



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ – LILLE 2

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2013

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**DESCRIPTION DU DISPOSITIF DE SOINS D'ADDICTOLOGIE FRANÇAIS ET
ÉTAT DES LIEUX BIBLIOGRAPHIQUE SUR LA CONNAISSANCE QU'EN ONT
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2013

Au Pôle Recherche de la Faculté

Par Florent Perdriel-Vaissière

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent URSO BAIARDO

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	8
GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS.....	12
INTRODUCTION.....	13
DONNÉES FONDAMENTALES.....	14
I. DÉFINITIONS.....	14
1. Addiction.....	14
2. Dispositif et système de soins.....	15
a. Une nécessité.....	15
b. Organisation.....	16
c. Relations entre les acteurs du système de soins.....	17
II. CADRE LÉGAL.....	17
1. Les drogues illicites.....	18
2. Les drogues licites.....	18
III. CHIFFRES CLÉS.....	19
1. Cannabis.....	21
a. La consommation.....	21
b. Les soins.....	21
2. Cocaïne, héroïne-opiacés et drogues de synthèse.....	23
a. La consommation.....	23
b. Les « usagers problématiques de drogues ».....	23
c. Les soins.....	24
3. Le tabac.....	26
a. La consommation.....	26
b. Les soins.....	26
4. L'alcool.....	28
a. Les ventes et la consommation.....	28
b. Les soins.....	28

IV. LE MODÈLE FRANÇAIS DU DISPOSITIF D'ADDICTOLOGIE.....	31
A. Le Volet Sanitaire.....	31
1. Les structures hospitalières et les différents « niveaux ».....	31
a. Le NIVEAU I : le niveau de proximité.....	31
b. Le NIVEAU II : le niveau de recours.....	31
c. Le NIVEAU III : le niveau de référence.....	31
2. Le service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix.....	32
a. La prise en charge des addictions.....	32
b. Le profil des patients.....	33
c. Origine géographique des patients.....	33
d. Origine de la prise en charge.....	34
e. Le séjour hospitalier.....	35
f. L'hôpital de jour.....	36
B. Le Volet Médico-Social.....	37
1. Les centres de soins.....	37
a. Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.....	37
i. Les missions.....	38
ii. Le parcours de soins.....	38
iii. L'accueil.....	39
iv. Le premier rendez-vous et l'orientation.....	39
v. La prise en charge pluridisciplinaire.....	39
b. Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues.....	40
i. Les missions.....	40
ii. Nombre et répartition.....	40
c. Plus spécifiquement : la « consultation jeunes consommateurs ».....	42
i. Les missions.....	42
ii. Les consultants.....	42
2. Les centres de soins du versant Nord-Est lillois.....	43
a. Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Préventions en Addictologie : La Trame.....	43

i.	L'activité globale et selon les sites.....	44
ii.	Les consultants.....	45
iii.	Les produits consommés.....	46
iv.	Origine de la demande.....	47
b.	Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie : Le Relais.....	48
i.	L'activité globale et le profil des patients.....	48
ii.	Logement et ressources des patients.....	48
iii.	Origine de la demande.....	49
iv.	Les consultations.....	49
v.	Les produits consommés.....	50
vi.	Les consommations associées.....	50
vii.	La « consultation jeunes consommateurs ».....	51
viii.	Les interventions en milieu carcéral.....	51
ix.	Produits à l'origine de la prise en charge.....	51
x.	Le sevrage et la prévention des risques.....	52
c.	L'association	
	Réagir.....	52
	1) Réagir : le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.....	52
	i. Le profil des patients.....	53
	ii. L'origine de la demande.....	53
	iii. Les patients substitués à Réagir.....	54
	iv. Les missions complémentaires.....	54
	2) Réagir : le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues.....	55
	i. L'hébergement.....	55
	ii. La consultation post-hébergement.....	56
	iii. La réduction des risques.....	56
C.	Le Volet « Ville ».....	57
	1. Les médecins généralistes.....	57
	a. La démographie des médecins dans le Nord-Pas-de-Calais.....	57
	b. Les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.....	60
D.	Le Réseau Ville-Hôpital.....	63
	1. Les missions du réseau.....	63
	2. Accès et répartition territoriale.....	63
	3. Le Protocole Ambulatoire de Sevrage en Boissons Alcooliques.....	63

DISCUSSION.....	65
I. CONNAISSANCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU DISPOSITIF DE SOIN ET DE LA PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE.....	65
1. Les implications des médecins généralistes.....	66
a. Les médecins participant à des réseaux de santé.....	67
b. Un maillon du dispositif d'addictologie.....	67
2. Les raisons de la méconnaissance	69
a. Une carence de connaissance du dispositif, l'exemple Girondins.....	69
i. Les réseaux.....	69
ii. Les personnes et structures ressources.....	71
iii. Les actions de proximité.....	72
iv. Les formations organisées par les réseaux.....	72
v. Comparaison des réponses selon l'âge, le sexe, la localité et le type d'exercice.....	73
b. Une carence de connaissance médicale.....	73
i. La connaissance des outils.....	74
ii. Plus spécifiquement : pour les patients tabagiques.....	75
iii. Plus spécifiquement : pour les patients toxicomanes.....	75
iv. Plus spécifiquement : pour les patients alcoolo dépendants.....	76
c. Une mauvaise représentation des patients dépendants.....	77
II. MODÈLE DE QUESTIONNAIRE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU NORD-PAS-DE-CALAIS.....	78
PROPOSITIONS CONCRÈTES.....	81
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	85
ANNEXES.....	90
• Annexe 1 : Liste des graphiques.....	90
• Annexe 2 : Liste des schémas.....	92
• Annexe 3 : Liste des tableaux.....	93
• Annexe 4 : Test de Fagerström.....	94
• Annexe 5 : Questionnaire AUDIT	95
• Annexe 6 : Questionnaire FACE.....	96

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS

- ADELI** : Automatisation DEs Listes
- ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- APA** : American Psychiatric Association (Association américaine de psychiatrie)
- BHD** : Buprénorphine Haut Dosage
- CAARUD** : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues
- CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CIM** : Classification Internationale des Maladies
- CMP** : Centre Médico-Psychologique
- CNRS** : Centre National de la Recherche Scientifique
- CSAPA** : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
- DSP** : Délégué Santé Prévention
- ETP** : Équivalent Temps Plein
- FMC** : Formation Médicale Continue
- GHB** : Gamma-Hydroxy-Butyrate
- HDJ** : Hôpital De Jour
- INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- LSD** : Lyserg Säure Diethylamid (Diéthylamide de l'acide lysergique)
- NESARC** : National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions
- NCS** : National Comorbidity Survey
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- OEDT** : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
- OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- ONDPS** : Observatoire National Des Professions de Santé
- RASCAS** : Réflexions sur les Aspects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions
- RPPS** : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
- RSA** : Revenu de Solidarité Active
- RUM** : Résumé d'Unité Médicale
- SMPR** : Service Médico-Psychologique Régional
- TSO** : Traitements de Substitution aux Opiacés
- T2A** : Tarification À l'Activité

INTRODUCTION

Les personnes présentant des addictions formulent trop souvent une demande de soins alors qu'ils sont parvenus au stade des complications, tant sur le plan personnel, que familial ou sociétal. L'efficacité des actions est en grande partie conditionnée par la précocité des interventions afin d'éviter une dégradation trop importante des situations. Les publics cibles sont donc non seulement les personnes malades, dépendantes, mais également les sujets à risque, consommant occasionnellement et de façon intense, ou les personnes en situation de mésusage (1).

Les établissements de santé développent différents dispositifs de prise en charge des pathologies addictives ou liées aux addictions, comorbidités physiques, psychiques et sociales. Leur fonction est de permettre des soins lourds lors des phases aigües de décompensation, ou pour des patients présentant des comorbidités importantes, et une consolidation des soins dans des services ou unités de moyen séjour.

Toutefois, les dispositifs uniquement sanitaires de prise en charge des patients ont un impact limité sur le parcours des personnes présentant des addictions, du fait du caractère nécessairement passager de la prise en charge, c'est pourquoi des dispositifs ambulatoires médico-sociaux ont pour missions de proposer des prises en charge multidisciplinaires de proximité, au plus près de la vie familiale et sociale de la personne, avec l'apport de compétences dans les domaines médical, paramédical, psychologique et social. La prise en charge doit être globale, ouverte sur la ville et associer pour autant qu'il le soit possible l'entourage habituel des patients.

Les médecins généralistes apportent également leur concours à la délivrance des soins, au suivi rapproché des patients et au dépistage des conduites à risques. Leurs interventions coordonnées dans le cadre de réseaux de santé permettent une prise en charge de qualité.

Le but de notre travail est de dresser l'état des lieux, à travers une étude de la littérature, de la connaissance qu'ont les médecins généralistes de ce dispositif de soins en addictologie et de la façon dont ils se placent au sein de celui-ci. Pour cela nous décrirons dans un premier temps ce dispositif de soins en France, avec ses représentants dans le versant Nord-Est de la métropole lilloise, puis nous essaierons de mettre en avant les raisons de cette connaissance ou méconnaissance.

Enfin nous proposerons un questionnaire destiné aux médecins généralistes qui permettra, dans un prochain travail, de savoir comment cette situation pourrait évoluer dans notre région.

DONNÉES FONDAMENTALES

I. DÉFINITIONS

1. Addiction

Le terme « addiction » regroupe les toxicomanies et les dépendances sans produits.

Il existe deux classifications qui répertorient le concept d'addictions, qui sont la Classification Internationale des Maladies (CIM), et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM).

La CIM, dont l'appellation complète est « Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes », est publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant les êtres humains à travers le monde. La CIM constitue le système officiel de l'OMS pour classier les différentes maladies, blessures, handicaps et causes de décès. Cette classification est dite « mono-axiale », c'est-à-dire que chaque entité (maladie) ne correspond qu'à un seul code.

Parallèlement, le concept d'addiction a évolué en même temps que la psychiatrie par le biais du DSM. En effet, le DSM est un manuel de référence très utilisé internationalement, particulièrement pour les recherches statistiques et pour diagnostiquer les troubles psychiatriques.

Selon le DSM-IV, une addiction est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative.

L'addiction est caractérisée par la présence d'au minimum trois des manifestations suivantes, sur une période continue de douze mois :

- Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
 - ✚ Besoin de quantités notablement plus fortes pour obtenir l'effet désiré.
 - ✚ Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - ✚ Apparition du syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - ✚ La même substance ou une substance proche est prise pour soulager ou éviter les syndromes du sevrage.
- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
- Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

- Beaucoup de temps et d'activités sont passés pour obtenir la substance.
- Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées à cause de l'utilisation de la substance.
- L'utilisation de la substance est poursuivie, bien que la personne soit consciente de son problème psychologique ou physique causé par cette substance.

Le 18 mai 2013 s'est ouvert à San Francisco le congrès de l'association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, APA) qui a rédigé le nouveau guide des maladies mentales : le DSM-V.

Si le DSM-III avait été qualifié de révolutionnaire, le DSM-V devrait bouleverser la discipline addictologique, et plus particulièrement alcoologique, avec la disparition des catégories diagnostiques d'abus et de dépendance.

Comme le rappelle le Pr Aubin de la faculté de Villejuif, les recherches de terrain et les analyses des grandes bases épidémiologiques comme la NCS de la NESARC ont montré que le diagnostic d'abus a une faible validité et n'est pas le prodrome de la dépendance, puisque ses manifestations peuvent aussi bien apparaître après celles de la dépendance, ou ne pas apparaître du tout (2).

Le nouveau diagnostic Trouble lié à l'utilisation d'une substance va donc rassembler les manifestations des anciens diagnostics d'abus et de dépendance, en retirant la deuxième manifestation de l'abus, « Utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux », qui était essentiellement liée à la conduite de véhicule en état d'alcoolisation (3).

Bien que sa performance en tant que critère soit discutée (4, 5), le craving sera rajouté comme onzième manifestation (6).

La description du trouble lié à l'utilisation d'une substance totalisera ainsi 11 manifestations, et il faudra que le sujet en satisfasse deux pour autoriser le diagnostic. On distinguera deux niveaux de sévérité du trouble: modéré pour deux ou trois critères, et sévère au-delà de trois critères.

Enfin, notons une dernière modification: l'apparition du diagnostic de syndrome de sevrage au cannabis, absent du DSM-IV.

2. Dispositif et système de soins (7)

L'organisation des systèmes de santé et plus précisément des systèmes de soins, doit faire partie de la culture de tous les professionnels de santé. En effet, cette organisation fonde notre cadre d'exercice quotidien, justifie les modalités d'interaction entre professionnels de santé et permet de mieux appréhender les conséquences financières de nos pratiques professionnelles.

a. Une nécessité

L'émergence des réseaux de soins a permis de répondre à trois niveaux d'attente. Le premier concerne les usagers désireux d'une prise en charge plus globale, humanisée, concertée et coordonnée. Ils sont exigeants quant à la qualité des soins et à l'information qu'ils reçoivent. Puis viennent les médecins qui, pour faire face au progrès et à la spécialisation croissante, se doivent de coordonner leurs actions et de se former

continuellement. Enfin les financeurs, de plus en plus attentifs aux ressources consacrées aux dépenses de santé, cherchent à mieux réguler et à améliorer l'efficacité du système de soins. Le développement florissant des réseaux de soins s'explique notamment par la place accrue des affections chroniques, la diminution du nombre d'établissements, la complexité croissante des soins et la volonté de mieux maîtriser la croissance rapide des dépenses de santé.

b. Organisation

L'organisation d'un système de soins, définie comme l'ensemble des acteurs sociaux intervenant et interagissant dans la production et la distribution des soins, et la gestion de la protection sociale sont intimement liées. Elles s'inscrivent dans un système de santé global en concurrence pour l'attribution des ressources avec les autres sous-systèmes représentant l'économie générale d'un pays (défense, industrie).

Un système de santé est destiné à mettre en œuvre une politique de santé répondant aux besoins de la population après les avoir identifiés. Son ambition est de permettre une prise en charge globale des usagers (soins curatifs mais aussi préventifs, rééducation, réadaptation et promotion de la santé), équitable et accessible pour tous, efficace tant épidémiologiquement qu'économiquement.

Pour y parvenir, il se devra d'être planifiable mais suffisamment souple pour répondre aux évolutions des contextes sociodémographique et médico-économique.

Les systèmes de soins répondent à trois niveaux de prise en charge complémentaires: ambulatoire (consultations à l'hôpital ou en ville, chirurgie ou actes lourds ambulatoires, hôpital de jour, hospitalisation à domicile), hospitalière (sous-entend l'hébergement du patient dans une structure de soins) ou au sein de réseaux de soins (regroupant les deux premiers niveaux).

En France, les patients transitent au sein de « filières de soins », il s'agit de trajectoires communes suivies par des patients présentant la même pathologie.

Une filière de soins est définie par ses intervenants successifs et la nature des soins qu'ils apportent. Des règles encadrent la progression ou le retour entre chaque étape la constituant. Parfois ces filières sont intégrées dans un réseau après concertations entre professionnels et institutions, débouchant sur des règles de bonne pratique clinique et des schémas d'organisation optimisant la qualité des soins. Dans ce cas, elles sont donc définies a priori, précédées d'une analyse des compétences et du rôle propre à chaque intervenant au sein du dispositif (7).

Les réseaux de santé sont des modes d'organisation, centrés sur les malades, qui tentent de coordonner l'action d'intervenants partageant le même objectif. Cette coopération réunissant diverses compétences complémentaires n'est envisageable qu'en présence d'une communication fluide entre les intervenants.

Ces notions de coordination, de centrage du dispositif autour du patient, de flexibilité et d'adaptation sont fondamentales dans le champ de l'addiction.

c. Relations entre les acteurs du système de soins

Pour une pathologie donnée, ou une addiction particulière, les patients sont confiés aux compétences de nombreux intervenants. Le système de soins français doit donc être homogène et favoriser la coopération et les flux entre les soins hospitaliers et ambulatoires, entre l'hôpital public et privé. Cette organisation complexe se justifie pour diverses raisons qualitatives, organisationnelles et économiques.

Nous pouvons distinguer trois types de flux entre les acteurs (7):

✚ Les flux monétaires :

Ils comprennent les sources de financement (cotisations sociales, assurances privées, ticket modérateur) et leur redistribution aux prestataires de soins.

✚ Les flux physiques :

Selon le système de soins, les usagers auront ou non le libre accès au praticien ou à l'hôpital de leur choix (contrôle reposant sur la consultation initiale obligatoire auprès d'un médecin généraliste désigné pour chaque malade, diminuant les coûts pour la collectivité (évite la redondance des actes)).

✚ Les flux d'information :

Les échanges de données ont pour objectif une meilleure adéquation entre l'offre et la demande afin de mieux répondre aux besoins de la population, tout en respectant certaines contraintes économiques.

II. CADRE LÉGAL

Les stupéfiants sont, en droit français, des substances vénéneuses dont l'usage, la détention, la culture, l'importation et la cession sont interdits ou réglementés (8). Cela concerne toutes les drogues illégales : l'héroïne, la cocaïne, le cannabis sous toutes ses formes, les champignons hallucinogènes, les amphétamines, le GHB, l'ecstasy, le LSD, la kétamine, etc. À ce jour, plus de 170 plantes et substances, mais aussi certains médicaments comme la morphine, font l'objet d'une réglementation particulière.

La déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 affirme un principe fondamental qui fait partie de la Constitution : chaque individu est libre de faire ce qu'il veut pourvu qu'il ne nuise pas aux autres (9).

Néanmoins, il est admis que certains comportements qui ne nuisent pas directement à autrui soient sanctionnés pénalement, en invoquant notamment le coût de ces comportements pour la collectivité.

La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme admet d'ailleurs l'internement des toxicomanes et des alcooliques (10).

L'usage des substances psychoactives facilite des comportements qui, eux, nuisent clairement à autrui (accidents de la route ou du travail, violence entre autres) (11).

1. Les drogues illicites

En France, la loi ne fait aucune différence entre les drogues dites « douces » et les drogues dites « dures » (12).

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 (13) inscrit cette lutte dans une perspective de santé publique. Elle est destinée à prévenir l'usage des drogues licites ou illicites et à soigner les usagers dépendants.

La législation française vise à contrôler l'accès aux drogues en réglementant la production et la commercialisation des drogues licites et en sanctionnant pénalement la contrebande et le trafic de drogues illicites.

Il est intéressant de noter que la notion de « drogue » ne figure pas dans la loi car il n'y a pas de régime juridique commun à l'ensemble des « drogues ». Toutefois, dans le langage courant les « drogues » regroupent les différentes substances qui modifient le fonctionnement du système nerveux central et peuvent provoquer une dépendance.

En France, l'usage de drogues est un délit pouvant être puni d'un an d'emprisonnement et 3750 euros d'amende comme le précise l'article L3421 - 1 du Code de la santé publique. La loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 et la circulaire du 9 mai 2008 confirment le refus de banaliser les usages de produits stupéfiants.

Celui qui vend ou offre un produit stupéfiant à une personne en vue de sa consommation personnelle risque jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende. La loi du 5 Mars 2007, article 222 - 39 du Code pénal, précise que, pour protéger les plus jeunes, la peine d'emprisonnement peut être doublée pour celui qui vend ou offre à un mineur, dans ou à proximité de l'enceinte d'un centre d'enseignement ou d'éducation.

2. Les drogues licites

Le tabac comme l'alcool sont des drogues : ce sont des produits psycho actifs, dangereux pour la santé et qui peuvent entraîner une dépendance.

Le dernier Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire nous rappelle que l'alcool est responsable de 49 000 décès par an en France (14), et qu'il demeure la seconde cause de mortalité évitable, après le tabac, qui lui est responsable de 73 000 décès annuel, dont 44 000 par cancer.

Ils ne font pas partie de la liste des produits stupéfiants, en revanche, en raison de leur grande nocivité, ce sont des produits très réglementés.

Il est par exemple interdit depuis le 1^{er} Février 2007 de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (15), ceci pour protéger les non-fumeurs. Fumer dans un lieu public est passible d'une amende de 68 euros (16) ; il est également interdit de faire de la publicité pour le tabac auprès du grand public (Loi Évin du 10 janvier 1991).

Pour protéger les plus jeunes il est interdit de vendre du tabac et de l'alcool au moins de 18 ans dans les bars, les restaurants et les commerces. Les commerçants distributeurs d'alcool peuvent exiger d'une personne qu'elle fasse la preuve de sa majorité (17).

Pour préserver l'ordre public, l'ivresse publique manifeste est punie d'une amende de 135 euros, et un consommateur trouvé ivre sur la voie publique pourra être emmené au poste de police et placé dans une cellule de dégrisement (18).

Enfin, l'alcool augmente significativement le risque d'accident de la route, il est donc interdit de conduire avec une alcoolémie égale ou supérieure à 0,5 g d'alcool par litre de sang (19).

Les amendes et peines vont crescendo en fonction de l'alcoolémie et en cas d'accident, allant de 135 euros d'amende et la perte de six points du permis de conduire à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende en cas d'accident mortel.

III. CHIFFRES CLÉS

Soixante-quinze millions et demi d'Européens ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie et 6 % des jeunes adultes européens entre 15 et 34 ans ont déjà consommé de la cocaïne. Tels sont les résultats du rapport annuel de l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies publié en novembre 2010.


Même si le cannabis demeure la substance illicite la plus couramment consommée en Europe, ce rapport 2010 de l'OEDT indique que la consommation de cocaïne s'est considérablement accrue ces dernières années.

Selon cette étude, 14 millions d'européens, soit 4,1 % de l'ensemble de la population, ont consommé au moins une fois dans leur vie de la cocaïne.

Le très récent bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire nous rappelle quant à lui qu'au niveau mondial, l'alcool est considéré comme le troisième facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac. En Europe occidentale, il est le quatrième facteur de risque, après le surpoids (14).

En 2012 en France, l'État et l'Assurance maladie ont budgété un montant total de 1,5 milliard d'euros pour lutter contre la drogue (20).

Les tendances varient selon l'âge et la substance consommée, mais également en fonction du milieu social et des revenus, même si l'impact de ces derniers facteurs tend à s'amoinrir.

 Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans [1, 2, 3]

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaine	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs*	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers dans l'année*	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers réguliers*	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
dont usagers quotidiens*	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M


Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC (service du rectorat de Toulouse)
// = non disponible

Le nombre d'individus de 11-75 ans en 2010 est d'environ 49 millions

Ces chiffres donnent un ordre de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

Tableau 1: Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2010. Tiré du baromètre santé INPES 2010.


Entre 2008 et 2011, il est intéressant de noter une stabilisation de l'expérimentation du cannabis chez les jeunes de 17ans, alors que son usage régulier diminue ; parallèlement à cela on constate une augmentation de l'usage régulier de l'alcool et du tabac.

 **Évolution de l'expérimentation de cannabis, cocaïne, tabac et de l'ivresse alcoolique entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans (%) [1]**

	2000	2002	2003	2005	2008	2011	Tendance 2008-2011
Cannabis	45,6	50,2	50,3	49,4	42,2	41,5	→
Cocaïne	0,9	1,6	1,6	2,5	3,3	3,0	↘
Ivresse	56,4	56,1	55,0	56,6	59,8	58,5	↘
Tabac	77,6	77,2	77,0	72,2	70,7	68,4	↘

Tableau 2 : Évolution de l'expérimentation de cannabis, cocaïne, tabac et de l'ivresse alcoolique entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans.

Tiré du baromètre santé INPES 2011.

 **Évolution de l'usage régulier de cannabis, alcool et tabac entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans (%) [1]**

	2000	2002	2003	2005	2008	2011	Tendance 2008-2011
Cannabis	10,0	12,3	10,6	10,8	7,3	6,5	↘
Alcool	10,9	12,6	14,5	12,0	8,9	10,5	↗
Tabac	41,1	39,5	37,6	33,0	28,9	31,5	↗

Tableau 3 : Évolution de l'usage régulier de cannabis, alcool et tabac entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans.

Tiré du baromètre santé INPES 2011.

1. Cannabis

a. La consommation

Après une période de baisse entamée en 2002, l'expérimentation du cannabis à 17 ans est stable entre 2008 et 2011 (21). En revanche, l'usage régulier fléchit et concerne 6,5 % des jeunes de 17 ans contre 7,3 % en 2008, les garçons étant plus nombreux en proportion à déclarer un tel usage (9,5 % contre 3,4 % pour les filles).

En 2007, comparativement aux autres Européens, les jeunes Français âgés de 16 ans faisaient partie de ceux qui déclaraient le plus souvent avoir consommé du cannabis au cours du mois (3^e position sur 34 pays) (22).

En 2010, l'expérimentation du cannabis concernait environ un tiers (32,8 %) des adultes de 18 à 64 ans. La consommation régulière, nettement moins fréquente, s'élevait à 2,1 % (3,4 % chez les hommes et 0,9 % chez les femmes), cette proportion s'avérant stable entre 2005 et 2010. (23).

Cette diminution des consommateurs réguliers peut s'expliquer par l'augmentation de la proportion des 15-75 ans à considérer la substance dangereuse dès l'expérimentation ; ils sont passés de 52 à 60% entre 1999 et 2008 (24).

b. Les soins

Trente-cinq mille personnes ayant consommé du cannabis ont été accueillies dans les structures spécialisées en 2008 (25).

Ce nombre comprend des personnes (80 % des hommes) faisant un usage intensif de cannabis et d'autres qui le consomment de façon occasionnelle. Les plus jeunes consommateurs sont généralement accueillis dans les « consultations jeunes consommateurs » qui dépendent le plus souvent d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (25,26).

La grande majorité des jeunes vus dans ce cadre ne nécessite pas une prise en charge en addictologie.

Plus de la moitié des personnes vues pour un problème de consommation de cannabis dans les CSAPA est adressée par la justice à la suite d'une interpellation pour usage de cannabis.

Les statistiques hospitalières portant sur les établissements psychiatriques comptabilisaient en 2010 environ 61 000 journées d'hospitalisation de personnes ayant comme diagnostic principal un problème avec le cannabis (27).

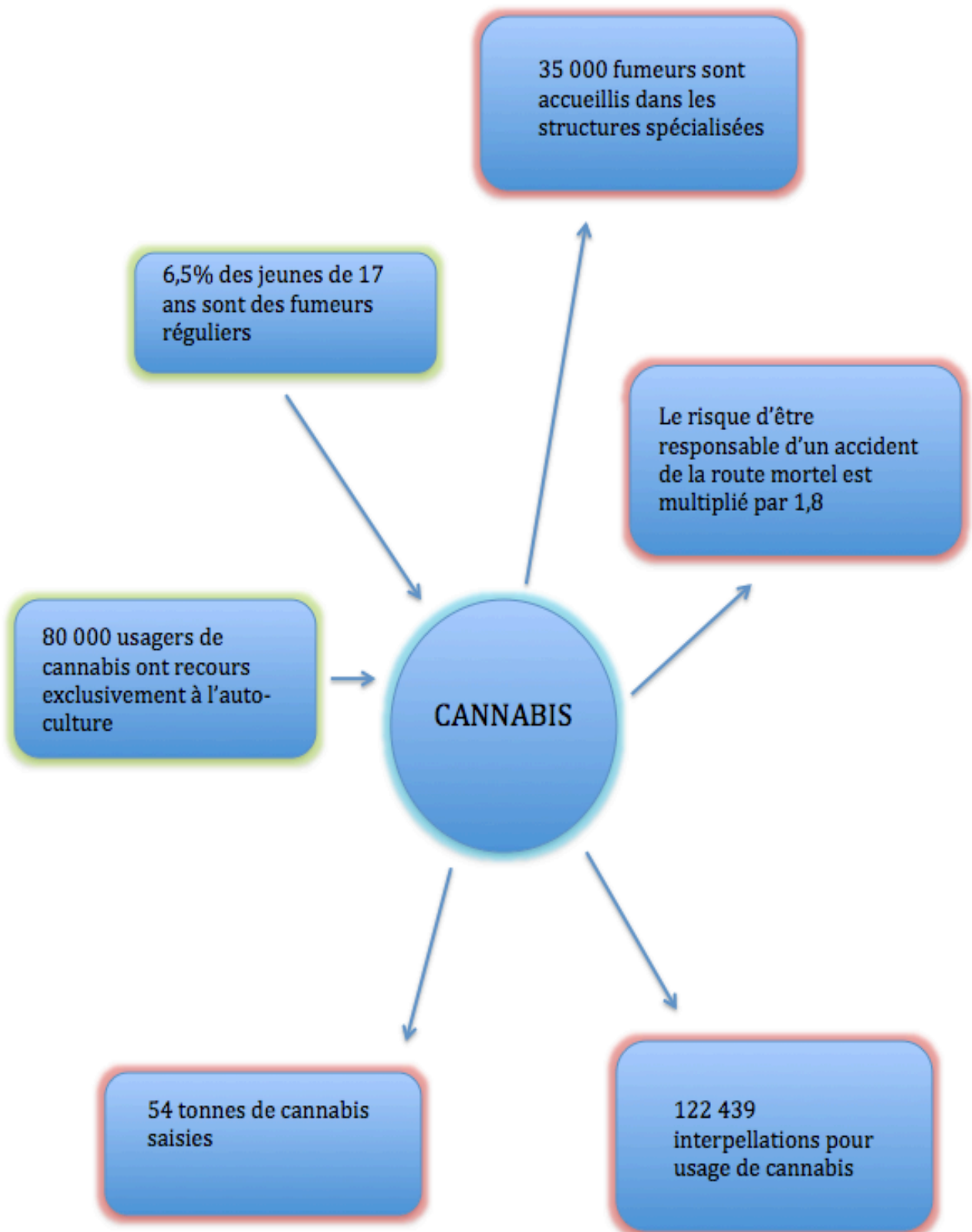


Schéma1 : Cannabis, les grandes tendances. Données de l'OFDT. Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté de 2000 à 2011.

2. Cocaïne, héroïne-opiacés et drogues de synthèse

a. La consommation

En légère baisse par rapport à 2008, l'expérimentation de cocaïne parmi les jeunes de 17 ans passe de 3,3 % à 3,0 %, et concerne plus souvent les garçons que les filles (3,3 % contre 2,7%) (21). Parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 3,8 % ont expérimenté la cocaïne en 2010. La consommation au cours de l'année concerne 0,9 % des personnes âgées de 18-64 ans, soit 340 000 individus (sur 38 millions) (23) et est en hausse entre 2005 et 2010 (0,6 % vs 0,9 %).

La proportion d'expérimentateurs d'héroïne, après une hausse entre 2005 et 2008, est également en diminution à 17 ans. Elle concerne, en 2011, 0,9 % de ces jeunes (1,0 % des garçons et 0,8% des filles) (21). En 2010, 1,2 % des 18-64 ans ont expérimenté l'héroïne et 0,2 % (soit 90 000 personnes) en ont consommé dans l'année (23). L'augmentation de cet indicateur entre 2005 et 2010 est significative chez les hommes.

L'expérimentation d'ecstasy poursuit le mouvement de baisse amorcée en 2002 et concerne 1,9% des jeunes de 17 ans (2,2 % des garçons et 1,6 % des filles) (21). En 2010, 2,7 % des 18 à 64 ans ont expérimenté l'ecstasy et la consommation dans l'année concerne 0,3 % des 18-64 ans, soit 130 000 personnes (23), situation stable dans la période 2005-2010.

b. Les « usagers problématiques de drogues »

Les « usagers problématiques de drogues » sont définis par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies comme des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour les 15-64 ans.

Parmi ces 230 000 usagers, on estime que 145 000 ont utilisé au moins une fois la voie intraveineuse et que 81 000 l'utilisent actuellement (28).

Le profil de ces personnes est souvent marqué par la précarité, une forte morbidité psychiatrique et un usage de multiples substances.

Parmi les usagers des CAARUD, 21 % ne disposent d'aucun revenu, vivant de mendicité, prostitution ou de petit deal et 54 % d'un revenu social uniquement (29).

Les substances les plus consommées en un mois donné par ces usagers sont les opiacés (héroïne 31%, mais aussi traitements de substitution dans un cadre thérapeutique ou non), la cocaïne (41 %, que 6 sur 10 consomment aussi ou uniquement sous forme de crack) et les somnifères et les anxiolytiques détournés ou non de leur usage (29 %). Enfin, un tiers d'entre eux consomme de l'alcool en quantité très importante (plus de 10 verres par occasion) (29).

c. Les soins

Le chiffre des consommateurs de drogues illicites (hors cannabis mais y compris médicaments détournés) vus dans les centres spécialisés au cours d'une année est difficile à estimer avec précision, ces personnes étant susceptibles de fréquenter plusieurs centres la même année (25).

En dehors des centres spécialisés, des usagers de drogues sont également pris en charge à l'hôpital et en médecine de ville. En 2010, les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré 3 200 séjours pour sevrage de personnes dépendantes à une drogue autre que l'alcool (30) et près de 6 400 séjours de personnes prises en charge en raison de leur usage de drogues illicites (hors cannabis) ou de médicaments détournés de leur usage thérapeutique.

Dans les établissements psychiatriques, on recensait en 2010 près de 230 000 journées d'hospitalisation pour des personnes ayant comme diagnostic principal un problème avec les drogues illicites autres que le cannabis (27).

Les médecins de ville voient également un grand nombre d'usagers de ces substances illicites, notamment les personnes dépendantes aux opiacés qui suivent un traitement de substitution : méthadone ou buprénorphine haut dosage (BHD). En 2009, la moitié des médecins généralistes déclarait avoir vu au moins un patient dépendant aux opiacés par mois. Le nombre de ces patients était en moyenne de 3,6 par praticien en France (31).

Environ 145 000 personnes ont bénéficié de remboursements de médicaments de substitution aux opiacés au cours du premier semestre 2010. La BHD (Subutex® et/ou génériques Arrow® et Mylan®) est toujours largement majoritaire : 75 % de bénéficiaires contre 25 % pour la méthadone (32). Si la plupart des patients utilisent la BHD dans un but thérapeutique, une minorité la détourne pour la consommer ou la revendre comme une drogue.

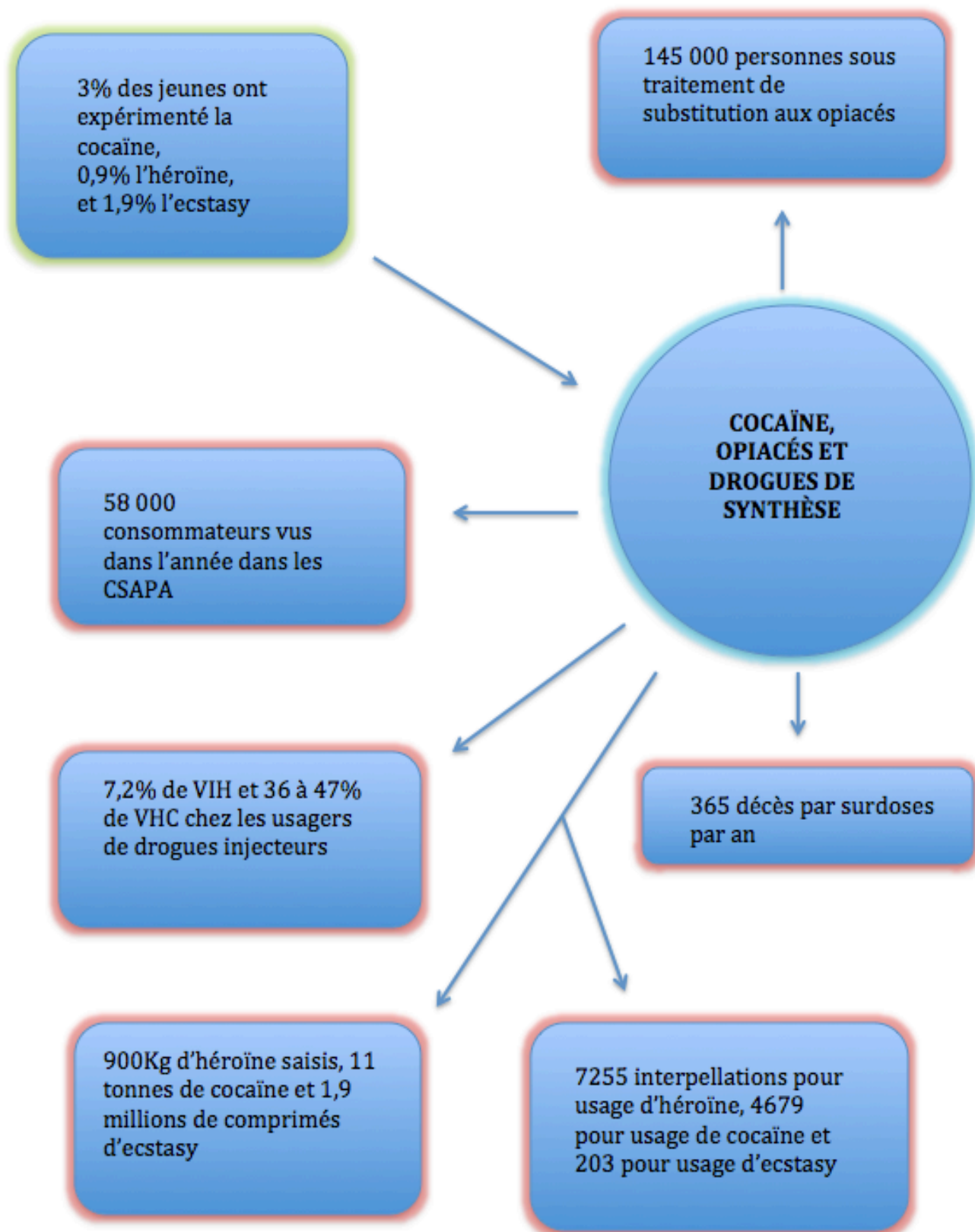


Schéma 2 : Cocaïne, opiacés et drogues de synthèse, les grandes tendances. OFDT 2000 à 2011.

3. Le tabac

Le marché du tabac est important en France, il représente 64 759 tonnes vendues, dont 55 000 sont constituées de cigarettes.

Il est intéressant de noter une différence d'environ 15 000 tonnes entre la vente et la consommation française, ceci étant expliqué par le fait qu'une cigarette sur cinq consommée en France n'a pas été achetée dans un bureau de tabac français (33).

Cet écart est attribuable en grande partie aux achats transfrontaliers, qui représenteraient environ 10 700 tonnes, soit 15 % de la consommation. Le volume restant provient des achats en duty-free, sur Internet et en contrebande (33).

a. La consommation

À 17 ans, la tendance à la baisse du tabagisme quotidien observée entre 2000 et 2008, s'inverse sur la dernière période avec une hausse de 10 % entre 2008 et 2011.

L'usage quotidien de tabac concerne 32,7 % des garçons et 30,2 % des filles (34).

En 2007, comparativement aux autres Européens, les jeunes Français âgés de 16 ans se situaient dans la moyenne du point de vue de leur usage de tabac dans le mois (14^e position sur 34 pays) (35).

La consommation quotidienne de tabac chez les adultes de 18 à 75 ans est en 2010 en hausse par rapport à 2005, passant de 28 % à 30 %. Cette augmentation est plus importante chez les femmes que chez les hommes (36).

b. Les soins

En 2010, 2 084 739 fumeurs ont eu recours à des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac : 84 % d'entre eux ont utilisé des substituts nicotiques (formes orales et timbres transdermiques) et près de 14 % du Champix® (varénicline) (37).

Cette évolution est due principalement au dynamisme des ventes de timbres transdermiques.

Les consultations de tabacologie ont accueilli en moyenne 14,6 nouveaux patients par mois en 2010, dont plus de 56 % sont adressés par un professionnel de santé (38).

En 2009, près de 67 % des médecins généralistes ont vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des 7 jours précédant l'enquête ; 17,4 % en ont vu au moins 3 (31).

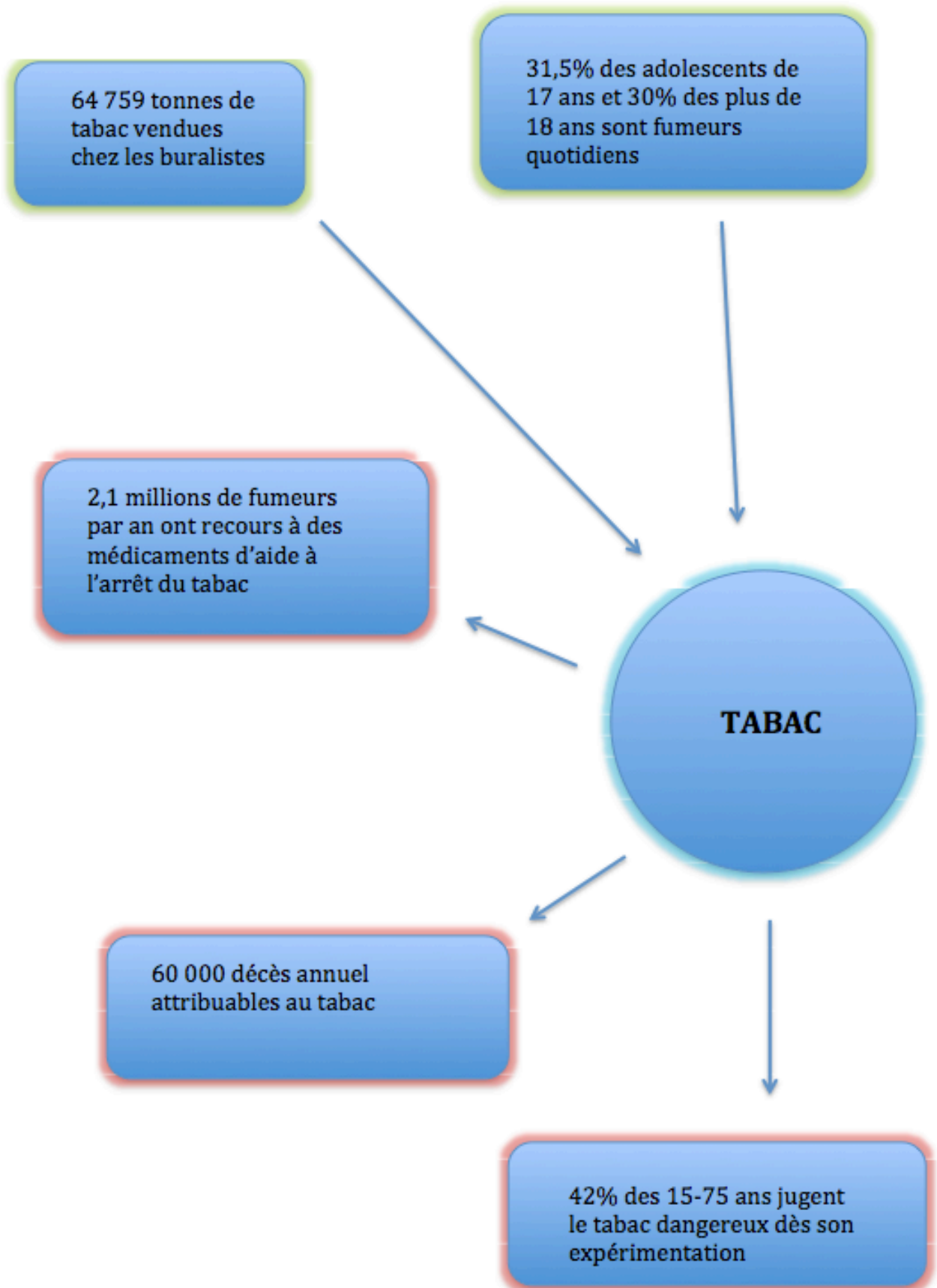


Schéma 3 : Tabac, les grandes tendances. OFDT 2000 à 2011.

4. L'alcool

a. Les ventes et la consommation

Douze litres d'alcool pur par habitant âgé de plus de 15 ans ont été vendus en 2010 ; cette quantité équivaut à une moyenne d'un peu plus de deux verres et demi d'alcool par jour et par habitant âgé de 15 ans ou plus (39).

Les quantités d'alcool vendues sur le territoire français ont beaucoup diminué depuis le début des années 1960, cette évolution étant presque entièrement liée à la baisse de la consommation de vin.

Entre 2005 et 2010, les ventes continuent à être orientées à la baisse bien qu'à un rythme assez lent.

La France reste un des pays où l'on consomme le plus d'alcool au monde, même si elle ne constitue plus une exception. Elle se classait au milieu des années 2000 au 7^e rang en Europe (40).

Plus d'un adolescent de 17 ans sur dix (10,5 %) déclare une consommation régulière d'alcool. Cette proportion est en hausse entre 2008 et 2011 (8,9 % en 2008) (34).

La consommation régulière d'alcool reste plus importante parmi les garçons (15,2 % vs 5,6 % parmi les filles) (34).

En 2010, l'usage régulier de boissons alcoolisées concerne 19,9 % des adultes de 18 à 75 ans (29,5 % des hommes et 10,6 % des femmes) (36).

Le pourcentage de jeunes de 17 ans ayant été ivres au moins trois fois dans l'année (ivresse répétée), stable entre 2005 et 2008, a nettement augmenté (de 25,6 % à 27,8 %) depuis 2008.

La tendance est identique pour les ivresses régulières (10 fois ou plus dans l'année) dont la proportion augmente de 8,6 % à 10,5 % (34).

À l'âge adulte, les épisodes d'ivresse sont nettement moins fréquents qu'à l'adolescence. En 2010, les ivresses répétées concernaient 8,0 % des 18-75 ans, les hommes concernés étant quatre fois plus nombreux en proportion que les femmes (12,9 % vs 3,3 %) (36).

En 2010, on comptait environ 3,8 millions de consommateurs à risque (dépendants ou non) de 18 à 75 ans au sens du test Audit-C (ANNEXE I).

Cette consommation à risque croît considérablement avec l'âge et concerne principalement les hommes (3,2 millions vs 0,6 millions pour les femmes), niveaux probablement sous-évalués car les populations les plus précaires ne sont pas interrogées dans les enquêtes en population générale.

b. Les soins

En 2010, ce sont 140 000 personnes ayant un problème avec l'alcool qui viennent consulter en ambulatoire dans les CSAPA (41) mais également dans les hôpitaux ou en médecine de ville.

Les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré plus de 139 000 séjours pour un problème d'alcool en 2010 (41). Les deux tiers sont liés à des intoxications

aigues (ivresses) et sont de très courte durée. Il faut également ajouter pour l'année 2010 environ 44 300 séjours pour sevrage à l'alcool (30).

Dans les établissements psychiatriques, il a été enregistré en 2010 près de 1,9 million de journées d'hospitalisation pour des personnes ayant comme diagnostic principal des troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'alcool (17).

Les médecins de ville voient environ 50 000 patients en une semaine pour un sevrage en 2009 (31).

En dehors de ces recours directement liés à la prise en charge de l'abus ou de la dépendance à l'alcool, de nombreuses personnes sont hospitalisées en raison de maladies provoquées entièrement ou partiellement par la consommation d'alcool. Une étude menée pour l'année 2003, évaluait à 1,3 million le nombre de séjours hospitaliers pour des pathologies liées à la consommation d'alcool (cancers, cirrhoses, accidents vasculaires cérébraux, traumatismes consécutifs aux accidents de la circulation ou aux accidents domestiques des personnes en état d'alcoolisation, etc.)(42).

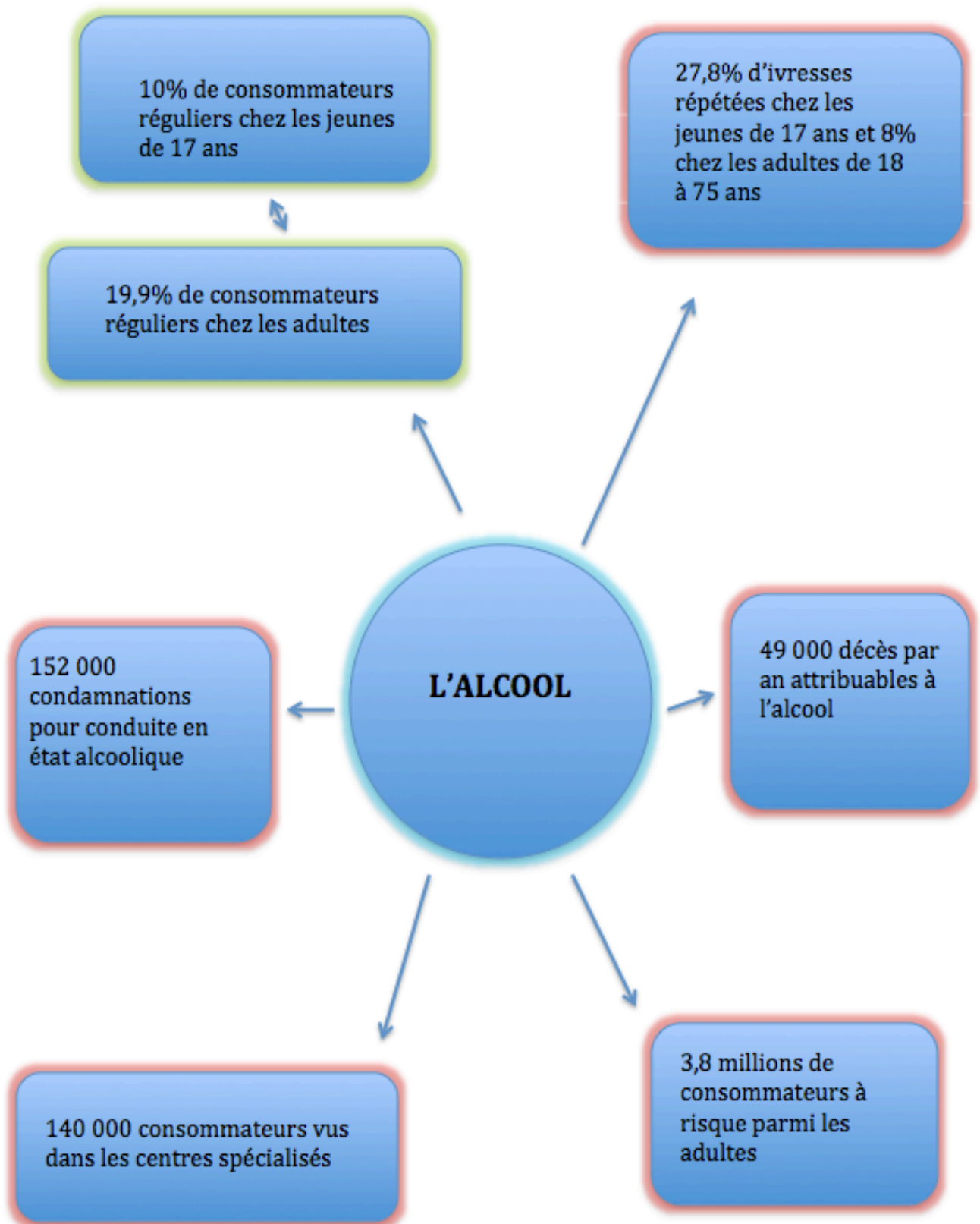


Schéma 4 : Alcool, les grandes tendances. OFDT 2000 à 2011.

IV. LE MODÈLE FRANÇAIS DU DISPOSITIF ADDICTOLOGIQUE

En France, on distingue schématiquement trois volets dans ce réseau : le volet sanitaire regroupant les structures hospitalières, le volet médico-social regroupant les CSAPA et CAARUD, et le volet « ville » dans lequel on retrouve les médecins généralistes et les groupes d'entraide.

A. Le Volet Sanitaire

1. Les structures hospitalières et les différents « niveaux »

Les structures hospitalières tendent à mettre en place une organisation qui s'appuie sur trois niveaux : de proximité, de recours et de référence. Cette organisation des structures sanitaires en 3 niveaux a pour objectif de proposer une offre de soins au plus près de la population et ajustée à la complexité des soins parfois requis avec un meilleur maillage territorial.

a. Le NIVEAU I : le niveau de proximité

Il permet d'assurer les réponses de proximité et, si besoin, les sevrages simples. Il comprend une consultation hospitalière d'addictologie sans hébergement qui regroupe notamment les consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addiction sans substance et une équipe hospitalière de liaison entre les différents services et pour l'accueil des usagers de drogue aux urgences. Une prise en charge de niveau I doit être disponible dans chaque territoire de santé de proximité (43).

b. Le NIVEAU II : le niveau de recours

Il est constitué par des services d'hospitalisation bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge spécifiques. Ils accueillent des patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge spécialisée en hospitalisation. Ils proposent, en complément de la consultation et de l'équipe de liaison du niveau de proximité, un hôpital de jour et des hospitalisations complètes pour sevrage simple (séjour d'environ 7 jours) ou complexe (séjour prolongé). Depuis 2006, la répartition géographique des structures de niveau II est revue en fonction des besoins de chaque région et des projets thérapeutiques de ces structures de façon à assurer une couverture satisfaisante du territoire (43).

c. Le NIVEAU III : le niveau de référence

Ce sont les centres d'Addictologie Universitaire : centre régional de ressources, et lieu de recherche, il propose les mêmes prestations médico-techniques que les structures de niveau II, adossées au plateau technique du Centre Hospitalier Universitaire.

Il travaille en partenariat formalisé avec les deux autres niveaux. Ce centre ressource constitue un véritable pôle régional de l'addictologie permettant la coordination de l'enseignement et de la recherche, véritable interface entre la clinique, la recherche

fondamentale et les structures de recherche institutionnelles (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Centre National de la Recherche Scientifique). Il assure une coordination régionale des différents réseaux d'addictologie de proximité. Un centre de niveau III doit être disponible dans chaque Centre Hospitalier Universitaire (43).

2. Le service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix

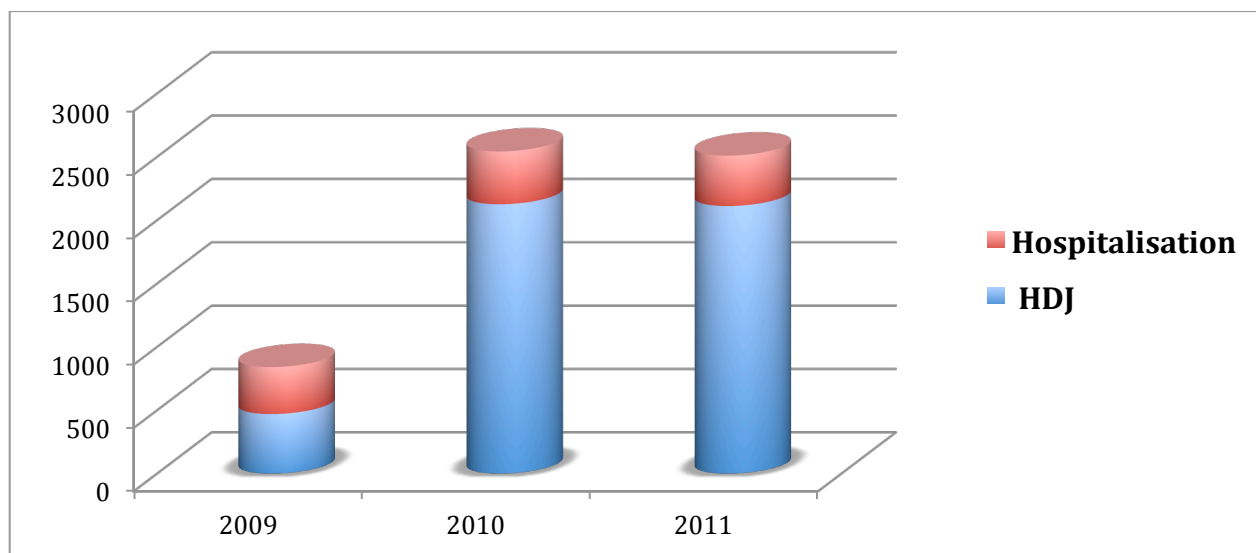
Dans le versant Nord-Est de la métropole Lilloise, le centre hospitalier de Roubaix a un rôle important dans la prise en charge des patients dépendants, il est classé niveau II. Le service d'addictologie se situe à l'hôpital de la Fraternité, au 20 avenue Julien Lagache et le responsable est le Dr Laurent Urso.

a. La prise en charge des addictions

Les services hospitaliers sont depuis plusieurs années sur le modèle de la tarification à l'activité, ou T2A, qui permet de coder les actes et ainsi de fixer les budgets annuels, théoriquement, au plus proche de l'activité réelle. On parle également de RUM, ou Résumé d'Unité Médicale, lorsqu'un patient quitte une unité de soins, il permet ainsi d'évaluer l'activité d'un service.

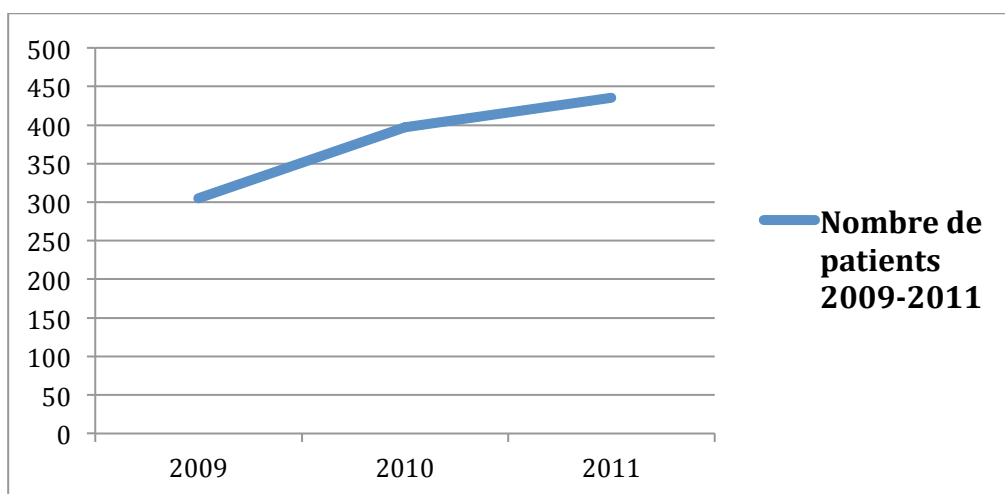
Ainsi le nombre de RUM comptés dans l'année 2011 a été de 2510, pour un nombre total de patients uniques de 435.

A titre de comparaison, il a été de 841 en 2009, Il a donc quasiment triplé dans cette période. Cette franche augmentation correspond à l'ouverture de l'hôpital de jour qui représente désormais 84% des RUM du service.



Graphique 1 : Activité du service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix entre 2009 et 2011, en RUM.

Le nombre de patients vu sur une année a également augmenté de 30% sur cette même période



Graphique 2 : Nombre de patients enregistrés entre 2009 et 2011 dans le service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix.

b. Le profil des patients

Sans surprise les hommes sont majoritaires au sein des consultants à Roubaix, pour les trois quarts en 2011.



Graphique 3 : Répartition des patients selon le sexe dans le service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix.

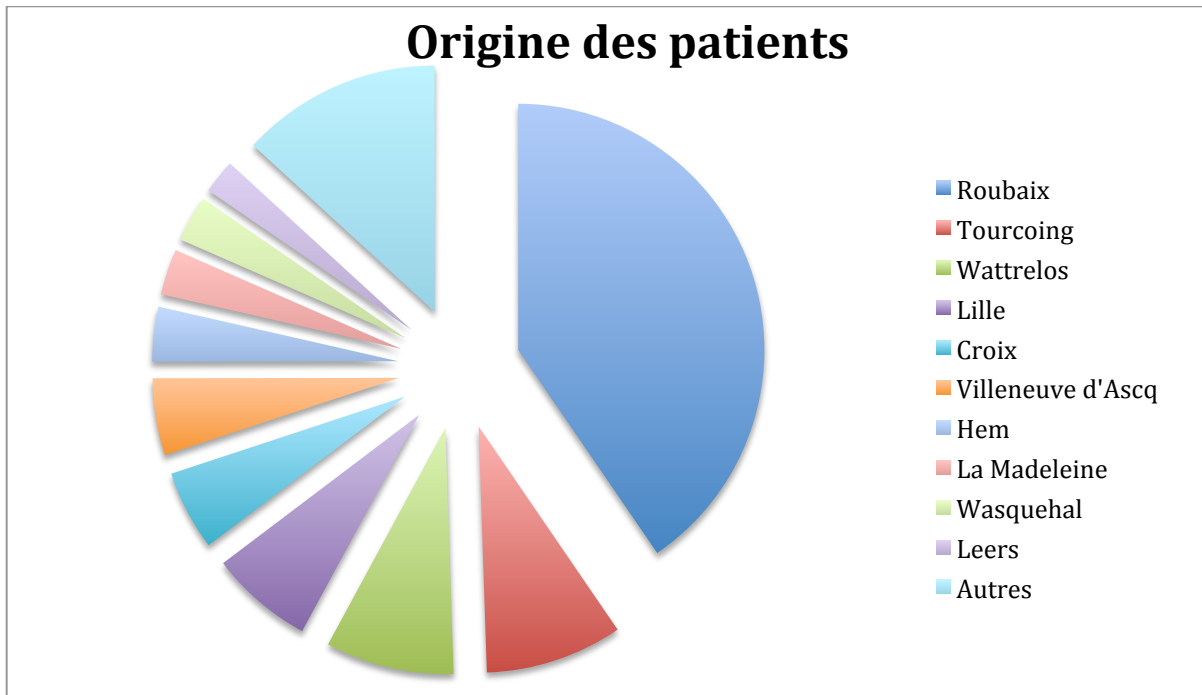
L'âge moyen des patients ayant été pris en charge dans le service a été de 44 ans en 2011.

c. Origine géographique des patients

Les patients sont en toute logique majoritaires de Roubaix pour près de 40%, puis ils viennent de Tourcoing, Wattrelos et Lille pour 10% respectivement.

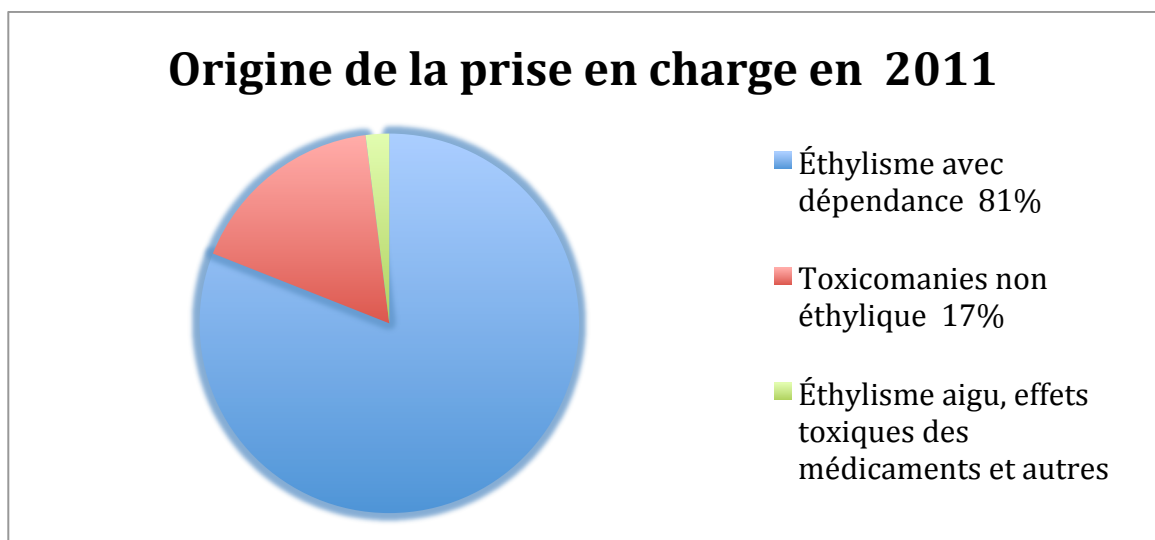
Il ne faut pas oublier qu'une majorité non négligeable des patients sont envoyés par la justice, la raison de rapprochement géographique est alors moins prise en compte, de plus certains patients voulant rester anonymes dans leur ville et auprès de leurs

proches peuvent avoir envie d'être suivis à distance de leur domicile comme en témoigne la dizaine de patients habitant dans le Pas-de-Calais.



Graphique 4 : Origine géographique des patients du service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix.

d. Origine de la prise en charge



Graphique 5 : Origine de la prise en charge des patients du service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix en 2011.

Il ressort de ce schéma la forte tendance à la prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool, le centre hospitalier de Roubaix étant un centre de niveau II, l'hospitalisation y est vouée au sevrage éthylique dans sa grande majorité.

e. Le séjour hospitalier

Un sevrage hospitalier n'est pas la seule option du patient, celui-ci peut être ambulatoire pour plusieurs raisons qui dépendent directement du patient et de son degré de dépendance, de ses comorbidités et de ses vulnérabilités ; souvent, le séjour hospitalier est obligatoire, comme précisé dans les schémas suivant :

Les raisons obligeant un sevrage hospitalier :

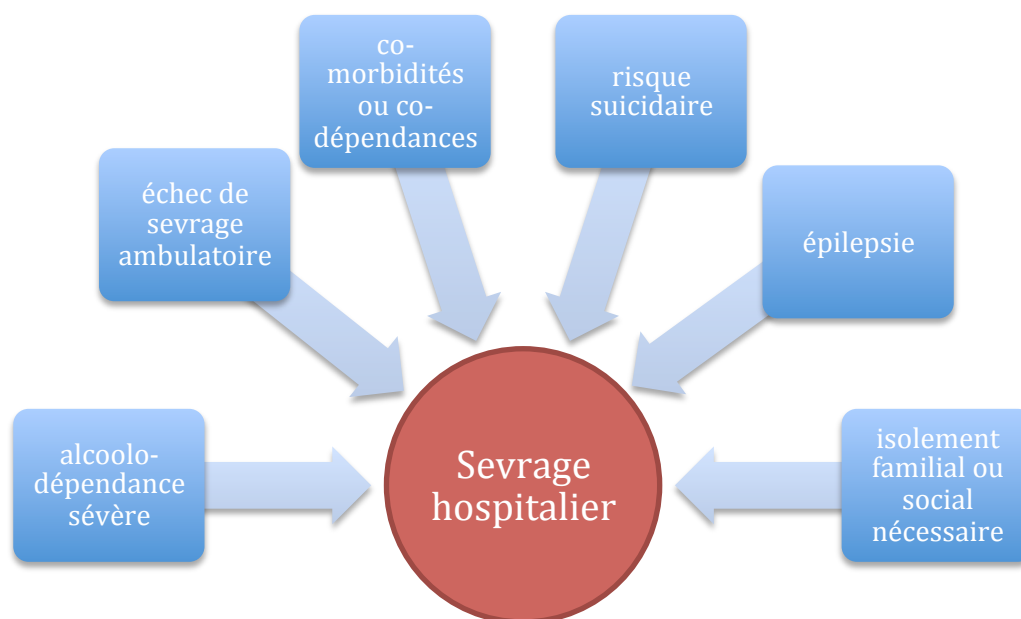


Schéma 5 : Les raisons obligeant un sevrage hospitalier.

Les raisons nécessaires pour un sevrage ambulatoire :

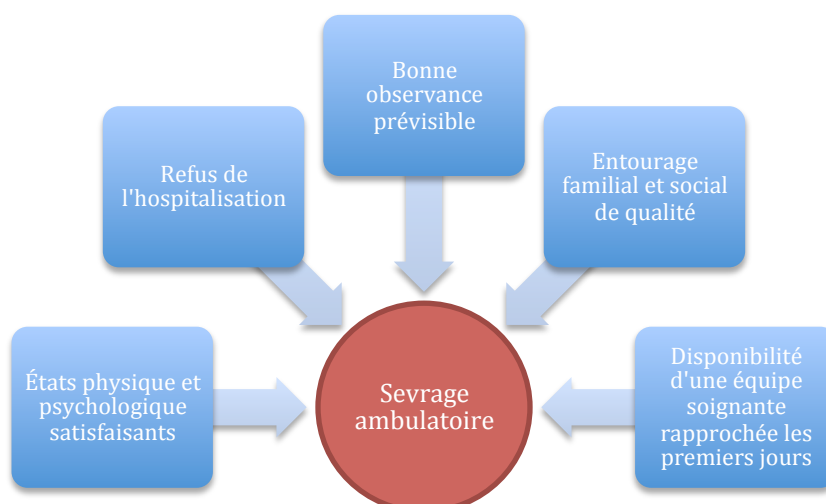


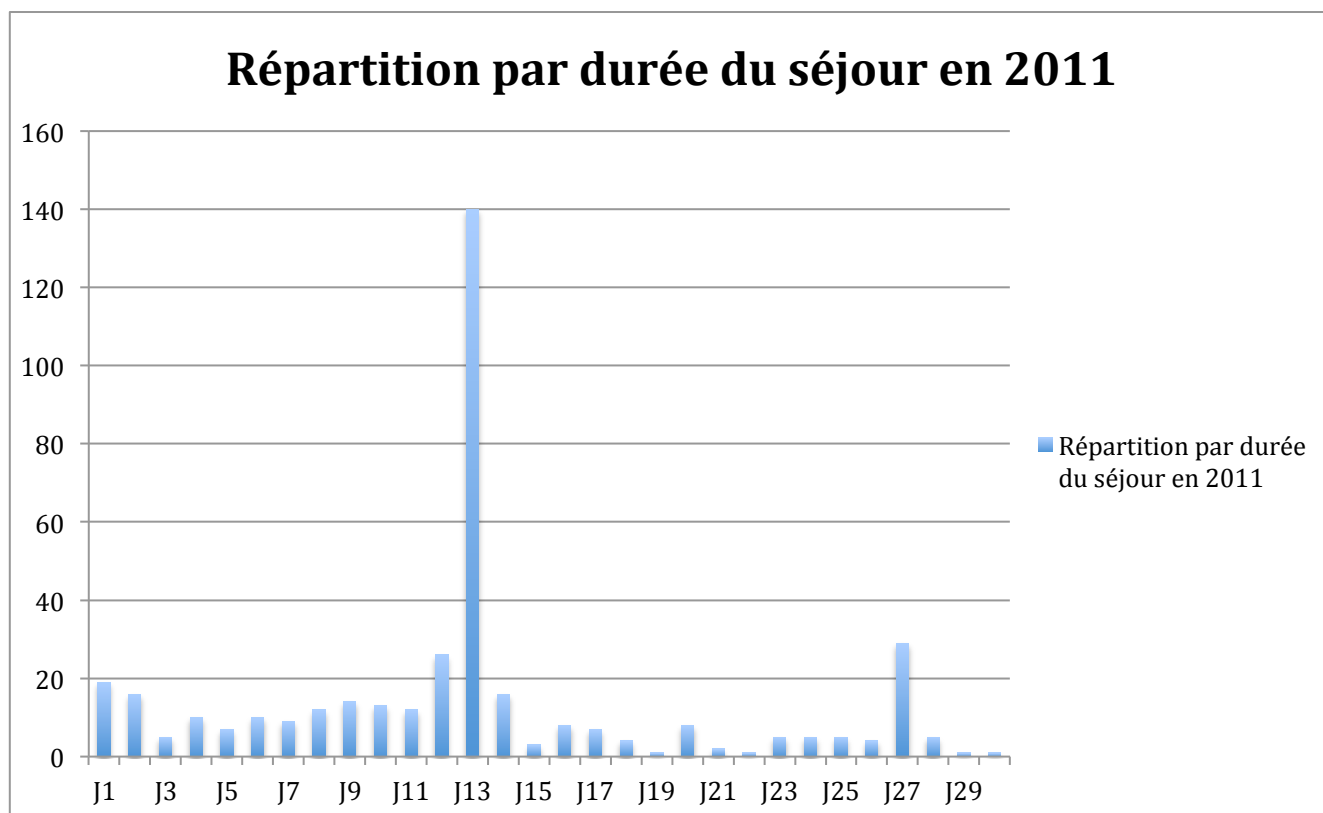
Schéma 6 : Les raisons nécessaires au sevrage ambulatoire.

Ces différentes raisons doivent être bien sûr associées pour permettre une réussite du sevrage.

Il est convenu que la durée d'un séjour pour sevrage éthylique à Roubaix est de 13 jours pour permettre un sevrage solide, cette durée pourra être doublée en cas d'échec à la fin de la deuxième semaine.

Le tableau suivant montre la répartition des patients par durée de leur séjour en 2011, en toute logique on remarque un pic de patients sortant à J13, ainsi qu'un second pic moins important à J27 (7% contre 35%).

Nous avons volontairement omis les hôpitaux de jour (considérés comme une hospitalisation de zéro jour) par soucis de clarté.



Graphique 6 : Répartition des patients par durée du séjour en 2011.

f. L'hôpital de jour (44)

Une grande partie de l'activité du service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix est, depuis 2008, l'hôpital de jour, puisqu'il représente 84% des « séjours » du service.

Il fait partie intégrante du dispositif de soins et est une structure alternative à l'hospitalisation complète.

Ses intérêts sont multiples et notamment sa grande souplesse d'utilisation (continuité et adaptation des soins, plateau technique et moyens humains hospitaliers), l'évitement des hospitalisations à temps plein répétitives (préservation de l'insertion sociale et familiale), tout en maintenant un cadre thérapeutique structuré (objectif de l'abstinence moins pesant). De plus, les hôpitaux de jours sont des structures plus légères et moins coûteuses à réaliser et à gérer que des structures résidentielles.

Ses indications et objectifs peuvent être schématisés ainsi :

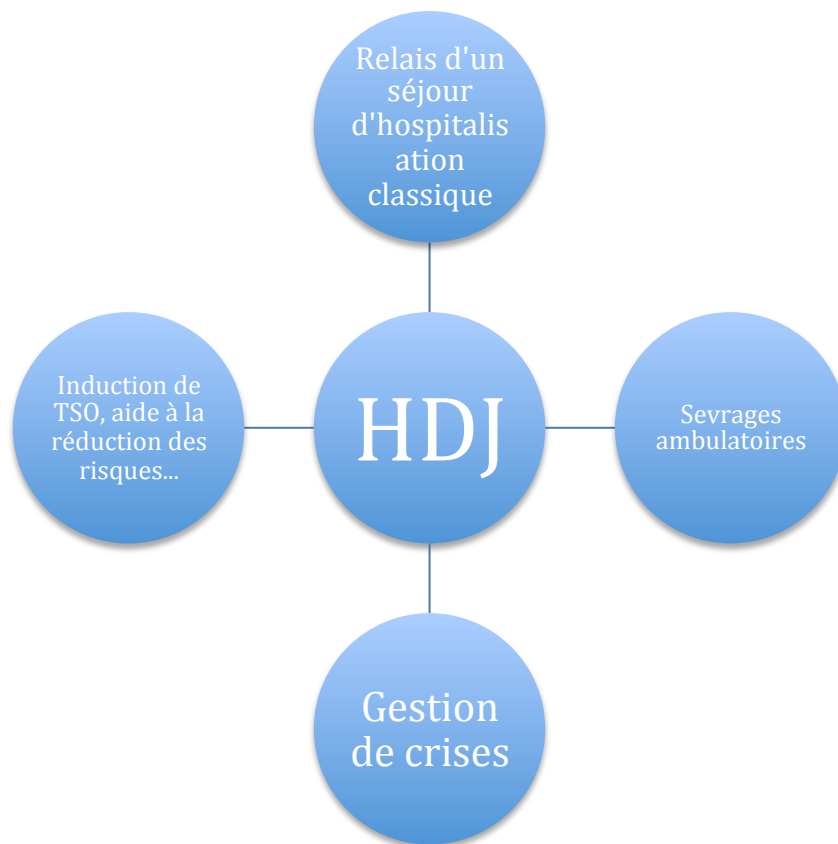


Schéma 7 : L'hôpital de jour en addictologie.

B. Le Volet Médico-Social

Le volet médico-social regroupe deux principales structures en France : les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, les CSAPA, et les Centres d'Accueil, d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues, les CAARUD.

1. Les centres de soins

a. Les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie peut être défini comme une structure assurant de multiples actions qui auront pour but commun d'assurer un équilibre dans la vie des patients ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives; ainsi que pour leur entourage.

Lorsqu'une spécialisation est retenue par un CSAPA, celui-ci doit cependant prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients (poly consommation fréquente), y compris le tabac, de préférence directement, soit en lien avec une autre structure.

Deux types de CSAPA peuvent être distingués :

- les centres de soins sans hébergement;
- les centres thérapeutiques résidentiels ou « postcure »; ils constituent une modalité de prise en charge thérapeutique avec hébergement collectif de moyen séjour, adaptée à des personnes dépendantes à une ou plusieurs substances psychoactives qui nécessitent pour un temps donné un suivi médico-social intensif dans un environnement protecteur et contenant

i. Les missions

Depuis 2009, on voit un élargissement progressif des missions avec la prise en charge adaptée de la poly-consommation, les professionnels développent également des activités spécifiques liées à la dépendance au tabac et aux dépendances sans produit (jeux, écrans...).

Leurs missions sont multiples et variées et peuvent être résumées ainsi :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, et l'orientation de la personne et de l'entourage
- La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative comprenant le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion
- L'accompagnement dans le sevrage, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux

ii. Le parcours de soins

Le parcours de soins qui suit est basé sur le modèle défini par l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie du Nord (45).

Les personnes accueillies bénéficient d'une prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire, basée sur le respect de l'individu et de ses attentes, ainsi que sur la prévention des risques et la réduction des dommages.

Michel Delberghe, président fondateur de l'association Réagir disait :
« Un toit, une chambre, un lieu pour se reposer et pour poser son sac (...). Une écoute, un entretien médical, psychologique si nécessaire...c'est le début d'un commencement. » (46).

iii. L'accueil

Au moment du premier contact dans la structure, la secrétaire propose au patient un entretien, dans un lieu distinct de la salle d'attente. Elle explique de façon détaillée le mode de fonctionnement de la structure et remet un livret d'accueil.

Des documents d'information sont à la disposition de la personne, non seulement sur la thématique des addictions, mais également sur les partenaires de la ville impliqués dans l'accompagnement.

La même procédure d'accueil concerne l'entourage, mais la notion de secret médical est développée pour respecter la relation avec l'usager lui-même.

iv. Le premier rendez-vous et l'orientation

Lorsque le consultant est adressé par un partenaire le patient rencontre l'intervenant préconisé, le plus souvent le médecin.

Les accueils spontanés ou urgents sont orientés vers l'éducateur, l'infirmier ou l'assistante sociale en fonction des délais d'attente.

Le premier rendez-vous du patient avec un professionnel médico-social permet de déterminer son niveau de consommation, sa situation sociale et les dommages et difficultés associés. A l'issue de cet entretien, une ébauche de parcours de soin est envisagée (au sein de la structure, par un ou plusieurs membres de l'équipe, vers un autre partenaire).

Dans les situations complexes, l'orientation peut être décidée lors des réunions d'équipe qui déterminent le ou les soignants les mieux adaptés à la situation.

v. La prise en charge pluridisciplinaire

La complémentarité des différents intervenants d'un CSAPA permet de proposer aux usagers un accompagnement adapté à son parcours de vie, à sa demande du moment et à ses capacités.

Lorsque le patient est suivi par plusieurs intervenants, il est nécessaire d'ajuster le mode de prise en charge en fonction des éléments médicaux, psychologiques et sociaux.

L'équipe d'un CSAPA est vaste et complémentaire, elle comprend les différents acteurs qui permettront une prise en charge optimale et sur un site unique, ainsi :

- ✚ le médecin s'occupera des problèmes somatiques, fera les bilans nécessaires (sérologies, co-addiction), instaurera un traitement si nécessaire
- ✚ la psychologue proposera son soutien le plus adapté (psychothérapie, thérapie conjugale, activités de groupe)
- ✚ l'éducateur aidera à l'organisation des démarches
- ✚ la diététicienne prendra en compte les troubles métaboliques ou physiques en lien avec la nutrition
- ✚ l'assistante sociale accompagne les patients dans leur demande de postcure et réalise le dossier d'admission, elle établit également le contact avec les différents partenaires

- ✚ enfin, l'infirmier grâce à ses connaissances sanitaires apprécie le degré d'urgence de la prise en charge médicale et accompagne au long cours pour aider au maintien à l'abstinence.

Auprès de personnes hébergées à l'hôpital de Roubaix, les infirmiers et infirmières de l'équipe mobile, ainsi que l'éducateur, établissent un premier contact et facilitent le lien avec le dispositif de soins spécialisés.

En cas d'hospitalisation, ils assurent le maintien du lien et permettent d'optimiser les conditions de la sortie.

b. Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD) (47)

Un CAARUD est défini par la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique comme une structure assurant des missions de réduction des risques dans le champ des drogues (48).

i. Les missions

La mission de réduction des risques des CAARUD vise à limiter l'impact des consommations, notamment les infections virales, à informer sur les risques des différentes substances et pratiques, à favoriser l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptable, sans exiger au préalable des usagers un arrêt des consommations.

Ces différentes missions peuvent être résumées ainsi :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers
- le développement d'actions de médiation sociale

ii. Nombre et répartition

La file active nationale est estimée à 56 000 personnes en 2008 (47). Il s'agit principalement des personnes reçues dans les lieux d'accueil fixes et vues au moins une fois dans l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe.

La modalité d'accueil « lieu fixe » ne constitue que l'un des axes de travail développés par les CAARUD et ne représente donc qu'une partie de leur activité. En effet, ces établissements médico-sociaux ont la particularité de travailler également « hors les murs » : unités mobiles (bus, camions aménagés), équipes de rue, interventions dans les squats et les rassemblements festifs (électro et autres) et suivis en milieu carcéral, comme le précise le tableau 4.

	Contacts milieu festif	Contacts unité mobile	Contacts rue	Contacts squat	Contacts prison
Nombre de CAARUD	51	44	73	47	28
Total contacts	91 941	61 550	43 463	12 135	2 619

Lecture : 44 CAARUD, au travers leurs unités mobiles sont intervenues en 2008 auprès de 61 550 personnes.

Source : ASA-CAARUD 2008/OFDI, DGS

Tableau 4 : Total des contacts établis par les CAARUD selon les modes d'intervention. OFDI 2008.

Si l'on ajoute au total de ces contacts, l'ensemble de ceux réalisés dans le cadre des accueils fixes, ce sont plus de 575 000 interventions-contacts qui ont été réalisés par les équipes des CAARUD en 2008.

Par ailleurs certaines tendances sont dégagées dans le rapport de l'OFDI, qui peuvent être résumées selon le schéma suivant :

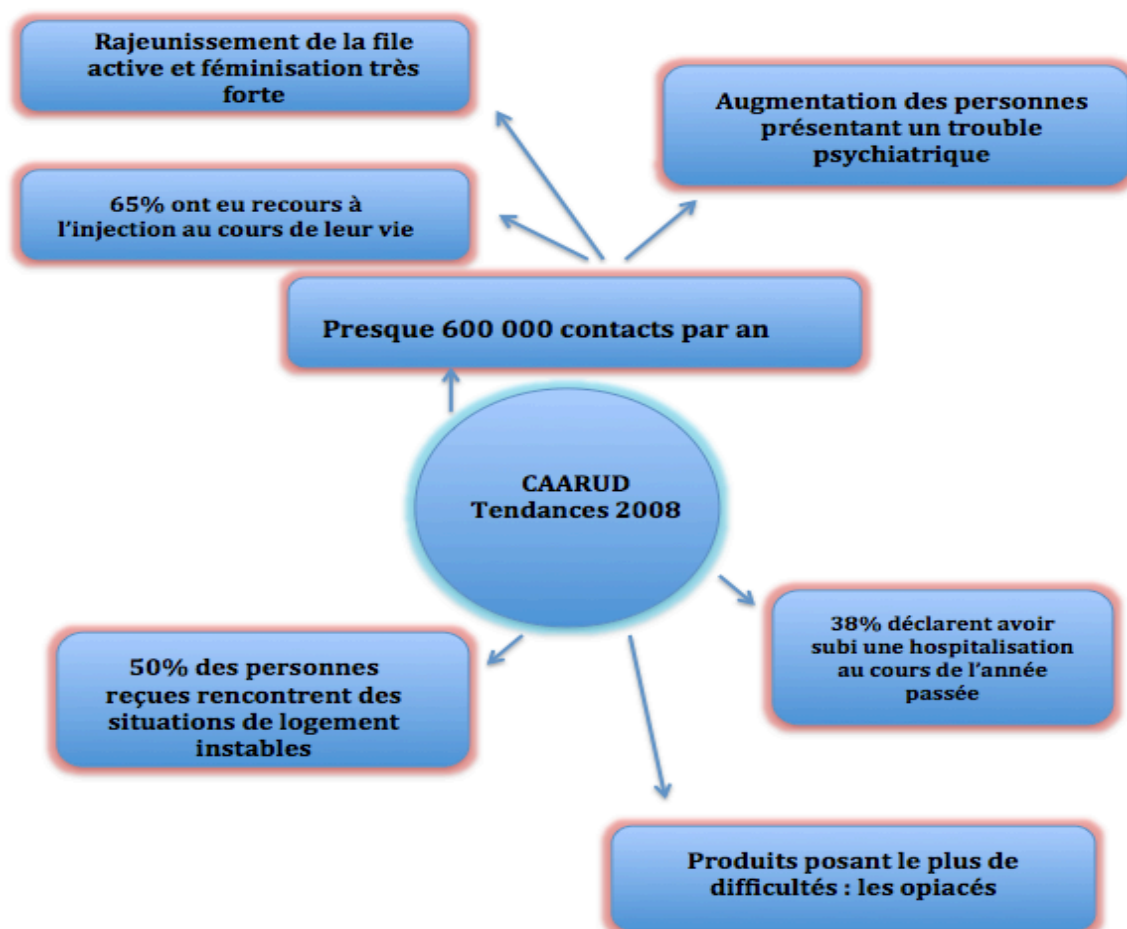


Schéma 8 : CAARUD. Tendances 2008. ASA-CAARUD 2008/OFDI.

c. Plus spécifiquement : la « consultation jeunes consommateurs »

Le cannabis est le produit psychoactif illicite le plus expérimenté et le plus consommé en France, en particulier chez les jeunes, la consultation « jeunes consommateurs » a une place prépondérante dans l'activité d'un grand nombre de centre de soins.

C'est pourquoi nous y consacrons un paragraphe au sein de ce volet médico-social.

i. Les missions

L'objectif des consultations jeunes consommateurs est « d'agir dès le premier stade de la consommation » et d'assurer l'accueil, l'information, l'évaluation, la prise en charge et l'orientation si nécessaire (49).

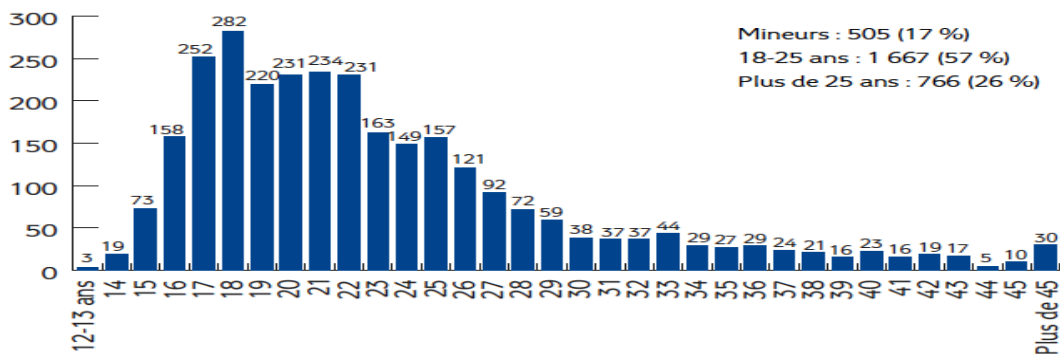
Les consultations jeunes consommateurs s'adressent, en priorité, aux jeunes, y compris les mineurs, et une attention particulière doit être portée aux adolescents et aux jeunes adultes, ainsi qu'à leur entourage.

Les consultations jeunes consommateurs, initialement centrées sur les consommations de cannabis, doivent répondre aux mêmes besoins pour l'ensemble du champ de l'addictologie, en insistant particulièrement sur les consommations d'alcool, de cannabis, de cocaïne et de psychostimulants, les addictions sans substance, ainsi que sur les polyconsommations.

Cependant elles sont, en pratique, très souvent centrées sur les consommations de cannabis, au point qu'elles sont aujourd'hui appelées « consultation cannabis ».

ii. Les consultants

Dans l'étude de l'évaluation du dispositif des consultations jeunes consommateurs publiée par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies en 2008, 78% du public accueillis sur un mois étaient des consommateurs, l'entourage constituait les 22% restant. En toute logique, la majorité des consultants avaient entre 18 et 25 ans (57%), 17% étaient mineurs et 26% avaient plus de 25 ans (49).



Graphique 7 : Distribution des effectifs des consultants consommateurs par âge entre 2004 et 2007.
Source : OFDT, Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007).

Les garçons sont nettement majoritaires à 81% (49), les filles sont quant à elles plus âgées (24,2 ans contre 23 ans chez les garçons), comme illustré dans le tableau 5 :

	N	Âge minimum	Âge maximum	Âge moyen (en années)	Écart type	Âge médian (en années)
Ensemble	2938	12	62	23,20	6,788	21
Garçons	2382 (81,1 %)	12	56	22,97	6,40	21
Filles	556 (18,9 %)	12	62	24,17	8,18	22

Tableau 5 : Distribution des consultants par âge et par sexe. Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs ». OFDT 2004-2007.

L'évolution de la fréquentation moyenne des consultations entre Mars 2005 et Décembre 2007 est saisonnière : en début d'année civile (de janvier à mai), l'activité est relativement stable ; elle ralentit logiquement durant la période estivale, puis reprend progressivement à partir de la rentrée de septembre et diminue légèrement pour les fêtes de fin d'année :



Graphique 8 : Évolution de la fréquentation moyenne des consultations entre 2005 et 2007. Recueil mensuel système d'information mensuelle pour les consultations cannabis, OFDT.

2. Les centres de soins du versant Nord-Est lillois

a. Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Préventions en Addictologie : La Trame

Trois sites distincts ont, en 2010, fusionné en un seul centre de soins nommé « La Trame » en référence à la question du lien dans la problématique de l'addiction et à la mémoire du textile omniprésente dans le bassin de vie.

Chaque trimestre, les professionnels des trois sites échangent sur leurs pratiques et/ou questionnements, l'objectif étant de renforcer la communication interne.

A l'origine, le centre était spécialisé dans la prise en charge des personnes consommant de l'alcool. Depuis 2009, les professionnels développent également des activités spécifiques liées à la dépendance au tabac et aux dépendances sans produit. Tout au long du parcours de soins, la poly consommation est évoquée en vue d'une prise en charge adaptée.

Une convention a été établie avec les structures partenaires que sont les CSAPA Le Relais à Roubaix, Réagir à Tourcoing et le Cèdre Bleu à Villeneuve d'Ascq pour orienter les usagers dont la problématique principale est l'usage et/ou la dépendance aux drogues illicites.

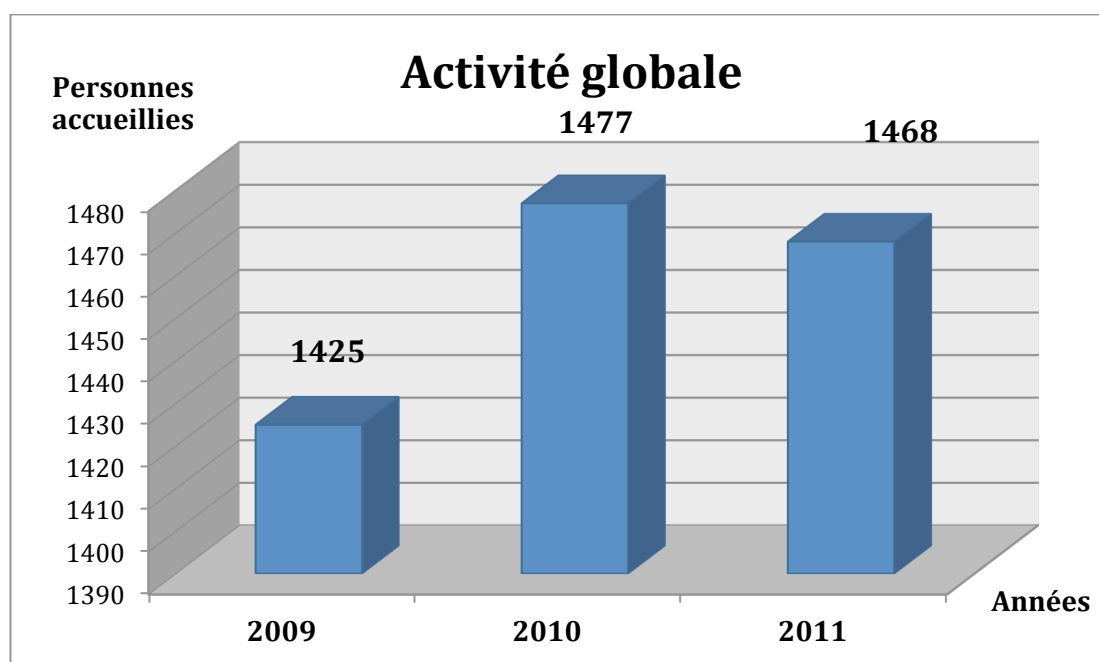
Les 3 sites formant La Trame sont situés :

- 73, rue Sainte Thérèse à Roubaix
- 47, rue de Lille à Tourcoing
- 53, rue de Ventoux à Villeneuve d'Ascq

i. L'activité globale et selon les sites

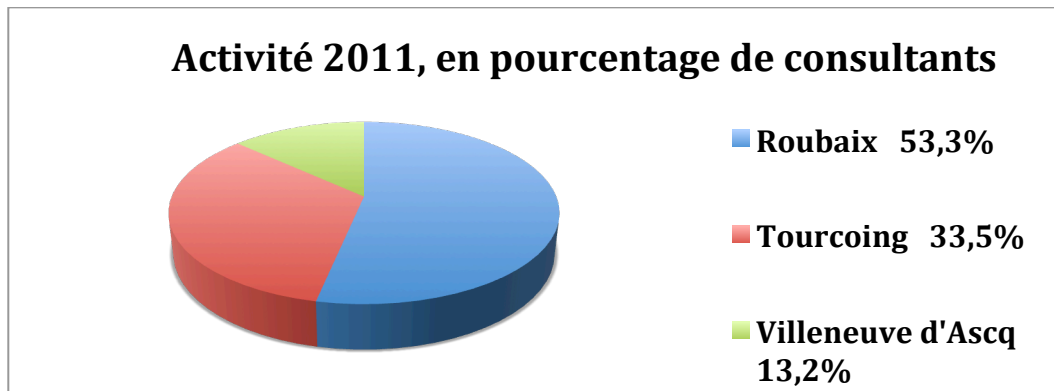
La Trame accueille essentiellement la population du versant Nord-Est de la métropole Lilloise, population urbaine qui représente un bassin de vie de 500 000 habitants. Cette population bénéficie sur le plan sanitaire de trois centres hospitaliers : Roubaix, Tourcoing et, dans une moindre mesure, Wattrelos.

En 2011, le CSAPA a pris en charge 1468 personnes au sein des trois sites et par l'équipe mobile.



Graphique 9 : Activité globale en 2011 du CSAPA La Trame.

L'activité est stable sur les trois dernières années, proche de 1450 personnes accueillies annuellement. En 2011, les trois sites ont accueillis 1131 personnes (soit 77% de la file active globale) : 92% sont des personnes en difficulté avec leurs pratiques addictives et 8% des personnes de l'entourage.

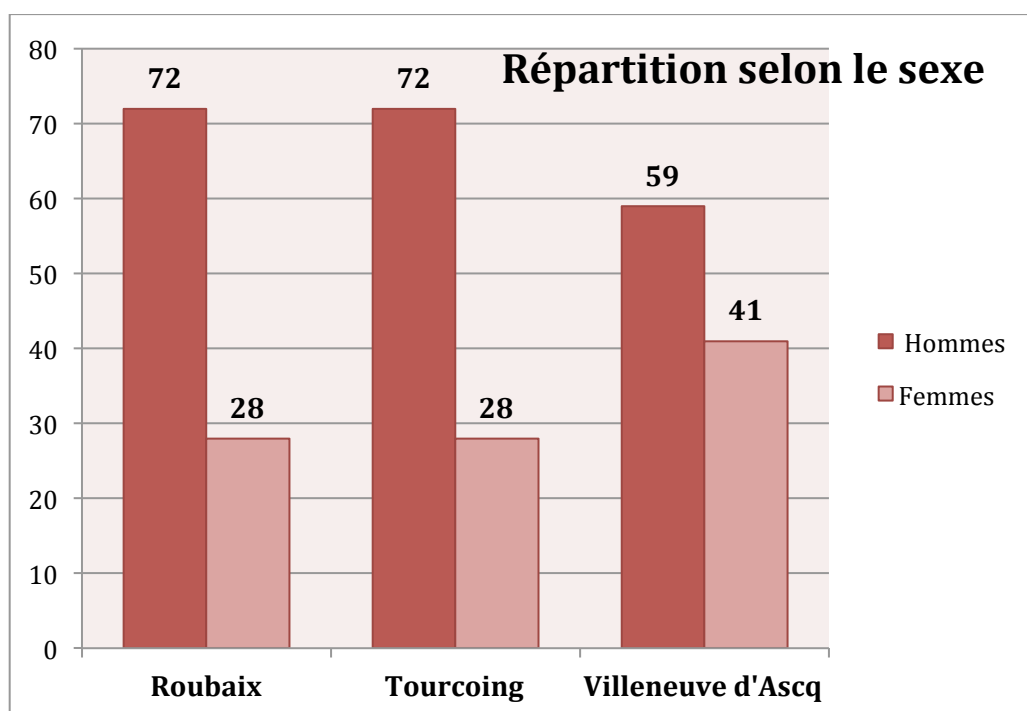


Graphique 10 : Activité en 2011 selon les trois sites distincts du CSAPA La Trame.

Le site de Roubaix a reçu plus de la moitié des consultants : 53,3%, Tourcoing 33,5% et Villeneuve d'Ascq : 13,2%. Pour ce dernier, l'activité est à mettre en parallèle avec la faible amplitude des heures d'ouverture.

ii. Les consultants

Les données présentées concernent exclusivement les personnes en difficulté avec leurs pratiques addictives. Elles ne prennent pas en compte l'entourage ni les personnes suivies dans le réseau hébergement. Le public accueilli dans les trois sites est en majorité masculin (70 % de la file active en 2011) :

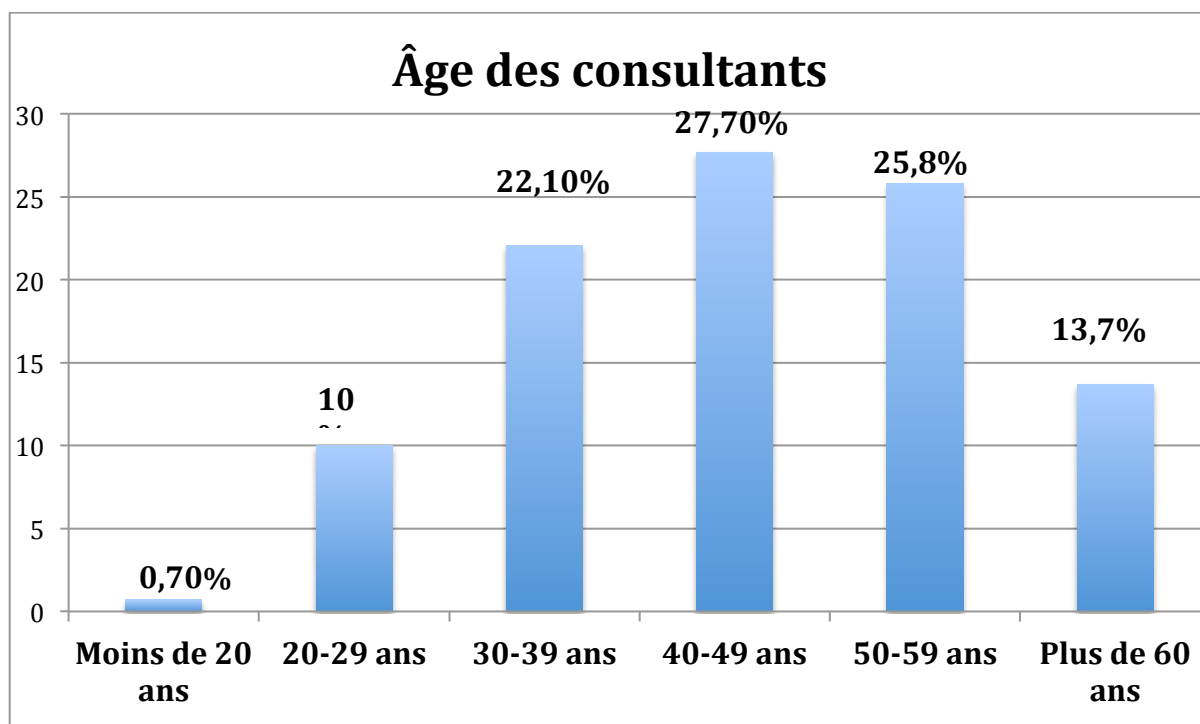


Graphique 11 : Répartition des patients selon le sexe et le site en 2011.

Le site de Villeneuve-d'Ascq accueille plus de femme (41% contre 30% sur l'ensemble des sites). La corrélation pourrait être faite avec l'étude de la population locale, les horaires d'accueil dans les structures et les partenariats.

En 2011, la tranche d'âge la plus représentée est la tranche des 40-49 ans (27,7%), mais 40 % des consultants ont plus de 50 ans.

Les consultants semblent plus âgés qu'ailleurs, cette tendance est observée depuis 2009 (33% des plus de 50 ans en 2009 contre 26% au niveau national). Une demande forte des services d'urgence et de gérontologie pour prendre charge ses patients âgés confirme cette tendance. L'accueil de patients plus âgés nécessite la mise en place de nouvelles formes de soins adaptées.



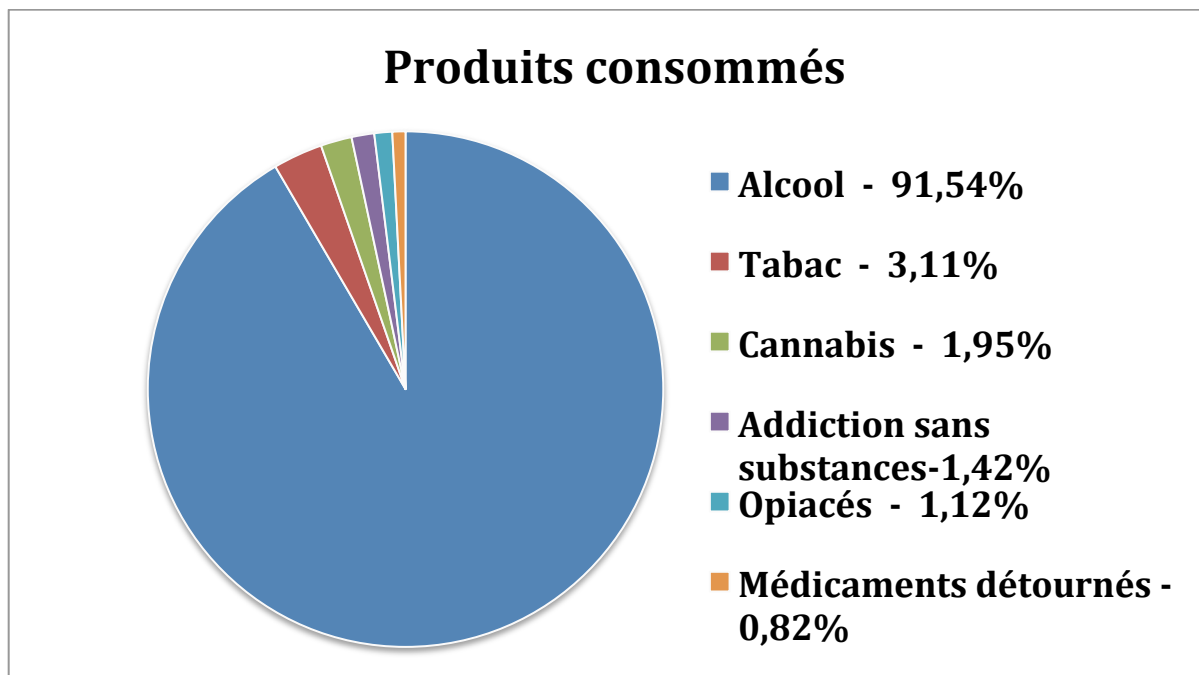
Graphique 12 : Répartition selon l'âge des consultants en 2011.

Les consultants sont issus majoritairement du département du nord à plus de 99 % et majoritairement du versant Nord-Est de la métropole Lilloise.

iii. Les produits consommés

L'alcool est très majoritairement le produit consommé à l'origine de la prise en charge pour les patients du centre de soins La Trame (91,5% des patients versus 76% au niveau national).

Le tabac en seconde position avec 3% des patients, puis le cannabis (1,9%). Les addictions sans substance, les opiacés et autres produits illicites, et les médicaments et produits détournés de leur usage représentent chacun environ 1% de la file active.



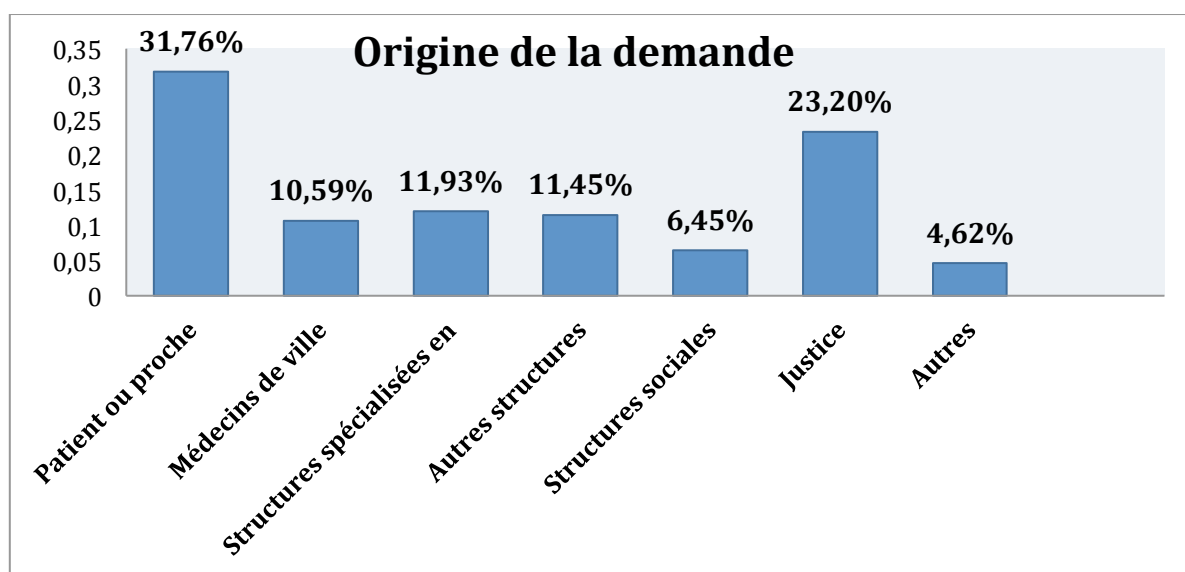
Graphique 13 : Répartition selon le produit consommé en 2011.

De fait, La Trame est reconnu par les professionnels et les patients comme ayant une spécificité alcool.

iv. Origine de la demande

En 2011, près du tiers des patients sont venus au centre de soins de leur propre initiative ou sur les conseils d'un proche, 12 % par des structures spécialisées en addictologie, 11 % par une autre structure sanitaire. Un quart des patients a été orienté par la justice et 6 % par les services sociaux.

Un patient sur dix a été adressé dans un des sites de La Trame par son médecin traitant en 2011.



Graphique 14 : Répartition selon l'origine de la demande en 2011.

L'analyse des données de 2009-2011 montre une évolution du partenariat avec l'hôpital au cours des trois dernières années. La tendance globale correspond à une diminution des patients adressés par les services d'addictologie (-18%) et une augmentation des patients vus dans les services non spécialisés (+10%).

b. Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie Le Relais

Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie Le Relais, situé 40 rue St Antoine à Roubaix est un centre ambulatoire spécialisé dans la prise en charge des patients sous l'emprise de substances illicites, principalement opiacés et cannabis, mais également cocaïne et benzodiazépines, même si ces dernières sont marginales.

Il n'a pas vocation à proposer d'appartements thérapeutiques ou des hébergements d'urgence sur place.

Ses activités sont diverses, en témoignent la prise en charge de patients en milieu carcéral, ou la présence d'une consultation jeunes consommateurs.

La structure gestionnaire est l'association « La Sauvegarde du Nord » qui est hiérarchiquement responsable de la vie institutionnelle du centre de soins, ce dernier décide de façon autonome son organisation et son fonctionnement.

La Sauvegarde du Nord gère aujourd'hui 80 services implantés dans une soixantaine de lieux, situés essentiellement dans l'agglomération lilloise, le Douaisis, le Valenciennois et l'Avesnois.

Les services sont inscrits au sein de dispositifs, eux-mêmes regroupés, animés et dirigés au sein de Pôles de compétences : médico-social, Protection de l'enfance, Inclusion sociale, dispositif Addictologies.

i. L'activité globale et le profil des patients

Le centre de soins a reçu 362 patients en 2011, dont 172 nouveaux ; un quart d'entre eux ont été vus une seule fois.

Presque neuf patients sur dix (87%) reçus en 2011 étaient des hommes et, du fait de l'existence d'une consultation jeunes consommateurs, un tiers des patients (34%) n'a pas 20 ans. Un patient sur deux avait entre 30 et 49 ans en 2011, et cette population correspond majoritairement aux patients consommant un opiacé ou un traitement de substitution. La grande majorité des patients est originaire du département (98,4%). Quatre patients habitent en dehors de la région Nord Pas de Calais.

ii. Logement et ressources des patients

Trois patients sur quatre a un logement durable (dans lequel ils peuvent y vivre encore au moins 6 mois).

Environ un quart de ces patients vit dans un logement provisoire et 6% des patients est sans domicile fixe.

Seulement 14% des patients suivis au Relais a un emploi, alors que près de la moitié (41,9%) bénéficie du RSA.

Un patient sur dix vit grâce aux revenus d'une tierce personne et tout autant de patients sont considérés sans revenus.



Graphique 15 : Les ressources des patients du CSAPA Le Relais en 2011.

iii. Origine de la demande

Un patient sur deux consulte au CSAPA de sa propre initiative; cependant il faut noter que ces patients venant « spontanément » sont pour la plupart poussés par leur entourage familial ou professionnel, la motivation est alors purement extrinsèque.

Un tiers est adressé dans le cadre d'un classement avec orientation judiciaire. 15% des patients sont adressés par des structures hospitalières spécialisées en addictologie (équipe de liaison, consultation hospitalière en addictologie).

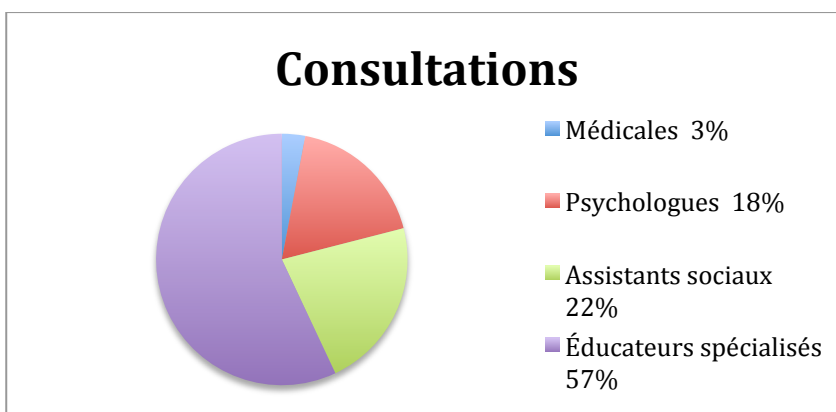
Il est intéressant de noter que seulement 2,2 % des patients adressés au CSAPA Le Relais le sont sur la demande de leur médecin généraliste.

iv. Les consultations

Trois pour cent des consultations sont médicales. Ce faible pourcentage est expliqué par le fait que, d'une part le CSAPA Le Relais a une file active de patients relayée du service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix, afin de proposer « une autre cadre thérapeutique » et, d'autre part, cette consultation médicale accueille des patients n'ayant pas d'indication pour être pris en charge à l'hôpital, et pour qui le fait de venir au Relais, le cadre, la proximité et l'accompagnement de l'équipe psychosociale est utile ou nécessaire.

Cependant 132 patients ont été pris en charge par le centre méthadone du centre hospitalier et ont donc, dans ce cadre, eu une évaluation médicale.

Il reste des patients qui ne rencontrent pas de médecin, ils sont pour la plupart suivis par un médecin de ville ou envoyés sous contrainte par le tribunal en alternative aux poursuites pénales.



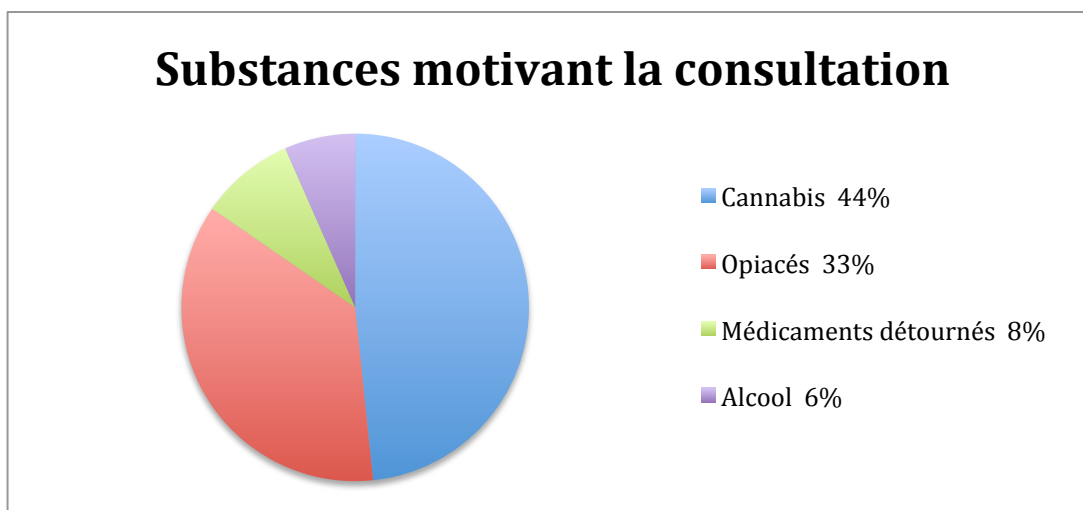
Graphique 16 : Les différents types de consultations au Relais.

Onze consultations ont été données à des personnes de l'entourage par le psychologue et tout autant par les éducateurs spécialisés.

190 réunions de groupes thérapeutiques ont permis à 52 patients de participer à des ateliers d'activité artistique et d'expression (théâtre, peinture, écriture).

v. Les produits consommés

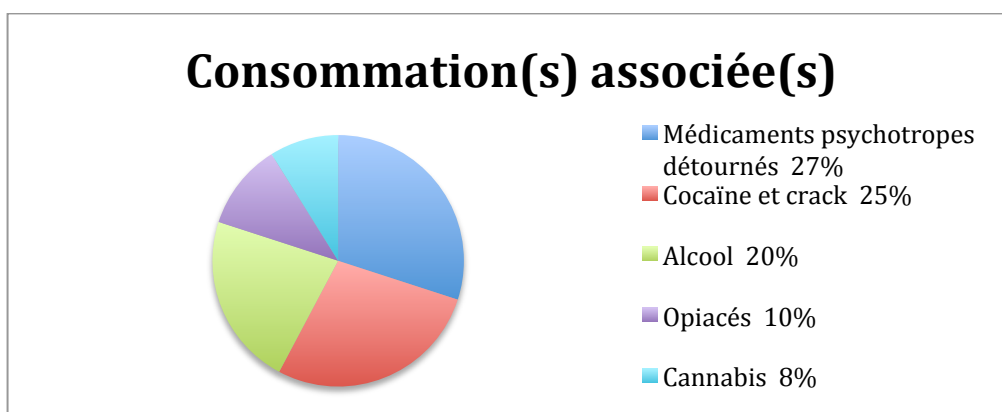
Deux grandes catégories de patient se dessinent : les jeunes adolescents consommateurs de cannabis et les adultes consommateurs d'opiacés.



Graphique 17 : Répartition des patients selon la substance motivant la consultation.

vi. Les consommation(s) associée(s)

On note ici que la principale consommation associée est le médicament psychotrope détourné (benzodiazépine), et l'alcool est consommé chez un patient sur 5 se présentant pour une autre addiction.



Graphique 18 : Les consommations associées chez les patients du Relais en 2011.

vii. La « consultation jeunes consommateurs »

La « consultation jeunes-consommateurs » est destinée aux jeunes de moins de 25 ans qui ressentent une difficulté en lien avec leurs consommations ou avec un comportement addictif. Ils sont accueillis pour une information, une évaluation et/ou une prise en charge brève et une orientation si nécessaire.

Dans ce cadre, Le Relais prend en charge principalement les addictions au cannabis ou aux jeux.

En 2011, le centre de soins le Relais a reçu 151 jeunes consommateurs et 229 membres de leur entourage, 59 jeunes ont été reçus seuls. 392 consultations ont été données à ces jeunes.

12 de ces jeunes, soit 8%, ont une co-addiction à l'alcool.

La moitié de ces jeunes ont été suivis au Relais en 2011. Parmi l'autre moitié, certains ont réellement arrêté leur consommation rapidement : la peur, la confrontation avec la justice, la famille et les bénéfiques qu'ils avaient à consommer par rapport aux inconvénients les ont aidés à faire leur choix.

Aux autres, venant sous la contrainte, et qui n'ont pas l'intention de parler de leur addiction, il leur est proposé une auto-évaluation des risques ainsi qu'une présentation des outils à la disposition du centre de soins avec comme espoir qu'ils viendront un jour rencontrer l'équipe.

viii. Les interventions en milieu carcéral

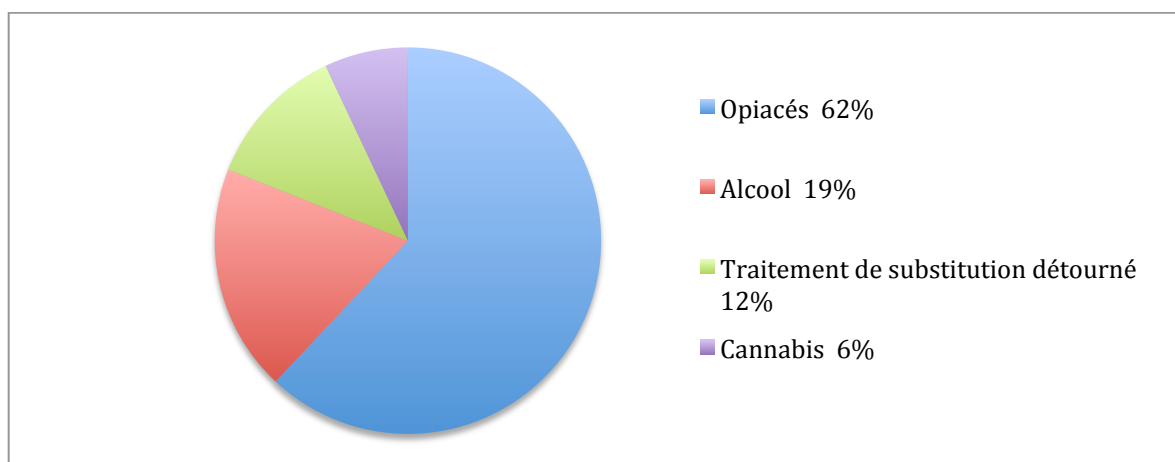
Les intervenants du centre de soins Le Relais consultent dans trois centres pénitentiaires : Loos, Sequedin et Annoeulin.

16 patients auront été vus en 2011, dont 2 pour qui cela aura été leur premier contact avec un intervenant en addictologie.

Ce ne sont que des hommes et 86% d'entre eux ont entre 30 et 49 ans.

70% des demandes sont faites par le patient ou un des proches, le reste étant sur la demande du Service Médico-Psychologique Régional.

ix. Produits à l'origine de la prise en charge



Graphique 19 : Les produits à l'origine de la prise en charge en milieu carcéral en 2011 au Relais.

x. Le sevrage et la prévention des risques

Sept sevrages ont été initiés au centre hospitalier et suivis au CSAPA en 2011.

Dans le cadre de sa campagne de réduction des risques, le CSAPA le Relais fourni du « matériel de réduction des risques » aux patients demandeurs, ainsi 140 trousse d'injection, 279 seringues et 2000 préservatifs ont été distribués durant l'année 2011.

L'action de prévention a été la formation et l'information en milieu scolaire à raison de 13 heures en 2011 (2h dans le secondaire, 9h dans l'enseignement supérieur et 2h en milieu social).

c. L'association Réagir

L'association Réagir regroupe deux centres de soins :

Un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie situé sur deux sites Tourquennois:

✚ 117, rue de Dunkerque

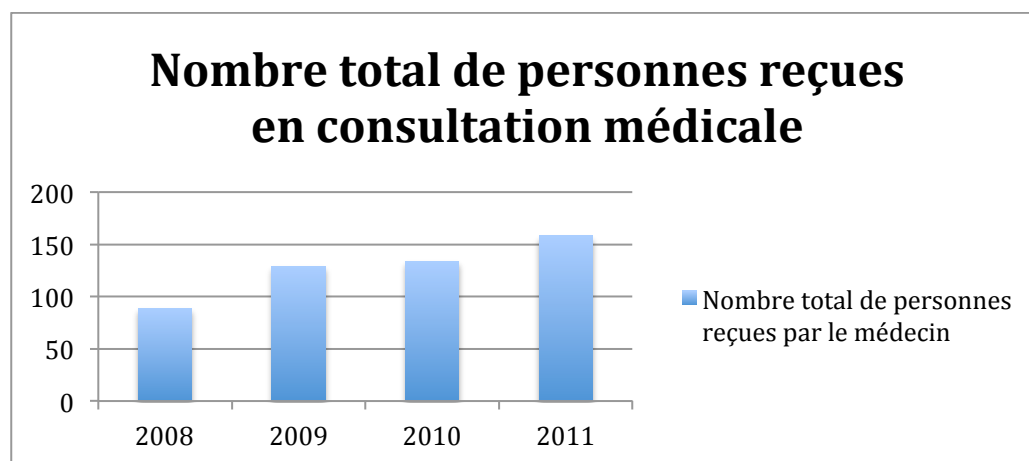
✚ 15, rue Monseigneur

Et un centre d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues. Ce dernier propose un accueil de jour, un hébergement d'urgence et des soins ambulatoires.

La mission principale de l'association est d'accueillir, soigner les personnes connaissant des problématiques d'addiction mais aussi prévenir les risques infectieux liés à la consommation de substances psycho actives. L'association mène aussi une mission de soutien de l'entourage de la personne dépendante. Enfin, des actions de prévention ont lieu, notamment dans les établissements scolaires de la ville et auprès des partenaires associatifs.

1) Réagir : le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

L'activité médicale du centre de soins n'a cessé d'augmenter entre 2008 et 2011 en doublant quasiment en 4 années.



Graphique 20 : Total de patients reçus en consultation médicale à Réagir en 2011.

Le motif principal de consultation médicale au centre de soins est une demande de mise sous traitement de substitution : idée ou non d'arrêter la consommation d'opiacés.

Différents facteurs sont à l'origine de la demande : les obligations de soins, la pression de l'entourage, la souffrance, le « ras de bol »...

Lors de la première consultation, il s'agit de préciser et de travailler la demande.

Pour certains patients, arrêter ne signifie pas forcément une abstinence totale, mais de soulager le manque, la douleur, les problèmes de justice. Diminuer donc les conséquences de la consommation, mais pas nécessairement l'usage lui-même.

Ainsi, l'objectif commun du médecin et du patient peut être de diminuer et/ou de contrôler la ou les consommations, la plupart des patients étant polyconsommateurs.

Par ailleurs, la présence d'un psychiatre permet au centre de soins des orientations plus fluides, d'appréhender cette dimension psychiatrique et de réaliser au milieu des relais vers les Unités Tourquennoises de Psychiatrie ou les Centre Médico-Psychologiques de Tourcoing.

Un nombre non négligeable de patients ne fait que passer par Réagir, ensuite leur médecin traitant prend le relais, la délivrance de traitement substitutif se fera en pharmacie de ville.

D'autres, ont un médecin traitant mais préfèrent ne pas dévoiler leurs consommations et viennent à Réagir anonymement.

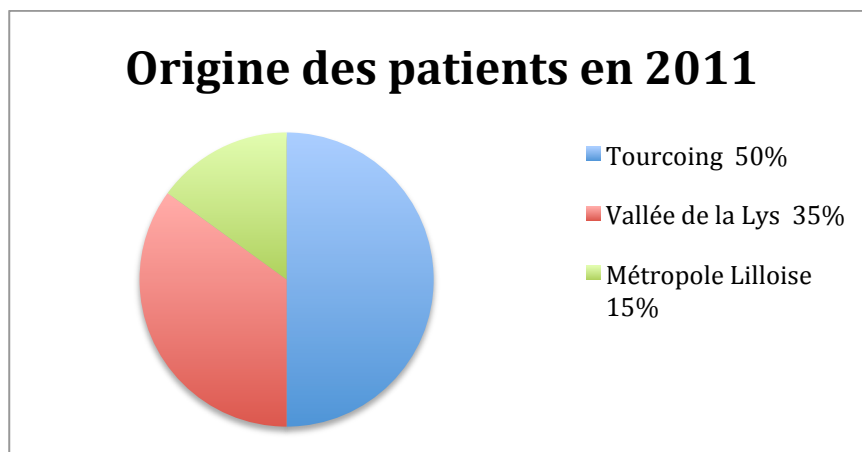
i. Le profil des patients

Au sein du centre de soins réagir, trois quarts des patients sont des hommes et près de la moitié ont entre 30 et 40 ans. Presque 70 % des patients ont un logement stable, les autres personnes reçues vivent en précarité, foyers provisoires, voire sont sans domicile. La moitié des patients sont parents, et la moitié de ces parents ont la garde de leurs enfants.

Un patient vu par l'équipe des psychologues sur trois a connu l'incarcération et un quart a des obligations judiciaires.

ii. L'origine des patients

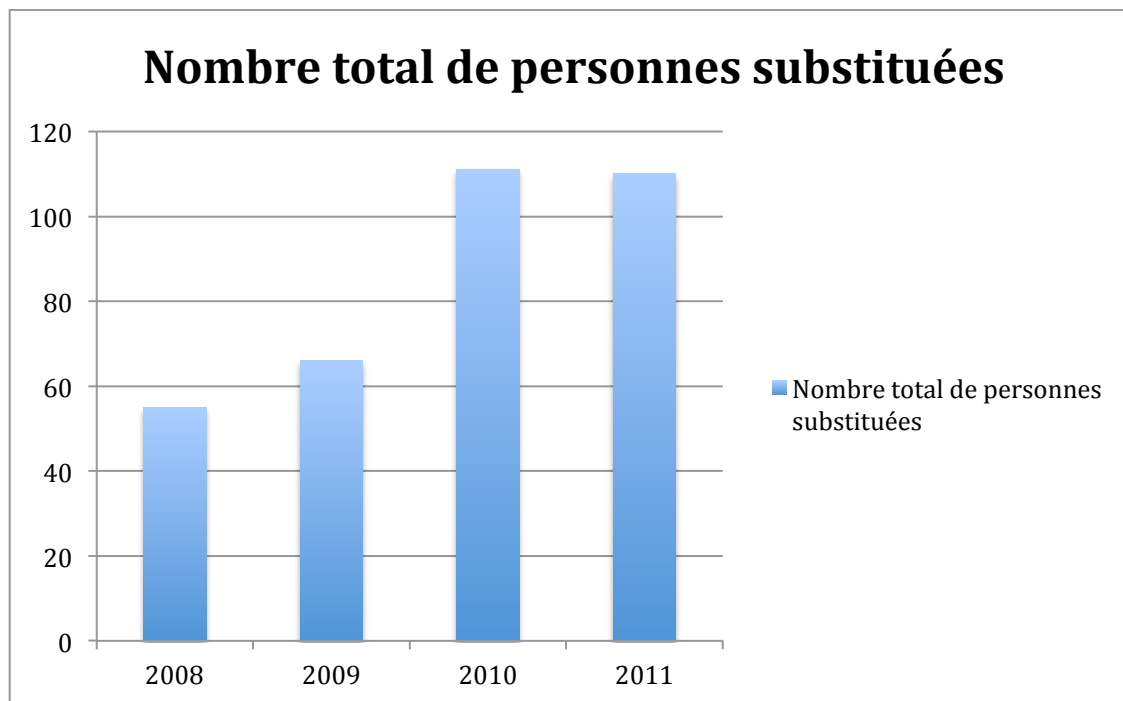
Contrairement aux centres de soins Roubaisiens, Réagir attire des patients non Tourquennois pour la moitié de la file active.



Graphique 21 : Origine géographique des patients en 2011 à Réagir.

iii. Les patients substitués à Réagir

Mécaniquement, la file active augmentant au fil des ans, le nombre de patients en substitution également ; il a doublé en 4 ans.



Graphique 22 : Total de patients substitués en 2011 à Réagir.

iv. Les missions complémentaires

Dans le cadre de ses missions, l'association Réagir consacre une partie de son activité à la prévention des conduites addictives auprès du public jeune.

Il s'agit en majorité d'un public qui se situe dans l'usage à risque de substances psychoactives mais pour qui les dommages sociaux et psychologiques restent marginaux. Plus précisément, l'ambition est d'intervenir en amont du parcours de vie de la personne et d'être présent dès les premières expérimentations de produits afin d'éviter la venue de problématiques multiples, génératrices de souffrance, d'isolement et d'exclusion. Du travail de prévention à proprement parler, on peut ainsi envisager d'aller progressivement vers un suivi plus personnalisé si le jeune ou l'entourage en a besoin.

- ✓ L'intervention collective en établissement scolaire

Ces interventions ont concerné 259 élèves sur six sites : Collège Pierre Mendès-France, lycée Sévigné, Collège A. Roussel et le lycée Le Corbusier à Tourcoing, le collège Jules Verne à Neuville-en-Ferrain, et le lycée Saint-Exupéry à Halluin.

Elle se fait sous la forme de conférences avec comme outils médiateur la vidéo ou l'affichage, facilitant la prise de contact avec le public.

- ✓ L'intervention en institution spécialisée

Deux services de l'institution de protection judiciaire de la jeunesse de Tourcoing sont concernés (le foyer rue Guisnes et le service de milieu ouvert).

La médiation se fait au sein du foyer aux temps de repas du soir avec les éducateurs et les jeunes. Le partage d'une partie de leur quotidien à faciliter la prise de contact et la libéralisation de la parole.

- ✓ Le travail de proximité sur le quartier Bourgogne

Le travail s'est poursuivi jusque dans la rue et le quartier de la Bourgogne à la rencontre des habitants et des associations, des commerçants et des jeunes.

Ce partenariat a permis la réalisation de repas avec un groupe de jeunes ainsi qu'une animation autour d'un outil de prévention des addictions sous la forme d'un jeu de société.

2) Réagir : le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues

i. L'hébergement

À la différence du CSAPA, le CAARUD de Réagir propose un site d'hébergement des patients et en 2011, pour la deuxième année consécutive, le taux d'occupation a augmenté atteignant 74,4%, ou 2726 nuitées (46).

Moins de personnes différentes ont fréquenté la structure mais elles sont venues plus souvent et pour des séjours plus longs.

L'idée de l'hébergement au sein du CAARUD est, une fois la relation de confiance établie, une réflexion sur les modalités des aides qui permettront d'améliorer la situation.

	2009	2010	2011
Nuits d'ouverture	335	334	335
Nombre de pers hébergées	191	244	200
dont nouvelles personnes	100	105	98
Nombre de nuitées	2434	2567	2726
Taux d'occupation	67%	70%	74,4%

Tableau 6 : Hébergement au CAARUD Réagir. Rapport d'activité Réagir 2011.

ii. La consultation post-hébergement

Sur l'orientation des éducateurs, les hébergés peuvent tout au long de la semaine rencontrer les membres de l'équipe soignante ainsi que l'assistante sociale. C'est au cours de ces consultations qu'un bilan complet est réalisé et qu'un projet de soins individualisé donne lieu à une orientation interne et externe.

iii. La réduction des risques

Idée prioritaire du CAARUD Réagir, elle peut être schématisée ainsi :

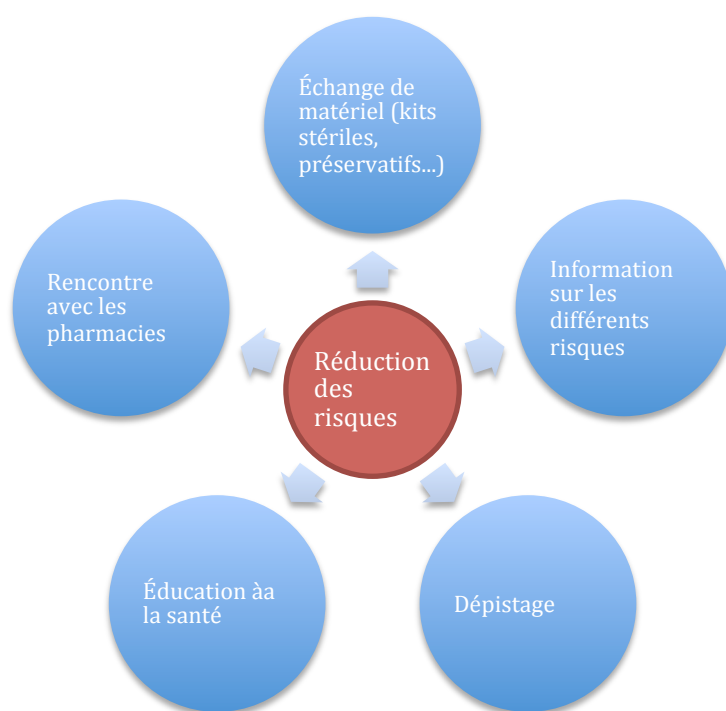


Schéma 9 : La réduction des risques des CAARUD.

Les données du matériel échangé sont les suivantes :

	2009	2010	2011
«Seringues distribuées»	3153	4817	4800
«Seringues récupérées»	4086	3548	3500
Stéricups	2770	2500	2400
Préservatifs	1530	2200	2000
Passages	80	180	170

Tableau 7 : Données du matériel échangé au CAARUD Réagir en 2011. Rapport d'activité Réagir 2011.

C. Le Volet « Ville »

1. Les médecins généralistes

Ils occupent aujourd'hui en France une place centrale dans la prescription des traitements de substitution.

Depuis 1996, ils ont la possibilité de prescrire en première intention de la Buprénorphine Haut Dosage aux patients dépendant aux opiacés. Ils peuvent également prolonger la prescription de Méthadone après initiation du traitement dans un CSAPA, à l'hôpital ou en milieu pénitentiaire.

Ils ont, en outre, souvent une position de recours auprès des patients qui débutent leur consommation de drogues illicites.

a. La démographie des médecins dans le Nord-Pas-de-Calais

La région Nord-Pas-de-Calais regroupe deux départements : le Nord et le Pas-de-Calais.

Avec 326 habitants/km², la région Nord-Pas-de-Calais compte parmi les régions d'Europe les plus densément peuplées. Sa population s'élève à 4 091 129 habitants².

La région Nord-Pas-de-Calais est composée de 90 bassins de vie.

70% des bassins de vie dénombrent moins de 30 000 habitants et sont considérés, d'après l'INSEE, comme étant des bassins de vie ruraux.



Carte1 : Carte administrative du Nord-Pas-de-Calais.

Au 1er juin 2011, la région Nord-Pas-de-Calais recense 14 737 médecins inscrits dont 12 287 actifs et 2 450 retraités.

L'activité générale au 1er juin 2011 est la suivante :

	Nord-Pas-de-Calais		France	
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	
Retraité	2 042	13,9%	15,50%	Retraité
Retraité actif	408	2,8%	2,80%	18,3%
Temporairement sans activité	410	2,8%	2,40%	Activité
Remplaçant	509	3,5%	3,70%	totale
Activité régulière	11 368	77,1%	75,60%	81,7%
Total	14 737	100%	100,00%	100%

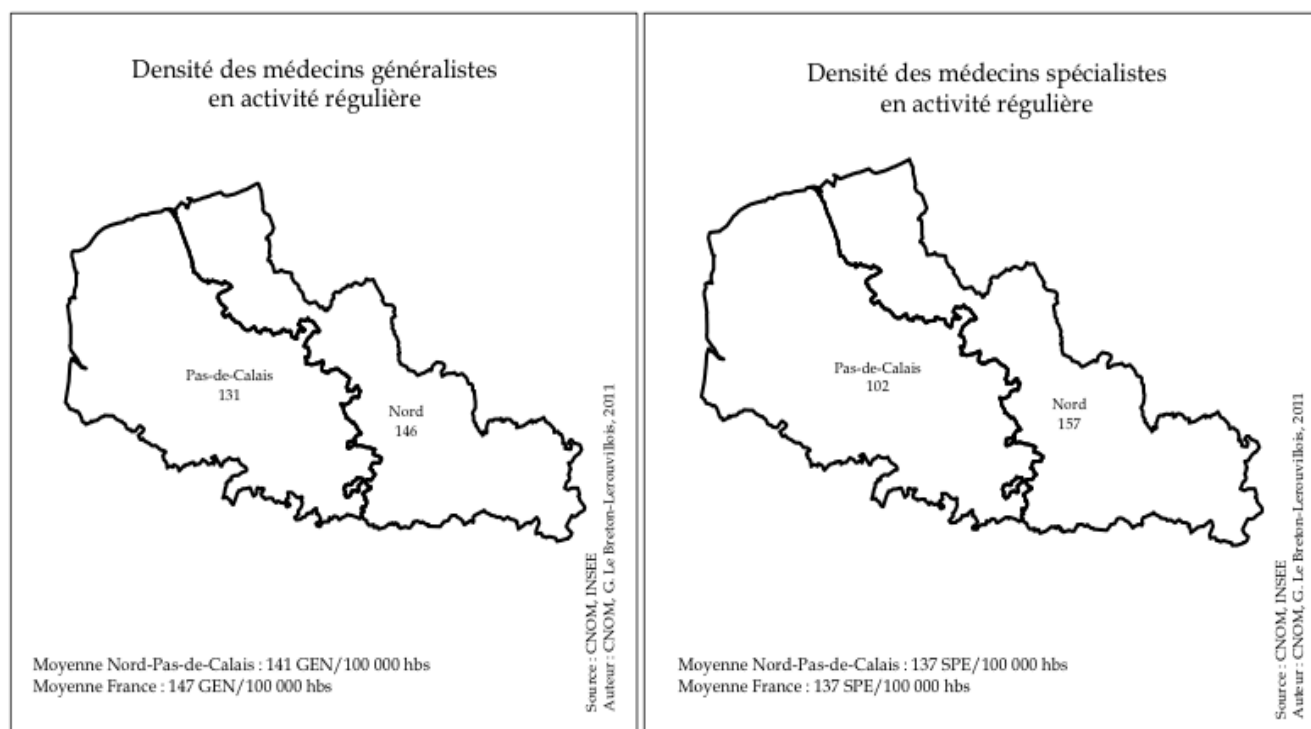
Tableau 8 : Activité générale des médecins inscrits en 2011 dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Avec une densité moyenne de 278 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la région Nord-Pas-de-Calais occupe le 11ème rang des régions les moins dotées.

Selon la définition ordinale, l'activité régulière est composée de médecins qui exercent une activité au même endroit.

Au 1er juin 2011, la région Nord-Pas-de-Calais recense 11 368 médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre des deux départements.

Le département du Nord concentre 69,5% des actifs réguliers de la région.



Carte 2 : Répartition des médecins généralistes et spécialistes à l'échelle départementale.

39% des bassins de vie de la région Nord-Pas-de-Calais sont composés de médecins généralistes libéraux et mixtes âgés de plus de 52 ans.

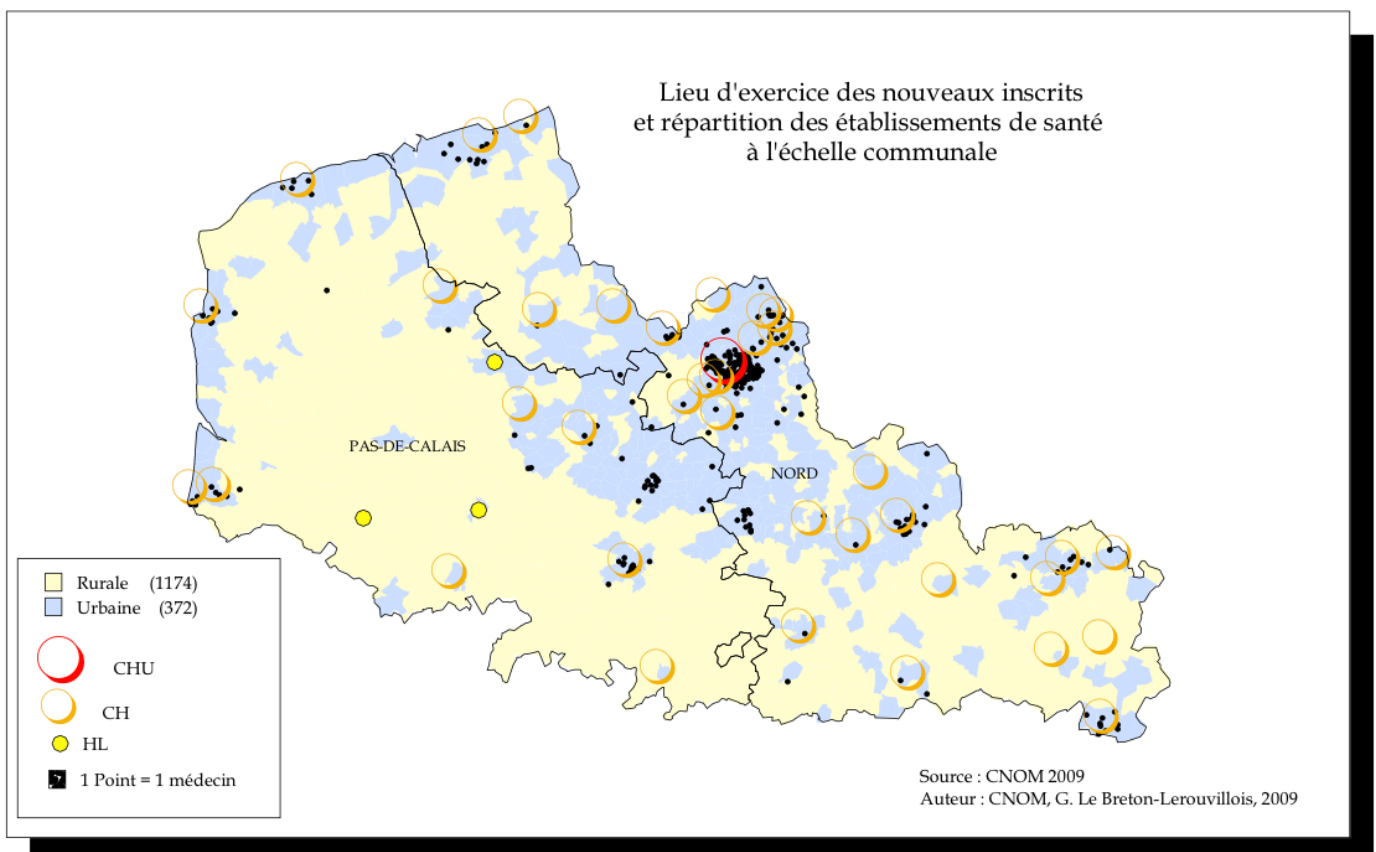
Deux bassins de vie ont la particularité d'avoir des médecins généralistes âgés de 60 ans et plus.

Il s'agit du :

- Bassin de vie de Trélon : 5 976 habitants dont 20% de la population est âgée de 60 ans et plus.
- Bassin de vie d'Auxi-le-Chateau : 7 026 habitants dont 25% de la population est âgée de 60 ans et plus.

Une notion actuelle et intéressante est celle du lieu d'installation. Nous savons qu'actuellement la qualité de vie est fondamentale dans le lieu d'installation des jeunes médecins. Par qualité de vie, il faut comprendre environnement urbain, qualité d'installation, cabinet de groupe et proximité des établissements de santé, comme l'indique la carte page suivante.

Il est de plus en plus rare de voir un cabinet s'ouvrir dans une zone dépourvue d'établissement de santé, ce qui ne fait qu'accentuer le problème de « désert médical ». On peut noter dans ce sens que 39% des nouveaux inscrits ont choisi d'exercer leur activité à Lille.



Carte 3 : Lieu d'exercice des nouveaux médecins inscrits et répartition des établissements de santé à l'échelle communale.

b. Les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais

Début 2012, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a mis à la disposition de l'Observatoire National des Professions De Santé (ONDPS) les premières données issues du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS).

6 267 médecins généralistes exercent dans la région, dont 341 remplaçants.

Cette analyse fondée sur les éléments du répertoire ADELI (Automatisation DES Listes) nous montre que les femmes représentent plus du tiers des effectifs (35 %).

L'analyse de l'évolution des effectifs, démontre que 67 % du total des médecins généralistes de sexe féminin ont au moins 55 ans. À l'inverse, chez les hommes les moins de 55 ans ne représentent que 56 % de leurs effectifs totaux.

L'âge moyen de la cohorte est de 50,9 ans, et les 55 ans et plus représentent 40 % des effectifs.

Les 6 400 généralistes inscrits dans le répertoire ADELI exercent pour 61,6 % en libéral, 7,2 % en activité mixte et 31,2 % en qualité de salariés.

Répartition des médecins généralistes inscrits à l'Ordre

	Nord	Pas-de-Calais
Libéral	63,5 %	62,5 %
Mixte	4,8 %	7,0 %
Salariat	31,8 %	30, %

Tableau 9 : Répartition des médecins généralistes inscrits à l'ordre. Conseil de l'ordre des médecins du Nord et du Pas-de-Calais, 2013.

2 150 généralistes de la région exercent dans leur cabinet médical, selon les modalités classiques (1 médecin dans son cabinet), soit 55 % des effectifs. 1 800 généralistes de la région exercent dans un cabinet regroupé, soit 45 % des effectifs.

Les zones de proximité les plus attachées au mode d'exercice individuel sont : Lille, le Montreuillois, la Sambre-Avesnois. A l'inverse, l'exercice en cabinet regroupé est plus important sur le Boulonnais, à Roubaix-Tourcoing et sur Lens-Hénin.

La densité en généralistes libéraux est proche de la moyenne dans les trois secteurs où l'exercice regroupé est supérieur à la moyenne régionale : Flandre intérieure, Dunkerquois et Sambre-Avesnois.

A l'exception du Boulonnais, les zones de proximité dotées de la plus faible densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants sont plutôt celles sur lesquelles l'exercice en cabinet individuel est le plus important et où la proportion de 55 ans et plus est la plus significative.

461 généralistes sont à la fois installés dans un cabinet libéral et exercent une activité salariée : 226 interviennent aussi en établissement, 34 interviennent aussi dans un centre de santé et 200 interviennent dans diverses structures, dont 135 dans le champ du handicap (22,7 ETP).

Selon les données des Ordres, l'activité est majoritaire dans le cadre de l'activité libérale. Une étude sur le nombre d'actes moyens par généraliste, selon qu'il exerce exclusivement en libéral ou en exercice mixte, démontre que l'activité moyenne d'un généraliste mixte représente environ 80 % de l'activité d'un généraliste exclusif.

Concernant la zone de proximité de Roubaix, le tableau suivant sur l'offre de généralistes de premier recours nous montre que les agglomérations de Roubaix et Tourcoing sont parmi les seules dont les médecins généralistes n'offrent pas de mode d'exercice particulier (allergologie, homéopathie, acupuncture), ils ont également une activité quasi exclusivement libérale (50):

Offre de généralistes de premier recours par zones de proximité

ZONE DE PROXIMITÉ	Libéraux exclusifs	0,8 ETP mixtes	Offre de libéraux en ETP	- Modes d'exercice particulier	+ Généralistes salariés de centre de santé	Offre médicale de premier recours
Arrageois	215	28	243	7	0	236
Audomarois	103	6	109	9	0	100
Béthunois Bruaysis	240	30	270	11	26	285
Boulonnais	185	9	194	8	0	186
Calaisis	141	10	151	5	1	147
Cambrésis	152	14	166	17	0	149
Douaisis	237	17	254	17	20	257
Dunkerquois	226	24	250	26	0	224
Flandre	172	25	197		0	197
Lens Hénin	298	27	325	15	60	370
Lille	920	83	1 003	166	12	849
Montreuillois	101	14	115	1	0	114
Roubaix-Tourcoing	428	34	462		0	462
Sambre Avesnois	194	17	211	16	0	195
Valenciennois	331	31	362	28	14	348
TOTAL	3 943	369	4 312	- 326	+ 133	= 4119

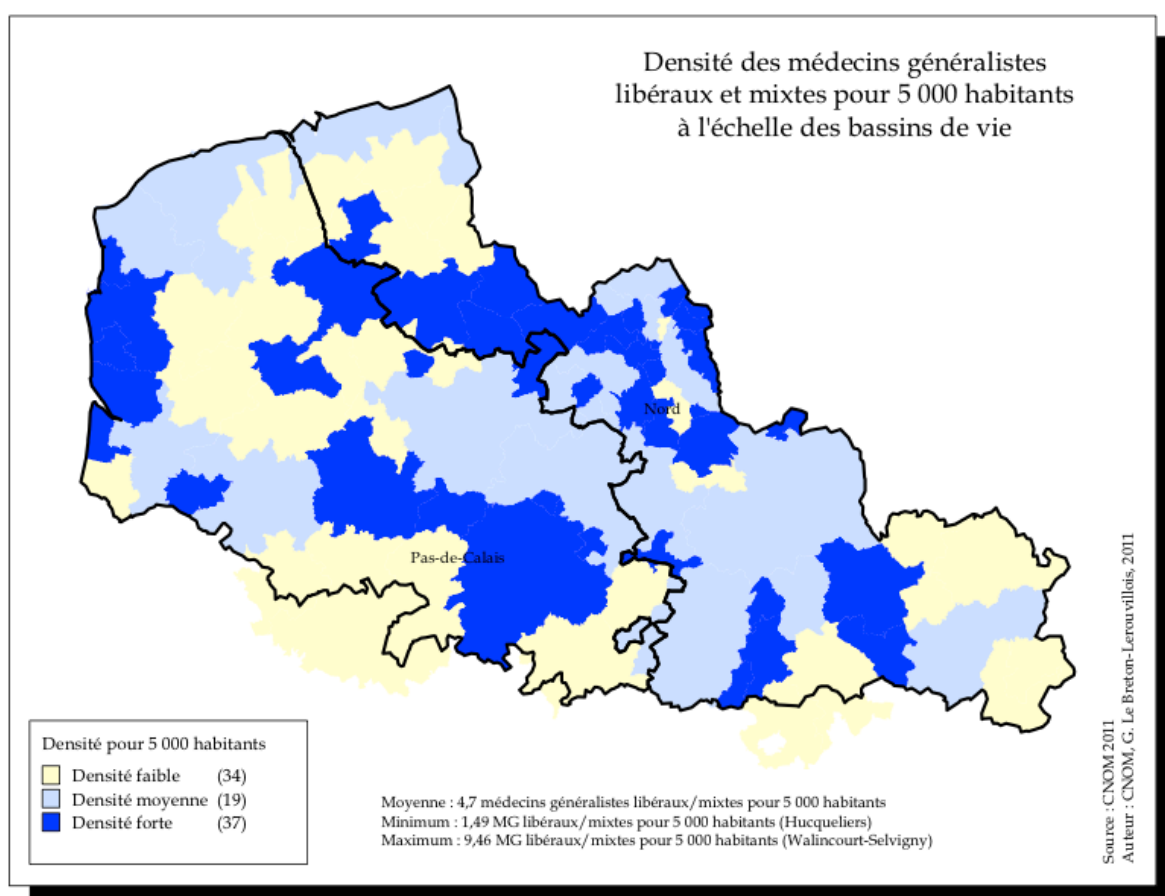
Tableau 10 : Offre de généralistes de premier recours par zones de proximité. ARS. Démographie des professionnels de santé. Etat des lieux en région Nord - Pas-de-Calais. Premier semestre 2012.

La même enquête révèle que l'agglomération Roubaix-Tourcoing a une offre médicale de premier recours parmi les meilleures du Nord-Pas-de-Calais avec 109 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 87 dans le dunkerquois par exemple. L'agglomération lilloise est en tête avec 118 médecins généralistes pour 100 000 habitants :

Offre de médecins de premier recours pour 100 000 habitants

ZONE DE PROXIMITÉ	Nombre d'habitants	Nombre de Médecins de premier recours	Nombre de médecins de premier recours pour 100 000 habitants
Arrageois	244 511	236	96,52
Audomarois	118 253	100	84,56
Béthunois Bruaysis	292 122	285	97,56
Boulonnais	162 766	186	114,27
Calaisis	159 778	147	92,00
Cambrésis	159 562	149	93,38
Douaisis	247 626	257	103,78
Dunkerquois	255 081	224	87,81
Flandre	179 287	197	109,87
Lens Hénin	369 489	370	100,14
Lille	718 605	849	118,14
Montreuillois	112 612	114	101,23
Roubaix-Tourcoing	421 570	462	109,59
Sambre Avesnois	234 131	195	83,28
Valenciennois	349 097	348	99,68
Nord Pas-de-Calais	4024490	4119	102,35

Tableau 11 : Offre de médecins de premier recours pour 100 000 habitants. ARS. Démographie des professionnels de santé. Etat des lieux en région Nord - Pas-de-Calais. Premier semestre 2012.



Carte 4 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5000 habitants.

D. Le Réseau Ville-Hôpital

Les premiers "réseaux ville-hôpital" concernaient la prise en charge des personnes atteintes du VIH. Leur champ d'intervention s'est ensuite étendu à d'autres pathologies et thématiques de santé : toxicomanie, alcool, santé-précarité, hépatite C, soins palliatifs, diabète.

Un réseau ville hôpital addictions est un ensemble de professionnels de différentes spécialités (pharmaciens, médecins hospitaliers, généralistes, assistantes sociales, etc.) qui se regroupent afin d'échanger, de progresser sur la problématique de l'addiction (toxicomanie, alcool, médicaments) (51).

Chaque professionnel, grâce à son expérience, vient enrichir la réflexion du groupe qui conviendra d'un ensemble de « bonnes pratiques ». L'apport de chacun des professionnels qui s'implique dans le réseau permet une meilleure prise en compte du patient dans sa globalité (aspects médicaux, psychologiques, sociaux). L'objectif visé est d'améliorer la prise en charge des patients dépendants à une drogue ou à l'alcool.

1. Les missions du réseau

Elles sont multiples et complémentaires. Le réseau ville-hôpital doit permettre d'améliorer la santé physique et psychique des personnes dépendantes en favorisant le suivi en médecine de ville et en permettant une meilleure coordination entre les différents professionnels intervenants (assistance sociale, psychiatre, généraliste, etc.). Ce réseau doit également favoriser l'accès au soin des personnes dépendantes sans imposer l'abstinence.

Tout au long de l'année, il doit permettre de développer les compétences des médecins de ville dans la prise en charge des personnes toxicomanes ou alcooliques en initier des actions de formation auprès de professionnels et ainsi optimiser l'accueil et la prise en charge des personnes dépendantes en s'efforçant de répondre à la demande là où elle s'exprime en premier lieu.

2. Accès et répartition territoriale

Il faut être hospitalisé ou orienté par un professionnel (son médecin généraliste par exemple) ou un centre de soins membre du réseau pour y accéder.

La prise en charge devient effective après une information complète et l'accord du patient ; la confidentialité des éléments le concernant est garantie.

On compte 59 réseaux ville-hôpital intervenant dans le champ des addictions sur l'ensemble du territoire. Dans chaque région, il existe au moins un réseau ville-hôpital addictions et ils sont plus nombreux en Ile-de-France (25).

3. Le Protocole Ambulatoire de Sevrage en Boissons Alcooliques

Le service d'addictologie du CHRU de Lille, l'association Généralistes et Toxicomanies G&T 59-62 et le réseau Lille Addictions ont développé un Protocole Ambulatoire de Sevrage en Boissons Alcoolisées, le PASBA. Il reposait sur un partenariat

avec les professionnels libéraux de la métropole lilloise et des communes avoisinantes (52).

Initié en 2004 dans la région Nord-Pas-de-Calais, le PASBA avait pour philosophie de réduire les risques de la pharmacodépendance alcoolique (53).

La neurotoxicité des sevrages alcooliques répétitifs est clairement établie et ses conséquences peuvent être irréversibles (54).

Le but du PASBA était donc de sevrer « proprement » de l'alcool tout en évitant l'hospitalisation grâce à une surveillance et des soins personnalisés et rapprochés (soins biquotidiens à J1 et J3, puis quotidiens à J4 et J10, puis toutes les semaines, etc...).

Une qualification en addictologie était requise pour le médecin généraliste ou l'infirmier qui effectuait ces soins.

La stratégie de mise en place était basée sur quatre piliers : la formation des acteurs du secteur (médecins généralistes et infirmiers), l'articulation entre la ville et les centres ressources à l'aide des intervisions, l'évaluation par le patient grâce à un questionnaire de satisfaction et le financement des actes de concertation et des acteurs médicaux et paramédicaux (53).

Malgré une demande en progression continue depuis sa mise en place sur le secteur, le financement du PASBA a été suspendu en 2012 dans un contexte de rigueur budgétaire. Il était pourtant un moyen efficace et sûr pour le sevrage des patients alcoolo-dépendants et permettait une intégration croissante des médecins généralistes au sein du réseau. Il permettait également un élargissement du champ de compétences des médecins généralistes grâce aux formations et une cohésion du réseau ville-hôpital grâce aux intervisions.

Son arrêt a donc été un frein à la prise en charge coordonnée de patients alcoolo-dépendants et au maintien de ceux-ci au sein du système de soins primaire.

DISCUSSION

I. CONNAISSANCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU DISPOSITIF DE SOIN ET DE LA PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

Ces cinquante dernières années ont été marquées par une forte évolution des concepts et de l'organisation des soins et de la prévention dans le domaine de l'addiction.

Le Livre Blanc de l'Addictologie Française (55) nous rappelle qu'au début des années soixante-dix apparaissent les premières structures destinées à traiter l'alcoolisme, les Centres d'Hygiène Alimentaire, ainsi que les premiers centres d'accueil ou de postcure, créés par des associations ou des hôpitaux. Parallèlement, la circulaire du 14 mars 1972 attribuée aux secteurs psychiatriques la « lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ».

Vingt ans plus tard, l'explosion de l'épidémie de SIDA a bouleversé cette organisation en provoquant l'évolution, d'une part, des actions et services de réduction des risques (accès aux seringues stériles, accueil, soins, aide aux populations désinsérées), et, d'autre part, la médicalisation avec l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (AMM en 1995).

Le développement du recours aux traitements de substitution a mis en lumière le rôle joué par le médecin généraliste, notamment au sein de réseaux, dans l'accès aux soins et dans le suivi de patients dépendants.

À la fin des années 1990, un premier Plan d'action gouvernemental concrétise ce virage vers de nouvelles conceptions en mettant l'accent sur l'ensemble des conduites de consommations et sur les différentes stratégies préventives ou thérapeutiques à adopter.

En 2001, le rapport « RASCAS » (Réflexions sur les Aspects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions) met en lumière l'articulation nécessaire entre la médecine de ville, le dispositif médico-social et les hôpitaux.

Parallèlement, l'addictologie a été reconnue comme une discipline universitaire à part entière avec la création du DESC d'Addictologie.

Cette évolution s'est poursuivie avec, en 2004, la loi de Santé Publique qui a officialisé le développement d'actions et de structures de réduction des risques en direction des usagers de drogues illicites en donnant naissance aux Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD) en 2005, et, grâce au décret de 2007, aux Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Cette évolution s'est également concrétisée par l'apparition du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 permettant une structuration visible de l'addictologie hospitalière en trois niveaux (de proximité, de recours et de référence).

Au-delà de cette organisation territoriale du dispositif d'addictologie et de la formation des acteurs concernés, deux enjeux complémentaires sont la clé de la qualité des soins et de l'efficacité du dispositif, à savoir :

- ✚ le parcours de soin des patients
- ✚ la coordination de l'ensemble des acteurs de cette offre de soins

C'est pourquoi le médecin généraliste doit connaître le dispositif et permettre au patient d'entrer dans son « parcours de soin » au bon moment.

1. Les implications des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont la responsabilité de repérer et de prendre en charge les patients avec une consommation excessive, à risque ou nocive (56), ils sont par ailleurs leur « porte d'entrée dans le soin » (55).

Cependant, ces praticiens en soins primaires éprouvent des difficultés à dépister et conseiller ces patients. Parmi les raisons citées se trouvent le manque de temps, une formation inappropriée, une inquiétude vis-à-vis des patients réticents, et la conviction que ces patients ne sont pas réceptifs (56).

Par conséquent, la qualité des réponses est très hétérogène, allant d'une minorité de médecins généralistes fortement impliqués, jusqu'à des refus catégoriques de prise en charge.

Nous pourrions schématiser cet état de la façon suivante :

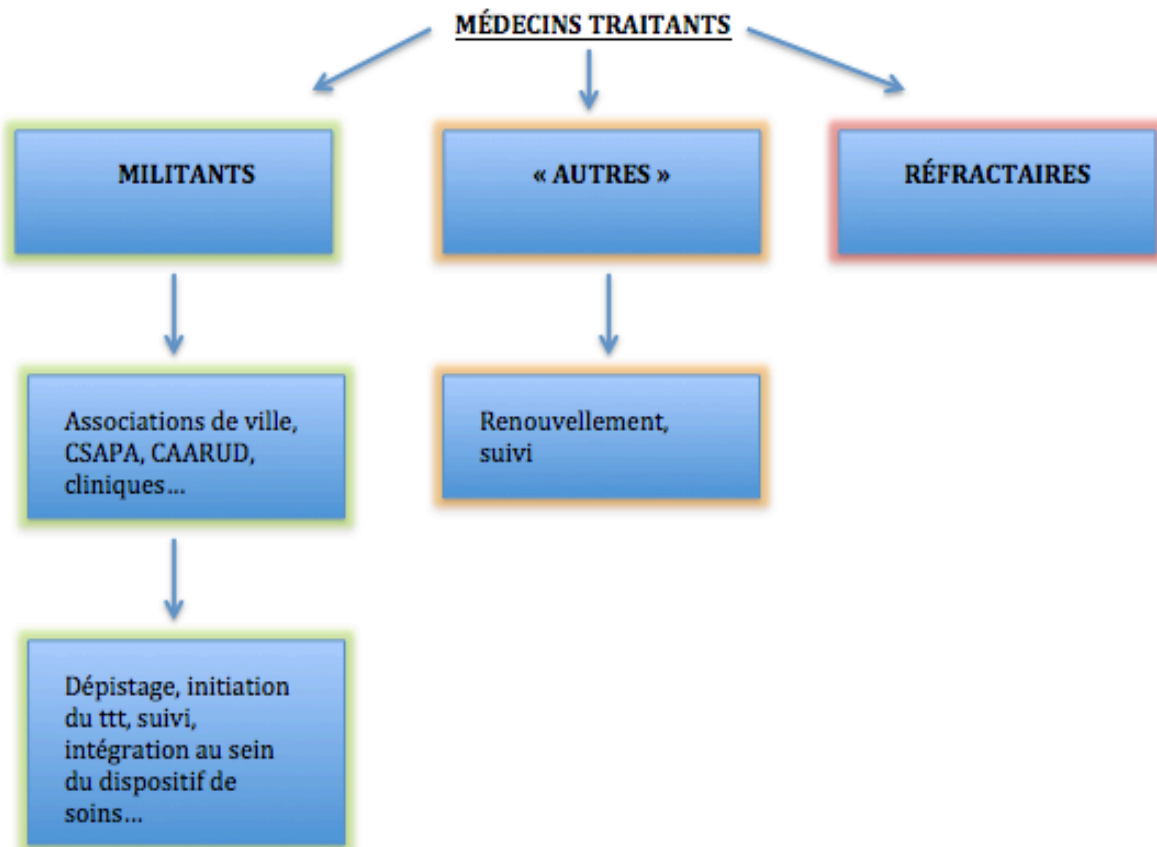


Schéma 10 : L'implication des médecins généralistes en addictologie.

Concernant les médecins « militants », une enquête de l'INPES datant de 2009 nous révèle que seulement 5% des médecins généralistes participent à un réseau d'addictologie, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool, ou, le plus souvent, des drogues illicites (57). Or il est intéressant de noter que, quel que soit le produit, le repérage systématique des pratiques addictives se révèle très lié au fait d'appartenir à ce type de réseau.

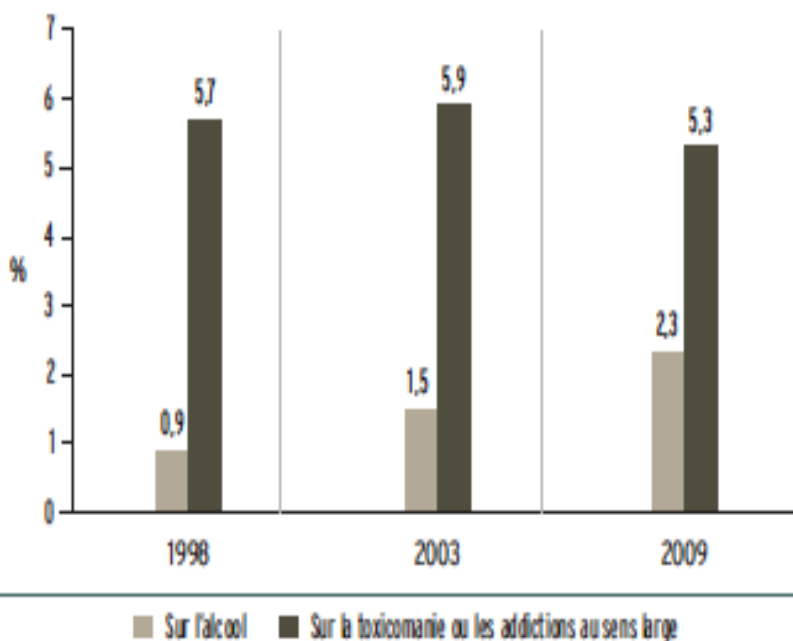
a. Les médecins participant à des réseaux de santé

Comme souligné précédemment, la participation à des réseaux de santé portant sur les addictions (tabac, alcool ou, le plus souvent, drogues illicites) concerne une minorité de médecins généralistes, alors que cette caractéristique est associée à une plus forte probabilité de pratiquer un repérage systématique des consommations de substances psychoactives chez les patients.

En 2009, 5,3 % des médecins déclarent appartenir à un réseau de prise en charge de la toxicomanie ou des addictions au sens large (57). Cette proportion apparaît similaire à celles de 2003 (5,9 %) et de 1998 (5,7 %).

En revanche, l'implication dans un réseau portant uniquement sur l'alcool s'avère en hausse significative entre 1998 (0,9 %) et 2009 (2,3 %).

Participation des médecins généralistes à un réseau de santé, par année (en pourcentage)



Graphique 23 : Participation, par année, des médecins généralistes à un réseau de santé. INPES. Baromètre santé 2009.

b. Un maillon du dispositif d'addictologie

La quasi-totalité des médecins généralistes (94,5 %) prennent en charge leurs propres patients dans le cadre d'un sevrage tabagique. Il est intéressant de noter que, depuis 1993, la prise en charge de ces patients en liaison avec une structure augmente,

passant de 5,1% à 16,4%, ce qui reflète une prise de conscience du médecin généraliste du réseau existant, mais aussi un développement de ce dernier (57).

Concernant la prise en charge des patients ayant une problématique avec l'alcool, les tendances diffèrent. Si la prise en charge de ces patients, seul au cabinet, diminue la prise en charge avec une structure spécialisée également, ces médecins préférant désormais d'emblée adresser leurs patients à un confrère, un centre de soins, ou à l'hôpital.

L'interprétation de cette évolution peut être double : le médecin généraliste ne souhaite plus ou pas prendre en charge ces patients, ou il estime plus efficace ou plus adaptée cette prise en charge au sein d'une structure.

En ce qui concerne la prise en charge des consommateurs de cannabis, les médecins généralistes se répartissent à parts relativement égales entre les trois situations proposées (prise en charge seul au cabinet, en lien avec une instance extérieure ou orientation).

En outre, la majorité des médecins ne prennent pas en charge les usagers d'opiacés ou d'autres drogues illicites, et lorsqu'ils le font, c'est quasi systématiquement en association avec une structure ou un confrère.

	1993	1998	2003	2009
Tabac				
Seul	93,6	88,8	86,5	78,1
En liaison avec une structure	5,1	9,1	11,3	16,4
Adressés à une structure ou un confrère	1,3	2,1	2,2	5,5
Alcool				
Seul	25,4	19,7	19,9	17,0
En liaison avec une structure	63,2	67,0	68,4	59,7
Adressés à une structure ou un confrère	11,4	13,3	11,7	23,3
Cannabis				
Seul				27,7
En liaison avec une structure				34,0
Adressés à une structure ou un confrère				38,3
Autres drogues illicites				
Seul				6,8
En liaison avec une structure				31,8
Adressés à une structure ou un confrère				61,4

Tableau 12 : Mode de prise en charge des patients, déclaré par les médecins généralistes concernés, pour chaque substance et par année. INPES. Baromètre santé 2009.

En plus d'apporter des soins, on se rend bien compte que le médecin traitant est un maillon essentiel dans la coordination des soins.

Une enquête de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé datant de 2009 nous montre que la coordination des soins par le médecin généraliste est désignée comme un des aspects les plus importants de la prise en charge du patient (58).

Les usagers valorisent le rôle du médecin généraliste comme « aiguilleur » dans le système de santé.

2. Les raisons de la méconnaissance

Selon une enquête menée par l'OFDT, pour les médecins généralistes interrogés, les facteurs de réussite de la prise en charge des patients dépendant sont d'abord « la formation à la toxicomanie », puis « l'appartenance à un réseau » et la « connaissance du patient » ; les principaux obstacles seraient les problèmes de « disponibilité » et le « manque de motivation des toxicomanes » (59).

a. Une carence de connaissance du dispositif, l'exemple Girondins

Présentée en 2010 par le docteur Augère, un travail concernant l'apport d'une visite d'une Déléguée Santé Prévention (DSP) d'un réseau addiction auprès des médecins généralistes, a permis de faire un état des lieux précis sur la connaissance qu'avaient les médecins généralistes de la région bordelaise sur le dispositif addictologique local.

Cette étude a mis en parallèle deux populations de médecins : ceux qui n'avaient jamais été informés par une déléguée, le « Territoire Libournais », et ceux ayant reçu cette information, le « Territoire DSP » (60).

Les médecins généralistes retenus selon les critères d'inclusion de l'étude devaient :

- + Être en activité et médecins traitants de patients selon la loi n° 2004.810 du 13 août 2004 (art. L162-5-3 du code de la sécurité sociale) ;
- + Avoir une activité libérale supérieure à 0,25 ETP (équivalent temps plein) ;
- + Être à plus de 1 an de la retraite évaluée à 65 ans ;
- + Ne pas avoir d'exercice particulier exclusif (acupuncteurs, ostéopathes, homéopathes,...).

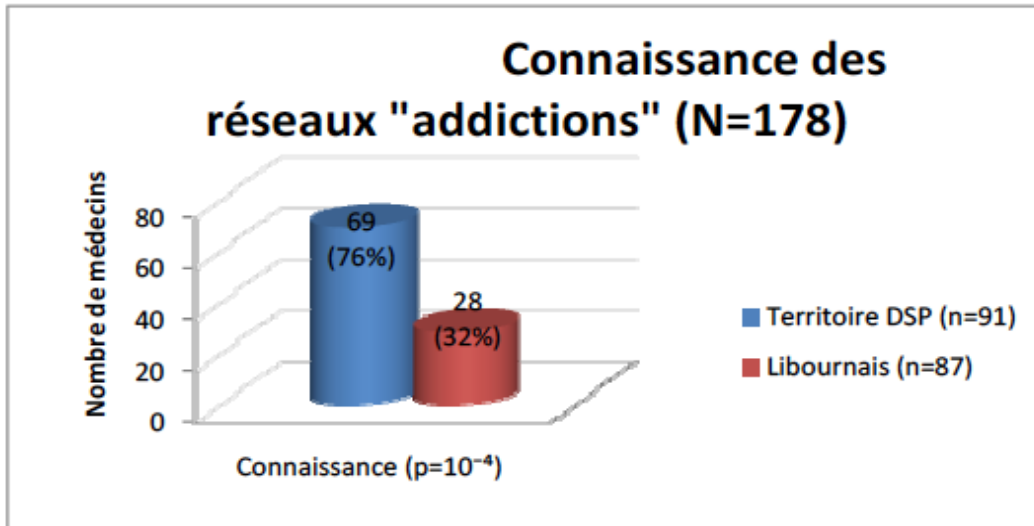
L'étude a été menée auprès de 240 médecins généralistes, 120 dans chaque groupe (ayant reçu ou non la visite de la DSP), par envoi de courrier postal et relance téléphonique et les taux de réponses ont été de 81% sur le territoire de la DSP et de 75% sur le territoire du Libournais.

i. Les réseaux

Le Docteur Augère met en évidence dans sa thèse « Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addictions », auprès des médecins généralistes girondins » la très nette méconnaissance des médecins répondant à la question « connaissez-vous des réseaux de santé, dans le champ des addictions, en Gironde ? ».

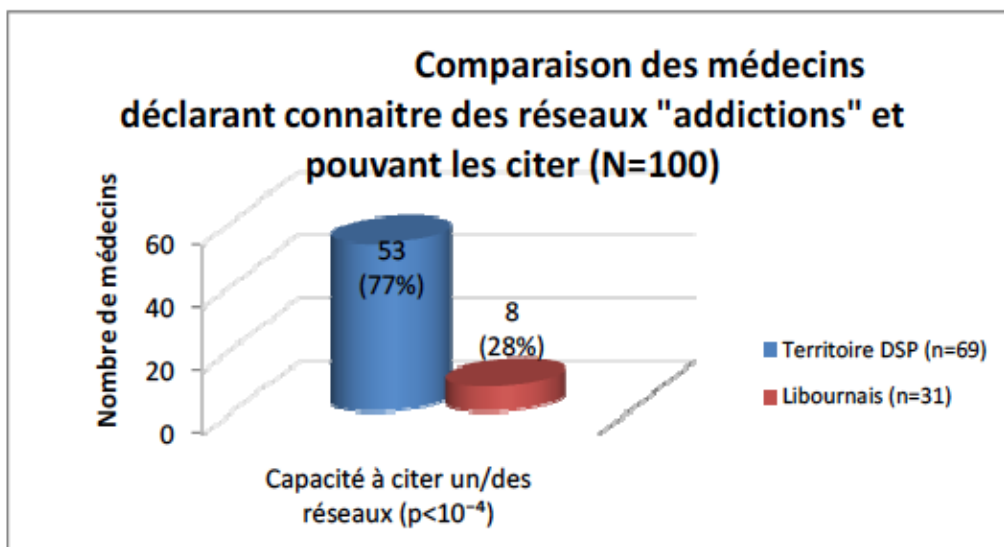
En effet, seulement un tiers des médecins non informés directement pensait connaître le réseau, et parmi ce tiers, un quart seulement pouvait en nommer un élément (soit 8% des médecins).

Il est intéressant de noter que parmi les médecins pensant connaître les réseaux, beaucoup de leurs réponses se rapportaient à des services hospitaliers, à des noms d'associations, à des centres de consultations, qui ne sont pas des réseaux.



Graphique 24 : Connaissance des réseaux « addictions » par les médecins généralistes girondins. Tiré de : AUGÈRE Fanny. *Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction », auprès des médecins généralistes girondins*. Th : Med : Université de Bordeaux 2 : 2010, 83p.

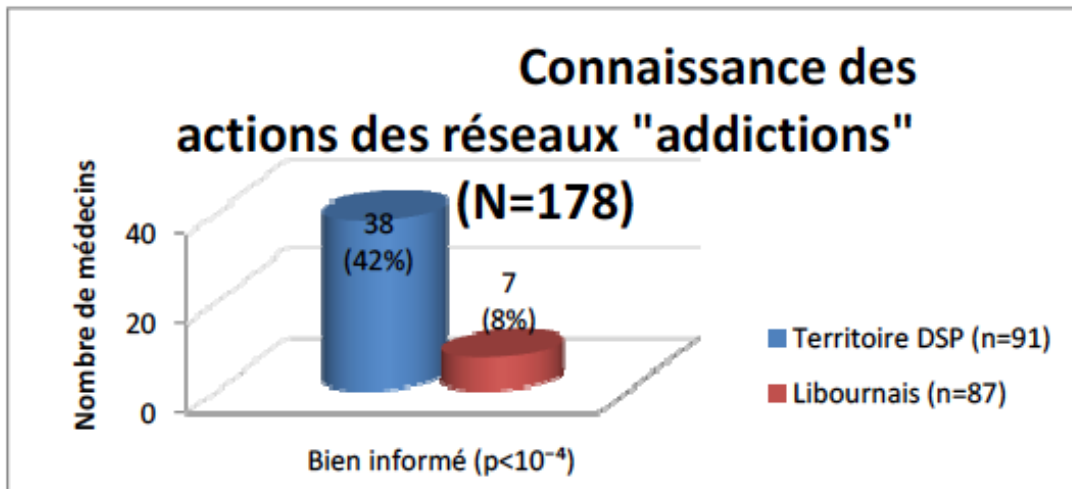
Parallèlement à cela, les trois quarts des médecins ayant reçus une information ciblée en addictologie déclaraient connaître des réseaux « addictions », et parmi ces derniers, ils sont 75% à pouvoir effectivement les nommer sans confondre avec des structures ne faisant pas partie du réseau.



Graphique 25 : Comparaison des médecins déclarant connaître des réseaux « addictions » et pouvant les citer. Tiré de : AUGÈRE Fanny. *Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction », auprès des médecins généralistes girondins*. Th : Med : Université de Bordeaux 2 : 2010, 83p.

Après la connaissance des réseaux eux même, l'enquête est poussée jusqu'à savoir si les médecins généralistes étaient bien informés ou non sur les actions de ces réseaux, dans le champ de l'addiction. Les deux territoires cette fois-ci se considéraient plutôt mal informés mais dans des proportions significativement différentes : la quasi totalité des médecins du « Libournais » (n'ayant pas reçu de formation ciblée) avaient

une méconnaissance des actions des réseaux contre 58% des médecins du « territoire DSP » (ayant reçu une information ciblée).

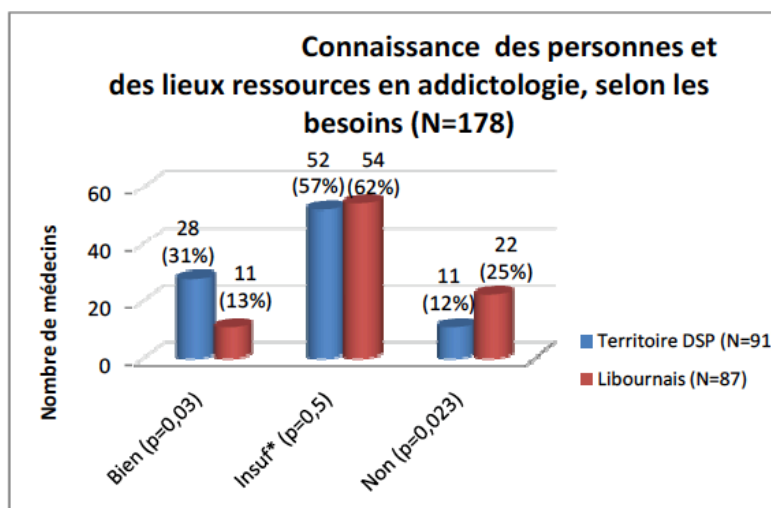


Graphique 26 : Connaissance des actions des réseaux « addictions ».

Tiré de : AUGÈRE Fanny. *Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction », auprès des médecins généralistes girondins*. Th : Med : Université de Bordeaux 2 : 2010, 83p.

ii. Les personnes et structures ressources

La très grande majorité des soignants des deux secteurs (informés ou non) estime ne pas connaître, de manière suffisante pour leur pratique, les personnes et les structures s'occupant des problèmes d'addictions, ils sont 75% en moyenne.



(*Insuf : Insuffisamment)

Graphique 27 : Connaissance des personnes et des lieux ressources en addictologie, selon les besoins.

Tiré de : AUGÈRE Fanny. *Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction », auprès des médecins généralistes girondins*. Th : Med : Université de Bordeaux 2 : 2010, 83p.

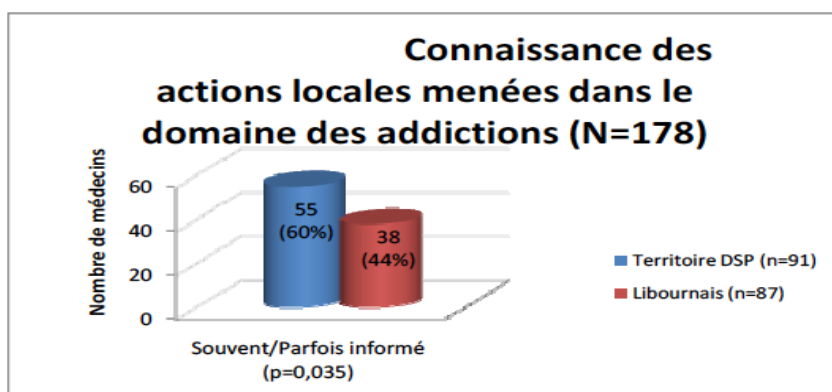
Logiquement, les soignants des deux territoires s'accordent sur l'intérêt d'un annuaire regroupant les structures en addictologie dans leur pratique, puisque aucun d'entre eux n'imagine n'en avoir « jamais » besoin. Ils considèrent ou présument en avoir « souvent » besoin (61).

iii. Les actions de proximité

Dans chaque grande agglomération, des « actions de proximité » sont menées et regroupent des formations au sein des écoles, dans la mairie, ou bien des conférences, des formations ou des ouvertures de consultations.

Les médecins généralistes qui ont été informés par un dispositif spécifique, le Délégué Santé Prévention dans la région de Bordeaux, estiment avoir une bonne connaissance de ces actions de proximité pour 60% d'entre eux, alors qu'ils ne sont plus que 44% lorsqu'ils n'ont pas été en contact avec le délégué.

Ce point met en avant le fait qu'un grand nombre de médecins généralistes n'iront pas spontanément se tenir informés des actions locales, pourtant nombreuses et souvent utiles pour la pratique, ils sont 66% dans ce cas.

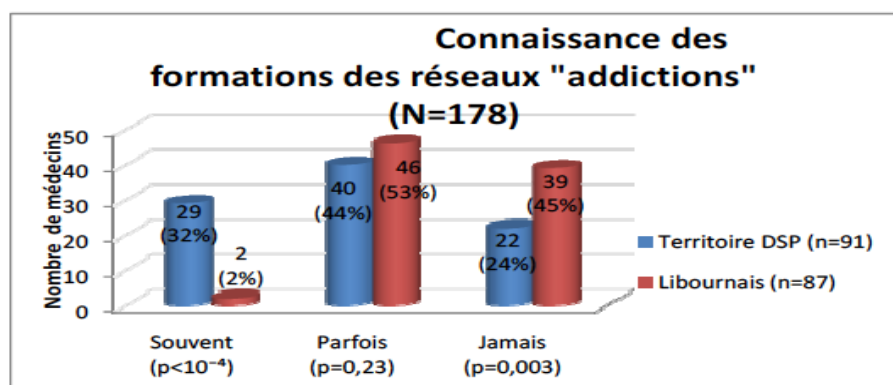


Graphique 28 : Connaissance des actions locales menées dans le domaine des addictions.

Tiré de : AUGÈRE Fanny. *Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction », auprès des médecins généralistes girondins*. Th : Med : Université de Bordeaux 2 : 2010, 83p.

iv. Les formations organisées par les réseaux

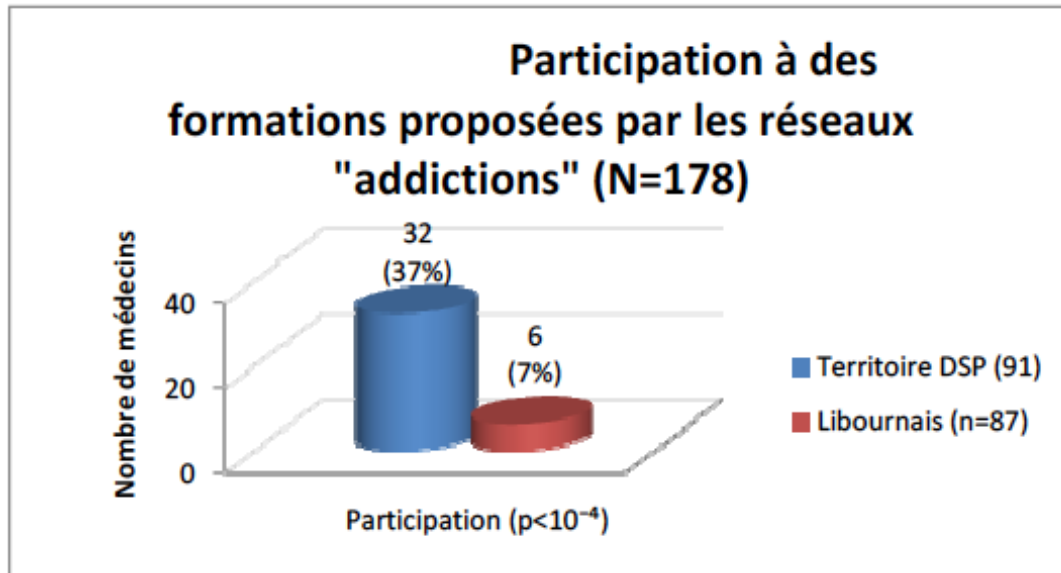
Dans les deux secteurs, les praticiens estiment être parfois informés, cependant, ceux du territoire de la DSP ont le sentiment d'être plus « souvent » renseignés sur les formations réseaux « addictions » que ceux du Libournais, ce qui paraît logique, cette information faisant partie de la mission de la déléguée. De même, les médecins qui ne sont pas informés de façon active sont plus nombreux à concevoir n'être « jamais » informés, ces différences sont significatives.



Graphique 29 : Connaissance des formations des réseaux « addictions ».

Tiré de : AUGÈRE Fanny. *Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction », auprès des médecins généralistes girondins*. Th : Med : Université de Bordeaux 2 : 2010, 83p.

Une donnée logique mais tout autant intéressante est la forte relation entre la participation des médecins aux formations proposées par le réseau addiction et le degré d'information sur l'existence de ces réseaux. Cela souligne que les formations du médecin installé vont dépendre de celles qui lui sont directement proposées ; à contrario, les médecins « isolés », moins informés, participeront à moins de formations médicales dans le champ de l'addiction.



Graphique 30 : Participation à des formations proposées par les réseaux « addictions ». Tiré de : AUGÈRE Fanny. *Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction », auprès des médecins généralistes girondins*. Th : Med : Université de Bordeaux 2 : 2010, 83p.

v. Comparaison des réponses selon l'âge, le sexe, la localité et le type d'exercice

Quel que soit leur âge, les médecins répondants possèdent les mêmes acquis sur les réseaux en addictologie ; toutefois, les plus jeunes de moins de 40 ans sont capables de les nommer beaucoup plus souvent que les plus de 60 ans.

Aucune autre distinction significative, selon l'âge, n'est retrouvée pour les diverses questions.

Il n'a pas été relevé, non plus, de divergence notable dans les réponses selon le sexe du médecin et selon qu'il exerçait seul ou en groupe.

Les différences significatives apparues selon le lieu d'implantation du médecin sont en lien avec la démographie des territoires ; en effet il en ressort que les médecins installés dans une zone urbaine sont mieux informés que ceux installés en zone rurale ou semi-rurale.

b. Une carence de connaissance médicale

Comme nous l'avons brièvement souligné, les médecins considèrent être insuffisamment formés pour prendre en charge les addictions, même avant l'installation de la dépendance.

Il semble que leurs connaissances faibles ou erronées soient en réalité la conséquence de fausses représentations: représentations des responsables de formations laissant peu

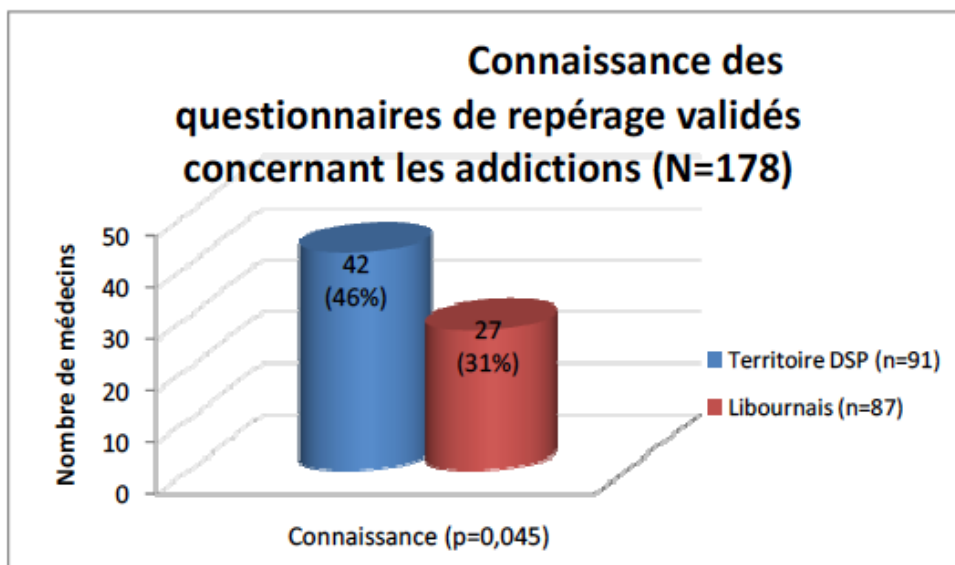
de place à l'enseignement des addictions ; représentations des étudiants, liées à leur histoire propre, influençant ainsi la façon dont ils vont s'intéresser à cet enseignement et aux patients concernés par les problèmes d'addictions ; représentations des médecins qui s'investissent peu dans ce domaine et qui ne souhaitent pas toujours bénéficier de formations complémentaires sur ces sujets au cours de leur formation médicale continue (FMC).

Pourtant, les praticiens ayant reçu une formation en alcoologie prennent plus souvent en charge les patients en difficulté que ceux n'en ayant pas reçue (61). Cependant la formation médicale, pour être efficace, doit être interactive et répétée; le travail en petit groupe associé à des mises en situation concrètes constitue un procédé pertinent pour modifier les comportements des praticiens. On se rapproche donc d'un mélange de formations et d'échanges de pratiques.

i. La connaissance des outils

L'enquête menée auprès de médecins généralistes installés dans la région bordelaise a démontré qu'une majorité d'entre eux ne connaissait pas les outils de repérage validés en médecine générale dans le champ de l'addiction (60), et ce même s'ils connaissaient le réseau, il semblerait donc que ces deux données puissent être dissociées.

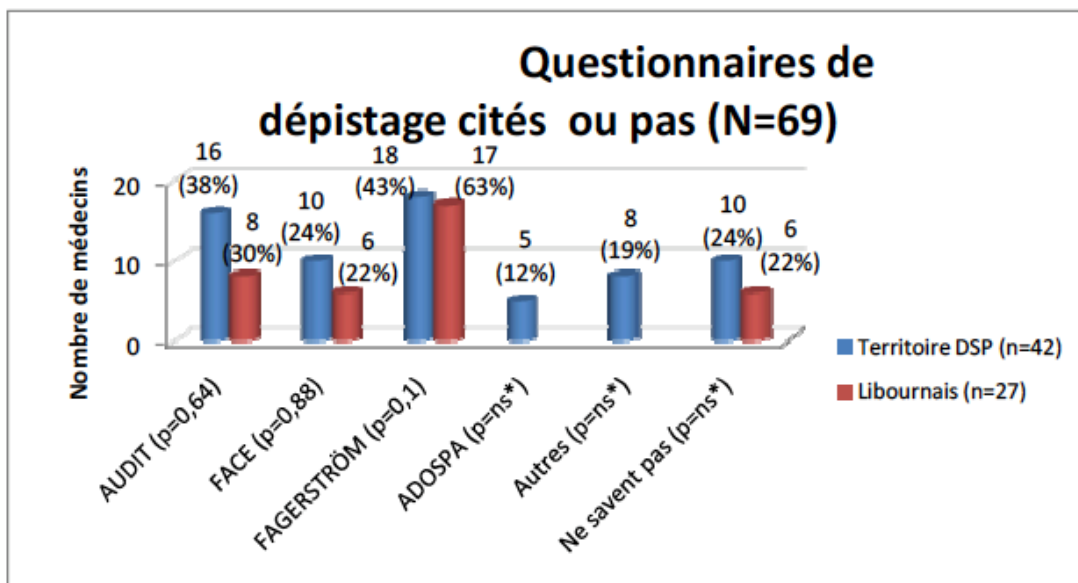
En effet, comme le montre le graphique suivant, 46% des médecins informés sur l'existence du réseau connaissent les outils, contre 31% pour les médecins non informés.



Graphique 31 : Connaissance des questionnaires de repérage validés concernant les addictions.
Tiré de : AUGÈRE Fanny. *Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction », auprès des médecins généralistes girondins.* Th : Med : Université de Bordeaux 2 : 2010, 83p.

Quelle que soit la population de médecins interrogée, cette étude a également mis en évidence que près d'un quart des répondants dit connaître des outils de repérage mais ne peut pas les citer.

Le FAGERSTRÖM est le plus connu, suivi de l'AUDIT et du FACE (Annexes 4, 5, 6).



(*ns : non significatif)

Graphique 32 : Capacité à citer les questionnaires de dépistage.

Tiré de : AUGÈRE Fanny. *Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction », auprès des médecins généralistes girondins*. Th : Med : Université de Bordeaux 2 : 2010, 83p.

On rappelle que, dans cette étude, les médecins dits « DSP » ont reçu une information ciblée sur le réseau, contrairement aux médecins « Libournais ».

ii. Plus spécifiquement : pour les patients tabagiques

En 2007, une étude menée sur l'impact de la formation du médecin généraliste dans la prise en charge du tabagisme montre que les médecins formés assurent une prise en charge plus importante (2,9%) que ceux n'ayant suivi aucune formation (1,7%), mais cette différence n'est significative que pour les médecins généralistes ayant suivi plusieurs formations dans des années différentes (3,52% vs 2,27%) (62).

Parmi les lacunes de formation évoquées, la psychopathologie du fumeur (44%), la relation thérapeutique spécifique (38%) et la méconnaissance des protocoles de sevrage (36%). Ces lacunes ne sont pratiquement pas évoquées par les MG les mieux formés.

Il est pertinent de noter que 56% des médecins auditionnés ont suivi une formation spécifique en tabacologie, le plus souvent unique (92% des cas) et plutôt récente (après 2000) pour 92% d'entre eux.

En conclusion de cette étude, il était souligné qu'une formation multiple et régulière en tabacologie améliorerait de manière significative la fréquence de prise en charge des fumeurs dans la pratique quotidienne.

iii. Plus spécifiquement : pour les patients toxicomanes

Une enquête auprès de médecins généralistes installés à montré que 19% d'entre eux avaient reçu une formation à la prise en charge des toxicomanes et ils étaient, en toute logique, autant (22%) à se penser suffisamment formés (63).

L'étude ayant été réalisée dans la région lyonnaise, la principale formation était celle donnée par le « réseau GT69 » pour 37,5% (réseau Toxicomanie Ville-Hôpital lyonnais), suivie de la formation continue avec 19,6% des médecins formés.

Il a été demandé à ces médecins s'ils pensaient que la prise en charge des toxicomanes était possible par un médecin de ville et, encore une fois, le résultat est très corrélé au degré de formation : 94,6% des médecins ayant été formé en addictologie pensent qu'une prise en charge par un généraliste est possible, alors qu'ils ne sont plus que 42,9% à le penser lorsqu'ils n'ont pas été formé à cette prise en charge.

	Prennent en charge des toxicomanes	Ne prennent pas en charge de toxicomanes	N'ont pas répondu
Médecins ayant reçu une formation en addictologie	76,8%	3,6%	19,6%
Médecins n'ayant pas reçu de formation en addictologie	30,5%	11,2%	58,4%

Tableau 13 : Corrélation entre prise en charge des toxicomanes et formation en addictologie. Granger A. Prise en charge des toxicomanes en médecine de ville : état des lieux à partir d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes du Rhône. UFR Lyon Sud. Lyon. 2004.

Il ressort par ailleurs que plus le médecin se sentira compétent et formé, plus il verra de patients toxicomanes parmi ses patients. Ces patients seront en moyenne 24 chez les médecins formés et se sentant compétents, contre 4 à 5 fois moins dans la population de médecins non formés.

Il a été croisé dans cette enquête le sentiment qu'ont les médecins du suivi possible ou non par un généraliste avec le fait qu'ils aient vu ou non des toxicomanes se présenter au cabinet, et il en ressort que seulement 25% des médecins ne pensant pas une prise en charge possible à leur cabinet ont vu des toxicomanes se présenter, contre 70% pour les médecins pensant cette prise en charge possible. On peut donc imaginer que les patients eux mêmes savent si oui ou non ils seront suivis par un médecin plus qu'un autre, qu'ils en parlent entre eux et connaissent le réseau.

Chez les médecins assurant le suivi des patients toxicomanes, il a été relevé que 65% d'entre eux le font en suivi conjoint avec une structure spécialisée (Centre hospitalier, CSAPA, psychiatres).

iv. Plus spécifiquement : pour les patients alcoolodépendants

En 2005, une étude menée auprès de médecins généralistes de cinq grandes villes d'Ile de France a montré que la connaissance de ces médecins au sujet de la consommation à risque et de la dépendance était adaptée pour la moitié d'entre eux (64).

La plupart des médecins généralistes interrogés connaissaient mal les définitions des catégories « à haut risque » et « à problème », avec comme conséquence la tendance à surévaluer le sens des symptômes des patients.

Pour 75% d'entre eux « l'utilisation régulière de l'alcool comme psychotrope » était une dépendance, alors qu'il s'agit d'une conduite à risque, pour 85% d'entre eux les ivresses répétées sont une caractéristique de la dépendance, alors que c'est une consommation à risque, et pour 60% des médecins interrogés la perte et la dégradation des relations familiales sont des marqueurs de dépendances, alors qu'ils signent une consommation à problème.

c. Une mauvaise représentation des patients dépendants

Il semble difficile pour le praticien généraliste d'aborder spontanément, sans demande de la part du patient, un problème de prises excessives de substances addictogènes. Son repérage nécessaire trouve ici de nombreux obstacles.

En effet, restant sensibles aux tabous « alcool, toxicomanies, dépendance », il leur est difficile d'aborder ce sujet. Ils craignent également d'être intrusifs et qu'une telle demande soit mal perçue (51). Si une majorité d'entre eux s'estime compétente pour prodiguer des conseils de modération, seuls 37,5% estiment leur intervention efficace en raison des fréquents échecs dans ces domaines (51).

Les représentations et le sentiment de légitimité des médecins varient selon les produits et le fait qu'ils en soient consommateurs ou pas. En outre, les plus investis qui repèrent et orientent vers des personnes ou des structures spécialisées, se sentent souvent exclus du suivi une fois le patient dirigé. Par ailleurs, ils redoutent que cette prise en charge complexe allonge le temps des consultations alors qu'ils en manquent déjà (51).

Une étude menée en 2012 auprès de médecins généralistes de la région grenobloise a démontré une ambivalence à l'encontre des patients sous TSO, en lien avec les difficultés inhérentes à cette population considérée comme particulière (65). Cette étude soulevait de la part des généralistes la crainte de la manipulation et du mésusage, l'image du patient exigeant et peu respectueux des horaires, du cadre légal de prescription, ainsi qu'un certain fatalisme à l'égard de certains toxicomanes. Cependant ils étaient presque tous d'accord de l'intérêt des TSO. Les objectifs retrouvés chez la majorité des médecins sondés étaient la resocialisation, la reconstruction personnelle et familiale, la reprise d'un suivi médical (65).

A contrario de ces réticences exprimées par les praticiens généralistes, les patients déclarent qu'ils sont légitimes et compétents pour aborder les problèmes de consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites (66).

Dans une enquête menée auprès de patients (66), 23 % des répondants avaient eu avec leur médecin une conversation sur l'usage d'au moins un produit psychoactif (25% sur le tabac, seulement 7% sur l'alcool et 4% sur les drogues).

Parmi eux, plus de la moitié avaient eu des conseils afin de modifier leurs pratiques, jugés convaincants par 70%. Près de 90% pensaient que leur médecin était dans son rôle en abordant avec eux les questions liées au tabac et à l'alcool et le trouvaient bien informé dans ces domaines.

Mais si 80 % avaient le sentiment qu'il leur était facile de parler « alcool, toxicomanie » avec leur médecin, seulement 12 % considéraient avoir réellement été entendus (66).

II. MODÈLE DE QUESTIONNAIRE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU NORD-PAS-DE-CALAIS

Au terme de ce travail, il apparaît comme essentiel de permettre aux médecins généralistes d'augmenter leur savoir sur le dispositif de soins d'addictologie. Il serait pertinent, dans un prochain travail, de sonder les connaissances et de demander aux médecins de notre région ce qu'ils pensent de ce dispositif et comment, selon eux, l'améliorer.

Dans ce but, nous proposons un questionnaire qui pourra leur être envoyé et ainsi permettre une optimisation de la prise en charge et du parcours de soins de nos malades.

- RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES A L'ENQUÊTE :

- + Sexe :
- + Date de naissance :
- + Année d'installation :
- + Secteur 1 ou 2 :
- + Exercice seul ou en groupe :
- + Ville d'exercice :
- + Formation(s) complémentaires(s) dans le champ des addictions (DU, CAPA, FMC, autres) :

- QUESTIONNAIRE :

- + Question n°1 : « Connaissez-vous des réseaux de santé, dans le champ des addictions (Alcool, tabac, drogues), dans le versant Nord-Est de Lille ? »

1.1. Oui => passez à la question n°2

1.2. Non ou Ne sais pas => passez directement à la question n° 3

- + Question n°2 : (si vous avez répondu « oui » à la question n°1)

« Pouvez-vous le ou les citer ? »

- + Question n°3 : « Êtes vous bien informé des actions de ces réseaux, dans le champ des addictions ? »

3.1. Oui

3.2. Non

- + Question n°4 : « Connaissez-vous des questionnaires de repérage (dépistage) validés en médecine générale, dans le champ des addictions (tabac, alcool, et drogues) ? »

4.1. Oui => passez à la question n°5

4.2. Non ou ne sait pas => passez directement à la question n°6

- + Question n°5 : « Pouvez-vous le ou les citer ? »
- + Question n°6 : « Connaissez-vous les personnes et les structures ressources en addictologie, pour le versant Nord-Est de Lille ? »
 - 6.1. Plutôt bien par rapport à vos besoins
 - 6.2. De façon insuffisante par rapport à vos besoins
 - 6.3. Pas du tout
- + Question n°7 : « Pensez-vous qu'un annuaire détaillant les structures et personnes ressources du versant Nord-Est de Lille est/serait utile à votre pratique ? »
 - 7.1. Souvent
 - 7.2. Parfois
 - 7.3. Jamais
- + Question n°8 : « Êtes-vous informé des actions menées localement dans le champ de l'addictologie, par les écoles, par la Mairie, par exemple, ou bien en terme de conférences, de formations, d'ouverture de consultations ? »
 - 8.1. Souvent
 - 8.2. Parfois
 - 8.3. Jamais
- + Question n°9 : « Un réseau en addictologie vous paraît-il utile pour répondre à vos besoins, pour faciliter l'orientation d'un patient, pour proposer des formations, pour vous accompagner ? »
 - 9.1. Souvent
 - 9.2. Parfois
 - 9.3. Jamais
- + Question n°10 : « Êtes-vous informé des formations proposées par les réseaux addictions dans le versant Nord-Est de Lille ? »
 - 10.1. Souvent
 - 10.2. Parfois
 - 10.3. Jamais
- + Question n°11 : « Avez-vous participé à une des formations proposées par les réseaux ? »
 - 11.1. Oui => passez à la question n°15
 - 11.2. Non ou ne sait pas
- + Question n°12 : (si vous avez répondu « oui » à la question n°14)
« La ou lesquelles ? »

- QUESTIONS OUVERTES :

- ✚ Question n°13 : « Selon vous, quel est le parcours de soins idéal d'un patient alcoolo dépendant ? »

- ✚ Question n°14 : « Selon vous, quel est le parcours de soins idéal d'un patient tabagique? »

- ✚ Question N°15 : « Selon vous, quel est le parcours de soins idéal d'un patient toxicomane? »

- ✚ Question n°16 : « Selon vous, quel est le parcours de soins idéal d'une patiente enceinte dépendante? »

- ✚ Question 17 : « Selon vous, quel est le parcours de soins idéal d'un patient âgé dépendant (plus de 75 ans)? »

- ✚ Question 18 : « Selon vous, quelles seraient les améliorations à apporter au dispositif de soins d'addictologie actuel afin de l'optimiser ? »

- ✚ Question 19 : « Par quel moyen de communication préférez-vous être informé des formations, des ouvertures de consultations, etc....? »

PROPOSITIONS CONCRÈTES

L'étude comparative bordelaise abordée dans cette thèse (60) nous montre de façon significative que les médecins visités par un Délégué Santé Prévention disposent de meilleures connaissances que ceux qui ne l'ont pas rencontré. Ils détiennent plus d'informations sur :

- + Les réseaux, leur fonctionnement et leurs actions ;
- + Les personnes et établissements spécialisés du dispositif de soins ;
- + Les actions menées localement dans le domaine de l'addiction ;
- + Les formations dispensées, pour eux, dans ce domaine.

Ces informations, essentielles, sont susceptibles d'optimiser la qualité des soins de premier recours dans le champ des conduites addictives.

En revanche, la visite du DSP, n'améliore pas de façon significative la connaissance des outils de repérage validés, celle-ci étant acquise au cours de formations en addictologie.

En plus des réseaux de santé classiques, les médecins généralistes sont amenés, dans leur exercice quotidien, à mobiliser un grand nombre de professionnels pour la prise en charge de leurs patients, on peut alors parler de « réseau professionnel informel ». Les spécialistes sont les professionnels de santé avec lesquels les généralistes ont le plus fréquemment des contacts (67). Il est donc fondamental que chaque médecin, au cours ou avant son installation, se crée son propre carnet de correspondants qu'il connaît et avec qui il n'aura aucun mal à travailler (psychiatres, gastro-entérologues, psychologues, assistantes-sociales, etc.).

La formation en addictologie proposée aux médecins généralistes est également un levier intéressant. En effet, il apparaît clairement qu'un médecin ayant suivi des formations en addictologie, élaborées par les réseaux, a de plus grandes connaissances que celui qui n'en a pas effectué.

Un encadrement de ces formations peut être pertinent lorsqu'il permet aux médecins une formation répétées et annuelle, bien plus efficace qu'une formation unique.

Il apparaît également que le problème de la perception du patient dépendant doit changer, et ce dès le premier et second cycle des études de médecine. Le constat selon lequel des patients « différents » semblent susciter des sentiments plutôt négatifs et peu d'empathie, voire du rejet, sont vus aux urgences, doit changer (49). L'image de ces patients, souvent massivement alcoolisés, ou présentant un sevrage aux opiacés, dont "on souhaitait se débarrasser rapidement", parce qu'ils dérangent, dans tous les sens du terme, tant l'équipe soignante que les autres patient, doit également changer.

C'est dans la connaissance des addictions et de ses effets, dans la compréhension du contexte dans lequel elle s'installe que l'on pourra mieux appréhender ces patients et ainsi les comprendre et les accepter.

À l'ère du tout numérique, il ne faut pas négliger l'aide apportée par l'utilisation d'Internet. En plus de permettre à de nombreux médecins une information biomédicale instantanée et continuellement mise à jour, ainsi qu'un annuaire des différents acteurs des réseaux ou des hôpitaux, elle peut permettre d'accélérer le flux d'information entre les différents acteurs du dispositif de soins.

Tout en gardant en tête la notion de secret médical, le Dossier Médical Personnel est progressivement déployé depuis 2012 sur l'ensemble du territoire français. Il contient les données relatives aux antécédents, allergies, prescriptions médicamenteuses, résultats d'examens et comptes rendus de consultations et hospitalisations. Pourquoi ne pas envisager aussi d'y inscrire le réseau dans lequel chemine le patient avec ses intervenants et leur adresse e-mail ?

CONCLUSION

Le dispositif de soins en addictologie français comprend de nombreux acteurs dont la plupart ont su trouver leur place au long des trente dernières années. Ce dispositif a évolué pour finalement comprendre trois leviers majeurs : l'hôpital, les centres de soins ambulatoires et les médecins installés en ville ; tous représentés dans la région Nord-Pas-de-Calais. Les médecins généralistes jouent un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge des patients dépendants. On note cependant une forte disparité dans leur implication au sein de ce dispositif.

Ce travail bibliographique souligne la carence en informations concernant l'existence et l'organisation du système de soins en addictologie qu'ont une grande partie des médecins généralistes français. Cette donnée est objectivée par une enquête bordelaise réalisée en 2010 dans laquelle seul dix pour cent des médecins interrogés sont véritablement capables de nommer un élément d'un réseau addictologie, et un médecin sur quatre connaît un questionnaire de repérage validé (60).

Les médecins généralistes formés, impliqués, restent minoritaires. Ces médecins « militants » font souvent partie d'associations de quartier ou travaillent en centre de soins ambulatoires spécialisés en plus de leur activité de généraliste.

Cependant il semble que la prise en charge des patients dépendants, essentiellement aux opiacés, pose un problème pour un grand nombre de médecins généralistes installés qui préfèrent d'emblée réorienter ces patients, voire refuser leur prise en charge.

Ce comportement est souvent expliqué par le manque de formation en addictologie et la mauvaise perception du patient dépendant.

L'amélioration de la prise en charge des problèmes d'addiction passe par des démarches de formation et par des mesures d'accompagnement régulier des médecins, en particulier des médecins généralistes. La mise en place du dispositif de soins en addictologie et le développement des réseaux tendent à répondre aux besoins des soignants et représentent un vrai soutien permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Il apparaît néanmoins qu'une partie conséquente des médecins généralistes installés en France ne s'intègre pas au sein de ces réseaux car ils ne les connaissent pas.

Plusieurs propositions concrètes pourraient aider à faire progresser cet état des lieux. Il faut continuer à améliorer l'image des patients relevant d'une addiction auprès des médecins dès le début de leurs études de médecine. Plus tard, pourquoi pas dès leur installation, les médecins généralistes pourraient créer un carnet d'adresses solide de spécialistes, qui pourrait être inscrit dans le Dossier Médical Personnalisé de chaque patient. La visite d'un délégué santé prévention devrait être organisée systématiquement. Enfin, la connaissance doit être actualisée par des formations, proposées par les acteurs de réseaux de soin en addictologie.

Il existe cependant des facteurs inhérents à chaque médecin comme sa motivation sur laquelle il est difficile d'agir.

Il serait intéressant de pouvoir interroger de façon plus ciblée les médecins généralistes de notre région afin, d'une part, de connaître leur savoir sur les dispositifs en addictologie et, d'autre part, de recueillir leurs idées afin de pouvoir faire évoluer cette situation. Un questionnaire a été élaboré dans cette thèse afin de débiter ce prochain travail.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2010-2012 [En ligne]. Disponible sur:
<http://webfactory.santenpdc.org/mildt/wp-content/uploads/2011/03/ressources-et-documentation-59.pdf>
- 2 - AUBIN HJ. *Préparez-vous à entrer dans la cinquième dimension ! Alcoologie et Addictologie* 2011 ; 33 (1) : 3-4.
- 3 - HASIN D., PAYKIN A. *Alcohol dependence and abuse diagnoses: concurrent validity in a nationally representative sample*. *Alcohol Clin Exp Res* 1999 ; 23 (1): 144-150.
- 4 - CHERPITEL CJ., BORGES G., YE Y., BOND J., CREMONTE M., MOSKALEWICZ J. et al. *Performance of a craving criterion in DSM alcohol use disorders*. *J Stud Alcohol Drugs* 2010 ; 71 (5): 674-684.
- 5 - MEWTON L., SLADE T., MCBRIDE O., GROVE R., TEESSON M. *An evaluation of the proposed DSM-5 alcohol use disorder criteria using Australian national data*. *Addiction* 2010 Dec 16 ; doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03340.x.
- 6 - KEYES KM., KRUEGER RF., GRANT BF., HASIN DS. *Alcohol craving and the dimensionality of alcohol disorders*. *Psychol Med* 2010 May 12: 1-12.
- 7 - DUCLOS A., GALAND DESMÉ S., COLIN C. *Organisation des systèmes de soins. Filières et réseaux*. [Thèse en ligne]. Université Lyon 1. 27p.
- 8 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Livret Les drogues la loi. Actualisation Décembre 2009. Disponible sur :
<http://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/agir-ou-reagir/documents-utiles/selection-doutils-a-destination-des-parents/>
- 9 - Constitution de la République française. Version mise à jour en Novembre 2011. [En ligne].
Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/connaissance/constitution.asp>
- 10 - Convention Européenne de sauvegarde des Droits de l'homme et des Libertés Fondamentales. Amendement par les Protocoles n° 11 et n° 14. [En ligne].
Disponible sur: <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/005.htm>
- 11 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. *Chaque individu est-il libre de faire ce qu'il veut pourvu qu'il ne nuise pas aux autres ?* [En ligne].
Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr>

12 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. *La loi établit-elle une différence entre drogues « douces » et drogues « dures »?* [En ligne]. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr>

13 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000436/index.shtml>

14 - Institut de veille Sanitaire. INVS. Bulletin épidémiologique hebdomadaire – 7 mai 2013.

15 - Code de la Santé Publique. Article L3511 – 7.
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130408>

16 - Code de la Santé Publique. Article R3512 – 2.
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130408>

17 - Code de la Santé Publique. Article L3242 – 1.
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130408>

18 - Code de la Santé Publique. Articles R3353 – 1 et L3336 – 4.
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130408>

19 - Code de la Route. Article L234 – 1.
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074228>

20 - Guide de Lecture des Documents de Politique Transverse. 19 PLF 2011-2 / 7. Document de politique transverse, projet de loi de Finances pour 2012.

21 - ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011: Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté (OFDT /Direction centrale du service national - DSCN).

22 - ESPAD 2003, 2007 : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (Swedish council for information on alcohol and Other Drugs - CAN / Institut national de la santé et de la recherche médicale - INSERM-U472 /OFDT /ministère l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative).

- 23 - BAROMÈTRE SANTÉ 2005-2010 (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - INPES), exploitation OFDT.
- 24 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. EROPP 2008 : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes. OFDT-2008.
- 25 - PALLE C. *Rapports d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie* (Direction générale de la santé - DGS/OFDT). 2010.
- 26 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Enquête sur les personnes accueillies en consultation jeunes consommateurs, reçues au cours d'un mois donné puis suivies pendant 14 semaines, éditions 2005 et 2007, OFDT.
- 27 - PMSI 2010 : Programme de médicalisation du système d'information (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation - ATIH), Tableaux RIM-P Nationaux
- 28 - Prévalence de l'usage problématique de drogues en France estimations 2006. OFDT-2006.
- 29 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. ENACAARUD 2010 : Enquête quantitative réalisée auprès des usagers des CAARUD. OFDT 2010.
- 30 - PMSI 2010 : Programme de médicalisation du système d'information (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation - ATIH), base de données MCO, diagnostic principaux.
- 31 - GUIGNARD R., BECK F., OBRADOVIC I. *Prise en charge des addictions par les médecins généralistes*, in GAUTIER A. (dir.). Baromètre santé médecins généralistes 2009, 2011, Saint-Denis, INPES, p. 177-201
- 32 - Données CNAMTS-exploitation OFDT.
- 33 - Estimation de la consommation totale déclarée de tabac en France en 2010, d'après les résultats de l'enquête Baromètre santé 2010 de l'INPES, Note de travail OFDT n° 2011-08 à l'attention de la MILDT (mai 2011)
- 34 - ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011: Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté (OFDT /Direction centrale du service national - DSCN)
- 35 - ESPAD 2003, 2007 : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (Swedish council for information on alcohol and Other Drugs - CAN / Institut national de la santé et de la recherche médicale - INSERM-U472 / OFDT /ministère l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative)
- 36 - BAROMÈTRE SANTÉ 2005-2010 (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - INPES), exploitation OFDT.

- 37 - Ventes de substituts nicotiques (Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques - GERS, estimation Office français de prévention du tabagisme - OFT/OFDT).
- 38 - Données CDTNet d'information sur les patients en consultation de tabacologie (Laboratoire de santé publique et informatique médicale - Faculté de Médecine Paris V).
- 39 - Ventes d'alcool (Institut national de la statistique et des études économiques - INSEE).
- 40 - L'état de santé de la population en France - Rapport 2007, DREES, 2008.
- 41 - Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie (DGS/OFDT).
- 42 - PMSI 2003 (ATIH, estimation P. Kopp (univ. Paris I) et P. Fenoglio (univ. Nancy II)).
- 43 - LÉPINE J.P, MOREL A., PAILLE F., REYNAUD M., RIGAUD A. *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions*. Rapport 2006.
- 44 - BOYER C. – Groupe de travail COPAAH, Hôpital de jour addictologique. Proposition de référentiel de prise en charge des patients. 2008
- 45 - Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie du Nord. Rapport d'activité 2011.
- 46 - Association Réagir. Rapport d'activité 2011.
- 47 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les CAARUD en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD.
- 48 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008.
- 49 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007).
- 50 – Agence Régionale de Santé. Démographie des professionnels de santé. Etat des lieux en région Nord-Pas-de-Calais. Premier semestre 2012.
- 51 - BOUIX J.C., GACHE P., RUEFF B., HUAS D. *Parler d'alcool reste un sujet tabou*. Rev Prat Med Gen. 2002 ; 16 (588) : 1488-92.
- 52 – ROUSSEAU L-H. *Évaluation des consommations d'alcool après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire : Mise en place d'une étude observationnelle portant sur 195 patients, 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la fin du sevrage*. Lille. 2013
- 53 – VIGNEAU J. *Protocole Ambulatoire de Sevrage en Boissons Alcooliques*. PASBA-HOSPI et PASBA-Ville. 2009.

- 54 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. *Alcool – Effets sur la santé*. 2001.
- 55 – Fédération Française d'Addictologie. *Le Livre Blanc de l'Addictologie Française: 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France*. Paris: FFA; 2011.
- 56 - ANDERSON P., GUAL A., COLOM J., INCa (trad.) *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris, 2008.
- 57 –Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. *Baromètre santé des médecins généralistes*. 2009
- 58 - KRUCIENA N., LE VAILLANT M., PELLETIER-FLEURY N. *Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ?* Mars 2011
- 59 - COULOMB S., DUBURQ A., MARCHAND C., PÉCHEVIS M. *Évolution de la prise en charge des toxicomanes: Enquêtes auprès de médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001*. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2002.
- 60 - AUGÈRE Fanny. *Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction », auprès des médecins généralistes girondins*. Th : Méd : Université de Bordeaux 2 : 2010, 83p.
- 61 - NAUDET M, Miche JN. *Prise en charge du probl.me alcool par le médecin généraliste. Impact de sa formation et de ses représentations*. Alcoologie et Addictologie 2006.
- 62 - MICHE JN., NAUDET M. *Prise en charge du tabagisme en Médecine Générale – Impact de la formation et des représentations du médecin généraliste*. Alcoologie et Addictologie. Novembre 2007.
- 63 - GRANGER A. – *Prise en charge des toxicomanes en médecine de ville : état des lieux à partir d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes du Rhône*. UFR Lyon Sud. Lyon. 2004. N° 230. 116 pages.
- 64 - FILLOL A., Pr GOUPY. *Médecins généralistes et consommateurs d'alcool*. 2005
- 65 - MOY J., VANLERBEGH Y. *Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire. Enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie*. 2012
- 66 - MICHAUD P., FOUILLAND P., GREMY I., KLEIN P. *Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins*. Rev Prat Med Gen 2003 ; 17 (611) : 605-8
- 67 - BOURNOR MC. *Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié*. Études et résultats N°649 – Août 2008.

ANNEXES

- **Annexe 1 : Liste des graphiques**

Graphique 1 : Activité du service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix entre 2009 et 2011.

Graphique 2 : Nombre de patients entre 2009 et 2011 dans le service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix.

Graphique 3 : Répartition des patients selon le sexe dans le service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix.

Graphique 4 : Origine géographique des patients du service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix.

Graphique 5 : Origine de la prise en charge des patients du service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix en 2011.

Graphique 6 : Répartition des patients par durée du séjour en 2011.

Graphique 7 : Distribution des effectifs des consultants consommateurs par âge entre 2004 et 2007. Source : OFDT, Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007).

Graphique 8 : Évolution de la fréquentation moyenne des consultations entre 2005 et 2007. Recueil mensuel système d'information mensuelle pour les consultations cannabis, OFDT.

Graphique 9 : Activité globale en 2011 du CSAPA La Trame.

Graphique 10 : Activité en 2011 selon les trois sites distincts du CSAPA La Trame.

Graphique 11 : Répartition des patients selon le sexe et le site en 2011.

Graphique 12 : Répartition selon l'âge des consultants en 2011.

Graphique 13 : Répartition selon le produit consommé en 2011.

Graphique 14 : Répartition selon l'origine de la demande en 2011.

Graphique 15 : Les ressources des patients au CSAPA Le Relais en 2011.

Graphique 16 : Les différents types de consultations au Relais.

Graphique 17 : Répartition des patients selon la substance motivant la consultation.

- Graphique 18 :** Les consommations associées chez les patients du Relais en 2011.
- Graphique 19 :** Les produits à l'origine de la prise en charge en milieu carcéral en 2011 au Relais.
- Graphique 20 :** Total de patients reçus en consultation médicale à Réagir en 2011.
- Graphique 21 :** Origine géographique des patients en 2011 à Réagir.
- Graphique 22 :** Total de patients substitués en 2011 à Réagir.
- Graphique 23 :** Participation, par année, des médecins généralistes à un réseau de santé. INPES. Baromètre santé 2009.
- Graphique 24 :** Connaissance des réseaux « addictions » par les médecins généralistes girondins.
- Graphique 25 :** Comparaison des médecins déclarant connaître des réseaux « addictions » et pouvant les citer.
- Graphique 26 :** Connaissance des actions des réseaux « addictions ».
- Graphique 27 :** Connaissance des personnes et des lieux ressources en addictologie, selon les besoins.
- Graphique 28 :** Connaissance des actions locales menées dans le domaine des addictions.
- Graphique 29 :** Connaissance des formations des réseaux « addictions ».
- Graphique 30 :** Participation à des formations proposées par les réseaux « addictions ».
- Graphique 31 :** Connaissance des questionnaires de repérage validés concernant les addictions.
- Graphique 32 :** Capacité à citer les questionnaires de dépistage.

- **Annexe 2 : Liste des schémas**

Schéma 1 : Cannabis, les grandes tendances. Données de l'OFDT. Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté de 2000 à 2011.

Schéma 2 : Cocaïne, opiacés et drogues de synthèse, les grandes tendances. OFDT 2000 à 2011.

Schéma 3 : Tabac, les grandes tendances. OFDT 2000 à 2011.

Schéma 4 : Alcool, les grandes tendances. OFDT 2000 à 2011.

Schéma 5 : Les raisons obligeant un sevrage hospitalier.

Schéma 6 : Les raisons nécessaires au sevrage ambulatoire.

Schéma 7 : L'hôpital de jour en addictologie.

Schéma 8 : CAARUD. Tendances 2008. ASA-CAARUD 2008/OFDT.

Schéma 9 : La réduction des risques des CAARUD.

Schéma 10 : L'implication des médecins généralistes en addictologie.

- **Annexe 3 : Liste des tableaux**

Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2010.
Tiré du baromètre santé INPES 2010.

Tableau 2 : Évolution de l'expérimentation de cannabis, cocaïne, tabac et de l'ivresse alcoolique entre 2000 et 2001 chez les jeunes de 17 ans
Tiré du baromètre santé INPES 2011.

Tableau 3 : Évolution de l'usage régulier de cannabis, alcool et tabac entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans.
Tiré du baromètre santé INPES 2011.

Tableau 4 : Total des contacts établis par les CAARUD selon les modes d'intervention.
OFDT 2008.

Tableau 5 : Distribution des consultants par âge et par sexe. Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs ». OFDT 2004-2007.

Tableau 6 : Hébergement au CAARUD Réagir. Rapport d'activité Réagir 2011.

Tableau 7 : Données du matériel échangé au CAARUD Réagir en 2011. Rapport d'activité Réagir 2011.

Tableau 8 : Activité générale des médecins inscrits en 2011 dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Tableau 9 : Répartition des médecins généralistes inscrits à l'ordre. Conseil de l'ordre des médecins du Nord et du Pas-de-Calais, 2013.

Tableau 10 : Offre de généralistes de premier recours par zones de proximité. ARS. Démographie des professionnels de santé. Etat des lieux en région Nord - Pas-de-Calais. Premier semestre 2012.

Tableau 11 : Offre de médecins de premier recours pour 100 000 habitants. ARS. Démographie des professionnels de santé. Etat des lieux en région Nord - Pas-de-Calais. Premier semestre 2012.

Tableau 12 : Mode de prise en charge des patients, déclaré par les médecins généralistes concernés, pour chaque substance et par année. INPES. Baromètre santé 2009.

Tableau 13 : Corrélation entre prise en charge des toxicomanes et formation en addictologie. Granger A. Prise en charge des toxicomanes en médecine de ville : état des lieux à partir d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes du Rhône. UFR Lyon Sud. Lyon. 2004.

• **Annexe 4 : Test de Fagerström**

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes.....3
- 6 à 30 minutes.....2
- 31 à 60 minutes.....1
- Plus de 60 minutes.....0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

- Oui.....1
- Non.....0

3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée.....1
- A une autre.....0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins.....0
- 11 à 20.....1
- 21 à 30.....2
- 31 ou plus.....3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui.....1
- Non.....0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

- Oui.....1
- Non.....0

Interprétation : Dépendance :

- Très faible.....0-2
- Faible.....3-4
- Moyenne.....5
- Forte.....6-7
- Très forte.....8-10

• **Annexe 5 : Questionnaire AUDIT**

AUDIT veut dire « Alcohol Use Disorders Identification Test »

Interprétation : L'AUDIT est interprété en fonction de la somme des points des 10 questions.

Chaque réponse est cotée de 0 à 4.

Score > ou = 5 : consommation à risque

Score > ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score > ou = 12 : alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

• **Annexe 6 : Questionnaire FACE**

FACE veut dire « Fast Alcohol Consumption Evaluation »

FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients.

En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

					Score
① A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/>	2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/>	2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
② Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?					
Un ou deux <input type="checkbox"/>	trois ou quatre <input type="checkbox"/>	cinq ou six <input type="checkbox"/>	sept à neuf <input type="checkbox"/>	dix ou plus <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
③ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
④ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
⑤ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
TOTAL					

Interprétation :

Date : / /

⊗ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque.

⊗ Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.

⊗ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Photocopier autant que nécessaire.

AUTEUR : **PERDRIEL-VAISSIÈRE**

FLORENT

Date de soutenance : **17 septembre 2013.**

Titre de la thèse : **Description du dispositif de soins d'addictologie français et état des lieux bibliographique sur la connaissance qu'en ont les médecins généralistes.**

Thèse, Médecine, Lille 2013

Cadre de classement : **Médecine Générale.**

Mots clés : **médecine générale, addictologie, dispositif de soins, réseau.**

Résumé: Le dispositif de soins en addictologie français comprend de nombreux acteurs dont la plupart ont su trouver leur place au long des trente dernières années. Ce dispositif a évolué pour finalement comprendre trois leviers majeurs : l'hôpital, les centres de soins ambulatoires et les médecins installés en ville ; ces acteurs sont tous représentés dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Ce travail bibliographique rend compte de la carence en informations sur l'existence et l'organisation du système de soins en addictologie qu'ont une grande partie des médecins généralistes français.

Les médecins généralistes formés, impliqués, restent minoritaires. Ces médecins « militants » font souvent partie d'associations de quartier ou travaillent en centre de soins ambulatoires spécialisés en plus de leur activité de généraliste.

Cependant il semble que la prise en charge des patients dépendants, et surtout aux opiacés, pose un problème pour un grand nombre de médecins généralistes qui préfèrent d'emblée réorienter le patient, voire refuser leur prise en charge.

Ce comportement est souvent expliqué par le manque de formation en addictologie et la mauvaise perception du patient dépendant.

L'amélioration de la prise en charge des problèmes d'addiction passe par des démarches de formation et par des mesures d'accompagnement régulier des médecins, en particulier des médecins généralistes. La mise en place du dispositif de soins en addictologie et le développement des réseaux tendent à répondre aux besoins des soignants et représentent un vrai soutien permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Il apparaît néanmoins qu'une partie conséquente des médecins généralistes installés en France ne s'intègre pas au sein de ces réseaux car ils ne les connaissent pas.

Plusieurs propositions concrètes pourraient aider à améliorer cet état des lieux comme la visite d'un délégué santé prévention, la création au plus tôt dans son installation d'un carnet d'adresses solide de spécialistes, pourquoi pas inscrit dans le Dossier Médical Personnalisé de chaque patient. Il existe cependant des facteurs inhérents à chaque médecin comme sa motivation ou sa perception des patients dépendants sur lesquels il est difficile d'agir.

Il serait intéressant de pouvoir interroger de façon plus ciblée les médecins généralistes de notre région afin, d'une part, de connaître leur savoir sur les dispositifs en addictologie et, d'autre part, de recueillir leurs idées afin de pouvoir faire évoluer cette situation. Un questionnaire a été élaboré dans cette thèse afin de débiter ce prochain travail.

Composition du jury :

Président :

Monsieur le Professeur COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur VAIVA

Monsieur le Docteur MESSAADI

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur URSO BAIARDO