soins doivent être accessibles :
 - repérage, évaluation
 - orientation
 - réhabilitation, remédiation cognitive
 - accompagnement
- ▶ Un hébergement adapté paraît être une base essentielle, surtout dans la prise en charge des formes les plus sévères.





4 CONCLUSION

Cette enquête quantitative confirme l'intérêt que portent les acteurs régionaux de l'addictologie aux troubles cognitifs liés à l'alcool.

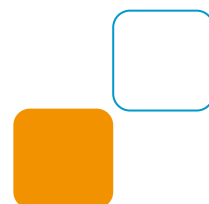
Les propositions adressées aux patients ayant des TCLA reposent essentiellement sur le repérage, l'orientation, l'accompagnement et l'hébergement si besoin. Traitement, réhabilitation et remédiation cognitive sont des modalités moins consensuelles auprès des différents acteurs.

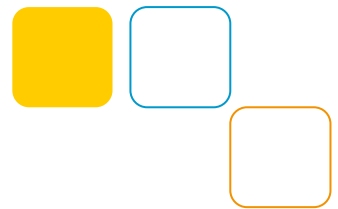
Les difficultés de prise en charge mentionnées portent prioritairement sur un besoin d'identification des structures d'orientation, d'accompagnement et d'hébergement. La nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire est une préoccupation pour de nombreux acteurs qui ont conscience des difficultés sociales de ces patients.

Les attentes en terme de formation sont importantes, tant dans le domaine de l'addictologie, en général, que sur la problématique des troubles cognitifs : outils de repérage, formation en thérapies cognitivo-comportementales.

5 SIGLAIRE

ACM	Analyse en composante mutiple
Anpaa	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARS	Agence Régionale de Santé
BNA	Banque Nationale Alzheimer
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CIM 10	Classification internationale des maladies
CM2R	Centre Mémoire Ressources et Recherche
CMP	Centre Médico-Psychologique
Csapa	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
Ehpad	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
Ésat	Établissement et Service d'Aide par le Travail
Fam	Foyer d'Accueil Médicalisé
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
LHSS	Lits halte soins santé
Maia	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MMS	Mini Mental Score
MMSE	Mini-Mental State Examination
Moca	Montreal Cognitive Assessment
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
ORS	Observatoire Régional de Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SSR	Soin de suite et de réadaptation
TCLA	Troubles Cognitifs Liés à l'Alcool (abréviation proposée par le Groupe de travail du Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière)
TDM	Tomodensitométrie
Unafam	Union Nationale des Amis et Familles des Malades Mentaux





6 ANNEXES

QUESTIONNAIRE

TROUBLES COGNITIFS MODÉRÉS À SÉVÈRES ASSOCIÉS À L'ALCOOL

Besoins et attentes des usagers et des professionnels

Avec l'appui de l'ARS, un groupe régional de professionnels intervenant dans le domaine des addictions travaille sur la problématique des troubles cognitifs induits par la consommation chronique d'alcool. Nous entendons par troubles cognitifs, les troubles de la mémoire, du raisonnement, de l'orientation, de la concentration, etc. Ce bref questionnaire (5 minutes) a pour but d'identifier les besoins et attentes en matière de repérage, d'évaluation, d'orientation et d'accueil pour proposer des réponses adaptées en Bourgogne.

Rencontrez-vous dans votre pratique des personnes présentant des troubles cognitifs invalidants associés à l'alcool?

Oui Non

Si oui, combien de personnes par an (environ) ? | ____ |

À ce jour, connaissez-vous de telles personnes qui n'ont pas de solution d'hébergement adapté ? Oui Non

Si oui combien ? | ____ |

À propos de la dernière personne concernée que vous avez rencontrée, qu'avez-vous proposé ?

	Non	Oui	Précisez
Repérage / évaluation des troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Réhabilitation, remédiation cognitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lieu d'accueil / hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Avez-vous des difficultés ou des questionnements par rapport à la prise en charge de ces personnes ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Avez-vous des attentes par rapport à des actions de communication / formation / information ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Structure d'appartenance

- Association d'usager
- CSAPA
- CAARUD
- Centre mémoire
- CMP
- Médecin généraliste libéral
- Médecin spécialiste libéral
- Réseau de santé
- Service hospitalier non spécialisé addiction
- Service de soins de suite généraliste
- Service de soins de suite spécialisé addictions
- Structure sociale ou médicosociale non spécialisée addiction (CHRS, foyer...)
- Structure sociale ou médicosociale spécialisée addiction (CHRS, foyer...)
- Unité d'addictologie
- Autre, précisez :

Lieu Côte-d'Or Nièvre Saône-et-Loire Yonne Régionale

Merci de votre participation !

PROFILS DES ACTEURS SELON LEURS RÉPONSES

ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES (ACM)

L'ACM est une méthode d'analyse descriptive multivariée dont l'objectif est de regrouper certaines modalités de réponse, correspondant aux variables dites "**actives**", en fonction de leur lien statistique. Ce regroupement ayant pour but de dégager des profils auxquels peuvent se rattacher d'autres modalités, correspondant aux variables dites "**illustratives**".

Ici, le secteur et le lieu d'activité des acteurs était considéré comme illustratif et toutes les autres variables incluses ont été considérées comme actives.

IMPORTANT : pour chaque groupe, les acteurs qui en font partie ont plus de caractéristiques en commun tout en se distinguant le plus de ceux des autres groupes???

L'analyse globale a permis de classer les acteurs en 7 groupes. Chaque groupe a ensuite été rattaché à un domaine et/ou un lieu d'activité.

Il existe une grande diversité des réponses, tant dans la fréquence des TCLA invalidants et/ou des difficultés d'hébergement, que pour les modalités de prise en charge proposées et des difficultés/attentes des acteurs.

Groupe 1 (14 % de l'échantillon)

Ce sont des acteurs qui rencontrent peu de personnes ayant des TCLA invalidants et qui ne proposent pas d'orientation.

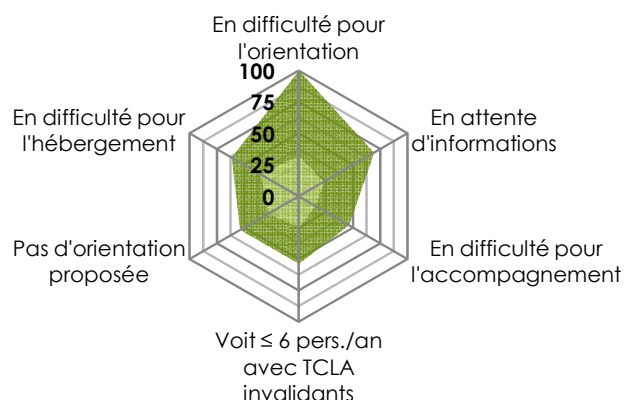
Par ailleurs, tous ont des difficultés concernant l'orientation des patients mais aussi pour leur hébergement et leur accompagnement.

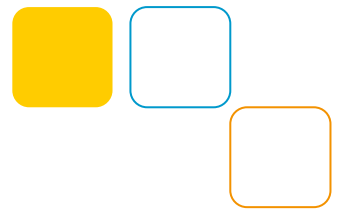
Ce sont essentiellement des acteurs travaillant dans des structures sociales et médico-sociales.

Note de lecture : dans chaque graphique, deux zones se superposent. La zone la plus claire décrit les indicateurs pour l'ensemble de l'échantillon et la zone la plus foncée concerne le groupe.

Par exemple, pour le groupe 1, 100 % des acteurs ont des difficultés pour l'orientation tandis qu'ils sont seulement 32 % à le déclarer dans l'ensemble de l'échantillon.

■ % dans le groupe 1 (N=13)
■ % dans l'échantillon





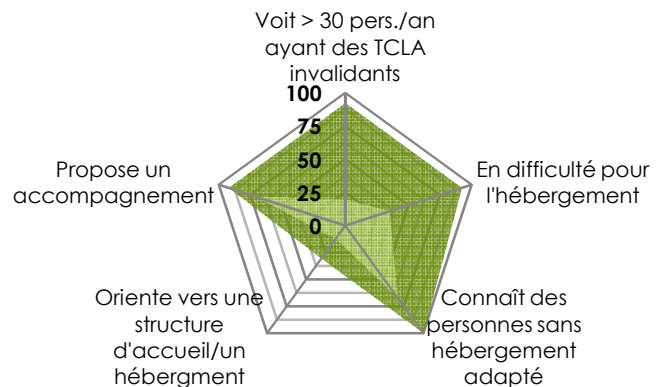
Groupe 2 (14% de l'échantillon)

Ce sont les acteurs qui rencontrent dans l'année le plus de personnes ayant des TCLA invalidants dont certains sont sans solution d'hébergement adaptée.

Ils proposent un accompagnement et orientent les patients vers un lieu d'accueil et d'hébergement. Leur principale difficulté de prise en charge concerne d'ailleurs l'hébergement des patients.

Ce sont plutôt des acteurs travaillant en milieu hospitalier.

■ % dans le groupe 2 (N=13)
 ■ % dans l'échantillon



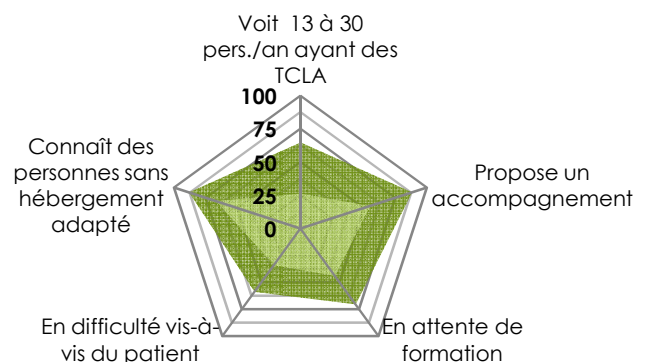
Groupe 3 (19 % de l'échantillon)

Ce sont des acteurs qui rencontrent dans l'année 12 à 30 patients ayant des TCLA invalidants en difficulté d'hébergement. Ils proposent alors un accompagnement.

Les difficultés mentionnées se rapportent aux particularités des patients ayant des TCLA. Leur attente majeure de ces professionnels concerne ainsi la formation.

Ce sont plutôt des acteurs travaillant plutôt en unité d'addictologie, en milieu hospitalier.

■ % dans le groupe 3 (N=17)
 ■ % dans l'échantillon



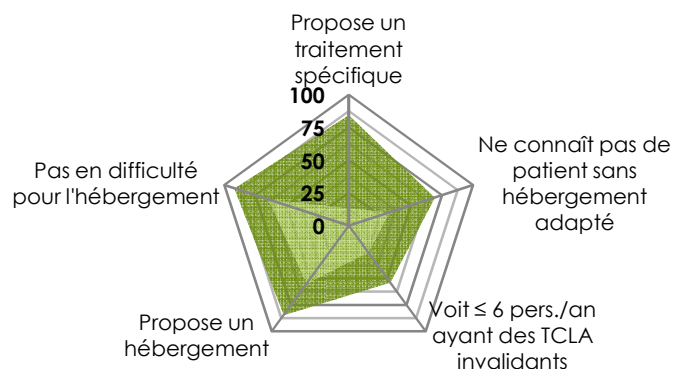
Groupe 4 (14% de l'échantillon)

Ces acteurs rencontrent peu de personnes ayant des TCLA invalidants, et aucun sans solution d'hébergement.

Ils proposent un hébergement, cela ne représente pas une difficulté pour eux. Ils ont tendance à proposer un traitement spécifique (par vitaminothérapie).

Ce sont généralement certains professionnels libéraux et des acteurs des réseaux.

■ % dans le groupe 4 (N=13)
 ■ % dans l'échantillon



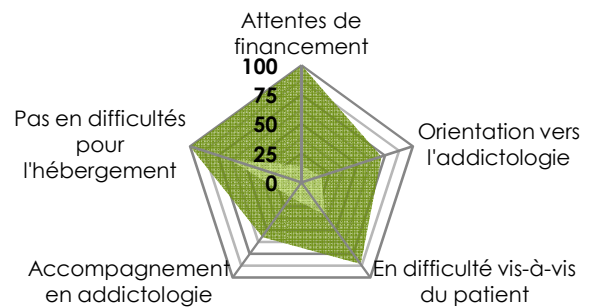
Groupe 5 (8% de l'échantillon)

Ce sont des acteurs qui orientent vers l'addictologie et qui proposent un accompagnement également via l'addictologie.

Ils expriment des difficultés vis-à-vis de la prise en charge du patient mais pas concernant leur hébergement. Ils ont tous des attentes de financement.

Ces sont des acteurs travaillant dans les structures sociales et médico-sociales, et plus particulièrement dans la Nièvre.

■ % dans le groupe 5 (N=7)
■ % dans l'échantillon



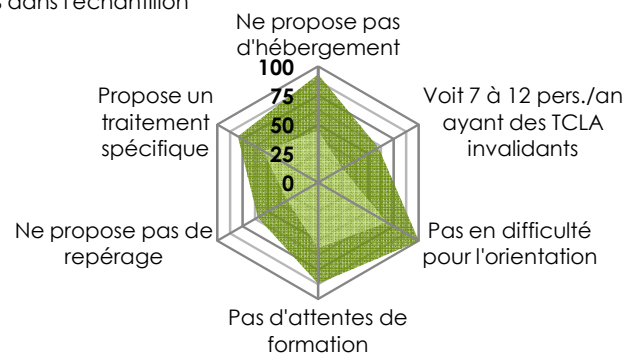
Groupe 6 (16% de l'échantillon)

Ce sont des acteurs qui rencontrent des patients ayant des TCLA invalidants dans l'année, mais moins que la moyenne.

Ils ne proposent pas de repérage, pas d'hébergement et conseillent un traitement spécifique. Ils n'ont ni difficultés, ni attentes particulières.

Ce sont plutôt des acteurs travaillant en dehors du secteur hospitalier.

■ % dans le groupe 6 (N=15)
■ % dans l'échantillon

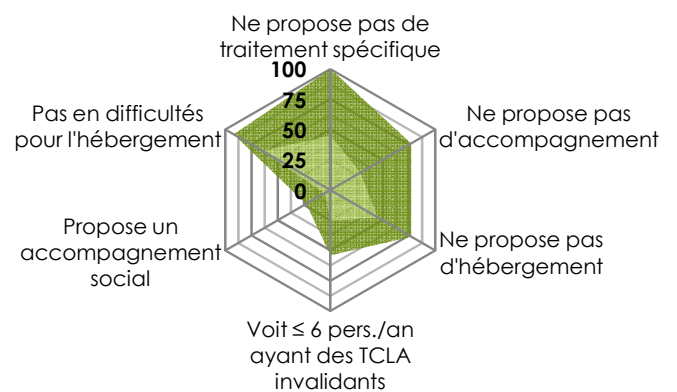


Groupe 7 (14% de l'échantillon)

Ces acteurs rencontrent peu de personnes ayant des TCLA invalidants. Ils ne proposent pas d'hébergement, sans que cela représente une difficulté de prise en charge. Ils sont peu à proposer un accompagnement qui se fera via une prise en charge sociale.

Ce sont plutôt des acteurs libéraux et quelques praticiens des consultations mémoires.

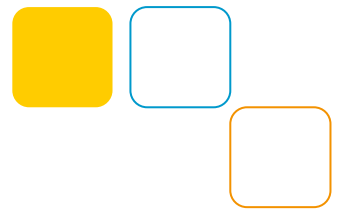
■ % dans le groupe 7 (N=13)
■ % dans l'échantillon



SYNTHÈSE

Cette analyse permet de faire ressortir quelques points déjà soulignés ici ou lors de l'enquête qualitative :

- les personnes ayant des TCLA sont plus fréquemment rencontrées par les acteurs hospitaliers et/ou de l'addictologie,
- il existe une grande diversité des pratiques.



RÉSUMÉ

En Bourgogne, avec l'appui de l'Agence Régionale de Santé, un groupe de travail s'est réuni autour du thème des troubles cognitifs liés à l'alcool depuis début 2014. Une enquête quantitative auprès des acteurs régionaux en alcoologie a permis d'estimer la fréquence de ces troubles invalidants. Ils pourraient concerner plus de 2 000 personnes en région, dont 700 seraient sans solution d'hébergement adaptée. Les difficultés de prise en charge sont majeures dans l'orientation, l'accompagnement et l'hébergement des patients présentant les formes les plus évoluées. Il existe une forte demande de formation et d'informations sur les structures de soins et d'hébergement envisageables. Ces résultats, qui viennent renforcer les constats déjà réalisés lors de l'enquête qualitative de 2014, devraient fournir des éléments pour la programmation régionale en addictologie.

MOTS-CLÉS

Alcool, mésusage, cognition, besoins, pratiques soignantes, enquête quantitative

ORS BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

LE DIAPASON
2 PLACE DES SAVOIRS
21000 DIJON
Tél 03 80 65 08 10
contact@orsbfc.org

WWW.ORSBFC.ORG