



Université Lille 2  
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evaluation de l'état de santé des patients dépendants aux opiacés suivis au  
centre Boris Vian entre 2007 et 2011.**

Présentée et soutenue publiquement le 11 septembre 2014 à 16 heures  
au Pôle Formation  
**Par Mme Vinck Julie**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Professeur THOMAS Pierre**

**Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur HARBONNIER Jean**

---

## PLAN :

<b><u>I – Introduction :</u></b> .....	18
<b><u>A – Quelques définitions :</u></b> .....	18
<u>1 – Qu’est - ce que la santé ?</u> .....	18
<u>2 – Qu’est - ce que la dépendance ?</u> .....	18
a) <i>Définition :</i> .....	18
b) <i>Une échelle d'évaluation de la sévérité de la dépendance : l'ASI : ...</i>	20
<b><u>B – L'offre de soins en addictologie :</u></b> .....	20
<u>1 – Un peu d'histoire :</u> .....	20
<u>2 – Les traitements de substitution aux opiacés :</u> .....	22
a) <i>La méthadone :</i> .....	23
b) <i>La buprénorphine haut dosage (BHD) :</i> .....	24
c) <i>Les mésusages :</i> .....	25
<u>3 – Les différentes structures de soins :</u> .....	25
<u>3.1) Les Points d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) :</u> .....	26
<u>3.2) Les structures de réduction des risques :</u> .....	26
<u>3.3) Les soins ambulatoires :</u> .....	27
a) <i>Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) :</i> .....	27
b) <i>Le réseau ville-hôpital addictions :</i> .....	28
c) <i>Le médecin généraliste de ville :</i> .....	28
<u>3.4) Les soins hospitaliers :</u> .....	28
a) <i>Les unités de soins en addictologie :</i> .....	29
b) <i>L'hôpital de jour :</i> .....	29

<i>c) Les équipes de liaison en addictologie :</i> .....	29
<u>3.5) Les services de soins de suite et de réadaptation :</u> .....	30
<b><u>C – Un enjeu de santé publique :</u></b> .....	31
<u>1 – Bilan des consommations :</u> .....	31
<u>2 – La morbi-mortalité :</u> .....	32
<u>3 – La dépense de santé publique dans le cadre de la lutte contre les     drogues :</u> .....	34
<b><u>D – Les objectifs de cette étude :</u></b> .....	36
<b><u>II – Méthode :</u></b> .....	38
<b><u>III – Résultats :</u></b> .....	40
<b><u>A – Evaluation de l'état de santé des patients dépendants aux opiacés     suivis au centre Boris Vian à M0 :</u></b> .....	40
<u>1 – Les données générales :</u> .....	40
<u>2 – L'état médical :</u> .....	40
<u>2.1) Les antécédents médicaux :</u> .....	40
<u>2.2) Les problèmes médicaux au cours des 30 derniers jours :</u> .....	42
<u>2.3) L'évaluation de l'état médical au cours des 30 derniers jours:</u> .....	43
<i>a) La gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient :</i> .....	43
<i>b) Le besoin de traitement médical ressenti par le patient :</i> .....	44
<i>c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement médical du                 patient :</i> .....	45
<i>d) La comparaison des échelles de gravité :</i> .....	46
<u>3 – L'état psychiatrique :</u> .....	47
<u>3.1) Les antécédents psychiatriques :</u> .....	47
<u>3.2) La répartition des pathologies et traitements :</u> .....	48

<u>3.3) Les problèmes psychiatriques au cours des 30 derniers jours : ....</u>	49
<u>3.4) L'évaluation de l'état psychiatrique au cours des 30 derniers jours:</u> .....	50
<i>a) La gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient :</i>	50
<i>b) Le besoin de traitement psychiatrique ressenti par le patient : .....</i>	51
<i>c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement psychiatrique du patient : .....</i>	52
<i>d) La comparaison des échelles de gravité : .....</i>	52
<u>4 – L'état addictologique :</u> .....	53
<u>4.1) Les consommations au cours des 30 derniers jours:</u> .....	53
<i>a) L'alcool :</i> .....	53
<i>b) Les substances illicites :</i> .....	54
<i>c) Les médicaments :</i> .....	56
<u>4.2) Les voies d'administration :</u> .....	59
<i>a) Les substances illicites :</i> .....	59
<i>b) Les médicaments :</i> .....	61
<u>4.3) Les substances problématiques principales :</u> .....	62
<u>4.4) Les prises en charge addictologiques antérieures :</u> .....	63
<u>4.5) Les dépenses au cours des 30 derniers jours:</u> .....	65
<u>4.6) Les problèmes addictologiques au cours des 30 derniers jours :</u> ...	66
<u>4.7) L'évaluation de l'état addictologique au cours des 30 derniers jours:</u> .....	68
4.7.1) La dépendance aux substances : .....	68
<i>a) La gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient :</i> .....	68

b) <i>Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance aux substances : .....</i>	69
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance aux substances : ....</i>	70
d) <i>La comparaison des échelles de gravité : .....</i>	71
4.7.2) <i>La dépendance à l'alcool : .....</i>	72
a) <i>La gravité de la dépendance à l'alcool ressentie par le patient : .....</i>	72
b) <i>Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool : .....</i>	73
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool : .....</i>	74
d) <i>La comparaison des échelles de gravité : .....</i>	74
<u>5 – L'état social : .....</u>	75
<u>5.1) Le niveau d'études et les emplois : .....</u>	75
<u>5.2) Les ressources au cours des 30 derniers jours: .....</u>	77
<u>5.3) Les problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours : .....</u>	80
<u>5.4) L'évaluation de l'état social au cours des 30 derniers jours: .....</u>	81
a) <i>La gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient : .....</i>	81
b) <i>Le besoin d'aide à l'emploi ressenti par le patient : .....</i>	82
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide à l'emploi du patient : .....</i>	83
d) <i>La comparaison des échelles de gravité : .....</i>	84
<u>6 – L'état judiciaire : .....</u>	85
<u>6.1) Les antécédents judiciaires : .....</u>	85

6.2) <u>Les problèmes judiciaires au cours des 30 derniers jours</u> : .....	91
6.3) <u>L'évaluation de l'état judiciaire au cours des 30 derniers jours</u> : .....	92
a) <i>La gravité des problèmes judiciaires ressentie par le patient</i> : .....	92
b) <i>Le besoin d'aide juridique ressenti par le patient</i> : .....	93
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide juridique du patient</i> : .....	94
d) <i>La comparaison des échelles de gravité</i> : .....	94
<b><u>B – Evolution de l'état de santé à 6 mois (M6) et à un an (M12)</u></b> : .....	95
1 – <u>Les données générales</u> : .....	95
2 – <u>L'évaluation de l'état médical au cours des 30 derniers jours</u> : .....	96
2.1) <u>L'évaluation à M6</u> : .....	96
a) <i>La gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient à M6</i> : .....	96
b) <i>Le besoin de traitement médical ressenti par le patient à M6</i> : .....	96
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement médical du patient à M6</i> : .....	97
d) <i>La comparaison des échelles de gravité</i> : .....	98
2.2) <u>L'évaluation à M12</u> : .....	99
a) <i>La gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient à M12</i> : .....	99
b) <i>Le besoin de traitement médical ressenti par le patient à M12</i> : ..	99
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement médical du patient à M12</i> : .....	100
d) <i>La comparaison des échelles de gravité</i> : .....	101
2.3) <u>L'évolution de l'état médical</u> : .....	102

a) <i>La gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient</i> : .....	102
b) <i>Le besoin de traitement médical ressenti par le patient</i> : .....	103
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement médical du patient</i> : .....	103
<u>3 – L'évaluation de l'état psychiatrique au cours des 30 derniers jours:</u> ...	104
<u>3.1) L'évaluation à M6 :</u> .....	104
a) <i>La gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient à M6:</i> .....	104
b) <i>Le besoin de traitement psychiatrique ressenti par le patient à M6 :</i> .....	105
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement psychiatrique du patient à M6 :</i> .....	106
d) <i>La comparaison des échelles de gravité :</i> .....	107
<u>3.2) L'évaluation à M12 :</u> .....	107
a) <i>La gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient à M12:</i> .....	107
b) <i>Le besoin de traitement psychiatrique ressenti par le patient à M12 :</i> .....	108
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement psychiatrique du patient à M12 :</i> .....	109
d) <i>La comparaison des échelles de gravité :</i> .....	110
<u>3.3) L'évolution de l'état psychiatrique :</u> .....	110
a) <i>La gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient :</i>	110
b) <i>Le besoin de traitement psychiatrique ressenti par le patient :</i> .....	111
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement</i>	

<i>psychiatrique du patient</i> : .....	112
<u>4 – L'évaluation de l'état addictologique au cours des 30 derniers jours:</u> ..	113
<u>4.1) L'évaluation à M6</u> : .....	113
4.1.1) La dépendance aux substances à M6 : .....	113
a) <i>La gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient à M6</i> : .....	113
b) <i>Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance aux substances à M6:</i> .....	114
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance aux substances à M6:</i> .....	115
d) <i>La comparaison des échelles de gravité</i> : .....	116
4.1.2) La dépendance à l'alcool à M6: .....	117
a) <i>La gravité de la dépendance à l'alcool ressentie par le patient à M6</i> : .....	117
b) <i>Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool à M6:</i> .....	117
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool à M6:</i> .....	118
d) <i>La comparaison des échelles de gravité</i> : .....	119
<u>4.2) L'évaluation à M12</u> : .....	120
4.2.1) La dépendance aux substances à M12 : .....	120
a) <i>La gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient à M12</i> : .....	120
b) <i>Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces</i>	

<i>problèmes de dépendance aux substances à M12: .....</i>	120
<i>c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance aux substances à M12: .....</i>	121
<i>d) La comparaison des échelles de gravité : .....</i>	122
4.2.2) <i>La dépendance à l'alcool à M12 : .....</i>	123
<i>a) La gravité de la dépendance à l'alcool ressentie par le patient à M12 : .....</i>	123
<i>b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool à M12: .....</i>	123
<i>c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool à M12: .....</i>	124
<i>d) La comparaison des échelles de gravité : .....</i>	125
<u>4.3) L'évolution de l'état addictologique : .....</u>	126
4.3.1) <i>La dépendance aux substances : .....</i>	126
<i>a) La gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient : .....</i>	126
<i>b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance aux substances : .....</i>	127
<i>c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance aux substances : ....</i>	128
4.3.2) <i>La dépendance à l'alcool : .....</i>	129
<i>a) La gravité de la dépendance à l'alcool ressentie par le patient : .....</i>	129
<i>b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces</i>	

<i>problèmes de dépendance à l'alcool : .....</i>	130
<i>c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool : .....</i>	130
<u>5 – L'évaluation de l'état social au cours des 30 derniers jours: .....</u>	131
5.1) L'évaluation à M6 : .....	131
<i>a) La gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient à M6:</i>	131
<i>b) Le besoin d'aide à l'emploi ressenti par le patient à M6 : .....</i>	132
<i>c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide sociale du patient à M6 : .....</i>	133
<i>d) La comparaison des échelles de gravité : .....</i>	134
5.2) L'évaluation à M12 : .....	134
<i>a) La gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient à M12: .....</i>	134
<i>b) Le besoin d'aide à l'emploi ressenti par le patient à M12 : .....</i>	135
<i>c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide à l'emploi du patient à M12 : .....</i>	136
<i>d) La comparaison des échelles de gravité : .....</i>	137
5.3) L'évolution de l'état social : .....	137
<i>a) La gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient : .....</i>	137
<i>b) Le besoin d'aide à l'emploi ressenti par le patient : .....</i>	138
<i>c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide à l'emploi du patient : .....</i>	139
<u>6 – L'évaluation de l'état judiciaire au cours des 30 derniers jours: .....</u>	140
6.1) L'évaluation à M6 : .....	140
<i>a) La gravité des problèmes légaux ressentie par le patient à M6: ...</i>	140

b) <i>Le besoin d'aide juridique ressenti par le patient à M6 :</i> .....	141
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide juridique du patient à M6 :</i> .....	142
d) <i>La comparaison des échelles de gravité :</i> .....	142
6.2) <i>L'évaluation à M12 :</i> .....	143
a) <i>La gravité des problèmes légaux ressentie par le patient à M12:</i>	143
b) <i>Le besoin d'aide juridique ressenti par le patient à M12 :</i> .....	144
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide juridique du patient à M12 :</i> .....	145
d) <i>La comparaison des échelles de gravité :</i> .....	145
6.3) <i>L'évolution de l'état judiciaire :</i> .....	146
a) <i>La gravité des problèmes légaux ressentie par le patient :</i> .....	146
b) <i>Le besoin d'aide juridique ressenti par le patient :</i> .....	147
c) <i>L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide juridique du patient :</i> .....	147
<b><u>IV – Discussion :</u></b> .....	149
<u>1 – Les limites de cette étude :</u> .....	149
a) <i>L'interviewer :</i> .....	149
b) <i>L'échantillon de patients :</i> .....	149
c) <i>Le questionnaire :</i> .....	150
<u>2 – Quels étaient les besoins des patients et ont-ils été bien évalués ?</u> .....	151
<u>3 – Une amélioration de l'état de santé des patients à 6 mois et à 1 an est-elle mise en évidence ?</u> .....	154
<u>4 – La précarité sanitaire et le recours aux soins :</u> .....	157
<u>5 – Les profils de consommation :</u> .....	160

<u>6 – La précarité sociale, financière et le recours aux aides sociales :</u> .....	164
<u>7 – La précarité judiciaire et le recours aux aides juridiques :</u> .....	165
<b><u>V – Conclusion :</u></b> .....	168
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	170
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	177
<b><u>Annexe 1 :</u></b> L’ASI .....	177
<b><u>Annexe 2 :</u></b> Questionnaire à M0 .....	189
<b><u>Annexe 3 :</u></b> Questionnaire à M6 et à M12 .....	196

## **I – Introduction :**

### **A) Quelques définitions :**

#### **1 – Qu'est - ce que la santé ?**

Depuis 1946, l'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [1].

#### **2 – Qu'est - ce que la dépendance ?**

##### *a) Définition :*

En 1990, le psychiatre américain Aviel Goodman proposait une définition de l'addiction sous l'angle de la gestion hédonique et de la solution addictive : l'addiction correspond à une dépendance compulsive à une action destinée à réguler l'état de tension interne. La compulsion se traduit par la perte de contrôle et la persévération du comportement malgré les méfaits qu'il engendre [2].

En 1992, la classification internationale des maladies – 10<sup>ème</sup> édition (CIM-10) de l'OMS définissait la dépendance comme l'ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. Elle est caractérisée par un désir puissant voir compulsif de consommer cette substance [3].

En 1995, le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux – 4<sup>è</sup> édition (DSM IV) de l'American Psychiatric Association proposait une définition centrée sur un mode d'utilisation inadaptée d'une substance entraînant une altération du fonctionnement ou une souffrance. Il distinguait l'abus d'une substance de la dépendance à une substance [4].

Quelle que soit l'approche faite, les capacités d'adaptation du patient sont dépassées. La notion de « plaisir » que l'utilisateur éprouve lors de ses premières consommations disparaît avec la tolérance à la substance. Le patient poursuit ses consommations dans le but de retrouver ce plaisir. En réalité, il en vient souvent à consommer pour éviter les symptômes du sevrage. Pour y parvenir, une augmentation exponentielle des doses consommées est inévitable. L'envie et le besoin de consommer envahissent sa sphère psycho-sociale. Il investit un maximum de temps dans la recherche de la substance au détriment d'activités sociales, professionnelles, récréatives, familiales... Et l'état physique dans lequel il se trouve après avoir consommé empêche la réalisation de ces activités. Il est conscient de la toxicité physique et psychologique de ses consommations mais ne peut se résoudre à y mettre un terme et « auto-détériore » sa santé.

Depuis 2013, une révision du DSM propose sa 5<sup>ème</sup> version [5]. Les notions d'abus d'une substance et de dépendance à une substance ne sont plus scindées. Il définit des degrés de dépendance plus ou moins sévères. Il regroupe et complète les items diagnostiques des CIM – 10 et DSM IV. Le patient dépendant est incapable de remplir ses obligations. La toxicité s'étend aux relations sociales et interpersonnelles. Et la notion de « mise en danger physique lors des consommations » vient inclure les patients anciennement reconnus comme « abuseurs » d'une substance.

*b) Une échelle d'évaluation de la sévérité de la dépendance : l'Addiction*

*Severity Index (ASI) :*

En 1980, le Dr McLELLAN, professeur de psychiatrie à l'université de Philadelphie – Pennsylvanie, proposait une échelle d'évaluation des comportements de dépendance : l'ASI, mondialement reconnue.

Depuis 1992, le laboratoire de psychiatrie de l'université Victor Segalen Bordeaux 2 travaille sur une adaptation française de l'ASI 5<sup>e</sup> version du Dr McLELLAN, à partir de sa traduction canadienne proposée par le Dr BERGERON et intitulée « Indice de Gravité de la Toxicomanie » [6].

L'ASI est un outil d'évaluation pluridisciplinaire comprenant 7 volets : état médical, emploi/ressources, substances/ addictions sans substances, situation légale, histoire de la famille, relations familiales et sociales, état psychologique.

L'entretien semi-structuré est un hétéro-questionnaire qui explore l'usage des substances et les problèmes ressentis pour chacun de ces volets. Cette évaluation est faite sur toute la vie et sur les 30 derniers jours [7]. L'ASI permet l'évaluation des dépendances avec un entretien de base, mais surtout un suivi de ces comportements en entretien de suivi.

Le questionnaire de l'ASI est référencé en annexe 1.

**B – L'offre de soins en addictologie :**

**1 – Un peu d'histoire :**

La loi du 31 décembre 1970 a modifié la prise en charge des usagers de drogues en sanctionnant l'usage public ou privé des drogues illicites. Elle proposait

également une alternative thérapeutique à la répression de cet usage ainsi que l'anonymat et la gratuité des soins pour les personnes désirant se faire soigner.

Grâce à l'article L.355-15 du code de santé publique, les procureurs de la république ont pu prononcer des injonctions thérapeutiques comme alternative aux peines de prison [8].

Les usagers de drogues, désirant se soigner, étaient jusque là hospitalisés dans des services de psychiatrie.

Face à cette nouvelle population en demande de soins, de nouvelles structures spécialisées ont donc été ouvertes à partir de 1971. Une des pionnières était le centre médical Marmottan – Paris, fondé par le Dr Olivenstein, psychiatre spécialisé dans la prise en charge des usagers de drogues. Cette prise en charge se basait sur des cures de sevrage, sans substitution, avec accompagnement psychothérapeutique [9]. Le rapport Pelletier de 1978 officialisait cette orientation de soin en rejetant les autres options de traitement et notamment la substitution par la méthadone [10].

Dans les années 80, l'épidémie du virus d'immunodéficience humaine (VIH) a fait changer les principes de lutte contre l'usage des drogues pour passer d'une politique de sevrage à une politique de réduction des risques.

Le décret du 11 août 1989 [11] est venu modifier celui du 13 mars 1972 [12] en rendant anonyme la vente de seringues à usage unique pour les personnes majeurs. Les usagers pouvaient acheter un matériel stérile sans crainte de répression judiciaire.

Enfin, le plan gouvernemental triennal 1993-1996 de lutte contre la

toxicomanie a réorganisé la prise en charge des usagers de drogues telle que nous la connaissons actuellement [13]. Les traitements de substitution sont devenus une modalité de prise en charge en améliorant la situation sociale et somatique des patients et en réduisant les risques infectieux. Les structures de soin ont été réorganisées avec une augmentation des capacités de prise en charge, la création de communautés thérapeutiques résidentielles, d'appartements thérapeutiques, la mise en place de réseaux ville-hôpital...

## 2 – Les traitements de substitution aux opiacés (TSO):

Le Canada, la Suède, les Pays-Bas, le Danemark, la Suisse, l'Italie, l'Espagne ont progressivement adopté la substitution comme traitement de la dépendance aux opiacés entre les années 1960 et les années 1980. En France, il aura fallu attendre 1993 pour que la prescription de médicaments à base de dérivés morphiniques soit autorisée dans ce cadre [9].

En 2010, 170 000 patients bénéficiaient d'un TSO. En Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), environ 24 500 patients ont reçu une prescription de méthadone, et 13 000 une prescription de buprénorphine haut dosage (BHD). Les médecins généralistes de ville étaient les principaux acteurs avec 132 500 prescriptions de TSO [14].

En 2011, environ 148 000 personnes bénéficiaient d'un remboursement de TSO au régime général d'affiliation ; 103 000 par buprénorphine, 29 000 par méthadone sirop et 16 000 par méthadone gélule. Dans trois quarts des cas, ils ont reçu leurs prescriptions d'un médecin généraliste libéral (72% des patients sous buprénorphine et 55% des patients sous méthadone) [15].

a) La méthadone :

La méthadone est un agoniste pur des récepteurs opioïdes. Utilisée dès le début des années 1970 à titre expérimental, elle obtient l'AMM dans l'indication de « traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique » le 31 mars 1995 [9] [16]. Inscrite sur la liste des stupéfiants, l'initiation du traitement est réservée aux médecins exerçant en CSAPA ou à l'hôpital, puis le renouvellement peut être effectué par un médecin de ville. Les règles de prescription sont strictes (ordonnance sécurisée, prescription limitée à 14 jours, dosage mentionné en toutes lettres, officine de délivrance mentionnée sur l'ordonnance...) [17]. Initialement disponible sous forme de sirop, depuis 2008, une nouvelle galénique en gélule est disponible. Sans alcool et sans sucre, elle est destinée aux patients stabilisés sous méthadone sirop depuis un an minimum. Sa primo-prescription doit également être réalisée par un médecin exerçant en CSAPA ou en service hospitalier spécialisé [15].

Selon l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), en 2011, sur l'ensemble des prescriptions de méthadone remboursées au régime générale, la médiane de la dose quotidienne moyenne était de 46 mg/j [15] alors que la dose quotidienne d'entretien recommandée est de 60 à 100 mg/j [18]. Seulement 7% des patients recevaient plus de 100 mg de méthadone par jour. D'après ce même rapport, 63% des patients étaient réguliers dans leurs délivrances [15].

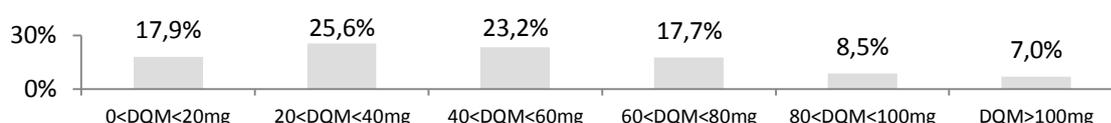


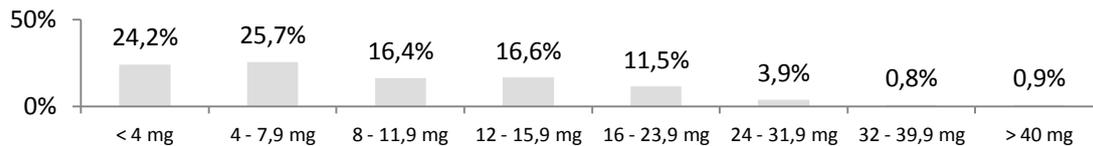
Figure 1 : répartition des patients bénéficiaires d'un remboursement de méthadone selon leurs doses quotidiennes moyennes (DQM) en mg/j en 2011 selon l'OFDT

*b) La buprénorphine haut dosage BHD :*

Si la circulaire du 31 mars 1995 l'annonçait [16], la BHD n'a été disponible qu'à partir de février 1996, sous la forme subutex®, dans l'indication de « traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique ». Connue depuis 1984, la buprénorphine avait alors l'AMM comme antalgique à un plus faible dosage (temgesic®). Agoniste partiel des récepteurs opioïdes  $\mu$  mais antagoniste des récepteurs delta et kappa, la buprénorphine présente un faible risque de surdosage [9]. Comme pour la méthadone, la législation a fixé un cadre de prescription strict. Cependant, l'initiation du traitement peut se faire par tout médecin sans restriction de cadre d'exercice et pour une durée de prescription de 28 jours [18]. Si la galénique sublinguale ne change pas, les formes génériques du subutex® arrive sur le marché à partir de 2006. Le dispositif « tiers payant contre générique » ne s'applique pas à la BHD. La moitié des patients bénéficiant d'un remboursement pour de la buprénorphine en 2011 choisissaient la forme princeps, un quart la forme générique et un autre quart les deux formes [15].

Selon l'OFDT, en 2011, sur l'ensemble des prescriptions de BHD remboursées au régime général, la médiane de la dose quotidienne moyenne était de 8mg [15], ce qui correspond à la dose quotidienne recommandée [18]. 17% des patients recevaient une dose quotidienne supérieure à 16 mg/jr [15].

Sous BHD, 73% des patients étaient réguliers dans leurs délivrances [15].



**Figure 2 : répartition des patients bénéficiaires d'un remboursement de BHD selon leurs doses quotidiennes en mg/j en 2011 selon l'OFDT**

Sous BHD comme sous méthadone, une augmentation des doses réglementaires est parfois nécessaire à l'amélioration et à la stabilisation du patient.

*c) Les mésusages :*

Si les mésusages existent pour ces deux spécialités, ils sont plus fréquents avec la BHD.

En 2002, on estimait que 25% des doses de TSO prescrites étaient destinées à la revente au marché noir [14]. 21% des usagers des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) déclaraient consommer de la méthadone ou de la BHD hors suivi médical [14].

35% des usagers des CSAPA et 51% des usagers des CAARUD déclaraient pratiquer l'injection de BHD et 24% des usagers de ces deux structures la mésusaient en sniff [14]. En juin 2004, 13% à 46% des personnes traitées par la BHD déclaraient l'avoir utilisée par injection avec une fréquence variable, de tous les jours à moins d'une fois par mois [19].

3 – Les différentes structures de soins :

Le dispositif hospitalier en addictologie est gradué en trois niveaux :

- Les structures de niveau I assurent les réponses de proximité et les sevrages

simples

- Les structures de niveau II proposent des prises en charges spécialisées aux patients présentant des problématiques particulières et assurent des sevrages et des soins résidentiels complexes.
- Les structures de niveau III sont les centres d'addictologie universitaires régionaux implantés dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). Elles proposent les mêmes prises en charge que les structures de niveau II et constituent un lieu régional de ressources, de formation et de recherche [20].

### 3.1) Les Points d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) :

Réservés aux 12-25 ans, les PAEJ ont une mission d'accueil et d'écoute dite de proximité [21]. Composés d'une équipe pluridisciplinaire (professionnels de santé, assistantes sociales, éducateurs...), leur but est préventif : sensibilisation, médiation, interventions en milieu scolaire ; mais aussi d'orientation vers les structures de prises en charge spécialisées si besoin.

### 3.2) Les structures de réductions des risques :

La loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, reconnaît la responsabilité de l'état dans la réduction des risques liés à l'usage de drogues et son financement [22].

L'objectif est de prévenir ou de réduire les risques liés à la consommation de stupéfiants et d'améliorer la situation sanitaire et sociale de consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation, ou les produits consommés, les exposent à des risques majeurs

infectieux, accidentels, psychiatriques. L'équipe médico-psycho-sociale y porte une attention particulière aux usagers les plus précaires.

Il s'agit :

- des lieux d'échange de seringues : distribution de matériel stérile à usage unique et récupération du matériel usagé.
- des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) [23]. En 2010, ils ont accueilli environ 66 000 usagers de drogues. Il en existait 163 en 2012 [14].

### 3.3) Les soins ambulatoires :

#### *a) Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) :*

Créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les CSAPA sont des centres de soins médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des personnes souffrant de dépendance aux substances psycho-actives licites ou illicites ou aux personnes souffrants d'addictions sans substance (jeu pathologique...) [23]. Ils proposent, en plus de la prévention et de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, une prise en charge globale des co-morbidités liées à l'usage de drogues, une prescription et un suivi de traitements médicamenteux dont les traitements de substitutions aux opiacés, une prise en charge psychologique, sociale, éducative et juridique [21] [24].

En 2010, les 419 CSAPA recensés ont accueilli un nombre estimé de 268 000 patients selon l'OFDT [24], dont 104 000 pour un problème principal avec les

drogues illicites et 53 000 avec les opiacés [14].

*b) Le réseau ville-hôpital addictions :*

Comme son nom l'indique, il fait le lien entre les intervenants hospitaliers et les intervenants de ville pour une continuité de prise en charge indispensable des patients. Composé de médecins généralistes, pharmaciens, médecins hospitaliers, assistantes sociales, infirmiers... sa mission consiste à échanger sur un ensemble de « bonnes pratiques », à développer des compétences médicales et sociales pour optimiser l'accueil et le suivi des personnes dépendantes [21].

*c) Le médecin généraliste de ville :*

Le médecin généraliste de ville ou médecin de famille est le premier recours aux soins. Il assure la prise en charge globale médico-psycho-sociale de son patient et avec son entourage.

En 1996, époque de l'arrivée des TSO sur le marché, les problèmes de dépendances aux opiacés représentaient 0.14% des consultations de médecine générale selon la société française de médecine générale (SFMG) [25].

3.4) Les soins hospitaliers :

En 2011, environ 6000 séjours hospitaliers (hors hôpitaux psychiatriques) avaient pour diagnostic principal des troubles liés aux drogues illicites ; dont 1900 séjours avec un diagnostic principal de troubles du comportement liés à la consommation d'opiacés, et 1600 séjours avec un diagnostic principal de

polytoxicomanie [14].

*a) Les unités de soins en addictologie :*

Il s'agit de services hospitaliers dédiés à la prise en charge des usagers problématiques de drogues.

Les patients y sont admis sur orientation d'un CSAPA ou d'un médecin de ville pour la prise en charge d'un sevrage lorsque celui-ci n'est pas réalisable en ambulatoire, ou pour la prise en charge d'une problématique aiguë psychologique en lien avec une addiction [21] [26].

La durée d'hospitalisation varie de 2 à 4 semaines environ [26].

*b) L'hôpital de jour :*

L'hôpital de jour est une alternative à l'hospitalisation complète. Les patients peuvent bénéficier de consultations spécialisées, d'activités thérapeutiques, dans un but de réadaptation psychosociale, de consolidation d'un sevrage, de réhabilitation et d'autonomisation d'une personne dépendante... [21] [26]

*c) Les équipes de liaison en addictologie :*

Depuis la fin des années 2000, les équipes de liaisons en addictologie sont des équipes mobiles qui interviennent dans les différents services hospitaliers et services d'urgences afin de soutenir, de conseiller, et de former les équipes médicales non initiées à la prise en charge des conduites addictives.

Elles peuvent également intervenir dans les réseaux ville-hôpital afin d'améliorer la

prise en charge des patients et leur suivi. [21] [26]

### 3.5) Les services de soins de suite et de réadaptation :

Les services de soins de suite et de réadaptation sont des centres d'hébergements thérapeutiques pour des périodes plus longues.

Leur mission est de consolider la réinsertion sociale, dans un contexte d'abstinence après un sevrage ambulatoire ou hospitalier.

Selon l'OFDT, en 2010, il existait 113 établissements de soins de suite et de réadaptation avec mention addictologie [14].

On y regroupe :

- Les centres thérapeutiques communautaires ou communautés thérapeutiques. La durée initiale du séjour est d'un an renouvelable par tranches de 3 mois sans dépasser 2 ans [27] [21] [23]. En 2012, ils étaient au nombre de dix [14].
- Les centres thérapeutiques résidentiels ou post cure. Ils sont gérés par les CSAPA. La durée du séjour varie de quelques semaines à plusieurs mois, maximum 1 an [21] [23]. En 2011, les 44 centres à financement public de ce type ont hébergé environ 1800 patients pour une durée moyenne de 3 mois [14].
- Le réseau d'appartements thérapeutiques relais géré également par les CSAPA [23]. La durée moyenne d'hébergement dans ces appartements est de 6 mois, mais peut aller jusqu'à deux an maximum. En 2010, seulement 64 CSAPA disposaient de ce type d'hébergement qui a accueilli environ 1 000 patients [14].
- Le réseau de famille d'accueil [23].

## **C – Un enjeu de santé publique :**

### 1 – Bilan des consommations :

En 2011, selon l'OFDT, 281 000 personnes étaient « usagers problématiques de drogues » en France, c'est-à-dire usagers par voie intraveineuse ou consommateurs réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines dans l'année. Ce qui représentait 7.5 usagers problématiques pour 1000 habitants de 15 à 64 ans [14].

En 2010, 500 000 personnes, âgées de 18 à 64 ans avaient consommé de l'héroïne au moins une fois au cours de leur vie (1.2% de la population) dont 90 000 dans l'année (0.2% de la population) et 53 000 personnes étaient suivies en CSAPA pour consommation d'opiacés [14].

Les consommations de cocaïne étaient encore plus importantes : un million et demi de personnes avaient consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie (3.8% de la population des 18-64 ans et 7% des 18-34 ans) dont 400 000 dans l'année [14] [28].

Même si trois fois plus de français avaient expérimenté la cocaïne, les usagers semblaient plus dépendants de l'héroïne que de la cocaïne. En 2011, 40% des patients suivis en CSAPA déclaraient que leur problème principal était la consommation d'opiacés et pour 77% d'entre eux la consommation d'héroïne. Seul 5.6% des patients suivis en CSAPA déclaraient que la cocaïne était leur problème principal [14]. D'ailleurs, l'usage de cocaïne intervient souvent dans un contexte de poly-consommations. Plus onéreuse que l'héroïne, les ressources financières

rythment souvent son achat. 82% des usagers de cocaïne fréquentant les CAARUD déclaraient avoir consommé un opiacé dans le mois [14].

La voie d'administration est un élément clé de la prise en charge. Elle détermine le niveau de dépendance et les co-morbidités associées.

Les usagers suivi dans les CAARUD ont tendance à injecter l'héroïne : 60% l'injecte, 42% la sniffe et 28.9% l'inhale à chaud. Ceux suivi en CSAPA ou en médecine de ville ont tendance à la sniffer : 23% l'injecte, 69% la sniffe et 22% l'inhale à chaud [14]. Cette répartition des modes d'administration est sensiblement la même pour les usagers de cocaïne. En 2010, sur les 41% des usagers des CAARUD ayant consommé de la cocaïne dans le mois, 53.3% l'ont injectée, 50.6% l'ont sniffée et 30.9% l'ont inhalée à chaud. En 2011, 17.8% des patients suivi en CSAPA déclaraient avoir consommé de la cocaïne dans le mois : 18.5% en injection, 64.7% en sniff et 15.4% en inhalation à chaud [14].

## 2 – La morbi-mortalité :

Les hommes qui consomment de l'héroïne, de la cocaïne ou crack ont 5.2 fois plus de risque de décéder que les hommes du même âge. Ce risque est multiplié par 9.5 pour les femmes [14].

La première cause de décès lors de l'usage d'opiacés ou de cocaïne est le risque de surdose ou overdose. L'arrivée des TSO en 1995 a permis un recul des consommations d'héroïne et donc des overdoses. Le nombre de décès par overdose a connu son apogée en 1994 avec 451 décès recensés [14]. Il a ensuite été divisé par 5 entre 1994 et 2002 d'après les bases de données du centre d'épidémiologie

sur les causes médicales de décès (CépiDC) et de l'office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (Ocrtis). Les données du CépiDC et de l'enquête DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) faisaient état d'une ré-augmentation de ces décès à partir de 2003 [29], probablement en lien avec une modification des modes de consommations et notamment avec la recrudescence des polyconsommations. En effet, les overdoses surviennent majoritairement lorsque la substance principale est consommée en association avec une autre substance psycho active qui potentialise les effets hédoniques mais qui augmente également le risque de décès. L'enquête DRAMES 2011 recensait 280 décès directement liés aux produits (et 36 décès liés indirectement aux consommations de produits). L'héroïne était impliquée dans 54 décès mais seule dans 3 décès ; la cocaïne était impliquée dans 30 décès mais seule pour un cas ; les médicaments opiacés hors TSO (morphine, tramadol, codéine...) dans 43 décès mais seuls pour 6 d'entre eux ; la méthadone dans 121 décès mais seule pour 10 d'entre eux et la BHD dans 40 décès mais seule dans 2 cas [30].

Au delà de la quantité consommée, le mode d'administration influe également sur la morbi-mortalité.

Les modes d'administration les plus à risque sont en premier lieu l'injection puis l'administration nasale ou sniff. Ils sont responsables de complications le plus souvent infectieuses, locales ou généralisées, mais aussi de complications veineuses thromboemboliques, de nécroses aux sites d'injection ou d'inhalation (érosions de la cloison nasale causées par les pailles)...

Parmi les complications infectieuses, on distingue les surinfections bactériennes ou mycotiques locales (abcès) et généralisées (septicémie, endocardite, arthrites...) des

infections virales aux VIH et hépatites virales.

En 2010, 74 usagers de drogues par voie injectable (UDVI) ont été déclarés séropositifs et 75 sont décédés du sida [14].

Les UDVI représentaient 1% de l'ensemble des découvertes de séropositivité, 7% de l'ensemble des nouveaux cas de sida et environ un quart de l'ensemble des décès par sida depuis le début de l'épidémie [14].

7% des UDVI fréquentant les CAARUD étaient séropositifs [14].

En 2004, 74% des usagers ayant injecté au moins une fois au cours de leur vie étaient infectés par le VHC et 10% étaient co-infectés VIH-VHC [14]. Chez les usagers injecteurs de moins de 25 ans, la prévalence du VHC est passée de 23% en 2006 à 8% en 2010 grâce à la politique sanitaire de réduction des risques [14].

Enfin, la morbidité psychiatrique est plus difficile à interpréter : la pathologie psychiatrique est – elle la conséquence ou la cause de la dépendance à une substance ? Intimement intriquées, le terme de co-morbidité paraît plus adapté. Selon de nombreux auteurs, 50 à 90% des usagers de drogues souffrent de trouble de la personnalité, 20 à 60% souffrent de syndrome anxio-dépressif et 15 à 20% de troubles psychotiques [14].

### 3) La dépense publique française dans le cadre de la lutte contre les drogues :

En 2003, l'étude de Kopp et Fenoglio estimait la dépense publique engagée pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et de prévention des conduites addictives à 1.16 milliards d'euros dont 907 millions d'euros pour les drogues illicites. Elle représentait alors 0.33% de la dépense publique totale [31].

En 2010, elle augmentait à environ 1.5 milliards d'euros [14].

Elle est assurée :

- pour une part par l'Etat sous la direction de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) : application de la loi et lutte contre le trafic de drogues, prévention des consommations, intensification et diversification de la prise en charge sanitaire et sociale, promotion de la recherche, action internationale, coût des incarcérations pour infractions à la législation des stupéfiants...
- et d'autre part par la sécurité sociale : prise en charge des conduites addictives, remboursement des TSO, financement des CSAPA, des CAARUD et des communautés thérapeutiques, prise en charge des maladies qui sont la conséquence d'une consommation de drogue... [14]

Ainsi en 2010, le montant total des dépenses pour le financement des structures en addictologie s'élevait à 326 millions d'euros et 39.72 millions pour la prévention et la prise en charge des addictions dans les hôpitaux [32].

En 2009, l'assurance maladie a dépensé 88.9 millions d'euros pour le remboursement des TSO [32].

Au total en 2010, les dépenses en santé imputables aux drogues illicites avoisinaient les 689.5 millions d'euros [32].

La majeure partie de la dépense publique reste assurée par l'Etat.

En 2010, les dépenses imputables à la lutte contre les drogues et pour la prévention de l'usage des drogues s'élevaient à environ 1 milliard d'euros dont 674 millions pour la défense, l'ordre public et la sécurité, l'action des douanes contre les stupéfiants et

l'économie parallèle, et 229 millions imputables au cout de la détention des personnes pour infractions à la législation des stupéfiants [32].

#### **D – Les objectifs de cette étude :**

La population des usagers de drogues a la particularité de présenter des risques d'altération de tous les domaines de sa santé. La définition même de la dépendance implique une aliénation de l'usager de drogues, un désinvestissement psychosocial et une envie irrépessible de consommer la substance malgré sa toxicité démontrée sur son état de santé.

La prise en charge des usagers de drogues s'est donc développée vers une approche globale du patient en équipe pluridisciplinaire. Ils nécessitent une intervention médicale (prescription des TSO, prise en charge des co-morbidités) et psychothérapeutique. Mais sans intervention sur leurs problèmes sociaux, judiciaires, ces patients ne sortiraient pas de la précarité sanitaire dans laquelle ils sont plongés.

Leur prise en charge est un défi socio-sanitaire mais aussi un enjeu économique.

Cette étude a pour objectifs de répondre aux attentes du médecin amené à prendre en charge un patient dépendant des opiacés :

1) Quel est l'état de santé des patients dépendants aux opiacés, substitués par méthadone, suivis au centre Boris Vian selon des critères médico-psycho-

sociaux ? Quels sont les besoins de ces patients et sont-ils correctement évalués ?

2) Met – on en évidence une amélioration de cet état de santé à 6 mois et 1an de prise en charge pluridisciplinaire dans ce centre ?

## **II – Méthode :**

Depuis plusieurs années, les patients substitués par méthadone suivis au centre Boris Vian, CSAPA et Centre de Consultation Addictologique Sanitaire de Niveau II, intersectoriel de l'agglomération lilloise, sont évalués par le questionnaire de l'ASI. Ce recueil de données est réalisé par le même interviewer, sociologue, chargé d'étude clinique et épidémiologique, pour tous les patients et pour chaque évaluation de suivi.

Cette étude est une étude rétrospective basée sur ce recueil de données. Ont été inclus aléatoirement 169 patients anonymisés et ayant été pris en charge d'avril 2007 à novembre 2011.

L'évaluation de leur état de santé a été réalisée à partir de données sélectionnées dans les volets médicaux, psychiatriques, addictologiques, sociaux et judiciaires de l'ASI selon cet ordre. Le questionnaire est référencé en annexe. L'évaluation M0 était réalisée dans le premier mois suivant l'initiation de la prise en charge dans ce centre.

Pour chaque volet, les patients ont répondu à des questions d'ordre général puis il leur a été demandé de chiffrer sur des échelles allant de 0 à 4, l'importance des ressentis de leurs problèmes et de leurs besoins de traitement ou d'aide. L'interviewer a également chiffré ces besoins de traitement ou d'aide supplémentaires sur des échelles de sévérité allant de 0 à 9. Celles-ci ont secondairement été ramenées à 5 graduations comparables à l'échelle d'évaluation des patients.

L'évolution de leur état de santé a été évaluée à 6 mois (M6) et à 12 mois (M12) d'après les évaluations de l'importance des problèmes et des besoins de traitement ou d'aide ressentie par les patients, et d'après celle de l'importance des besoins de traitement ou d'aide estimée par l'interviewer. Le questionnaire est référencé en annexe.

Les variables ont été décrites en moyenne +/- écart type, médiane (minimum – maximum) et répartition en fréquence suivant la nature des données.

Les tests statistiques « t de student » pour les tris à plat et Khi-2 pour les tris croisés ont été utilisés pour l'analyse statistique des données. Le « p » < 0.05 a été considéré comme statistiquement significatif. Les questionnaires ont été traités via le logiciel « Sphinx ».

### III – Résultats :

#### **A) Evaluation de l'état de santé des patients dépendants aux opiacés suivis au centre Boris Vian à M0 :**

##### 1 – Les données générales :

Sur les 169 questionnaires initiaux M0, 79.3% était des hommes. La moyenne d'âge était de 34.5 ans (34.8 ans pour les hommes et 33.3 ans pour les femmes) avec un écart type de 7.0 ans (7.2 ans pour les hommes et 6.0 ans pour les femmes). La médiane était à 35 ans avec un minimum de 18 ans sans distinction de genre et un maximum de 59 ans pour les hommes et 44 ans pour les femmes.

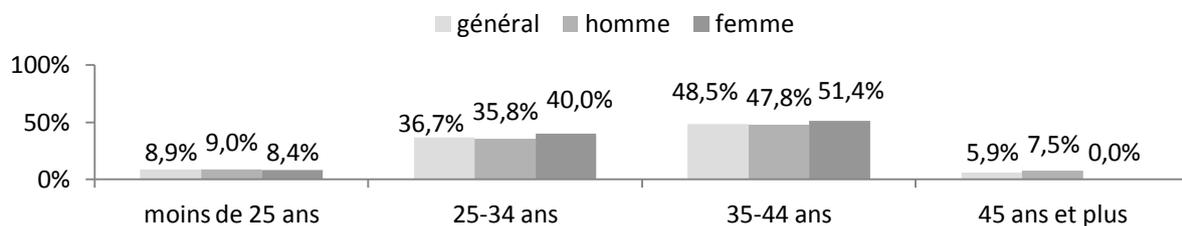


Figure 3: répartition des âges

##### 2 – L'état médical :

###### 2.1) Les antécédents médicaux :

49.1% des patients (46.3% des hommes et 60% des femmes) déclaraient avoir un problème médical chronique qui perturbait leur vie mais seulement 21.9% des patients prenaient régulièrement un traitement prescrit pour un problème physique. Les femmes prenaient significativement plus régulièrement ce traitement

que les hommes ( $p = 0.046$  - 34.3% des femmes contre 18.6% des hommes -).

4.8% des patients recevaient une pension pour une incapacité physique (5.3% des hommes et 2.8% des femmes).

La répartition des problèmes médicaux, de la prise d'un traitement médical et de l'obtention d'une pension d'incapacité physique en fonction de l'âge est représentée en tableau 1.

	Moins de 25 ans	25 – 34 ans	35 – 44 ans	45 ans et plus
<b>Problème médical</b>	53.3%	37.0%	57.3%	50.0%
<b>Traitement médical</b>	26.7%	11.3%	28.0%	30.0%
<b>Pension d'incapacité physique</b>	13.3%	4.8%	3.7%	10.0%

Tableau 1 : répartition des problèmes médicaux, traitements médicaux et pensions d'incapacité physique selon l'âge

Les patients avaient été hospitalisés 2.9 fois +/- 3.3 en moyenne (2.7 fois +/- 2.6 pour les hommes et 3.3 fois +/- 5.2 pour les femmes) pour des problèmes médicaux au cours de leur vie avec un maximum de 29 hospitalisations (12 pour les hommes et 29 pour les femmes). La médiane était de 2 hospitalisations sans distinction de genre.

Les « moins de 25 ans » avaient été hospitalisés en moyenne 2.1 fois +/- 1.7 avec un maximum de 5 fois. Les « 25-34 ans » avaient été hospitalisés en moyenne 2.6 fois +/- 2.6 avec un maximum de 11 fois. Les « 35-44 ans » avaient été hospitalisés en moyenne 3.2 fois +/- 3.9 avec un maximum de 29 fois et les « 45 ans et plus » avaient été hospitalisés en moyenne 3.3 fois +/- 3 avec un maximum de 10 hospitalisations.

	Echantillon général	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>Aucune hospitalisation</b>	16.1%	15.0%	20.0%	20.0%	21.0%	14.8%	10.0%
<b>1 à 4 hospi.</b>	62.5%	63.2%	60.0%	66.7%	61.3%	63.0%	60.0%
<b>5 hospi. et plus</b>	21.5%	21.8%	20.0%	13.3%	17.7%	22.2%	30.0%

Tableau 2 : répartition du nombre d'hospitalisations pour cause médicale

## 2.2) Les problèmes médicaux au cours des 30 derniers jours :

Au cours des 30 derniers jours, 56.2% des patients n'avaient eu aucune journée au cours de laquelle ils avaient éprouvé des problèmes médicaux (54.4% des hommes et 62.8% des femmes). 18.9% en avaient éprouvé pendant 1 à 14 jours (18.6% des hommes et 20.0% des femmes), 6.5% pendant 15 à 24 jours (7.5% des hommes et 2.9% des femmes) et 18.3% pendant plus de 25 jours (19.4% des hommes et 14.3% des femmes). En moyenne, le nombre de journées avec un ressenti de problèmes médicaux était de 7.8 journées +/- 11.5 (8.2 journées +/- 11.7 pour les hommes et 6.3 journées +/- 10.6 pour les femmes), avec un maximum de 30 journées sans distinction de genre.

Les « 45 ans et plus » avaient tendance à présenter plus de journées avec un problème médical que les autres classes d'âge ( $p < 0.001$ ). Ils représentaient 60.0% des patients ayant présenté des problèmes pendant « 25 jours et plus » contre 0.0% des « moins de 25 ans », 8.1% des « 25-34 ans » et 24.4% des « 35-44 ans ».

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>Aucune journée</b>	60.0%	67.7%	52.4%	10.0%
<b>1 à 14 jours</b>	33.3%	21.1%	15.9%	10.0%
<b>15 à 24 jours</b>	6.7	3.2%	7.3%	20.0%
<b>Plus de 25 jours</b>	0%	8.1%	24.4%	60.0%
<b>Moyenne</b>	3.1 +/- 4.9	4.2 +/- 8.6	9.7 +/- 12.6	21.7 +/- 11.5
<b>médiane</b>	0	0	0	30
<b>maximum</b>	15	30	30	30

Tableau 3 : répartition du nombre de journées avec un problème médical, au cours des 30 derniers jours, en fonction de l'âge

Sur 164 réponses, les patients avaient consulté en moyenne 1.0 fois +/- 3.8 (1.2 fois +/- 4.2 pour les hommes et 0.4 fois +/- 0.7 pour les femmes) pour ces problèmes somatiques avec un maximum de 32.0 fois (32.0 fois pour les hommes et 2.0 fois pour les femmes).

Les « moins de 25 ans » avaient consulté en moyenne 0.7 fois +/- 1.0 avec un maximum de 3.0 fois. Les « 25-34 ans » avaient consulté en moyenne 1.3 fois +/- 4.5 avec un maximum de 30 fois. Les « 35-44 ans » avaient consulté en moyenne 1.0 fois +/- 3.8 avec un maximum de 32 fois et les « 45 et plus » avaient consulté en moyenne 0.6 fois +/- 1.3 avec un maximum de 4 fois.

	Echantillon général	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>Aucune consultation</b>	70.1%	70.0%	70.6%	60.0%	75.0%	68.4%	70.0%
<b>1 à 4 consultations</b>	26.2%	25.4%	29.4%	40.0%	11.0%	29.1%	30.0%
<b>5 consultations et plus</b>	3.6%	4.6%	0.0%	0.0%	4.0%	2.6%	0.0%

Tableau 4 : répartition du nombre de consultations pour des problèmes médicaux, au cours des 30 derniers jours, en fonction de l'âge et du sexe

### 2.3) L'évaluation de l'état médical au cours des 30 derniers jours:

#### *a) La gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient :*

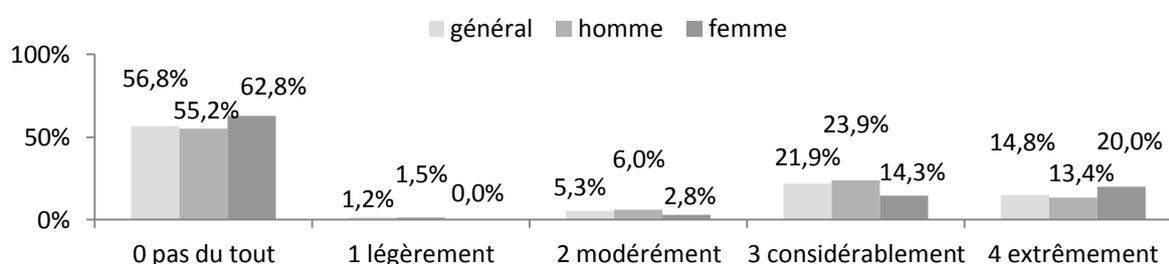


Figure 4 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

La moitié des patients ne ressentait pas de gravité à leurs problèmes

médicaux au cours des 30 derniers jours. Les autres se répartissaient principalement entre des problèmes « considérables » ou « extrêmes ». On notait une tendance à l'aggravation des problèmes médicaux ressentis avec l'augmentation de l'âge ( $p=0.002$ ) comme représenté en figure 5.

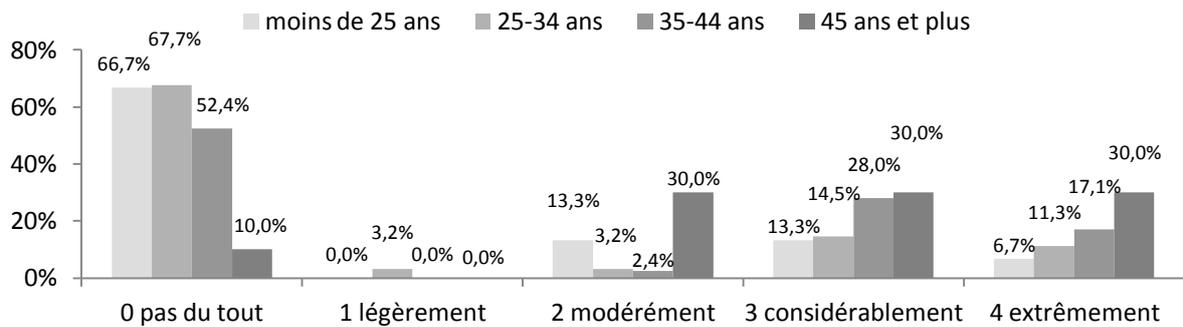


Figure 5 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

*b) Le besoin de traitement médical ressenti par le patient :*

Les patients ne ressentait aucun besoin de traitement dans 56.8% des cas et un besoin « extrême » dans 20.7% des cas.

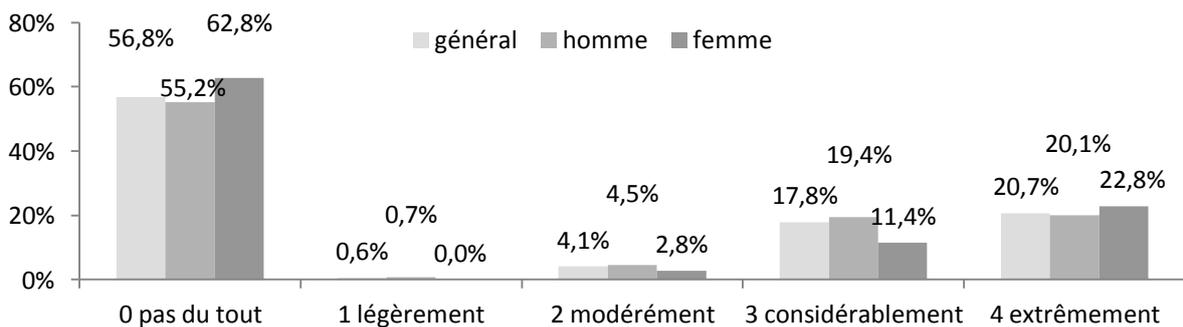


Figure 6 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement médical ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

Le besoin de traitement médical évoluait comme le ressenti des problèmes, vers une aggravation avec de l'augmentation de l'âge des patients ( $p=0.003$ ).

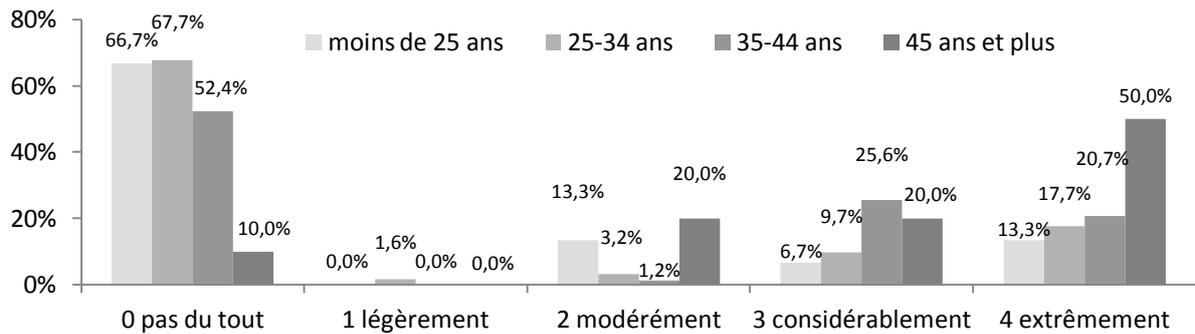


Figure 7 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement médical ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement médical du patient :*

Selon l'interviewer, 45% des patients avaient « modérément », « considérablement » ou « extrêmement » besoin d'un traitement médical.

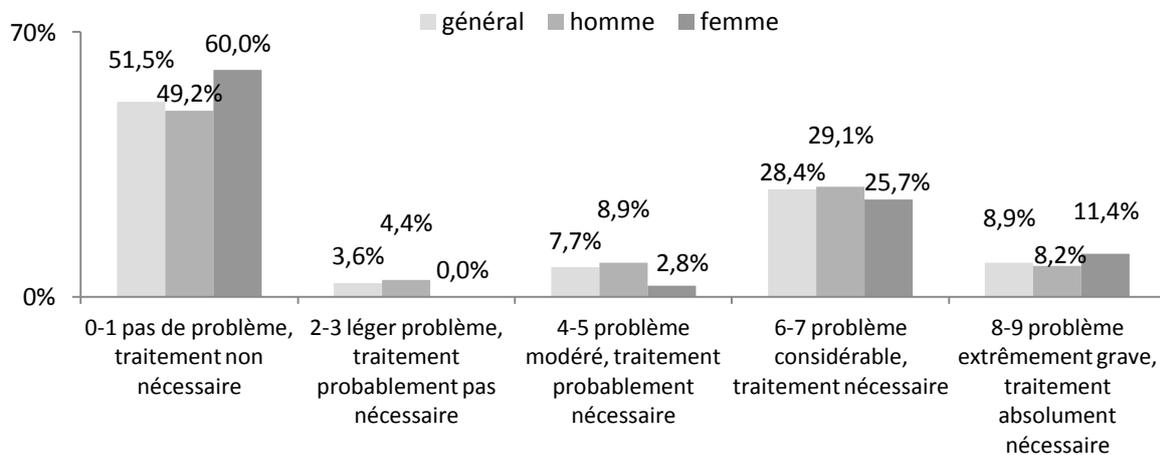


Figure 8 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement médical du patient » au cours des 30 derniers jours

D'après lui, les besoins de traitement des patients évoluaient également vers une aggravation avec de l'augmentation de l'âge ( $p=0.04$ ).

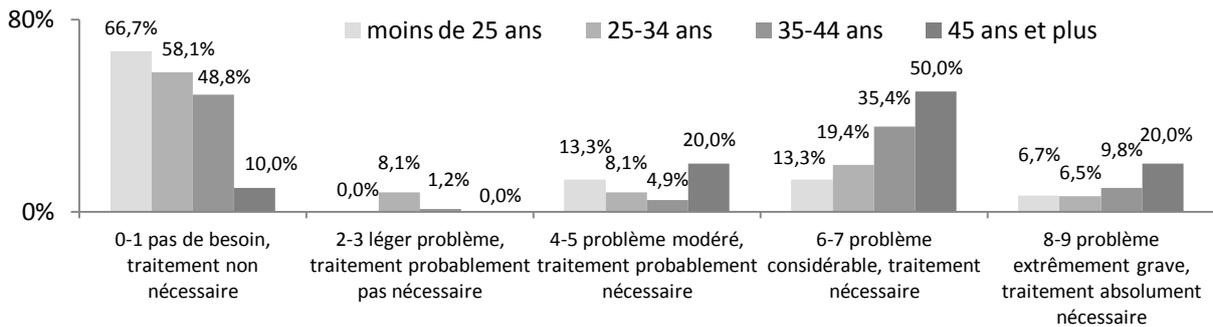


Figure 9 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement somatique du patient » au cours des 30 derniers jours

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre le ressenti par les patients de leurs problèmes médicaux et leurs besoins de traitement pour les évaluations « pas du tout » à « modéré », puis les patients évaluaient leurs problèmes médicaux à « considérable » mais leurs besoins de traitement à « extrême » ( $p < 0.001$ ).

Entre le ressenti de besoin de traitement par le patient et l'évaluation de l'interviewer, l'interviewer évaluait plus souvent comme « considérable » ou « modéré » ce que le patient évaluait comme « extrême » ( $p < 0.001$ ).

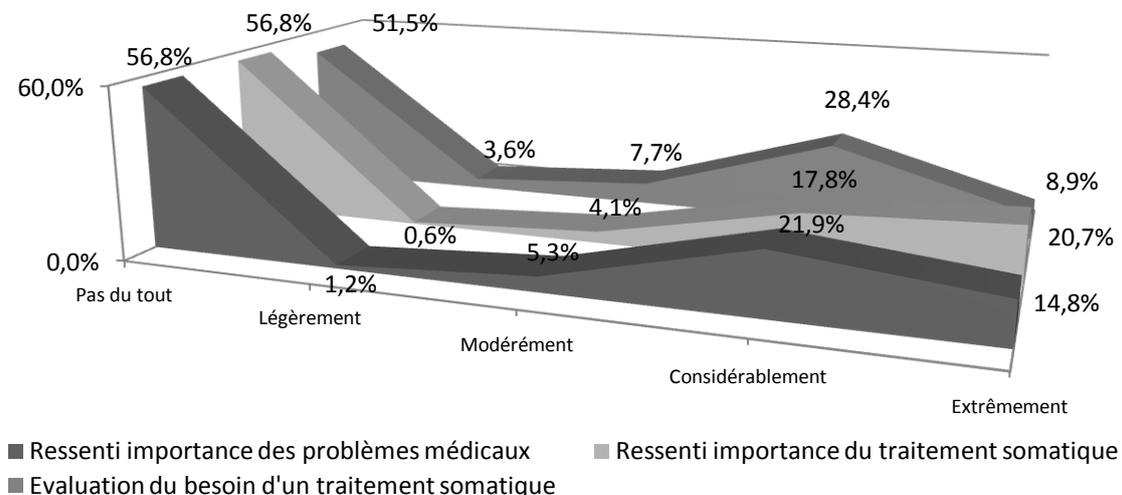


Figure 10 : comparaison des échelles de gravité ressentie des patients et de l'évaluation de l'interviewer

### 3 – L'état psychiatrique :

#### 3.1) Les antécédents psychiatriques:

24.6% des patients avaient déjà été hospitalisés pour des problèmes psychologiques ou émotionnels (25.0% des hommes et 22.9% des femmes) au cours de leur vie ; en moyenne 0.7 fois +/- 1.9 (0.7 fois +/- 1.9 pour les hommes et 0.7 fois +/- 2.1 pour les femmes), avec un maximum de 12 hospitalisations (10 pour les hommes et 12 pour les femmes).

Les « moins de 25 ans » avaient été hospitalisés en moyenne 1.1 fois +/- 2.2 avec un maximum de 7 fois. Les « 25-34 ans » avaient été hospitalisés en moyenne 0.5 fois +/- 1.0 avec un maximum de 4 fois. Les « 35-44 ans » avaient été hospitalisés en moyenne 0.7 fois +/- 2.2 avec un maximum de 12 fois et les « 45 ans et plus » en moyenne 1.5 fois +/- 3.1 avec un maximum de 10 fois.

	Echantillon général	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>Aucune hospitalisation</b>	75.4%	75.0%	77.1%	73.3%	73.8%	79.0%	60.0%
<b>1 hospi.</b>	10.8%	11.4%	8.6%	0.0%	14.8%	8.6%	20.0%
<b>2 hospi. et plus</b>	13.8%	13.6%	14.3%	26.7%	11.5%	12.3%	20.0%

Tableau 5 : répartition des hospitalisations psychiatriques selon le sexe et l'âge

95.8% des patients n'avaient jamais été pris en charge en ambulatoire ou dans le privé pour ces mêmes problèmes (96.2% des hommes et 94.3% des femmes), 3.6% y avaient eu recours une seule fois (3.0% des hommes et 5.7% des femmes) et un homme de « 25-34 ans » y avait eu recours 6 fois.

Aucun des « moins de 25 ans » n'avaient été suivis en ambulatoire. 4.9% des « 25-34 ans », 2.4% des « 35-44 ans » et 10.0% des « 45 ans et plus » y avaient eu recours une fois.

Sur 158 patients répondants, 6.3% bénéficiaient d'une pension pour une incapacité psychiatrique (7.1% des hommes et 3.1% des femmes). Ce qui représentait 7.1% des « moins de 25 ans », 7.0% des « 25-34 ans », 3.9% des « 35-44 ans » et 20.0% des « 45 ans et plus ».

### 3.2) La répartition des pathologies et traitements:

Les syndromes anxio-dépressifs étaient les principaux problèmes recensés.

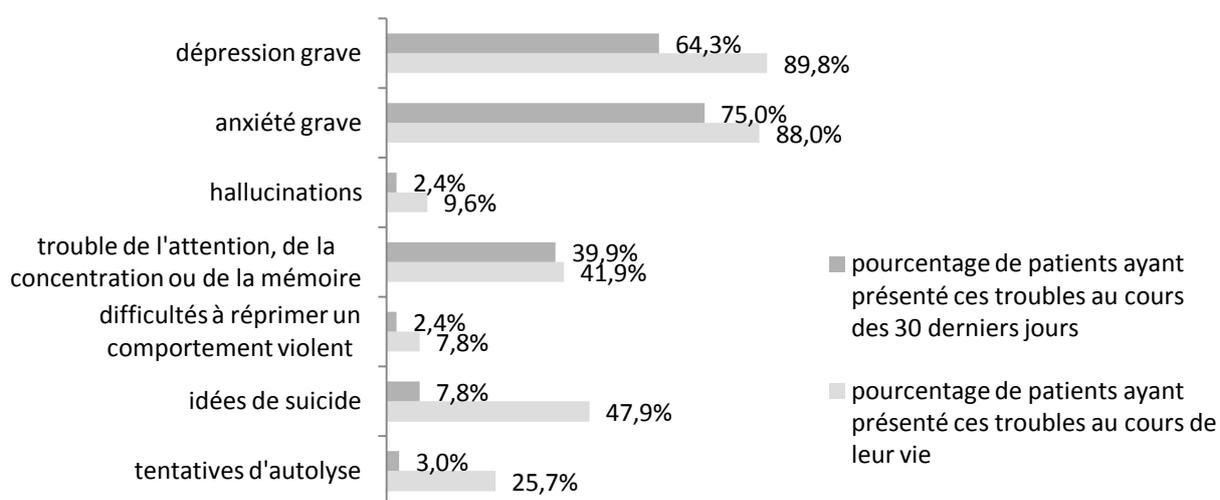


Figure 11 : répartition des troubles psychiatriques

La répartition des pathologies recensées selon le sexe est représentée dans le tableau 6. Au cours des 30 derniers jours, les femmes avaient eu significativement plus de dépression grave que les hommes ( $p = 0.029$  - 80% des femmes contre 60.2% des hommes).

	Dépression grave		Anxiété grave		Hallucinations		Troubles de l'attention, de la mémoire		violence		IDS		TA	
	vie	30jr	vie	30jr	vie	30jr	vie	30jr	vie	30jr	vie	30jr	vie	30jr
<b>H</b>	88.6%	60%	87.1%	73.6%	9.0%	1.5%	43.2%	42.1%	8.3%	3%	46.2%	7.5%	23.5%	3.0%
<b>F</b>	94.3%	80%	91.4%	80.0%	11.4%	5.7%	37.1%	31.4%	5.7%	0%	54.2%	8.5%	34.3%	2.8%

Tableau 6 : répartition des troubles psychiatriques en fonction du sexe (H : hommes / F : femmes) au cours de la vie et des 30 derniers jours

Les « 45 ans et plus » avaient tendance à présenter plus d'hallucinations au cours de leur vie que les autres classes d'âge ( $p=0.037$ ) : 30% des patients de « 45 ans et plus » contre respectivement 6.7%, 3.3% et 12.3% pour les autres comme représenté en tableau 7.

	Dépression		Anxiété grave		Hallucinations		Troubles de l'attention, de la mémoire		violence		IDS		TA	
	vie	30j	vie	30j	vie	30j	vie	30j	vie	30j	vie	30j	vie	30j
<b>&lt; 25 ans</b>	93.3%	86.7%	93.3%	80.0%	6.7%	6.7%	53.3%	53.3%	13.3%	6.7%	46.7%	13.3%	33.3%	6.7%
<b>25-34 ans</b>	88.5%	60.7%	91.8%	78.7%	3.3%	1.6%	42.6%	41.0%	6.6%	0.0%	50.8%	9.8%	29.5%	3.3%
<b>35-44 ans</b>	90.1%	64.6%	85.2%	72.0%	12.3%	1.2%	37.0%	36.6%	7.4%	3.7%	45.7%	4.9%	22.2%	2.4%
<b>≥45 ans</b>	90.0%	50.0%	80.0%	70.0%	30.0%	10.0%	60.0%	40.0%	10.0%	0.0%	50.0%	10.0%	20.0%	0.0%

Tableau 7 : répartition des pathologies psychiatriques en fonction de l'âge au cours de la vie et des 30 derniers jours

49.1% des patients déclaraient avoir bénéficié d'un traitement prescrit pour un problème psychologique au cours de leur vie et 39.3% au cours des 30 derniers jours.

	Echantillon général	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥45 ans
<b>Vie</b>	49.1%	46.9%	57.1%	60.0%	50.8%	45.7%	50.0%
<b>30j</b>	39.3%	36.8%	48.6%	60.0%	39.3%	36.6%	30.0%

Tableau 8 : répartition des prescriptions de traitements psychiatriques en fonction du sexe et de l'âge au cours de la vie et des 30 derniers jours

### 3.3) Les problèmes psychiatriques au cours des 30 derniers jours :

75.1% des patients avaient ressenti des problèmes psychologiques ou émotionnels pendant au moins 15 des 30 derniers jours (72.9% des hommes et 82.8% des femmes) dont 40.5% pendant au moins 25 jours (37.6% des hommes et 51.4% des femmes) alors que 21.4% n'en avaient ressenti aucun (22.5% des hommes et 17.1% des femmes) ; soit une moyenne de 17.8 journées +/- 11.6 (17.1 +/- 11.6 pour les hommes et 20.3 +/- 11.4 pour les femmes). La médiane était à 15 journées (15 pour les hommes et 30 pour les femmes).

Les « moins de 25 ans » en avaient ressentis pendant 18.2 jours +/- 11.3 en moyenne avec un maximum de 30 jours et une médiane à 15 ; les « 25-34 ans » pendant 17.5 jours +/- 11.9 avec un maximum de 30 jours et une médiane à 15 ; les « 35-44 ans » pendant 17.9 jours +/- 11.3 avec un maximum de 30 jours et une médiane à 15 ; et les « 45 ans et plus » pendant 18.0 jours +/- 13.8 avec un maximum de 30 jours et une médiane à 22.5.

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>Aucune journée</b>	13.3%	23.0%	20.7%	30.0%
<b>1 à 14 jours</b>	6.7%	4.9%	2.4%	0.0%
<b>15 à 24 jours</b>	40.0%	31.1%	37.8%	20.0%
<b>25 jours et plus</b>	40.0%	41.0%	39.0%	50.0%

Tableau 9 : répartition du nombre de journées avec un problème psychiatrique, au cours des 30 derniers jours, en fonction de l'âge des patients

### 3.4) L'évaluation de l'état psychiatrique au cours des 30 derniers jours:

#### *a) La gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient :*

57.5% des patients évaluaient leurs problèmes psychiatriques à « considérables » ou « extrêmes » et 22.8% ne ressentait pas de gravité.

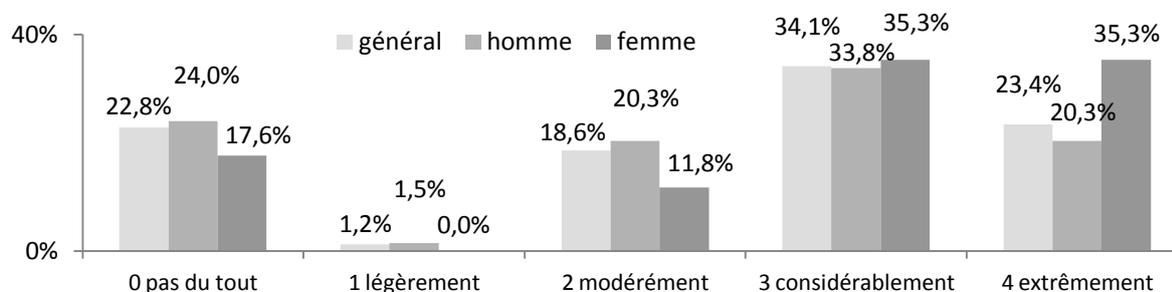


Figure 12 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

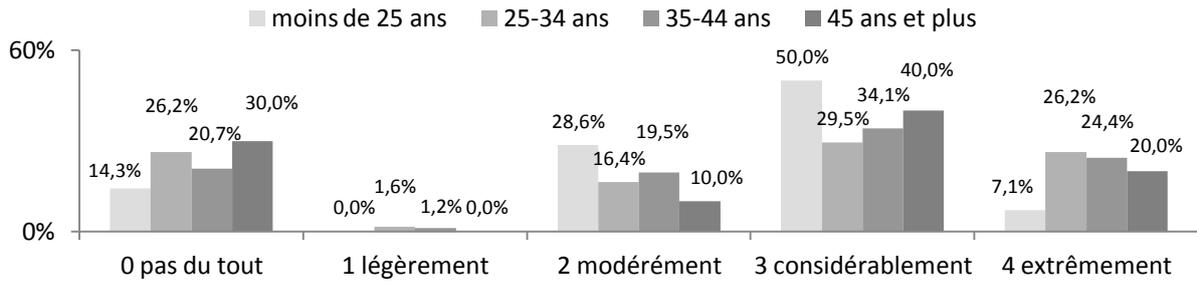


Figure 13 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

*b) Le besoin de traitement psychiatrique ressenti par le patient :*

59.3% des patients évaluaient leurs besoins de traitement psychiatrique à « considérables » ou « extrêmes » et 23.4% déclaraient ne pas en avoir besoin comme représenté en figure 14 et 15.

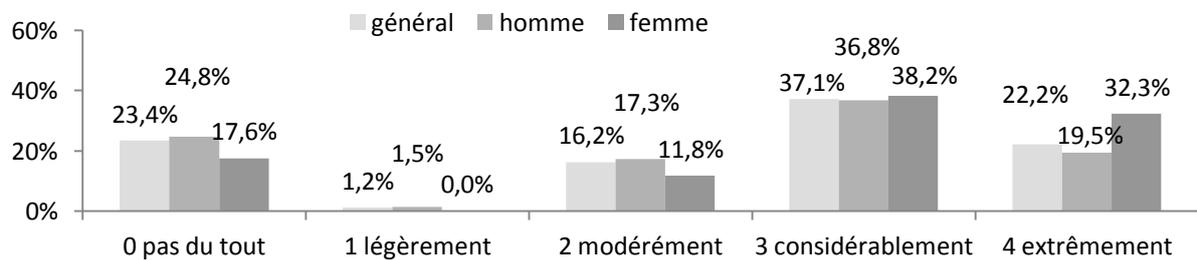


Figure 14 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'un traitement psychiatrique ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

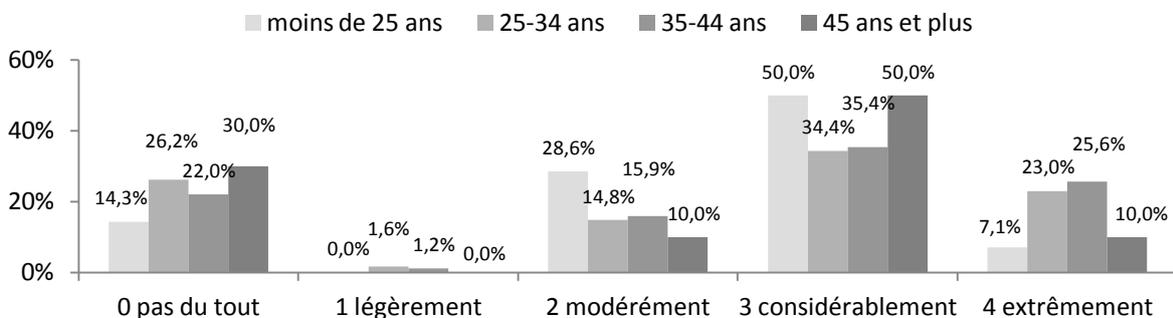


Figure 15 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin d'un traitement psychiatrique ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement psychiatrique du patient :

L'interviewer évaluait que 55.3% des patients avaient un besoin « considérable » ou « extrême » de traitement pour ces problèmes psychiatriques comme représenté dans les figures 16 et 17.

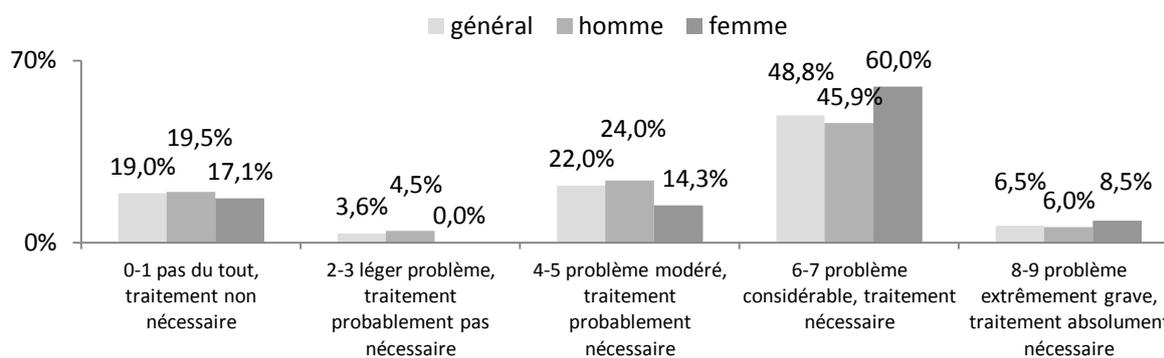


Figure 16 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement psychiatrique du patient » au cours des 30 derniers jours

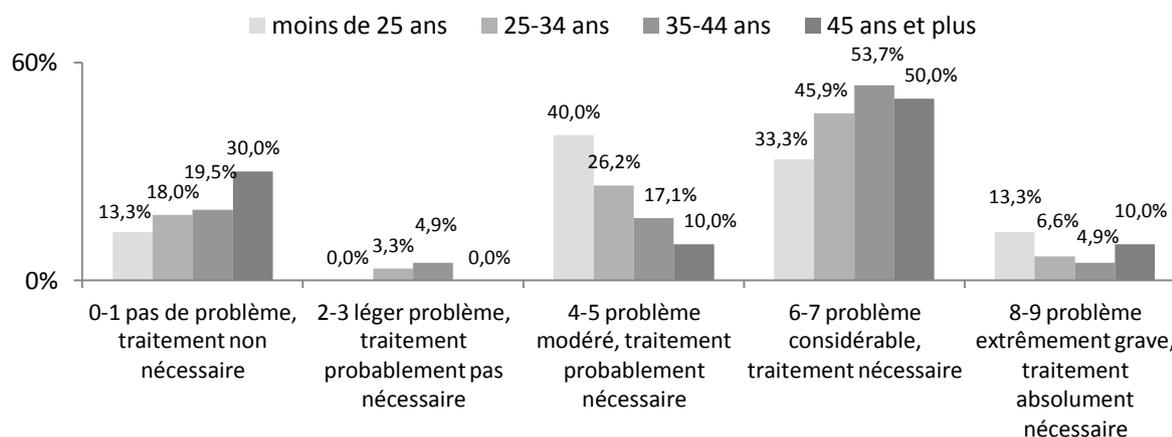


Figure 17 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement psychiatrique du patient » au cours des 30 derniers jours

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les problèmes

psychiatriques ressentis par les patients et leurs besoins de traitement psychiatrique ( $p < 0.001$ ).

Entre le besoin ressenti de traitement psychiatrique du patient et l'évaluation de ce besoin par l'interviewer, la concordance était significative pour les évaluations « pas du tout », à « modérément » puis l'interviewer évaluait comme « considérable » ce que le patient évaluait comme « extrême » ( $p < 0.001$ ).

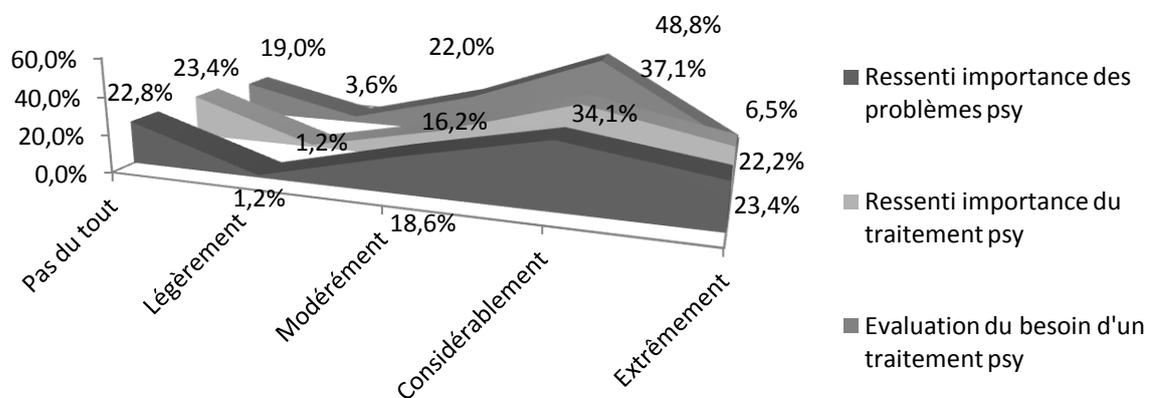


Figure 18 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

#### 4 – L'état addictologique :

##### 4.1) Les consommations au cours des 30 derniers jours:

###### a) L'alcool :

58.9% des patients (60.9% des hommes et 51.5% des femmes) avaient consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours et 20.8% dans un but d'intoxication aiguë (significativement plus les hommes que les femmes : 24.1% des hommes et 8.6% des femmes –  $p = 0.045$ ). Les moyennes de consommation étaient de

9.5 journées +/- 12.4 (10.1 +/- 12.6 pour les hommes et 7.3 +/- 11.3 pour les femmes) pour les consommations classiques (la médiane était de 2 jours, 3 jours pour les hommes et 1 pour les femmes) avec un maximum de 30 journées ; et de 5.5 journées +/- 11.3 pour les consommations dans un but d'intoxication (6.3 +/- 12.0 jours pour les hommes et 2.1 +/- 7.4 jours pour les femmes) avec un maximum de 30 journées. 24.4% des patients avaient consommé de l'alcool pendant 25 jours et plus.

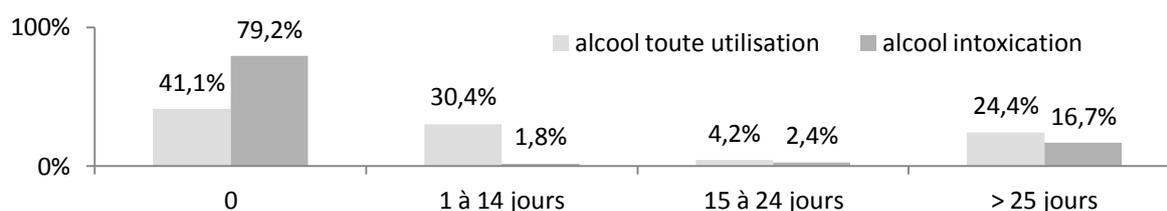


Figure 19 : répartition des consommations d'alcool au cours des 30 derniers jours

	Alcool toute utilisation				Alcool intoxication			
	≤25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥45 ans	≤25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥45 ans
<b>0 j</b>	40.0%	37.7%	42.7%	50.0%	80.0%	83.6%	73.2%	100.0%
<b>1 à 14 j</b>	40.0%	39.4%	22.0%	30.0%	6.7%	0.0%	2.4%	0.0%
<b>15 à 24 j</b>	0.0%	6.5%	3.7%	0.0%	0.0%	3.2%	2.4%	0.0%
<b>≥25 j</b>	20.0%	16.4%	31.7%	20.0%	13.3%	13.1%	22.0%	0.0%
<b>Moy.</b>	7.5j +/-12.1	8.1j +/-11.0	11.3j +/-13.3	6.8j +/-12.3	4.1j +/-10.5	4.5j +/-10.5	7.1j +/-12.5	0.0 j
<b>Médiane</b>	1	2	3	0.5	0	0	0	0
<b>Max.</b>	30	30	30	30	30	30	30	0

Tableau 10 : répartition du nombre de journées avec une consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours en fonction de l'âge

### b) Les substances illicites :

Au cours des 30 derniers jours :

- 55.7% des patients avaient consommé de l'héroïne (54.5% des hommes et 60.0% des femmes), pendant 7.8 jours +/- 10.6 en moyenne (7.9 +/- 10.6 jours pour les hommes et 7.5 jours +/- 10.4 pour les femmes). La médiane était de 1 journée avec un maximum de 30.

- 21.0% des patients avaient consommé de la cocaïne (18.2% des hommes et 31.4% des femmes), pendant 1.5 jours +/- 5.3 en moyenne (1.0 journée +/- 4.2 pour les hommes et 3.1 jour +/- 8.0 pour les femmes) avec un maximum de 30 journées.
- 57.1% des patients avaient consommé du cannabis (58.6% des hommes et 51.4% des femmes), pendant 10.8 jours +/- 12.6 en moyenne (11.2 jours +/- 12.8 pour les hommes et 9.2 jours +/- 12.0 pour les femmes). La médiane était de 4 jours avec un maximum de 30.
- Deux hommes (de « moins de 25 ans ») avaient consommé des amphétamines pendant une journée.
- Un homme (de « 25-34 ans ») avait consommé des hallucinogènes pendant une journée.
- Aucune consommation d'inhalant au cours des 30 derniers jours n'avait été rapportée.
- Les moins de 25 ans avaient consommé du cannabis pendant 17.6 jours +/- 13 en moyenne et les « 25-34 ans » avaient consommé de l'héroïne pendant 9.2 jours +/- 11.5 et de la cocaïne pendant 2.9 jours +/- 7.8 en moyenne.

		≤ 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>Héroïne</b>	<i>Moyenne</i>	6.1 +/- 10.1	9.2 +/- 11.5	7.6 +/- 10.0	3.5 +/- 9.4
	<i>Médiane</i>	0	2	1	0
	<i>Maximum</i>	30	30	30	30
<b>Cocaïne</b>	<i>Moyenne</i>	0.1 +/- 0.3	2.9 +/- 7.8	0.8 +/- 3.0	0
	<i>Médiane</i>	0	0	0	0
	<i>Maximum</i>	1	30	21	0
<b>cannabis</b>	<i>Moyenne</i>	17.6 +/- 13	10.4 +/- 12.8	10.2 +/- 12.2	7.6 +/- 12.7
	<i>Médiane</i>	20	2	3.5	0
	<i>Maximum</i>	30	30	30	30

Tableau 11 : répartition des consommations de substances, en fonction de l'âge, en nombre de journées, au cours des 30 derniers jours

- 13.8% des patients avaient consommé de l'héroïne pendant « 25 jours et plus » et 42% pendant « 1 à 24 jours ».

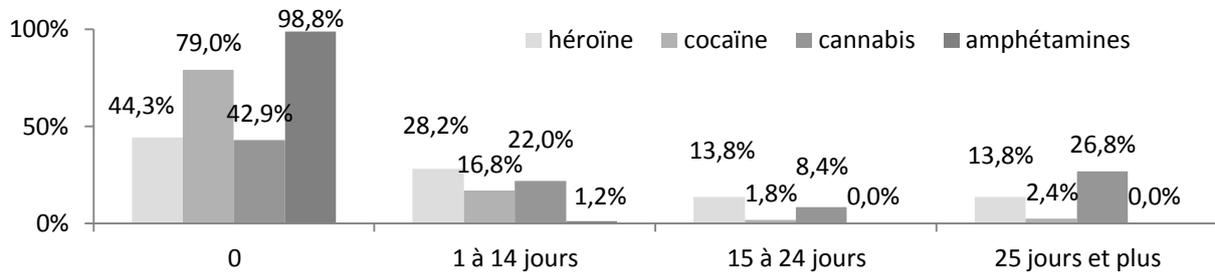


Figure 20 : répartition des journées de consommation de substances illicites au cours des 30 derniers jours

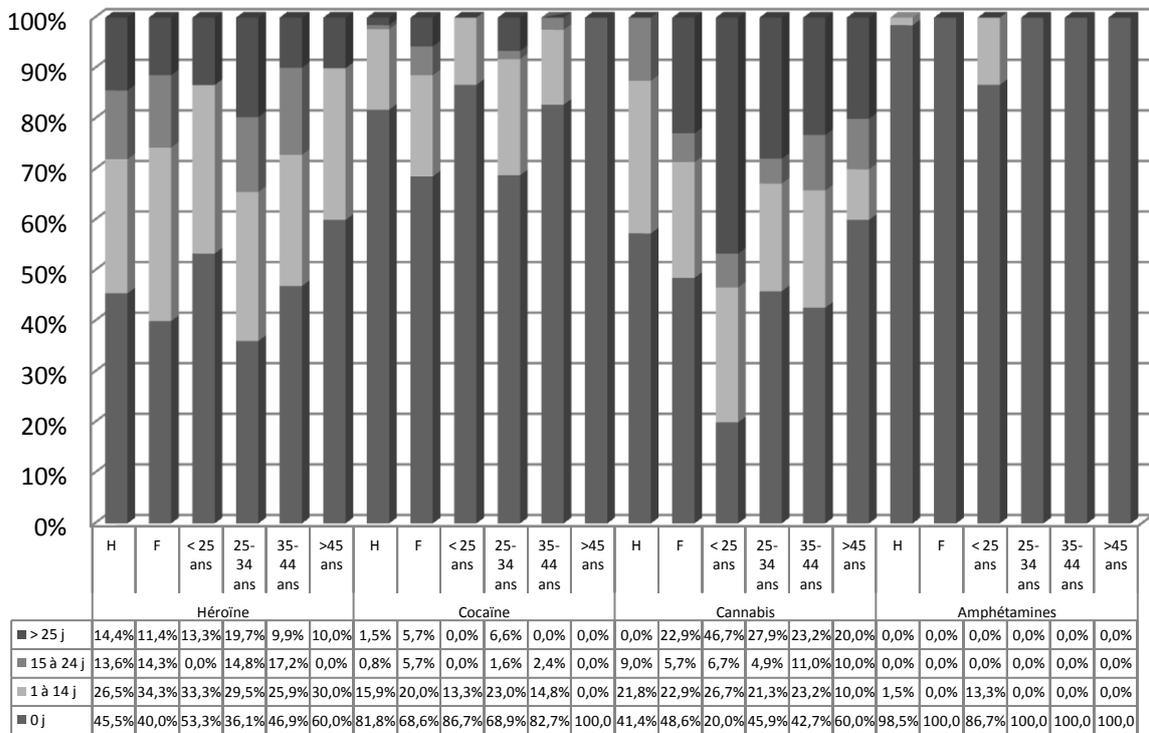


Figure 21 : répartition des journées de consommation des substances au cours des 30 derniers jours en fonction du sexe et de l'âge.

c) Les médicaments :

Au cours des 30 derniers jours, 33.9% des patients avaient pris des sédatifs et hypnotiques pendant « 25 jours et plus » et 20.3% des patients n'avaient pris leur méthadone que pendant 1 à 14 jours.

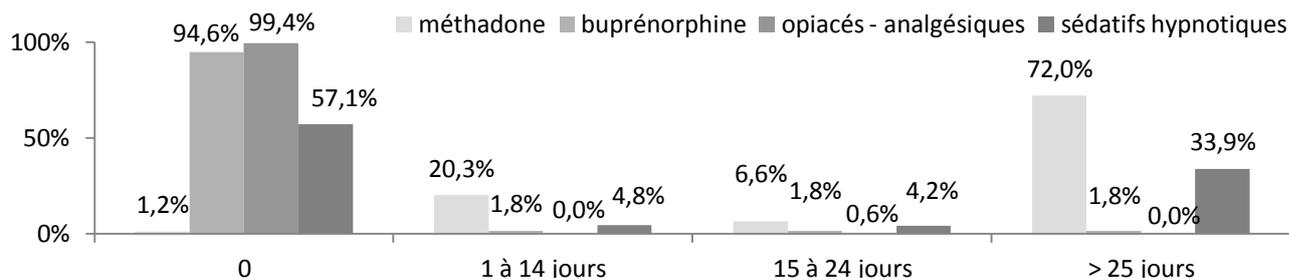


Figure 22 : répartition des journées de consommation de médicaments au cours des 30 derniers jours

Au cours des 30 derniers jours :

- Tous les patients bénéficiaient d'une prescription de méthadone. Mais 98.8% (98.5% des hommes et 100% des femmes) en avaient pris pendant 24.5 jours +/- 9.4 en moyenne (24.7 jours +/- 9.2 pour les hommes et 23.6 jours +/- 9.9 pour les femmes). La médiane était de 30 jours.
- 9.5% des patients bénéficiaient d'une prescription de buprénorphine (11.3% des hommes et 2.9% des femmes) et 5.4% (6.0% des hommes et 2.9% des femmes) en avaient pris pendant 1.0 jours +/- 4.7 en moyenne (1.1 jours +/- 5 pour les hommes et 0.6 jours +/- 3.6 pour les femmes). Le maximum était de 30 jours.
- Une femme de « moins de 25 ans » avait pris des opiacés, analgésiques pendant 15 jours sur prescription médicale.
- 40,5% des patients bénéficiaient d'une prescription de sédatifs, hypnotiques (38.3% des hommes et 48.6% des femmes) et 42.9% (42.1% des hommes et 45.7% des femmes) en avaient pris pendant 11.2 jours +/- 14.0 en moyenne (10.5 jours +/- 13.7 pour les hommes et 13.7 jours +/- 15.1 pour les femmes). Le maximum était de 30 jours.
- Aucun patient n'avait rapporté avoir pris des barbituriques et aucune prescription n'a été faite.
- 10% des « 45 ans et plus » bénéficiaient d'une prescription de buprénorphine et aucun n'en prenaient.

		< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>Méthadone</b>	<b>Moyenne</b>	24.3 +/- 9.8	24.7 +/- 9.6	24.0 +/- 9.4	27.6 +/- 7.6
	<b>Médiane</b>	30	30	30	30
	<b>Maximum</b>	30	30	30	30
<b>Buprénorphine</b>	<b>Moyenne</b>	1.4 +/- 5.4	1.0 +/- 4.7	1.0 +/- 5.0	0
	<b>Médiane</b>	0	0	0	0
	<b>Maximum</b>	21	30	30	0
<b>Sédatifs hypnotiques</b>	<b>Moyenne</b>	17.9 +/- 15.1	11.6 +/- 14	10.1 +/- 13.8	7.8 +/- 12.7
	<b>Médiane</b>	30	0	0	0
	<b>Maximum</b>	30	30	30	30

Tableau 12 : répartition des prises de médicaments, en fonction de l'âge, en nombre de journées, au cours des 30 derniers jours

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>Buprénorphine</b>	13.3%	9.8%	8.5%	10.0%
<b>Sédatifs</b>	53.3%	42.6%	36.6%	40.0%

Tableau 13 : répartition en fonction de l'âge des prescriptions de médicaments, au cours des 30 derniers jours

La répartition du nombre de journées de prises des médicaments en fonction du sexe et de l'âge est exposée en figure 23.

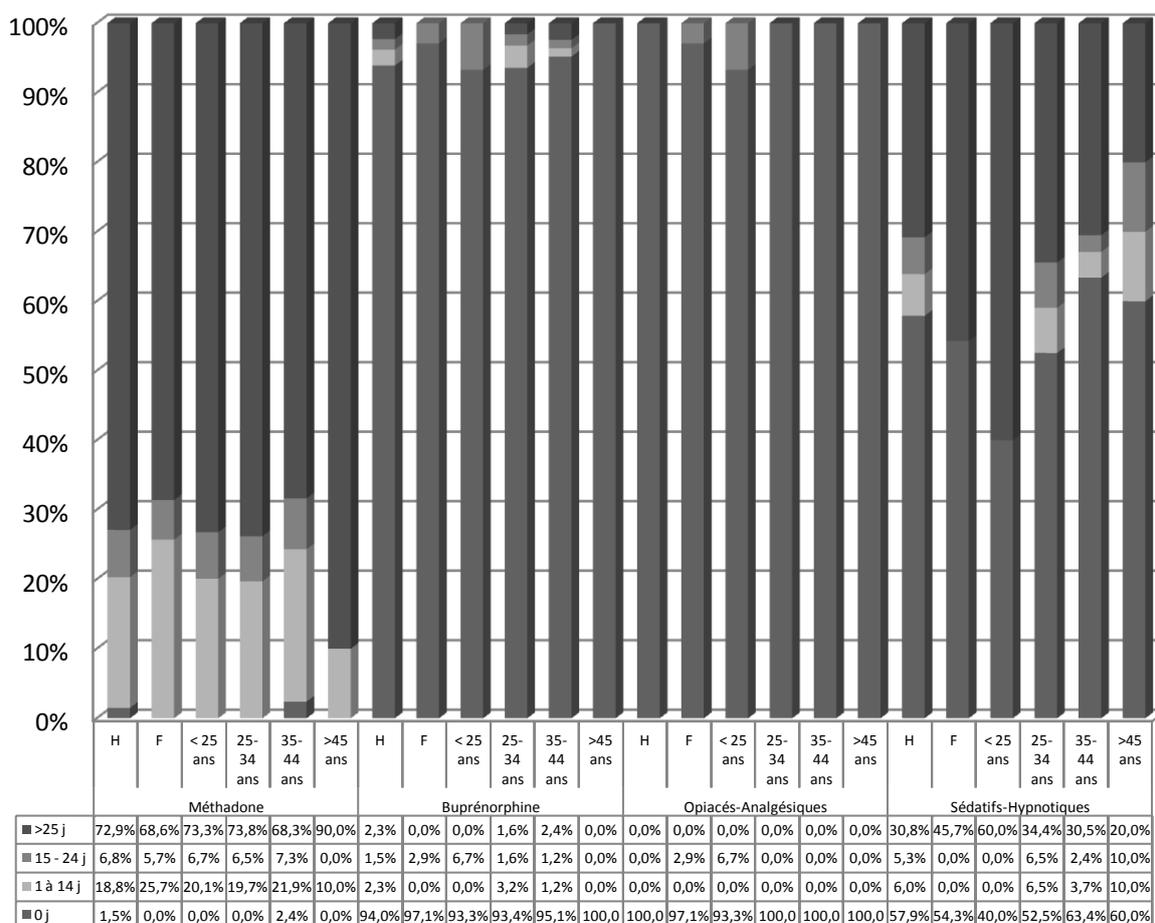


Figure 23 : répartition du nombre de journées des prises de médicaments en fonction du sexe et de l'âge, au cours des 30 derniers jours

Au cours des 30 derniers jours, 99.4% des patients déclaraient avoir consommé plus d'une substance par jour et plus de la moitié pendant les 30 jours.

	Echantillon général	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans
<b>0 jour</b>	0.6%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%
<b>1 à 14 jours</b>	24.9%	24.6%	25.7%	13.3%	21.7%	28.8%	30.0%
<b>15 à 24 jours</b>	15.8%	16.1%	14.3%	6.7%	20.0%	15.0%	10.0%
<b>&gt; 25 jours</b>	58.8%	58.5%	60.0%	80.0%	58.3%	55.0%	60.0%
<b>Moyenne</b>	22.1 +/- 10.1	22.1 +/- 10	22.2 +/- 10.4	26.7 +/- 6.5	22.2 +/- 10.1	21.4 +/- 10.1	20.6 +/- 12.6
<b>Médiane</b>	30	30	30	30	30	30	30
<b>Maximum</b>	30	30	30	30	30	30	30

Tableau 14 : répartition du nombre de journées de consommations multiples au cours des 30 derniers jours en fonction du sexe et de l'âge

23.8% des patients avaient déjà fait une overdose (OD) au cours de leur vie.

Nombre d'OD	Echantillon général	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans
<b>1</b>	6.0%	7.5%	0.0%	6.7%	8.2%	4.9%	0.0%
<b>2</b>	8.3%	9.0%	5.7%	6.7%	6.6%	9.8%	10.0%
<b>Entre 3 et 5</b>	7.8%	8.3%	5.7%	6.7%	6.5%	8.5%	10.0%
<b>6 et plus</b>	1.8%	1.5%	2.9%	0.0%	0.0%	3.6%	0.0%
<b>Moyenne</b>	0.68 +/- 1.5	0.7 +/- 1.6	0.5 +/- 1.5	0.5 +/- 1.1	0.5 +/- 1.1	0.9 +/- 1.9	0.7 +/- 1.6
<b>Maximum</b>	10	10	7	4	5	10	5

Tableau 15 : répartition du nombre d'overdoses sur l'échantillon général, en fonction du sexe et en fonction de l'âge, au cours de leur vie

#### 4.2) Les voies d'administration :

##### *a) Les substances illicites :*

Les consommations d'héroïne et de cocaïne restaient, pour respectivement 46.9% et 41.3% des réponses, des consommations à risque de contamination infectieuse (intraveineuse ou nasale).

Voie d'administration :	orale		nasale		fumée		Injection intraveineuse	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Consommation de l'héroïne sur 162 réponses	0.6%		16.0%		52.5%		30.9%	
	0.8%	0.0%	14.0%	23.5%	51.6%	55.9%	33.6%	20.6%
Consommation de la cocaïne sur 104 réponses	1.0%		11.5%		57.7%		29.8%	
	1.2%	0.0%	10.0%	16.7%	56.2%	62.5%	32.5%	20.8%
Consommation du cannabis sur 138 réponses	0.7%		0.0%		99.3%		0.0%	
	0.0%	3.5%	0.0%	0.0%	100.0%	96.5%	0.0%	0.0%
Consommation des amphétamines sur 34 réponses	91.2%		5.9%		0.0%		2.9%	
	89.7%	100.0%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%	0.0%
Consommation des hallucinogènes sur 26 réponses	100.0%		0.0%		0.0%		0.0%	
	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Consommation des inhalants sur 10 réponses	50.0%		50.0%		0.0%		0.0%	
	55.6%	0.0%	44.4%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Tableau 16 : répartition des voies d'administration des substances illicites au cours de la vie et en fonction du sexe

La répartition des modes de consommation des substances en fonction de l'âge est représentée en figure 24.

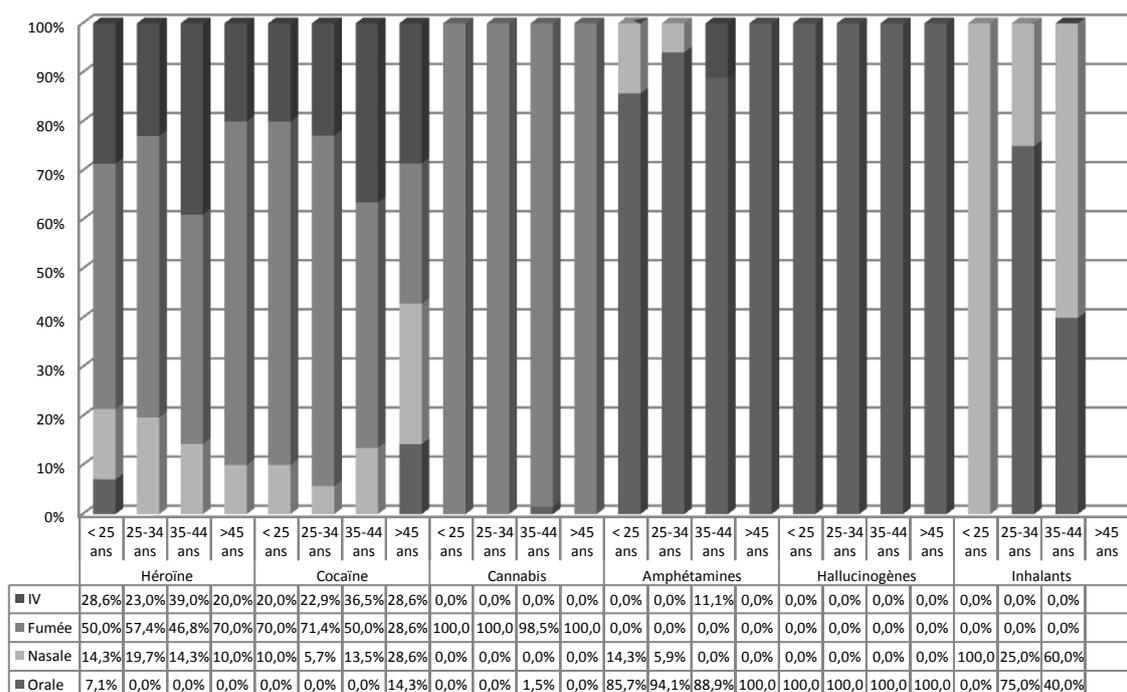


Figure 24 : répartition des modes de consommation des substances illicites en fonction de l'âge, au cours de la vie

b) Les médicaments :

11.7% des patients mésusaient la buprénorphine : 2.9% des patients la « sniffaient » et 8.8% se l'injectaient.

Il n'a pas été rapporté de mésusage de la méthadone.

Voie d'administration :	Orale		Nasale		Fumée		Injection intraveineuse	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Consommation de la méthadone sur 164 réponses	100.0%		0.0%		0.0%		0.0%	
	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Consommation de la buprénorphine sur 102 réponses	88.2%		2.9%		0.0%		8.8%	
	86.6%	95.0%	2.4%	5.0%	0.0%	0.0%	11.0%	0.0%
Consommations des opiacés – analgésiques sur 8 réponses	100.0%		0.0%		0.0%		0.0%	
	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Consommations des sédatifs – hypnotiques sur 84 réponses	100.0%		0.0%		0.0%		0.0%	
	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Tableau 17 : répartition des voies d'administration des médicaments au cours de leur vie et en fonction du sexe

Aucun patient n'a répondu consommer en injection non intraveineuse. Aucun patient n'a répondu sur son mode d'administration des barbituriques.

33.3% des « moins de 25 ans » injectaient la buprénorphine et les « 25-34 ans » étaient les seuls à déclarer la « sniffer ».

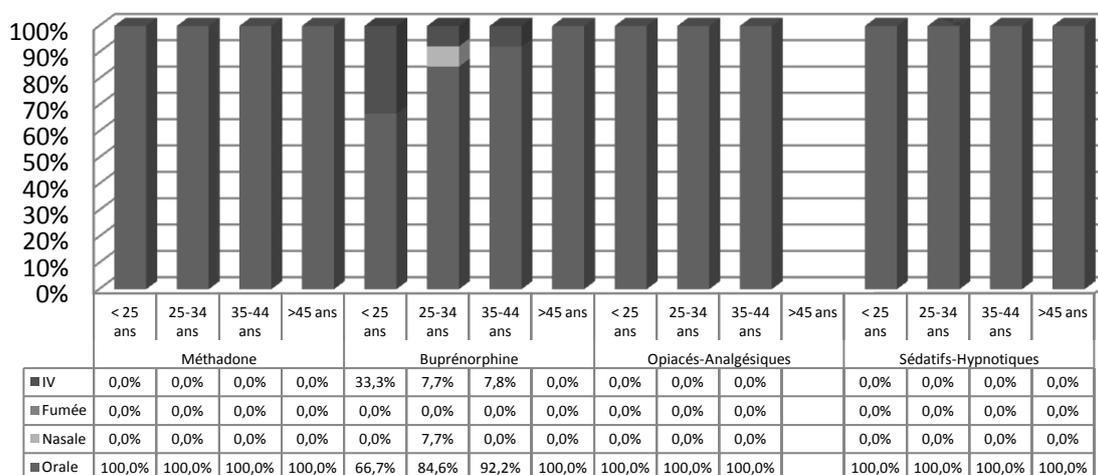


Figure 25 : répartition en fonction de l'âge des modes d'administration des médicaments, au cours de la vie

#### 4.3) Les substances problématiques principales :

L'héroïne restait la substance posant le plus de problème de dépendance. Elle avait été citée par 89.9% des patients et la cocaïne par 40.8%. 1.2% des patients avaient cité la méthadone. Chaque patient avait pu déclarer plus d'une substance lui posant un problème majeur de dépendance.

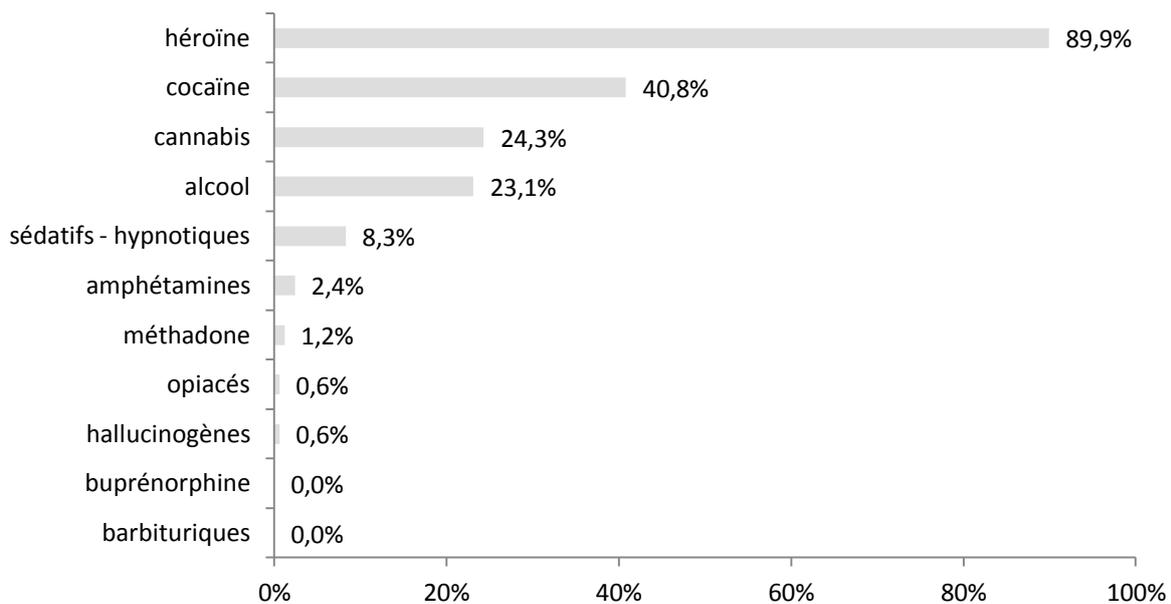


Figure 26 : répartition des problèmes majeurs de dépendance par substance en pourcentage

Les femmes déclaraient significativement moins souvent l'alcool et le cannabis comme substance à problème majeur de dépendance que les hommes et plus souvent la cocaïne ( $p=0.039$ )

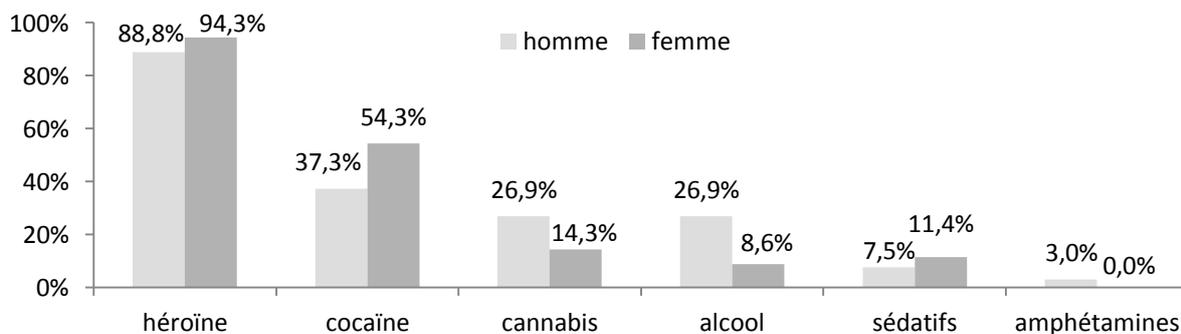


Figure 27 : répartition des problèmes majeurs de dépendance par substance en fonction du sexe, en pourcentage.

Selon les classes d'âge, il n'était pas mis en évidence de différence pour l'héroïne ; par contre, les « 25-34ans » déclaraient moins souvent la cocaïne et un peu plus souvent les sédatifs comme une substance principale ; les « 35-44 ans » plus souvent l'alcool ; et les « moins de 25 ans » avaient tendance à déclarer plus souvent le cannabis et les amphétamines (p=0.016).

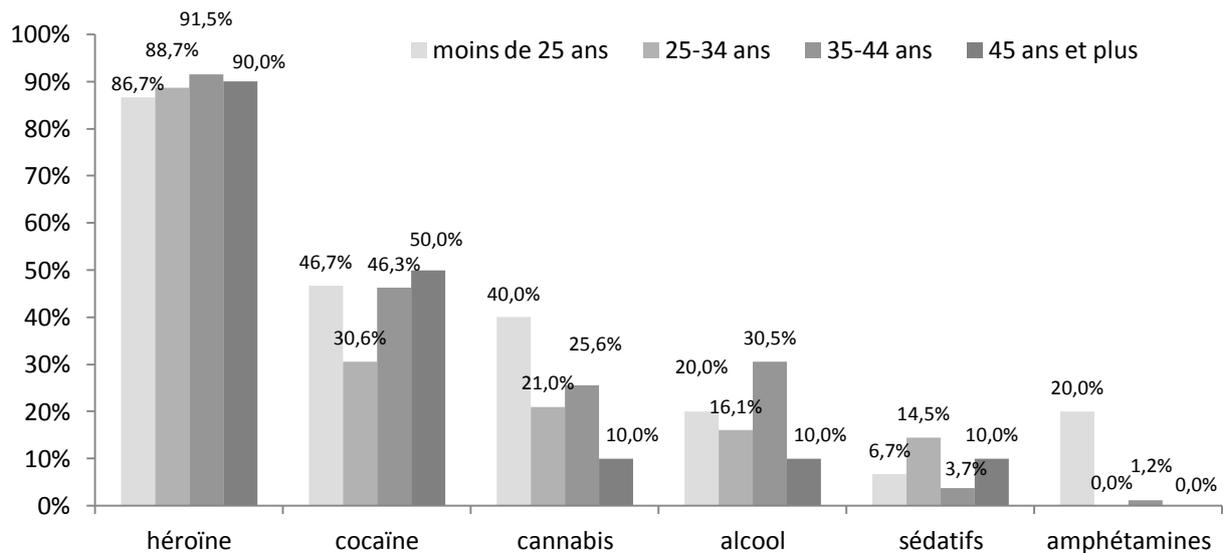


Figure 28 : répartition des substances posant les principaux problèmes de dépendance en fonction de l'âge

#### 4.4) Les prises en charge addictologiques antérieures:

66.7% des patients déclaraient ne jamais avoir été abstinent (64.6% des hommes et 74.3% des femmes). La durée moyenne de leur dernière période d'abstinence était de 9.7 mois +/- 24.5 (10.9 mois +/- 25.4 pour les hommes et 5.2 mois +/- 20.8 pour les femmes) avec un maximum de 120 mois. 12% avaient été abstinentes pendant moins de 6 mois (11.5% des hommes et 14.3% des femmes), 4.2% de 6 mois à 1an (3.8% des hommes et 5.7% des femmes), 9.6% de 1 à 5 ans (11.5% des hommes et 2.9% des femmes) et 7.2% pendant plus de 5 ans (8.4% des hommes et 2.9% des femmes).

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0</b>	60.0%	77.0%	63.3%	40.0%
<b>Moins de 6 mois</b>	20.0%	9.8%	11.5%	20.0%
<b>6 mois à 1 an</b>	0.0%	3.3%	5.0%	10.0%
<b>1 à 5 ans</b>	20.0%	6.5%	10.1%	10.0%
<b>Plus de 5 ans</b>	0.0%	3.2%	10.2%	20.0%
<b>Moyenne en mois</b>	4.5 +/- 9.6	5.2 +/- 18.6	12.2 +/- 27.2	24.5 +/- 40.5
<b>Maximum en mois</b>	36	120	120	111

Tableau 18 : répartition des durées d'abstinence en mois en fonction de l'âge

11.9% (14.3% des hommes et 2.9% des femmes) des patients avaient déjà été traités pour des problèmes d'alcool avec un maximum de 10 fois pour un patient. 6.5% (7.5% des hommes et 2.9% des femmes) avaient été traité une fois et 5.4% (6.8% des hommes et aucune femme) au moins 2 fois.

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0</b>	86.7%	90.2%	87.8%	80.0%
<b>1</b>	6.7%	4.9%	6.1%	20.0%
<b>2 et plus</b>	6.7%	3.3%	6.1%	0.0%
<b>Maximum</b>	2	5	10	1

Tableau 19 : répartition du nombre de sevrages à l'alcool en fonction de l'âge

98.8% des patients n'avaient jamais fait de délirium trémens. Un homme de « 35-44 ans » en avait fait 3 et un autre de « 25-34 ans » en avait fait 4.

97.6% des patients avaient déjà été traités pour des problèmes de substances (hors alcool et tabac) en moyenne 1.8 +/- 0.8 fois (1.8 fois +/- 0.8 pour les hommes et 2.0 fois +/- 1.0 pour les femmes). La médiane était de 2 fois avec un maximum à 5. 31.0% des patients avaient été traités une fois (34.6% des hommes et 17.1% des femmes), 51.2% avaient été traités deux fois (48.9% des hommes et 60.0% des femmes) et 15.5% au moins 3 fois (15.0% des hommes et 17.2% des femmes).

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0</b>	0.0%	1.6%	3.7%	0.0%
<b>1</b>	40.0%	27.9%	32.9%	20.0%
<b>2</b>	46.7%	49.2%	51.2%	70.0%
<b>3 et plus</b>	13.3%	21.4%	12.2%	10.0%
<b>Moyenne</b>	1.7 +/- 0.7	2.0 +/- 0.9	1.7 +/- 0.8	1.9 +/- 0.6
<b>Médiane</b>	2	2	2	2
<b>Maximum</b>	3	5	5	3

Tableau 20 : répartition du nombre de sevrages aux substances en fonction de l'âge

#### 4.5) Les dépenses au cours des 30 derniers jours:

44% des patients avaient dépensé en moyenne 59€ +/- 65.5 pour de l'alcool au cours des 30 derniers jours (65€/ +/- 70.3 pour les hommes et 30€ +/- 15.4 pour les femmes) : 27.4% moins de 50€, 10.7% entre 50 et 149€ et 6% avaient dépensé 150€ et plus avec un maximum à 300€.

66.6% des patients avaient dépensé en moyenne 402€ +/- 972.3 pour des substances (hors alcool et tabac) au cours des 30 derniers jours (301€/ +/- 350.9 pour les hommes et 748€ +/- 1932.7 pour les femmes). La médiane était de 160€ (190€ pour les hommes et 120€ pour les femmes) avec un maximum de 9000€.

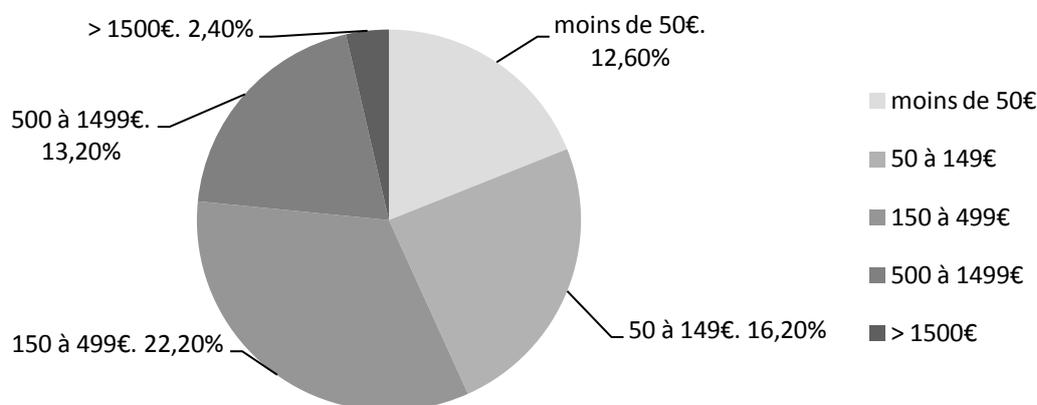


Figure 29 : répartition des dépenses pour les substances (hors alcool et tabac) au cours des 30 derniers jours

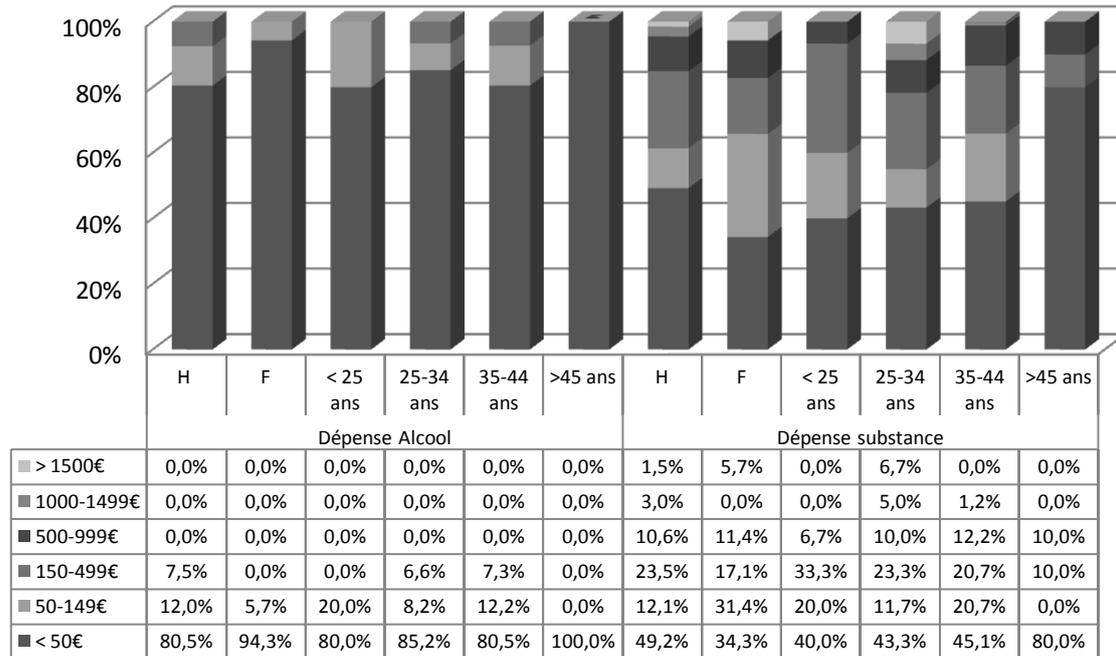


Figure 30 : répartition des dépenses pour l'alcool et les substances au cours des 30 derniers jours en fonction du sexe et de l'âge.

Les femmes avaient significativement plus souvent dépensé entre 50 et 149€ pour les substances que les hommes ( $p=0.045$ )

#### 4.6) Les problèmes addictologiques au cours des 30 derniers jours :

86.9% des patients (85.7% des hommes et 91.4% des femmes) déclaraient avoir ressenti des problèmes de substances pendant 21.8 journées +/- 11.3 en moyenne au cours des 30 derniers jours (21.3 jours +/- 11.5 pour les hommes et 23.4 jours +/-10.7 pour les femmes). La médiane était de 30 journées. 61.3% les avaient ressentis pendant 25 jours et plus.

18.5% (20.3% des hommes et 11.4% des femmes) déclaraient avoir ressenti des problèmes d'alcool pendant 5.0 journées +/- 11.0 en moyenne (5.5 jours +/- 11.4 pour les hommes et 3.1 jours +/- 9.0 pour les femmes) avec un maximum de 30 journées. 15.5% des patients les avaient ressentis pendant 25 jours et plus.

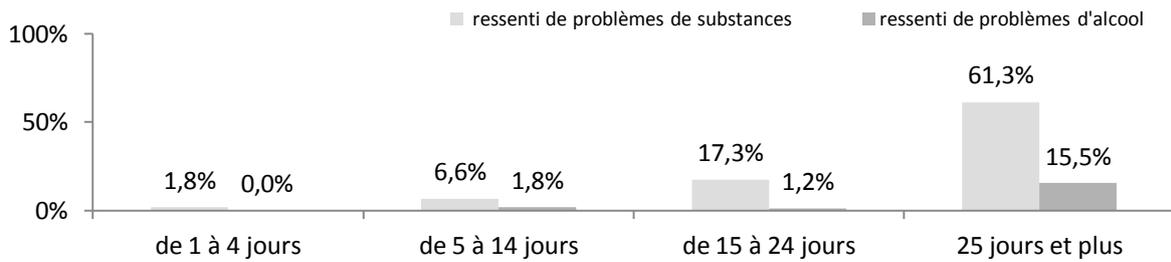


Figure 31 : répartition du nombre de journées avec un problème de dépendance aux substances ou à l'alcool au cours des 30 derniers jours

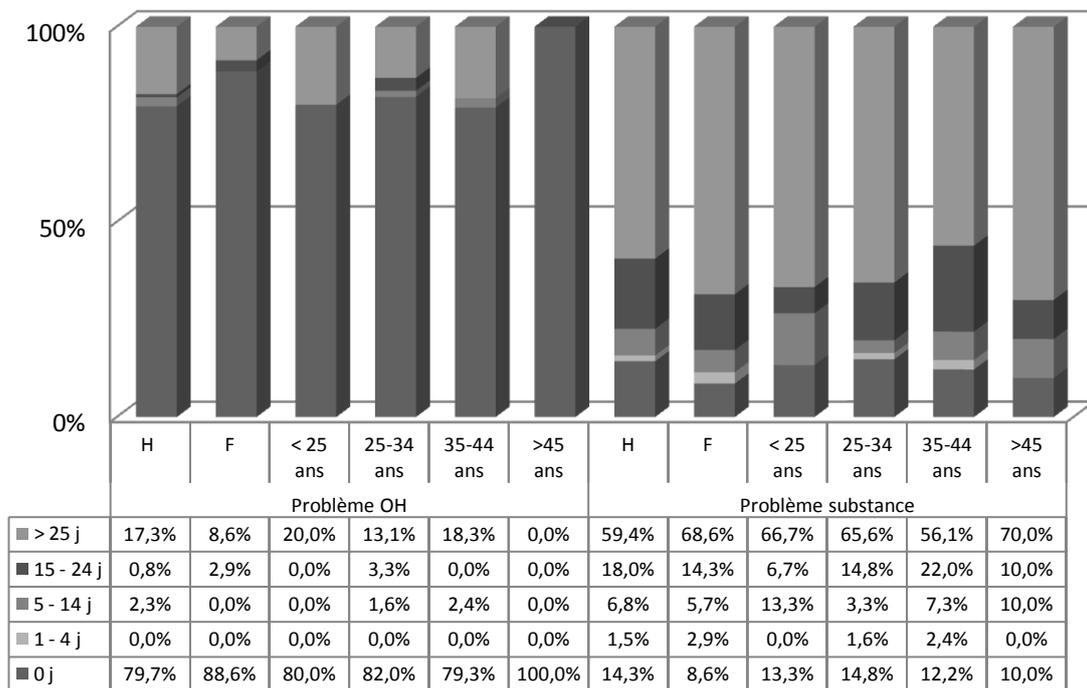


Figure 32 : répartition du nombre de journées à problème d'alcool ou de substances en fonction du sexe et de l'âge, au cours des 30 derniers jours

En moyenne, les patients avaient été pris en charge en externe 8.3 +/- 7.4 journées pour des problèmes de dépendance au cours des 30 derniers jours (8.1 jours +/- 7.3 pour les hommes et 9.1 jours +/- 8.0 pour les femmes). La médiane était de 5 jours (5 jours pour les hommes et 8 jours pour les femmes) avec un maximum de 30 journées.

Un homme n'avait pas été pris en charge. 40.5% des patients (41.4% des hommes et 37.1% des femmes) avaient été pris en charge moins de 5 journées, 31.5%

(31.6% des hommes et 31.4% des femmes) avaient été pris en charge entre 5 et 9 journées et 27.4% (26.3% des hommes et 31.4% des femmes) pendant plus de 10 journées.

Les « moins de 25 ans » avaient tendance à avoir été pris en charge plus longtemps que les autres classes d'âge (> 4 jours) et les « 45 ans et plus » avaient tendance avoir été plus souvent pris en charge pendant 5 à 9 jours maximum, au cours des 30 derniers jours (p=0.026).

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0</b>	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>1 à 4</b>	26.7%	42.6%	41.5%	40.0%
<b>5 à 9</b>	46.7%	29.5%	26.8%	60.0%
<b>10 et plus</b>	20.0%	27.9%	31.7%	0.0%
<b>Moyenne</b>	9.3 j +/- 9.0	8.4 j +/- 7.6	8.5 j +/- 7.3	4.4 j +/- 2.6
<b>Médiane</b>	6	5	5	5
<b>Maximum</b>	30	30	30	9

Tableau 21 : répartition, en fonction de l'âge des patients, du nombre de journées de prise en charge ambulatoire pour des problèmes de dépendance au cours des 30 derniers jours

#### 4.7) L'évaluation de l'état addictologique au cours des 30 derniers jours :

##### 4.7.1) La dépendance aux substances :

###### *a) La gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient :*

Les trois quart des patients déclaraient avoir eu « considérablement » ou « extrêmement » de problèmes de dépendance aux substances au cours des 30 derniers jours. Les femmes ressentait significativement plus leurs problèmes de substances comme « extrêmes » que les hommes (p=0.021).

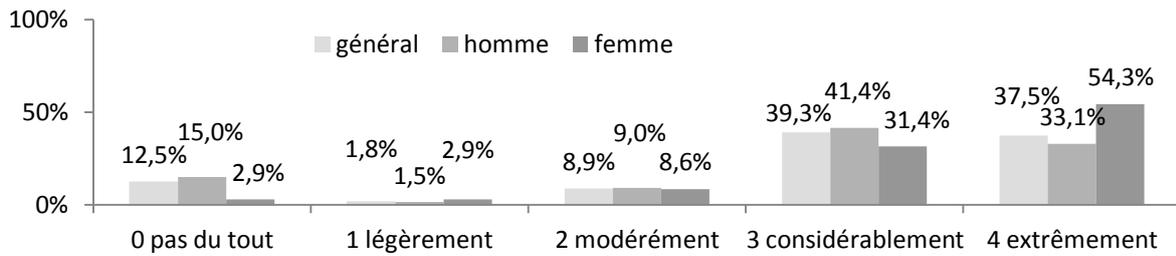


Figure 33 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

Pour les problèmes ressentis comme « extrêmes » les « 25-34 ans » étaient plus représentés ( $p=0.042$ ).

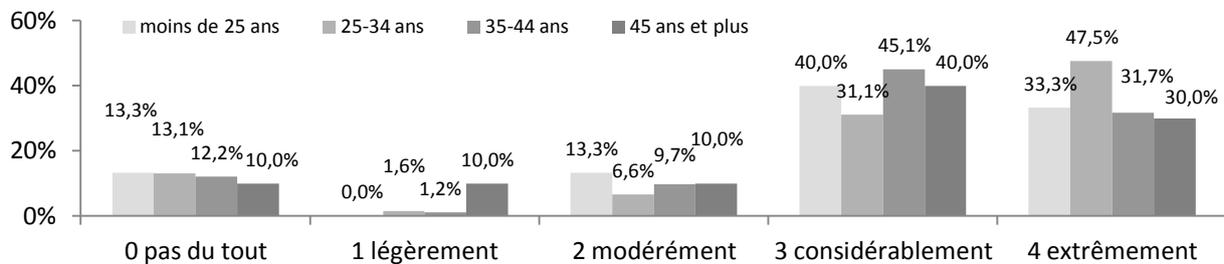


Figure 34 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

*b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance aux substances :*

Les trois quart des patients déclaraient avoir « considérablement » ou « extrêmement » besoin d'un traitement pour cette dépendance aux substances.

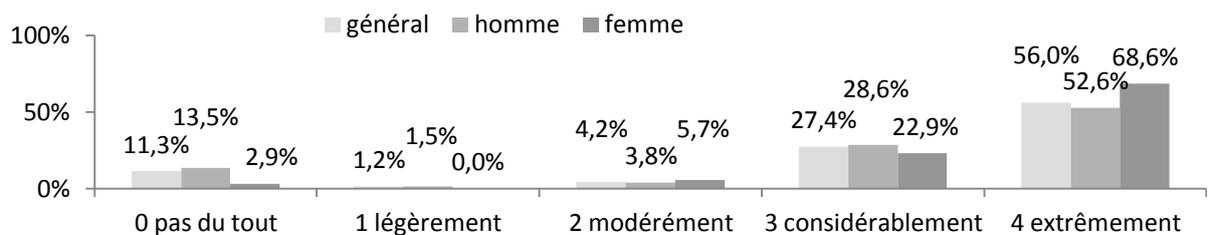


Figure 35 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'un traitement pour la dépendance aux substances ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

Pour les besoins de traitement « considérables », les « 25-34 ans » étaient moins représentés ( $p=0.040$ ) au profit de besoins « extrêmes ».

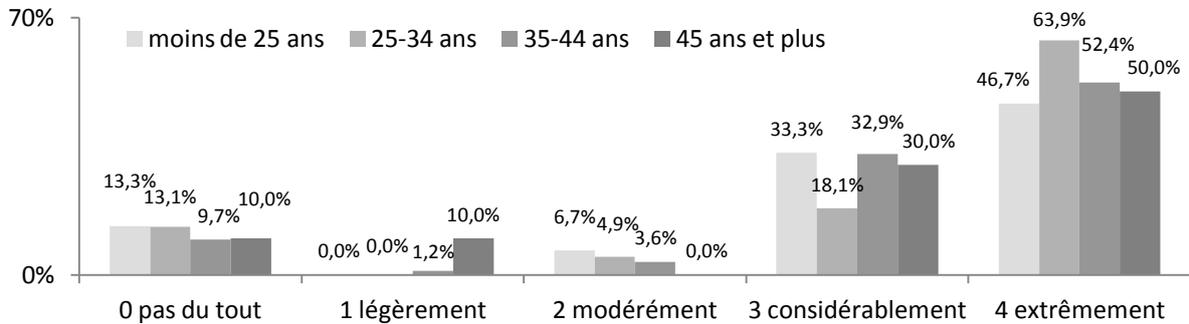


Figure 36 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin d'un traitement pour la dépendance aux substances ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance aux substances :*

L'interviewer évaluait le besoin de traitement pour les problèmes de dépendance aux substances des patients, au cours des 30 derniers jours, à « modéré » ou « considérable » pour 84.4% d'entre eux.

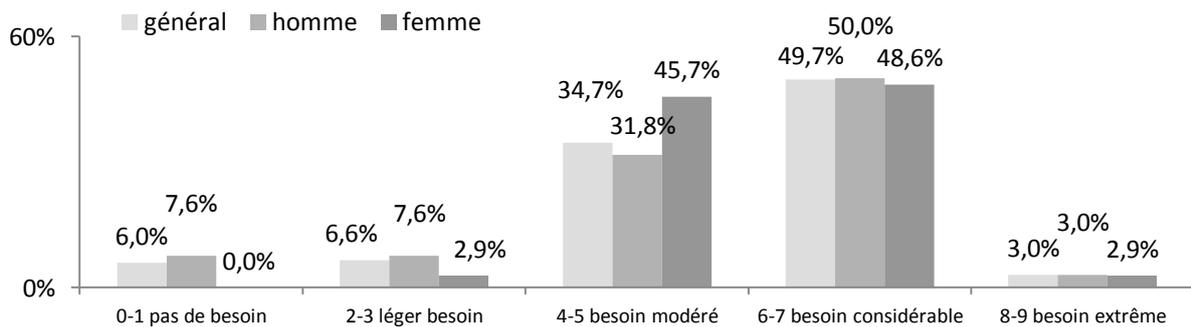
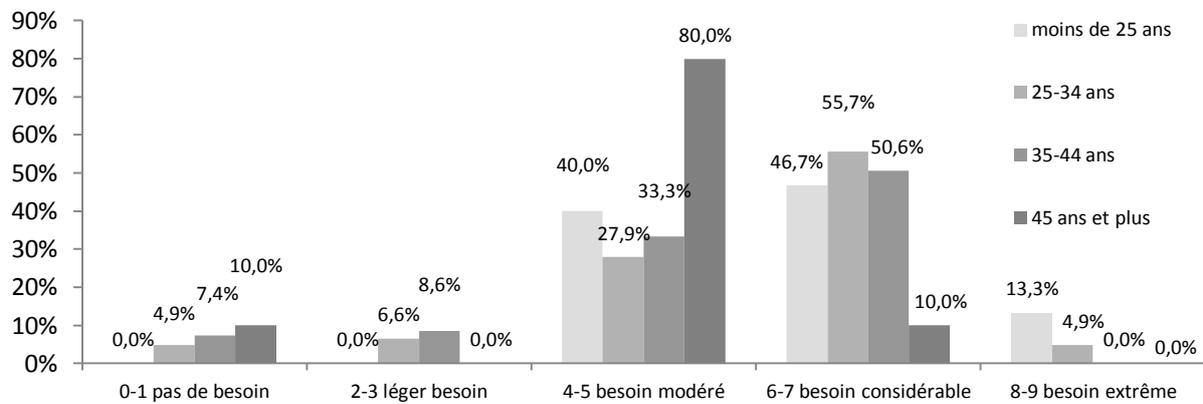


Figure 37 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance aux substances » au cours des 30 derniers jours

Il avait tendance à évaluer ces besoins de traitement plus souvent comme « modérés » et moins souvent comme « considérables » pour les « 45 ans et plus »

par rapport aux autres classes d'âge et plus souvent comme « extrême » pour les « moins de 25 ans » ( $p=0.027$ ).



**Figure 38 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance aux substances » au cours des 30 derniers jours**

#### *d) La comparaison des échelles de gravité :*

Une concordance significative a été mise en évidence entre les ressentis par les patients de leur dépendance aux substances et de leur besoin de traitement pour cette dépendance, dans les évaluations « pas du tout » et « légèrement » ; puis les patients ressentaient plus souvent leurs problèmes comme « considérables » alors qu'ils estimaient leur besoin de traitement plus souvent comme « extrême » ( $p<0.001$ ).

Entre les ressentis du besoin de traitement des patients et l'évaluation de l'interviewer, une concordance significative a été mise en évidence pour les « besoins légers » et « pas de besoin », puis l'interviewer évaluait plus souvent ce besoin comme « modéré » ou « considérable » alors que les patients le ressentait plus souvent comme « extrême » ( $p<0.001$ ).

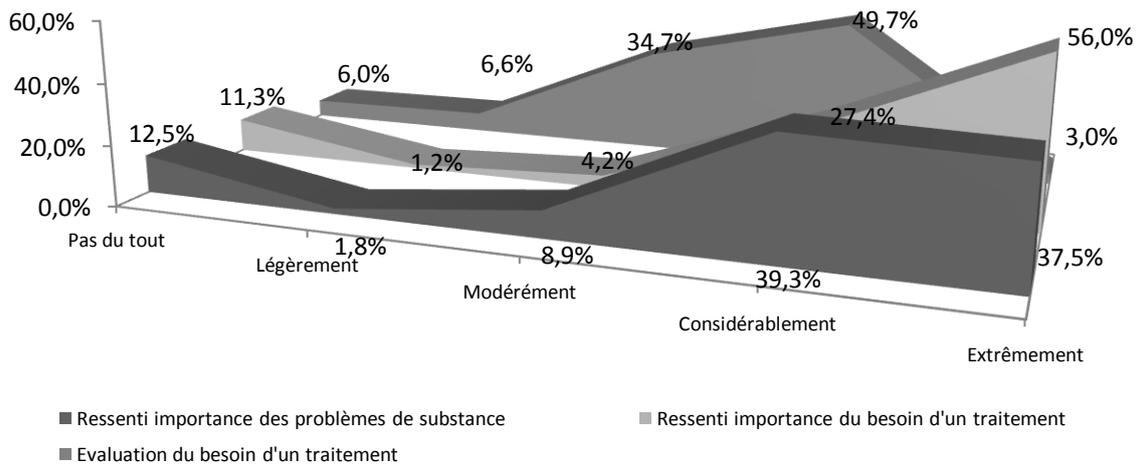


Figure 39 : comparaison des échelles de gravité ressentie des patients et de l'évaluation de l'interviewer

#### 4.7.2) La dépendance à l'alcool :

##### a) La gravité de la dépendance à l'alcool ressentie par le patient :

Les patients déclaraient ne « pas du tout » ressentir de problème d'alcool au cours des 30 derniers jours pour 82.1% d'entre eux. Mais 8.3% chiffreraient leur dépendance à l'alcool à « extrême ».

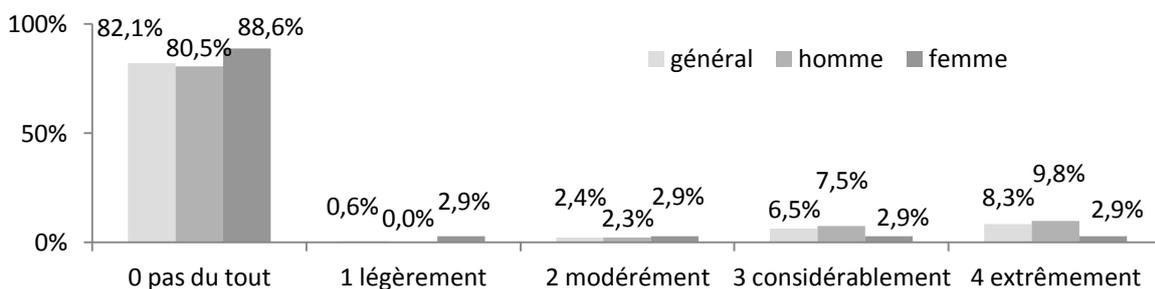


Figure 40 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes de dépendance à l'alcool ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

Les « 35-44 ans » étaient plus représentés pour les évaluations « extrêmes » ( $p=0.004$ ).

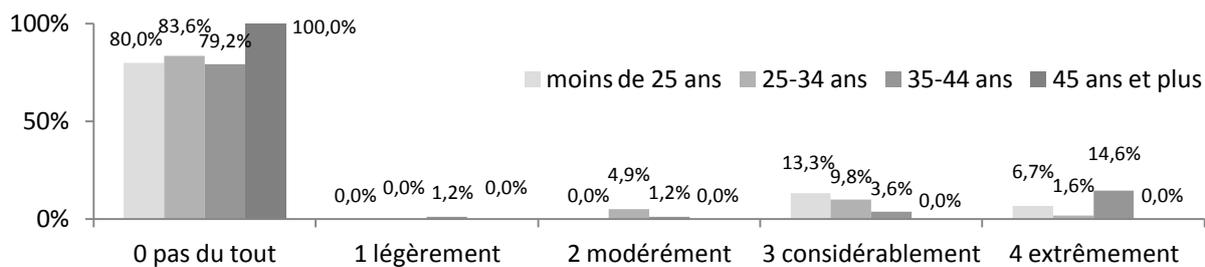


Figure 41 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes de dépendance à l'alcool ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

*b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool :*

La répartition du ressenti du besoin de traitement, pour les problèmes de dépendance à l'alcool, au cours des 30 derniers jours, était sensiblement la même que celle du ressenti des problèmes liés à l'alcool et 11.3% des patients évaluaient leurs besoins à « extrêmes ».

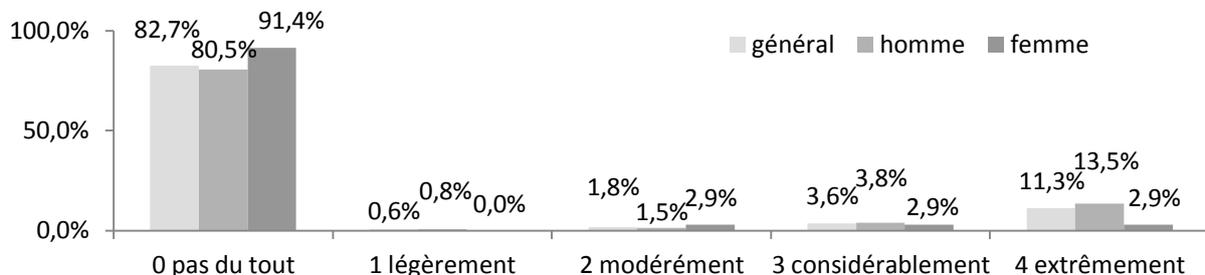


Figure 42 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement ressenti par le patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours

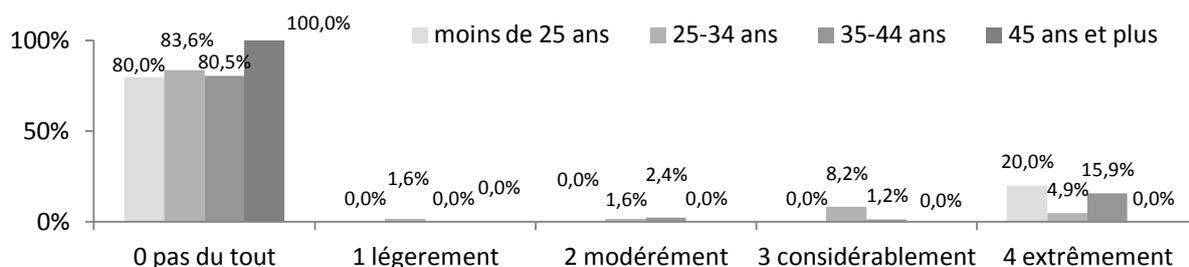


Figure 43 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement ressenti par le patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours

c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool :

L'interviewer évaluait le besoin de traitement pour les problèmes de dépendance à l'alcool au cours des 30 derniers jours à « aucun besoin » pour 73.2% des patients.

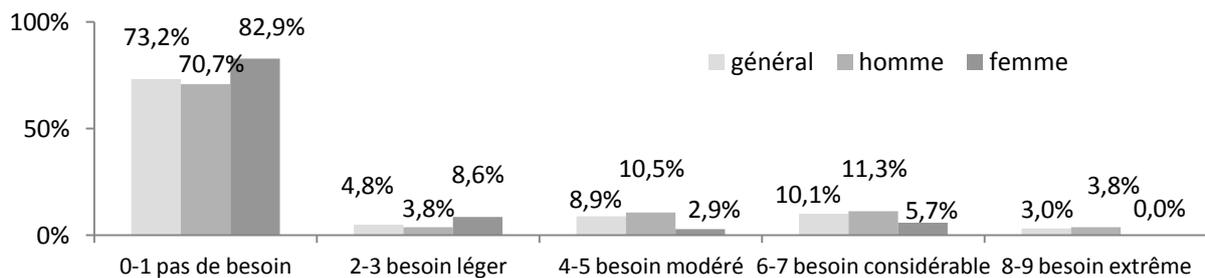


Figure 44 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours

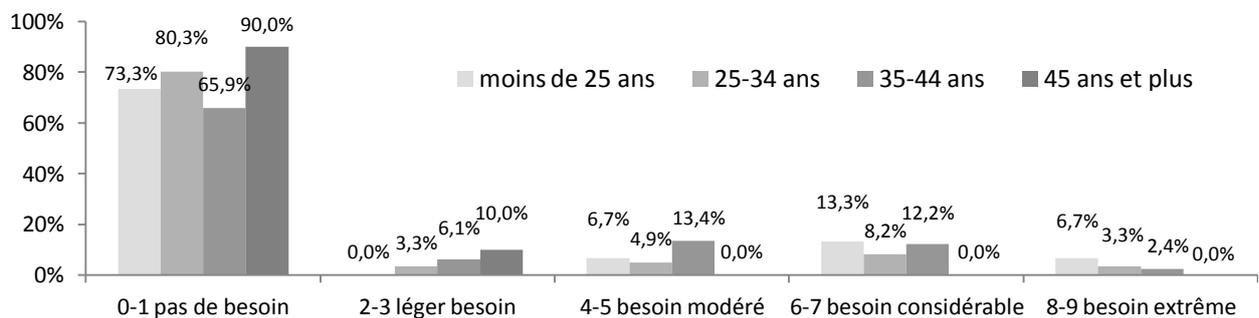


Figure 45 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool », au cours des 30 derniers jours

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative entre le ressenti des problèmes d'alcool des patients et leur besoin de traitement pour cette dépendance était mise en évidence ( $p=0.001$ ).

Entre les besoins de traitement des patients et l'évaluation de l'interviewer, on

mettait en évidence une sous estimation des besoins « non ressentis » et « extrêmes » avec surestimation des autres besoins par l'interviewer ( $p < 0.001$ ).

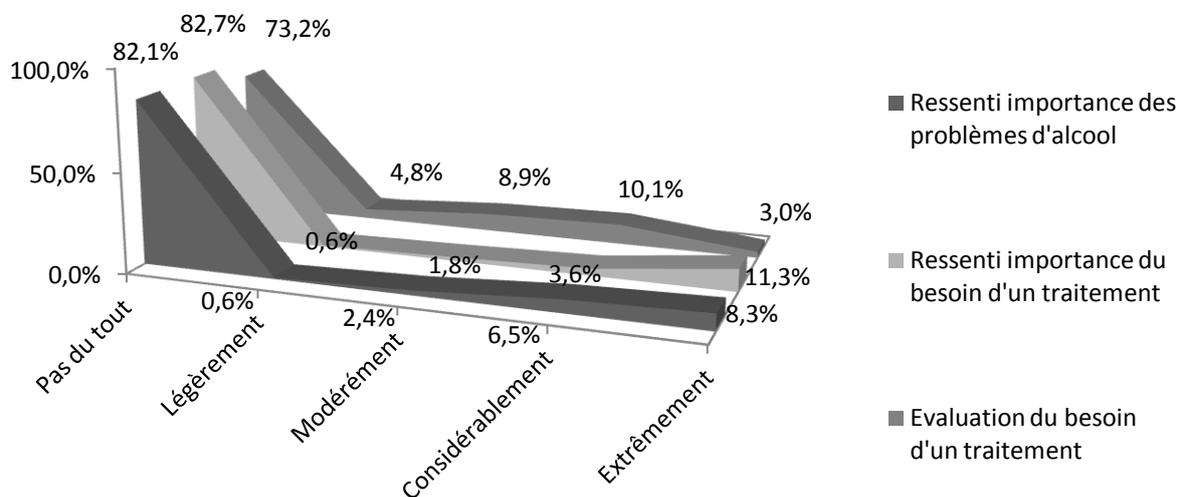


Figure 46 : comparaison des échelles de gravité ressentie des patients et de l'évaluation de l'interviewer

## 5 – L'état social :

### 5.1) Le niveau d'études et les emplois :

77.9% des patients n'avaient pas le niveau bac (= 12 ans) et 7.7% avaient un niveau bac+2 avec un maximum à bac+6. La durée moyenne des études était de 127.3 mois +/- 30.0 (125.5 +/- 31.2 pour les hommes et 134.0 +/- 24.0 pour les femmes). Les patients avaient donc arrêté leurs études en moyenne 1 an et demi avant le bac soit un niveau BEP. La médiane était de 132 mois (sans distinction de genre) avec un minimum de 0 mois (0 pour les hommes et 108 mois pour les femmes) et un maximum de 216 mois (132 mois pour les hommes et 216 mois pour les femmes).

Sur 166 patients, 13.3% n'avaient jamais travaillé à temps plein (11.5% des hommes et 20.0% des femmes) et 50.0% avaient gardé leur emploi à temps plein au moins 5 ans (52.7% des hommes et 40.0% des femmes). Pour 5.4% des patients, la durée la plus longue d'emploi à temps plein était de 6 mois (6.1% des hommes et 2.9% des femmes). Pour 15.0% d'entre eux, elle était de 6 mois à 2 ans (15.2% des hommes et 14.3% des femmes) et pour 16.3% de 2 à 5 ans (14.5% des hommes et 22.9% des femmes).

En moyenne, la durée maximale pendant laquelle les patients avaient gardé un emploi plein temps était de 5.7 ans +/- 6.0 (73.8 mois +/- 76.3 pour les hommes et 48.7 mois +/- 46.5 pour les femmes) avec un maximum de 31 ans.

A M0, 29.1% des patients étaient ouvriers et 7.8% sans activité. La répartition des domaines d'activité des patients est représentée en figure 47.

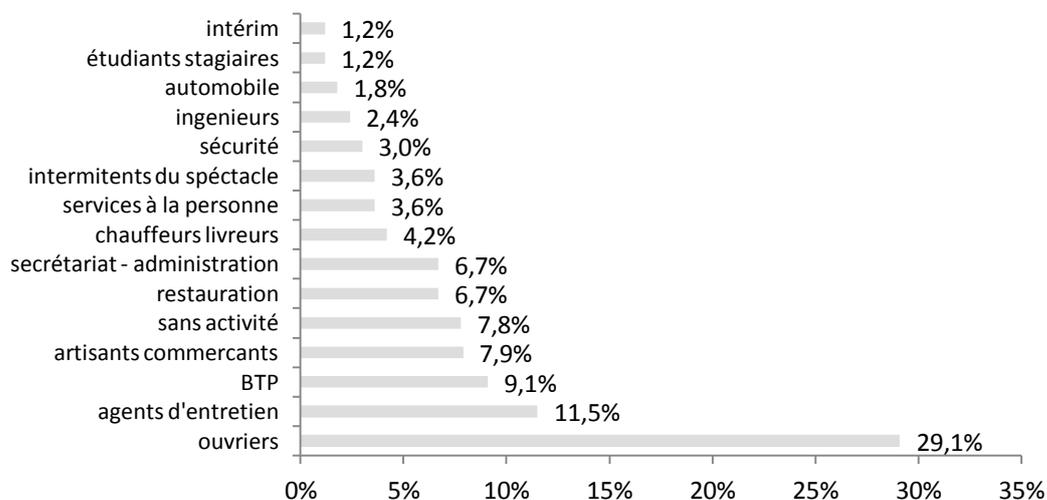


Figure 47 : répartition des domaines d'activité

Au cours des 3 dernières années, sur les 163 patients ayant répondu, 45.4% avaient habituellement occupé un poste à temps plein (49.6% des hommes et 29.4% des femmes –  $p=0.035$  –) et 13.5% un poste à temps partiel (13.9% des hommes et 11.8% des femmes) ; 1.2% étaient encore étudiants (0.7% des hommes et 2.9% des

femmes) et 0.6% étaient retraités ou en invalidité (1 homme). 39.3% de ces patients avaient déclaré être habituellement sans emploi (34.9% des hommes et 55.9% des femmes – p=0.026 –).

Au cours des 3 dernières années, les « moins de 25 ans » et les « 45 ans et plus » avaient tendance à être plus nombreux comme étudiants et employés à temps partiel que les autres classes d'âge ; les « 25-44 ans » étaient plus employés à temps plein ou sans emploi (p=0.002).

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>Temps plein</b>	28.6%	53.2%	44.2%	30.0%
<b>Temps partiel</b>	28.5%	9.6%	11.7%	30.0%
<b>Etudiants</b>	7.1%	0.0%	0.0%	10.0%
<b>Retraité, invalidité</b>	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>Sans emploi</b>	28.6%	37.1%	44.2%	30.0%

Tableau 22 : répartition en fonction de l'âge des types d'emploi au cours des 3 dernières années

## 5.2) Les ressources au cours des 30 derniers jours :

Parmi les 6 sources de revenus recueillies au cours des interrogatoires, la figure 48 expose les fourchettes de sommes perçues.

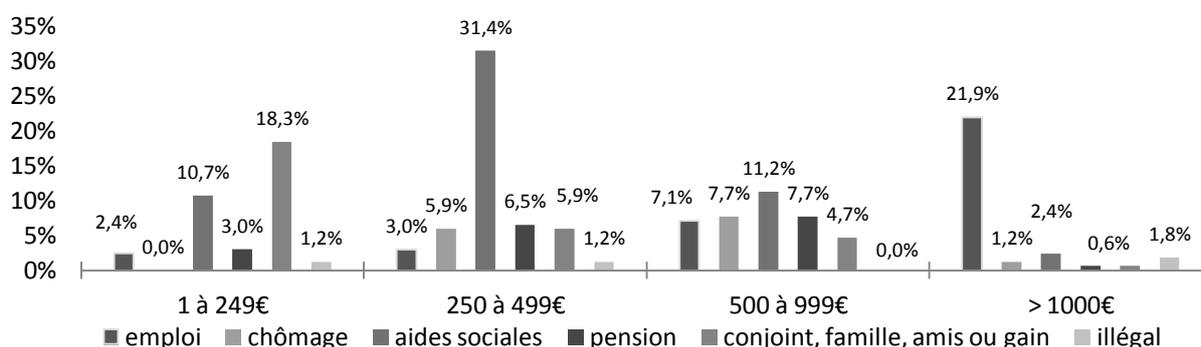


Figure 48 : répartition des ressources perçues au cours des 30 derniers jours en pourcentage de patients

34.3% des patients recevaient des ressources provenant d'un emploi avec un revenu moyen de 1142€ +/- 705.4 (médiane à 1200€ et maximum à 4300€).

14.8% des patients recevaient des ressources provenant du chômage avec une allocation de 639€ +/- 235.2 en moyenne (médiane à 600€ et maximum à 1090€).

55.6% des patients bénéficiaient d'aides sociales avec une moyenne de 435€ +/- 228.8 (médiane à 400€ et maximum à 1200€).

17.8% des patients touchaient une pension avec une moyenne de 514€ +/- 425.1 (médiane à 438€ et maximum à 2500€).

Au total, la ressource mensuelle « légale » moyenne reçue était de 917€ (+/- 615.1). La médiane était de 750€. 18 personnes ne touchaient rien. 97 personnes percevaient moins de 1000€, 49 entre 1000 et 2000€ et 5 personnes plus de 2000€. En distinction homme/femme, ce revenu « légal » était de 953€ +/- 589.6 (médiane 780€) pour les hommes et de 852€ +/- 708.4 (médiane 733€) pour les femmes.

29.6% des patients recevaient de l'argent de leurs familles, conjoints, amis ou gains ; en moyenne 253€ +/- 220.6€ avec un maximum de 1000€. 27% des personnes recevant de l'argent de ces proches ne percevaient aucune autre ressource sur les 30 derniers jours.

4.1% des patients ont déclaré toucher de l'argent provenant de ressources illégales : en moyenne 1901€ +/- 3609, avec un maximum de 10 000€.

39.6% des hommes et 14.3% des femmes touchaient des ressources provenant d'un emploi et les femmes gagnaient significativement moins que les hommes grâce à cet emploi ( $p < 0.001$ ). Pour les femmes ayant une activité professionnelle, le revenu moyen était de 1088€ +/- 1797.1 € (médiane à 300€, minimum 200€ - maximum 4300€). Pour les hommes, il était de 1147€ +/- 444.7€ (médiane à 1200€, minimum 100€ - maximum 3000€).

Les femmes recevaient significativement plus d'aides sociales ( $p < 0.001$ ). 40.0% des femmes bénéficiaient de plus de 500€ d'aides sociales contre seulement 7.4% des hommes. Pour ces dernières, ces aides étaient en moyenne de 573€ +/- 294.6 (médiane 526€, minimum 120€ - maximum 1200€). Pour les hommes, elles étaient de 380€ +/- 169.6 (médiane 389€, minimum 50€ - maximum 1100€).

Elles recevaient également significativement plus souvent de l'argent de leurs conjoints, proches, ou gains ( $p = 0.003$ ) (51.4% des femmes contre 23.9% des hommes) mais les hommes recevaient en moyenne plus d'argent que les femmes (277€ +/- 258.3 ; médiane 165€ ; minimum 30€ - maximum 1000€ pour les hommes et 211€ +/- 124.9 ; médiane 180€ ; minimum 50€ – maximum 500€ pour les femmes).

Pour les autres types de ressources, leur répartition est exposée dans le tableau 23.

		<b>Chômage</b>	<b>Pension</b>	<b>Illégales</b>
<b>Homme</b>	<i>Pourcentage</i>	16.4%	85.0%	3.7%
	<i>Moyenne</i>	645€ +/- 230.8	541€ +/- 503.6	462€ +/- 589.3
	<i>Médiane</i>	600€	479.5€	300€
	<i>Min-max</i>	370€-1090€	100€-2500€	60€-1500€
<b>Femme</b>	<i>Pourcentage</i>	8.6%	71.4%	5.7%
	<i>Moyenne</i>	590€ +/- 317.3	458€ +/- 204.3	5500€ +/- 6364
	<i>Médiane</i>	471€	403€	5500
	<i>Min-max</i>	350€-950€	200€-900€	1000€-10 000€

**Tableau 23 : répartition des ressources chômage, pension et ressources illégales en fonction du sexe, au cours des 30 derniers jours**

Les « moins de 25 ans » avaient tendance à recevoir plus d'argent de leurs proches, conjoints, amis ou gains ( $p=0.036$ ) et moins d'aides sociales ( $p=0.012$ ) que les autres classes d'âge ; les « 45 ans et plus » avaient tendance à recevoir moins d'argent de leurs proches ( $p=0.036$ ).

	Emploi	Chômage	Aides sociales	Pension	Proches ou gain	illégal
< 25 ans	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	53.3%	0.0%
25-34 ans	33.9%	21.0%	51.6%	19.4%	35.5%	6.5%
35-44 ans	35.4%	9.8%	64.6%	15.9%	23.2%	3.7%
≥ 45 ans	50.0%	10.0%	60.0%	20.0%	10.0%	0.0%

Tableau 24 : répartition des ressources en fonction de l'âge, au cours des 30 derniers jours

### 5.3) Les problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours :

Au cours des 30 derniers jours, 65.5% des patients n'avaient éprouvé aucune journée avec un problème d'emploi. 16.7% en avait ressenti pendant moins de 15 jours et 17.9% pendant plus de 15 jours. La moyenne était de 4.76 journées +/- 8.1 avec un maximum de 30 journées.

	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans
0	66.2%	62.9%	60.0%	54.8%	74.1%	70.0%
1 à 14 jours	15.8%	20.0%	26.7%	19.3%	14.8%	0.0%
≥ 15 jours	18.0%	17.1%	13.3%	25.9%	11.0%	30.0%
Moyenne	4.8 j +/- 8.3	4.5 j +/- 7.5	2.9 j +/- 5.4	7.2 j +/- 9.7	3.0 j +/- 5.9	7.0 j +/- 11.8
Maximum	30	30	15	30	28	30

Tableau 25 : répartition du nombre de journées avec un problème d'emploi en fonction du sexe et de l'âge, au cours des 30 derniers jours

Sur 159 patients répondants, au cours des 30 derniers jours, 91.2% des patients n'avaient fait aucune démarche pour rechercher un emploi ou une formation (92% des hommes et 87.9% des femmes). 6.9% des patients avaient cherché pendant une journée (5.5% des hommes et 12.1% des femmes) et 1.8% pendant 2 jours ou plus (2.4% des hommes et aucune femme).

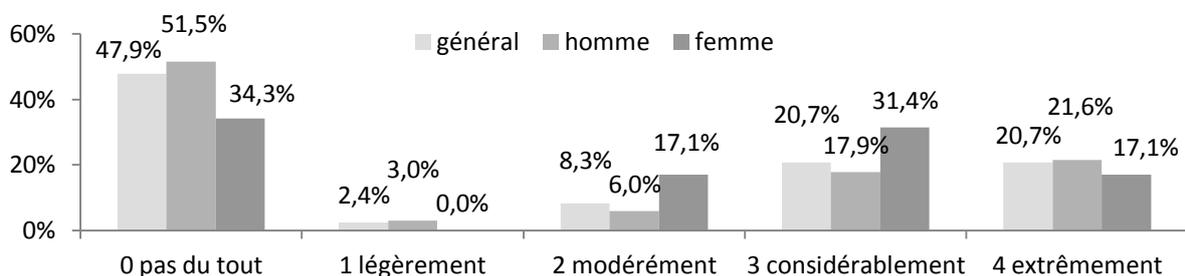
Aucun des « 45 ans et plus » n'avaient fait cette démarche ; 7.7% des « moins de 25 ans » avaient cherché une journée ; 11.9% des « 25-34 ans » avaient cherché une journée, 1.7% trois jours et 1.7% pendant sept jours ; et 3.9% des « 35-44 ans » avaient cherché une journée et 1.3% pendant deux jours.

De même sur 159 patients répondants, au cours des 30 derniers jours, 96.9% des patients n'avaient fait aucune démarche auprès de l'assurance chômage ou de l'aide sociale (97.6% des hommes et 94.0% des femmes) et 3.1% en avaient fait pendant une journée (2.4% des hommes et 6.0% des femmes). 6.8% des « 25-34 ans » et 1.3% des « 35-44 ans » avaient fait cette démarche une fois. Les « moins de 25 ans » et « 45 ans et plus » n'en avaient fait aucune.

#### 5.4) L'évaluation de l'état social au cours des 30 derniers jours :

##### *a) La gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient :*

Au cours des 30 derniers jours, 47.9% des patients évaluaient à « pas du tout » leurs problèmes d'emploi mais 20.7% avaient des problèmes « extrêmes ». Ces problèmes avaient significativement été plus souvent ressentis comme « modérés » et « considérables » par les femmes (31.4% des femmes et 17.9% des hommes) et plus souvent comme « pas du tout » par les hommes (51.5% des hommes et 34.3% des femmes) ( $p=0.047$ ).



**Figure 49 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours**

Parmi les problèmes ressentis comme « extrêmes », les « 25-34 ans » étaient plus représentés ( $p=0.015$ ).

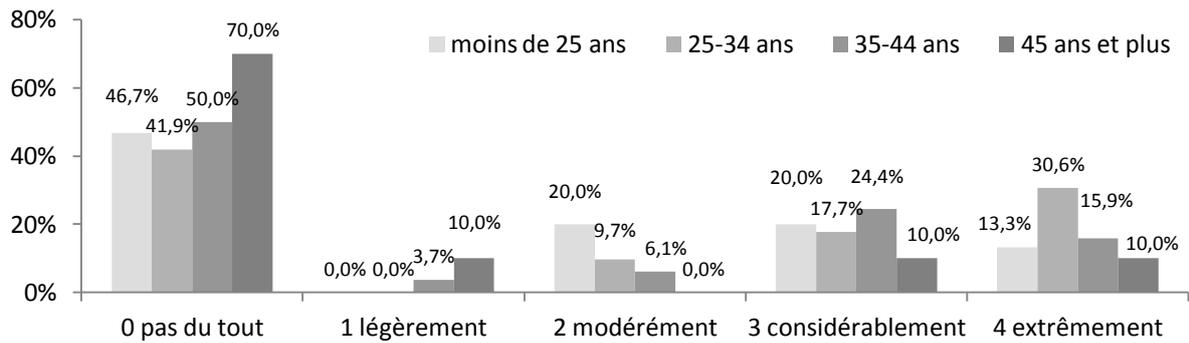


Figure 50 : répartition en fonction de l'âge des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

*b) Le besoin d'aide à l'emploi ressenti par le patient :*

Au cours des 30 derniers jours, 47.9% des patients évaluaient à « pas du tout » leur besoin d'aide à l'emploi et 24.3% l'évaluaient à « extrêmement ». Les femmes avaient significativement plus souvent évalué ce besoin d'aide comme « modéré » et « considérable » que les hommes au détriment des besoins « non ressentis » ( $p=0.019$ ).

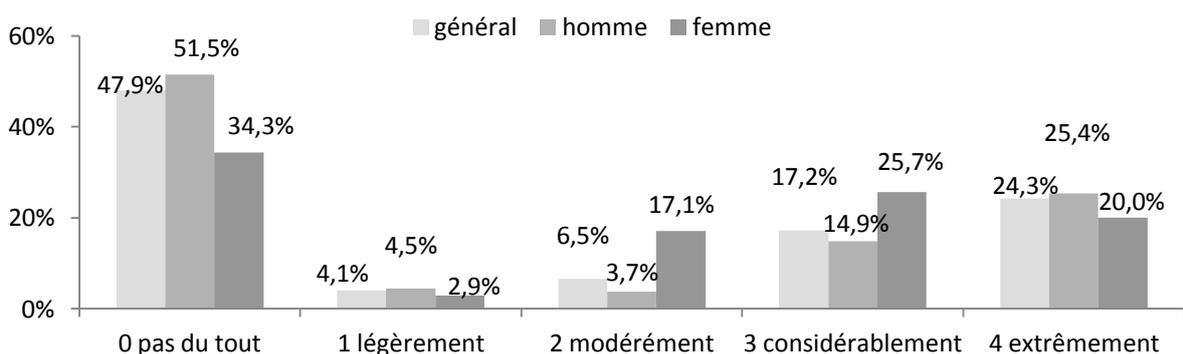


Figure 51 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide à l'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

Pour les besoins d'aide « extrêmes », les « 25-34 ans » étaient plus représentés ( $p=0.003$ ).

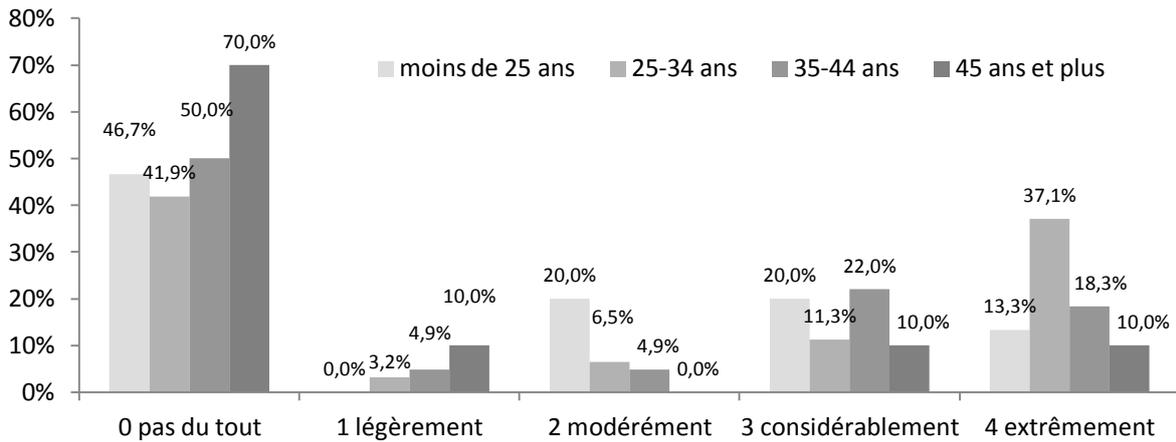


Figure 52 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide à l'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours

c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide à l'emploi du patient :

L'interviewer évaluait le besoin d'aide à l'emploi des patients à « pas de besoin » pour 37.3% d'entre eux et à « considérable » ou « extrême » pour 40.8%. Il avait significativement évalué plus souvent les hommes comme n'ayant « pas de besoin » et les femmes comme ayant des « besoins modérés » ( $p=0.016$ ).

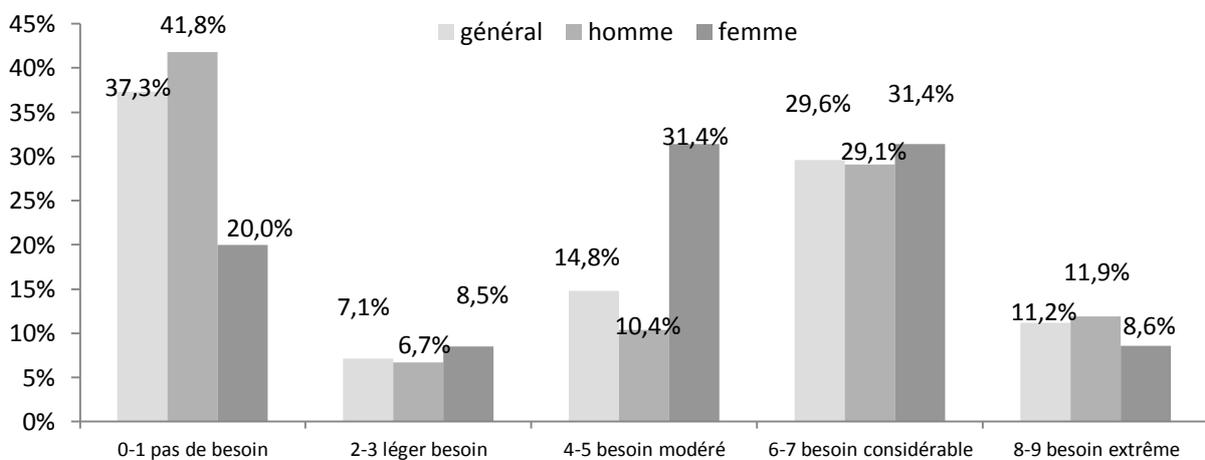


Figure 53 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide à l'emploi du patient » au cours des 30 derniers jours

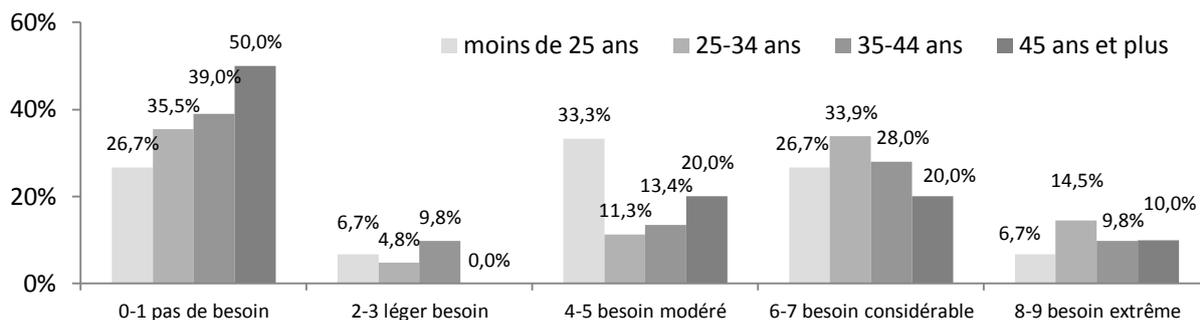


Figure 54 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide à l'emploi du patient » au cours des 30 derniers jours

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre le ressenti des problèmes d'emploi par le patient et son besoin d'aide pour ces problèmes pour les évaluations « pas du tout » à « modéré », puis les patients évaluèrent d'avantage leurs problèmes à « considérables » et leurs besoins à « extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

Entre le besoin d'aide ressenti par les patients et l'évaluation de l'interviewer, celui-ci l'évaluait moins comme « non nécessaire » ou « extrême » au profit de besoins « légers » à « considérables » ( $p < 0.001$ ).

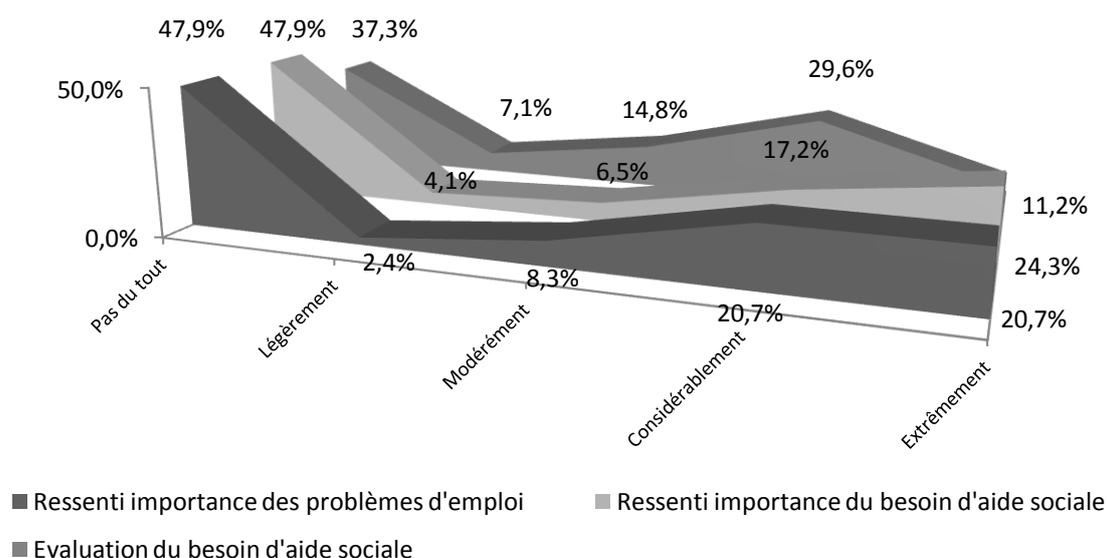


Figure 55 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

## 6 – L'état judiciaire :

### 6.1) Les antécédents judiciaires :

Au cours de leur vie 43.1% des patients n'avaient jamais été arrêtés et inculpés hors « conduite en état d'ivresse », « infraction majeure au code de la route » et « désordre, vagabondage, ivresse publique » et 38.3% n'avaient jamais été arrêtés et inculpés pour aucun des motifs recensés dans cette étude.

Le motif d'inculpation le plus fréquent était le « vol avec effraction » (29.5%) alors que « l'usage et le trafic de stupéfiants » n'arrivait qu'à la quatrième position avec 7.1% des patients déjà inculpés.

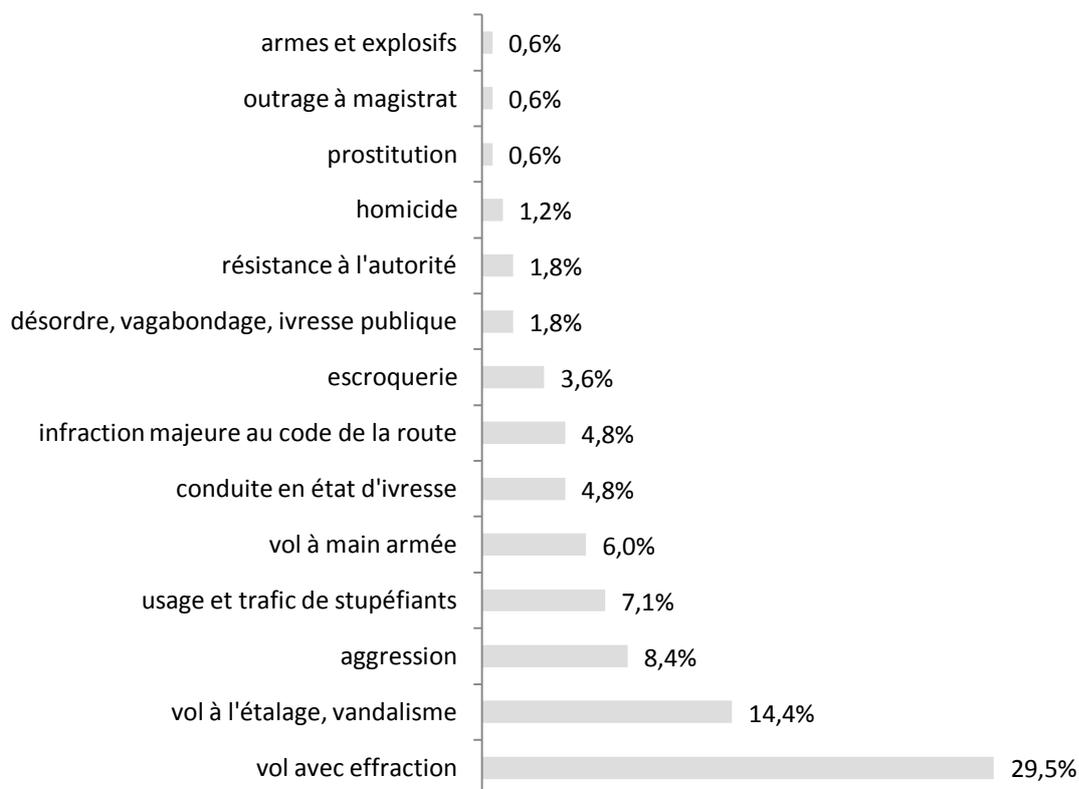


Figure 56 : répartition des motifs d'inculpations en pourcentage

	Nombre d'inculpations				Moyenne du nombre d'inculpation	Maximum d'inculpation
	0	1	2 à 5	6 et plus		
<b>Vol avec effraction</b>	70.5%	11.4%	9.0%	9.0%	1.6 +/- 4.5	40
<b>Vol à l'étalage, vandalisme</b>	85.6%	7.8%	3.6%	2.8%	0.5 +/- 1.8	15
<b>Agression</b>	91.6%	5.4%	2.4%	0.6%	0.2 +/- 0.6	6
<b>Usage et trafic de stupéfiants</b>	92.9%	4.2%	3.0%	0.0%	0.4% +/- 0.8	5
<b>Vol à main armée</b>	94%	4.2%	1.2%	0.6%	0.1 +/- 0.9	11
<b>Conduite en état d'ivresse</b>	95.2%	3.6%	1.2%	0.0%	0.1 +/- 0.3	2
<b>Infraction majeure au code de la route</b>	95.2%	2.4%	2.4%	0.0%	0.1 +/- 0.3	3
<b>Escroquerie</b>	96.4%	3.0%	0.6%	0.0%	0.0 +/- 0.2	2
<b>Désordre, vagabondage, ivresse publique</b>	98.2%	0.6%	0.6%	0.6%	0.1 +/- 0.5	6
<b>Résistance à l'autorité</b>	98.2%	0.6%	0.6%	0.6%	0.1 +/- 0.5	6
<b>Homicide</b>	98.8%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0 +/- 0.1	1
<b>Prostitution</b>	99.4%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0 +/- 0.2	2
<b>Outrage à magistrat</b>	99.4%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0 +/- 0.1	1
<b>Armes et explosifs</b>	99.4%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0 +/- 0.5	6

**Tableau 26 : répartition du nombre d'inculpations**

Les femmes avaient significativement plus souvent été inculpées pour « vol à l'étalage et vandalisme » (31.4% des femmes contre 9.8% des hommes ( $p = 0.001$ )) ; alors que les hommes avaient plus souvent été inculpés pour « vol avec effraction » (35.9% des hommes contre 5.7% des femmes) ( $p < 0.001$ ).

Les « 45 ans et plus » avaient tendance à avoir plus souvent été inculpés pour « vol à main armée » que les autres classes d'âge ( $p < 0.001$ ).

	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans
<b>Vol avec effraction</b>	35.9%	5.7%	6.7%	26.2%	36.2%	30%
<b>Vol à l'étagère, vandalisme</b>	9.8%	31.4%	6.7%	19.7%	8.6%	0.0%
<b>Agression</b>	9.9%	2.9%	6.7%	13.1%	6.3%	0.0%
<b>Usage et trafic de stupéfiants</b>	29.5%	25.7%	13.3%	26.2%	33.3%	30.0%
<b>Vol à main armée</b>	7.6%	0.0%	6.7%	8.2%	2.4%	20.0%
<b>Conduite en état d'ivresse</b>	6.0%	0.0%	0.0%	3.3%	7.4%	0.0%
<b>Infraction majeure au code de la route</b>	6.0%	0.0%	6.7%	4.9%	4.9%	0.0%
<b>Escroquerie</b>	3.8%	2.9%	0.0%	6.6%	1.2%	10%
<b>Désordre, vagabondage, ivresse publique</b>	2.3%	0.0%	0.0%	1.6%	2.4%	0.0%
<b>Résistance à l'autorité</b>	2.3%	0.0%	0.0%	1.6%	2.4%	0.0%
<b>Homicide</b>	1.5%	0.0%	0.0%	1.6%	1.2%	0.0%
<b>Prostitution</b>	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%
<b>Outrage à magistrat</b>	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%
<b>Armes et explosifs</b>	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%

Tableau 27 : répartition des inculpations selon le sexe et l'âge

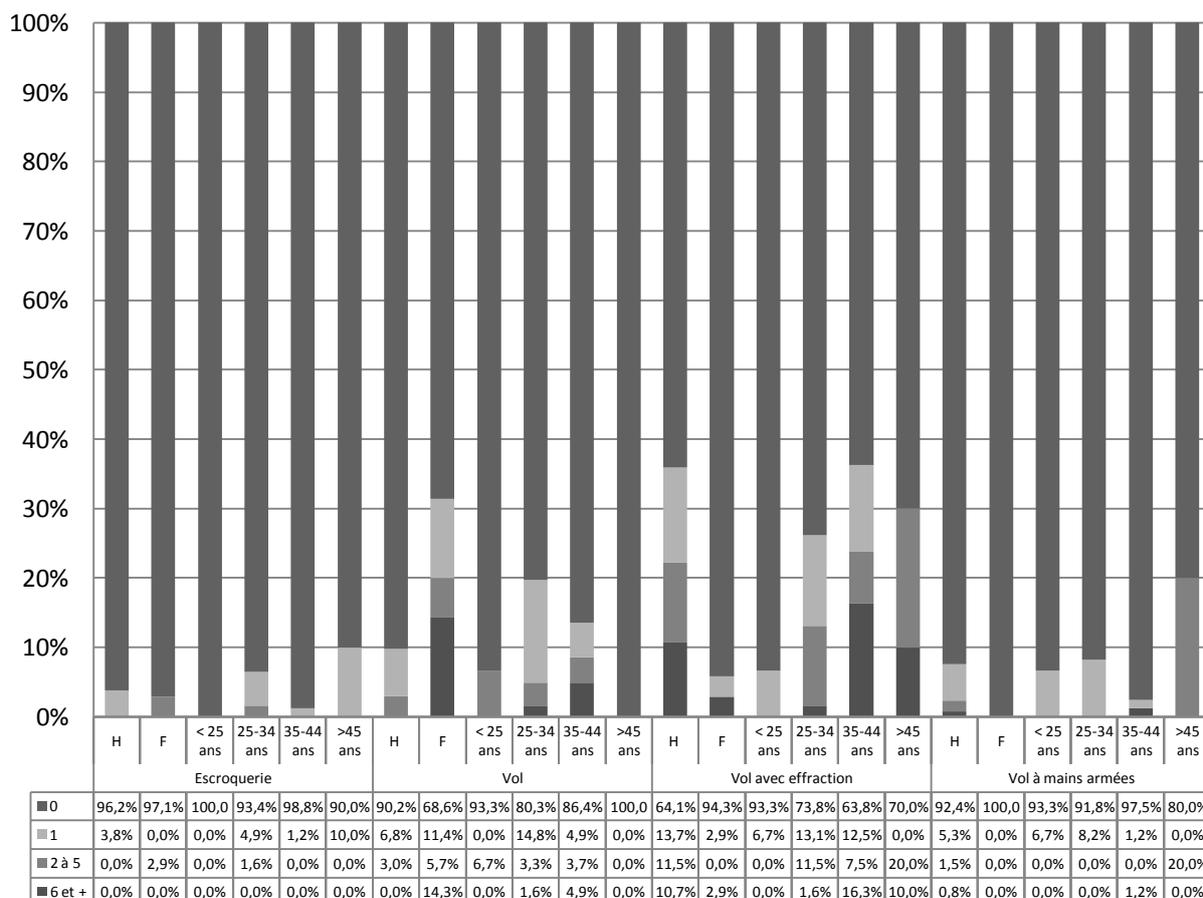


Figure 57 : répartition en fonction de l'âge et du sexe du nombre d'inculpations pour escroquerie, vol à l'étagère et dégradation, vol avec effraction et vol à main armée

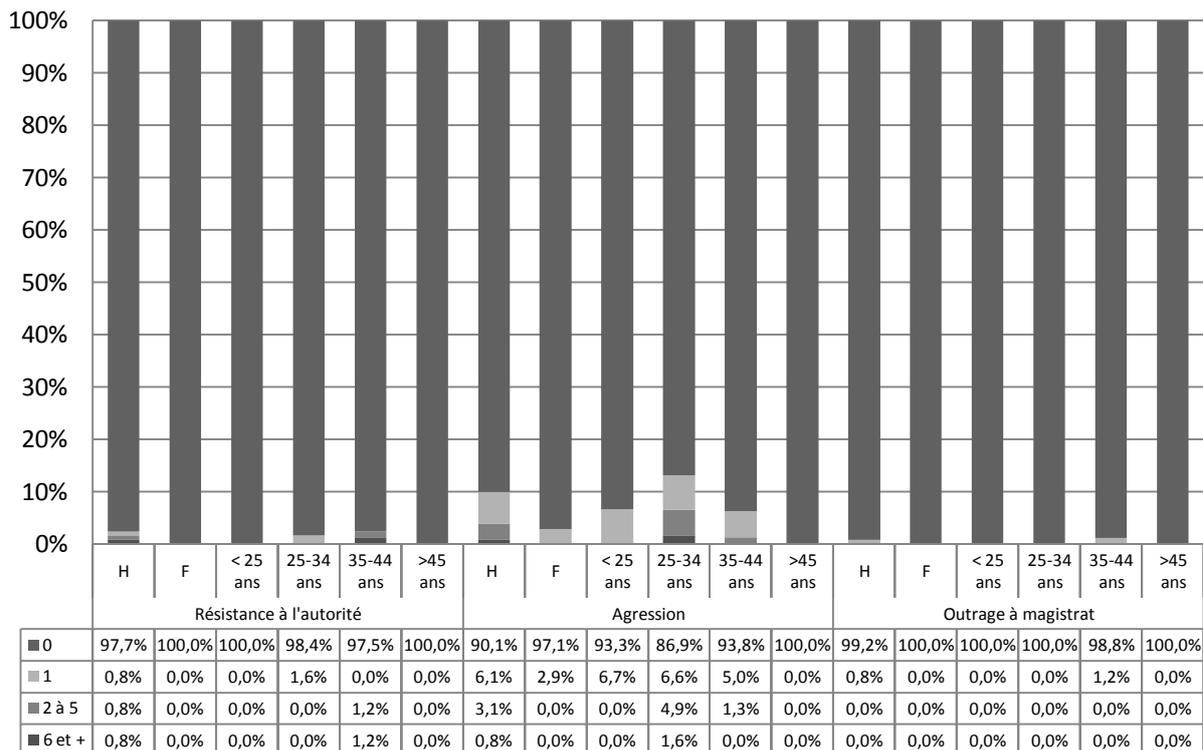


Figure 58 : répartition en fonction du sexe et de l'âge du nombre d'inculpations pour résistance à l'autorité, agression et outrage à magistrat

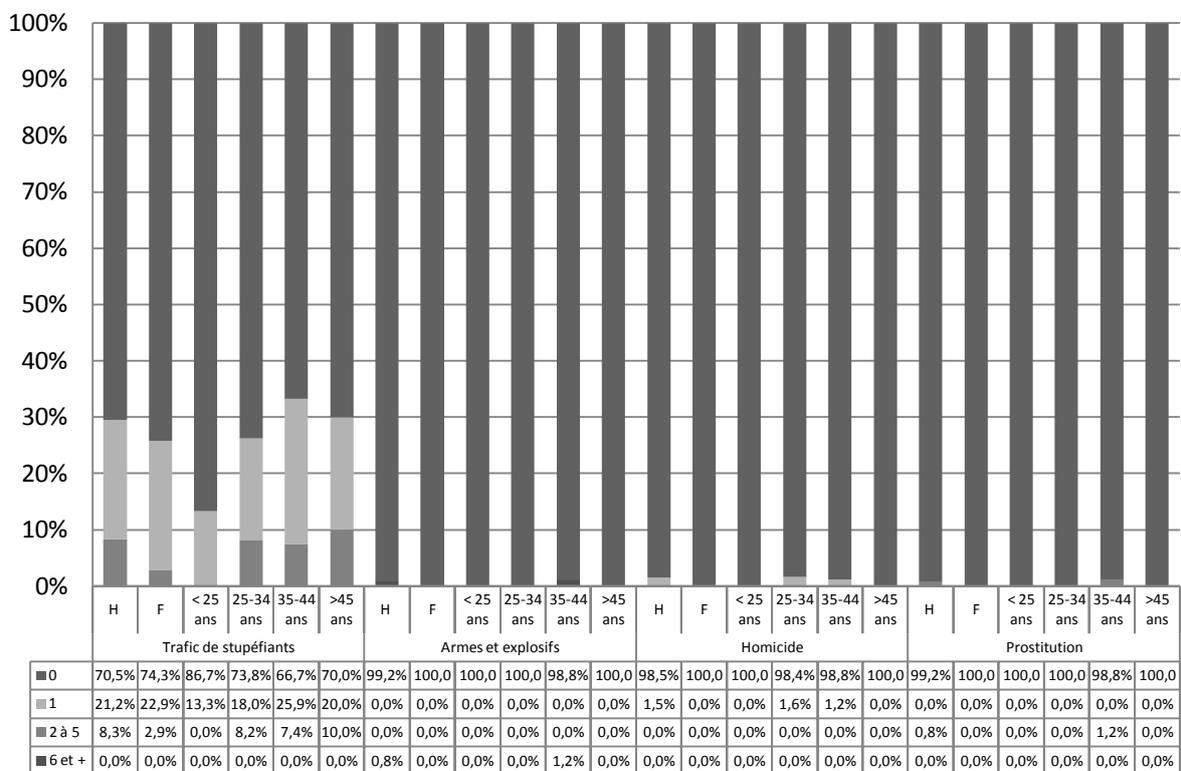
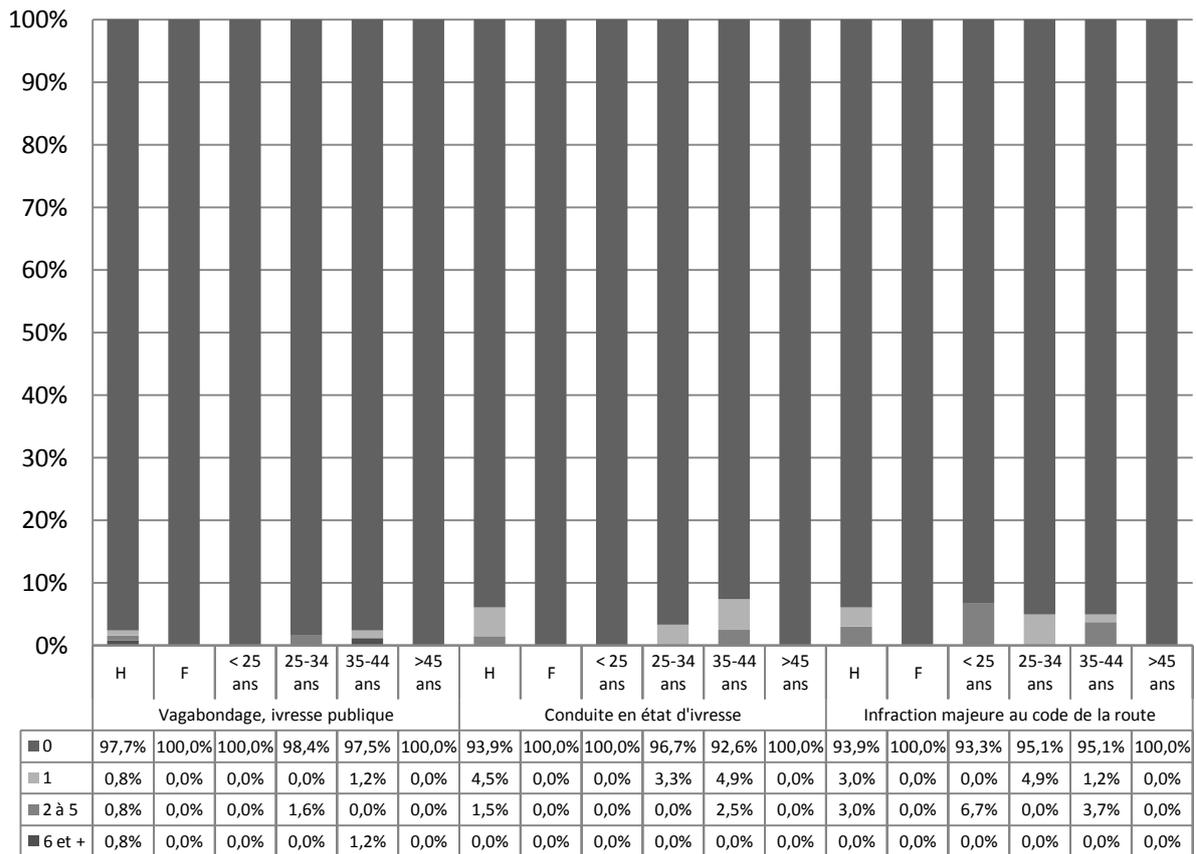


Figure 59 : répartition en fonction du sexe et de l'âge du nombre d'inculpations pour trafic de stupéfiants, armes et explosifs, homicide et prostitution



**Figure 60 : répartition en fonction du sexe et de l'âge du nombre d'inculpations pour vagabondage et ivresse publique, conduite en état d'ivresse et infraction majeure au code de la route**

61.4% des patients (64.9% des hommes et 48.6% des femmes) avaient été condamnés pour une de ces inculpations en moyenne 3.3 fois +/- 6.6 (3.5 fois +/- 6.9 pour les hommes et 2.6 fois +/- 5.6 pour les femmes). La médiane était de 1 (1 fois pour les hommes et 0 pour les femmes) avec un maximum de 45 condamnations (45 condamnations pour un homme et 30 pour une femme).

18.1% des patients avaient été condamnés 1 fois (18.3% des hommes et 17.1% des femmes), 28.3% entre 2 et 4 fois (31.3 % des hommes et 17.1% des femmes) et 15.1% plus de 5 fois (15.3% des hommes et 14.3% des femmes).

Les « moins de 25 ans » avaient tendance à avoir été moins condamnés que les autres classes d'âge ; les « 25-34 ans » avaient significativement plus souvent été condamnés 2 à 4 fois et les « 35-44 ans » plus souvent condamnés plus de 5 fois ( $p=0.025$ ).

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 condamnation</b>	66.7%	34.4%	37.5%	30.0%
<b>1 condamnation</b>	20.0%	16.4%	18.8%	20.0%
<b>2 à 4 condamnations</b>	13.4%	37.8%	16.3%	30.0%
<b>Plus de 5 condamnations</b>	0.0%	11.4%	27.6%	20.0%
<b>Moyenne</b>	0.5 +/- 0.9	2.1 +/- 2.9	4.9 +/- 8.9	2.3 +/- 3.1
<b>Médiane</b>	0	1	1	1.5
<b>Maximum</b>	3	17	45	10

Tableau 28 : nombre de condamnations en fonction de l'âge.

42.8% des patients avaient été détenus au moins une fois au cours de leur vie pour une durée d'incarcération de 22.3 mois +/- 45.0 en moyenne (26.1 mois +/- 49.2 pour les hommes et 8.1 mois +/- 17.6 pour les femmes) avec un maximum de 20 ans et 6 mois.

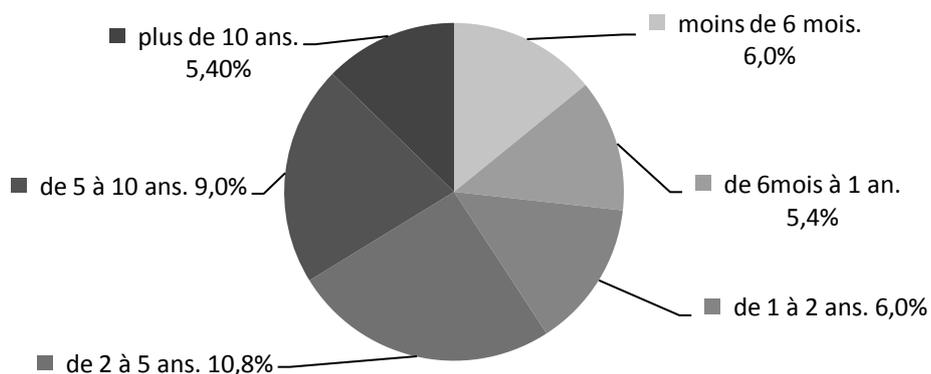


Figure 61 : répartition des durées d'incarcération au cours de leur vie en pourcentage.

46.6% des hommes, 28.6% des femmes, 6.7% des « moins de 25 ans », 36.1% des « 25-34 ans », 51.2% des « 35-44 ans » et 70% des « 45 ans et plus » avaient été détenus au moins une fois au cours de leurs vies. En fonction de l'âge, il était mis en évidence que les « moins de 25 ans » avaient tendance à moins avoir été détenus et pendant moins longtemps ; les « 25-34 ans » avaient plus souvent été détenus pendant moins de 6 mois et moins souvent pendant 5 à 10 ans ; les « 35-44

ans » avaient plus souvent été détenus pendant plus de 10 ans et les « 45 ans et plus » avaient tendance à plus souvent avoir été détenu et ce pendant 1 à 10 ans ( $p=0.053$ ).

	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans
<b>0</b>	53.4%	71.4%	93.3%	63.9%	48.8%	30.0%
<b>&lt; 6 mois</b>	5.4%	8.6%	0.0%	8.2%	6.3%	0.0%
<b>6 mois - 1 an</b>	6.1%	2.9%	6.7%	4.9%	6.3%	0.0%
<b>1 à 2 ans</b>	6.9%	2.9%	0.0%	4.9%	6.3%	20.0%
<b>2 à 5 ans</b>	10.7%	11.4%	0.0%	11.5%	11.3%	20.0%
<b>5 à 10 ans</b>	10.7%	2.9%	0.0%	3.3%	12.5%	30.0%
<b>&gt; 10 ans</b>	6.9%	0.0%	0.0%	3.3%	8.8%	0.0%

Tableau 29 : durées de détention en fonction du sexe et de l'âge

### 6.2) Les problèmes judiciaires au cours des 30 derniers jours :

A M0, 95.2% des patients (94.7% des hommes et 97.1% des femmes) n'étaient pas en période de probation ou de liberté conditionnelle.

Cela représentait 93.3% des « moins de 25 ans », 96.7% des « 25-34 ans », 95.1% des « 35-44 ans » et 90% des « 45 ans et plus ».

Au cours des 30 derniers jours, 9.6% des patients avaient eu recours à des activités illégales en vue d'en tirer profit, pendant 1.7 jours +/- 6.3 en moyenne (1.9 jours +/- 6.7 pour les hommes et 1.1 jours +/- 4.2 pour les femmes) avec un maximum de 30 jours :

- 1.8% (0.7% des hommes et 5.7% des femmes) de 1 à 4 journées.
- 0.6% (0.7% des hommes et aucune femme) de 5 à 14 journées
- 3.6% (3% des hommes et 5.7% des femmes) de 15 à 24 journées
- et 3.6% (4.5% des hommes et aucune femme) pendant plus de 25 journées.

6.7% des « moins de 25 ans », 14.8% des « 25-34 ans », 6.2% des « 35-44 ans » et

10.0% des « 45 ans et plus » avaient eu recours à des activités illégales au cours des 30 derniers jours.

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0</b>	93.3%	85.2%	93.8%	90.0%
<b>1 à 4 jours</b>	0.0%	3.3%	1.2%	0.0%
<b>5 à 14 jours</b>	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
<b>15 à 24 jours</b>	6.7%	4.9%	2.5%	0.0%
<b>25 jours et plus</b>	0.0%	4.9%	2.5%	10.0%
<b>Moyenne</b>	1.0 +/- 3.9	2.5 +/- 7.4	1.1 +/- 5.2	3.0 +/- 9.5
<b>Maximum</b>	15	30	30	30

Tableau 30 : nombre de journées à activité illégale en fonction de l'âge, au cours des 30 derniers jours

Au cours des 30 derniers jours, 4 patients sur 161 avaient pris contact avec une instance juridique par rapport à leurs problèmes judiciaires, trois hommes y ont eu recours une fois et une femme quatre fois, tous les quatre de la classe d'âge des « 35-44 ans ».

### 6.3) L'évaluation de l'état judiciaire au cours des 30 derniers jours :

#### *a) La gravité des problèmes judiciaires ressentie par le patient :*

88.6% des patients ne ressentaient pas de gravité à leurs problèmes judiciaires mais 6.0% les évaluaient comme « extrêmement graves ».

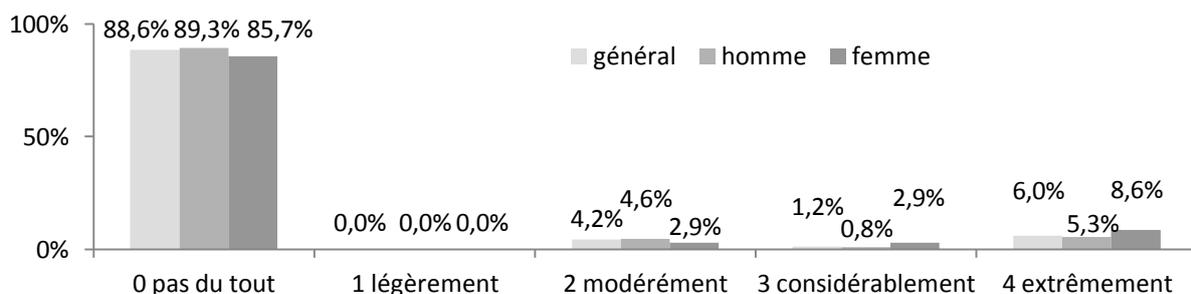


Figure 62 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes légaux ressentie par le patient », au cours des 30 derniers jours

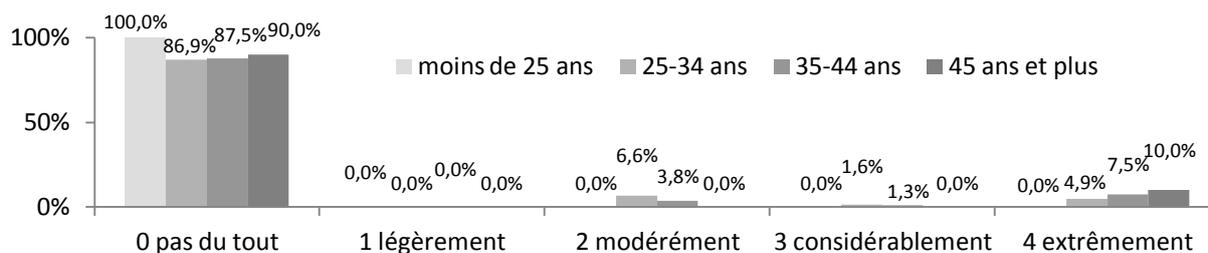


Figure 63 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes légaux ressentie par le patient », au cours des 30 derniers jours

*b) Le besoin d'aide juridique ressentie par le patient :*

88.0% des patients ne ressentait pas de besoin d'aide pour ces problèmes légaux alors que 4.8% ressentait un besoin d'aide « modéré » et 6.0% un besoin d'aide « extrême ».

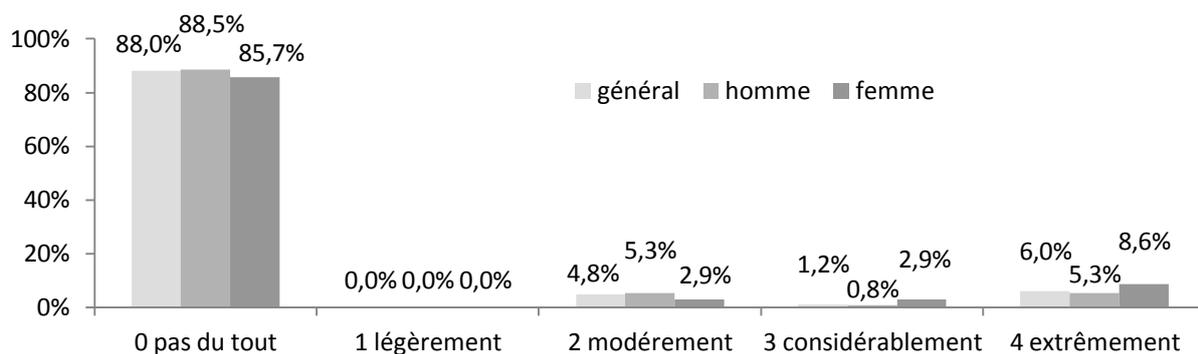


Figure 64 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide ressentie par le patient pour ces problèmes légaux » au cours des 30 derniers jours

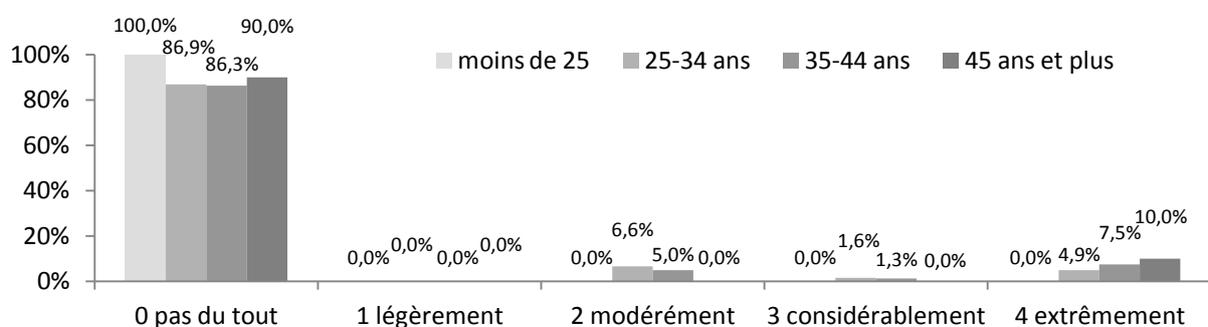


Figure 65 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide ressentie par le patient pour ces problèmes légaux » au cours des 30 derniers jours

c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide juridique du patient :

L'interviewer évaluait le besoin d'aide pour ces problèmes judiciaires à « pas de besoin » pour 79.0% des patients et à « modéré » pour 7.8% d'entre eux.

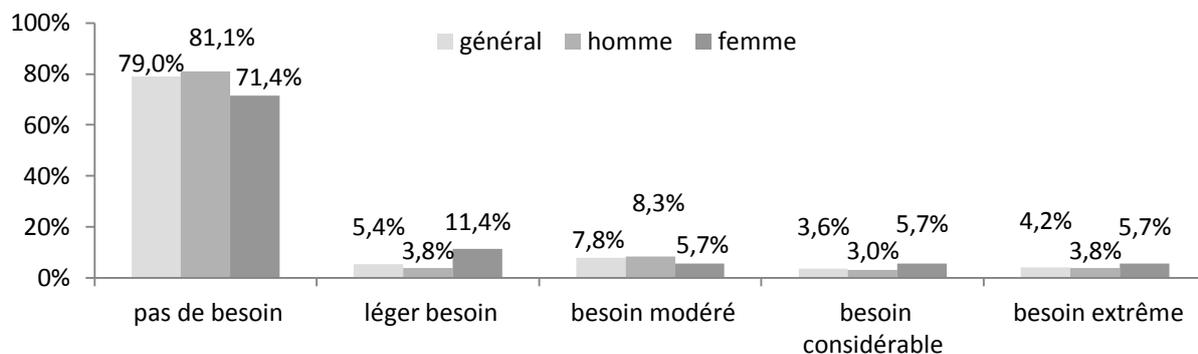


Figure 66 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide du patient pour ces problèmes judiciaires », au cours des 30 derniers jours

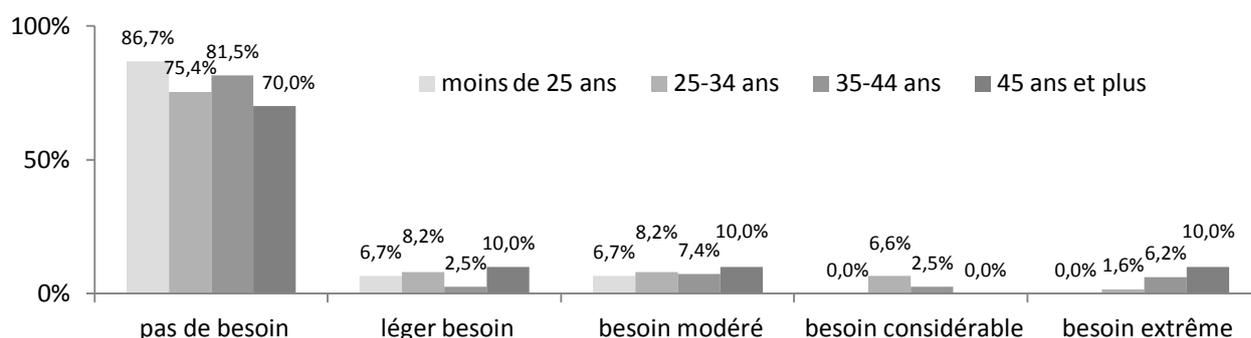


Figure 67 : répartition des patients, en fonction de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide du patient pour ces problèmes judiciaires », au cours des 30 derniers jours

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les problèmes légaux ressentis par les patients et leurs besoins d'aide juridique ( $p < 0.001$ ).

Entre le ressenti du besoin d'aide juridique des patients et l'évaluation de l'interviewer, celui-ci évaluait plus souvent ce besoin comme « léger » ou « modéré » au détriment de besoins « non nécessaire » ( $p < 0.001$ ).

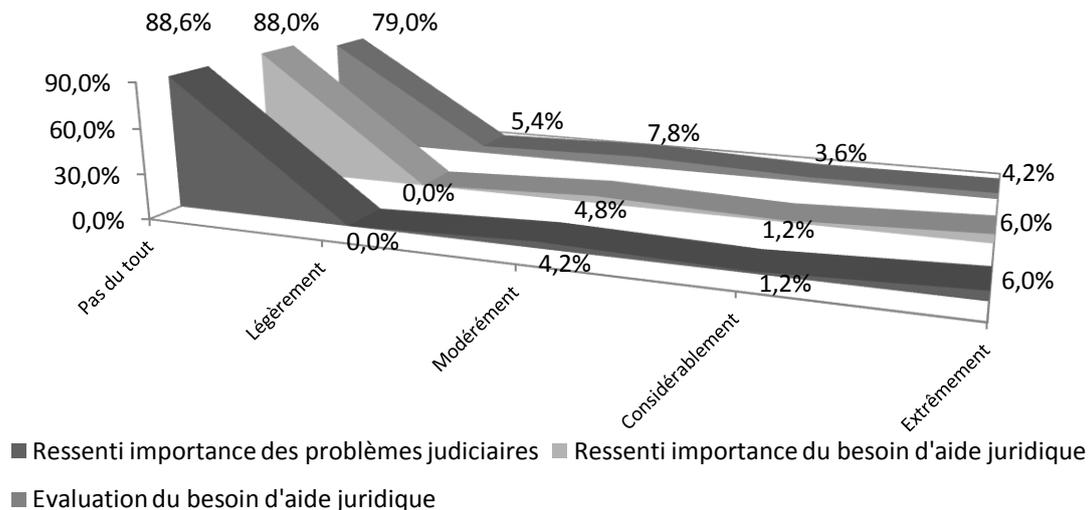


Figure 68 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

## B – Evolution de l'état de santé à 6 mois (M6) et 1 an (M12) :

### 1 – Les données générales :

78 questionnaires ont été remplis à M6 et 69 à M12.

La répartition de la population était la suivante :

	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans
<b>M6</b>	80.8%	19.2%	3.8%	29.5%	57.7%	9%
<b>M12</b>	84.1%	15.9%	4.3%	31.9%	56.5%	7.2%

Tableau 31 : Répartition par sexe et par âge à M6 et M12

Les analyses statistiques sur les sous-groupes n'ont pas été réalisées en raison du faible nombre de patients ( $n < 30$ ). Les répartitions de ces sous-groupes en terme de fréquence ont donc été exposées dans des tableaux sans interprétation de significativité.

Pour les comparaisons nécessaires au suivi de l'évolution entre M0 et M6 puis entre M6 et M12, n'ont été inclus que les patients ayant répondu aux questionnaires concernés.

## 2 – L'évaluation de l'état médical au cours des 30 derniers jours :

### 2.1) L'évaluation à M6 :

#### *a) La gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient à M6 :*

La moitié des patients ne ressentait aucune gravité à leurs problèmes médicaux au cours des 30 derniers jours et un tiers ressentait des problèmes « considérables » ou « extrêmes ».

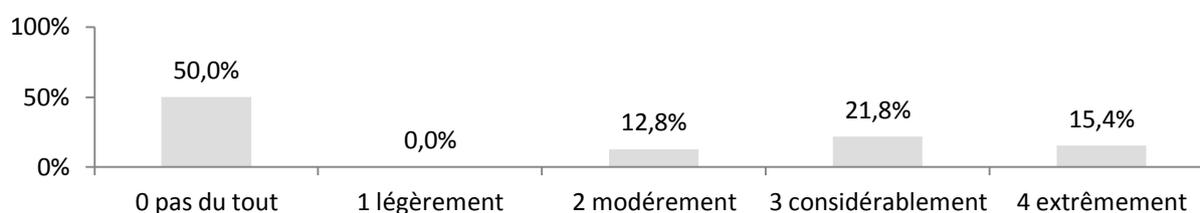


Figure 69 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	49.2%	53.3%	0.0%	47.8%	55.6%	42.9%
<b>1 légèrement</b>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>2 modérément</b>	14.3%	6.7%	0.0%	26.1%	8.9%	0.0%
<b>3 considérablement</b>	20.6%	26.7%	100%	21.7%	17.8%	14.3%
<b>4 extrêmement</b>	15.9%	13.3%	0.0%	4.3%	17.8%	42.9%

Tableau 32 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

#### *b) Le besoin de traitement médical ressenti par le patient à M6 :*

De même, au cours des 30 derniers jours, la moitié des patients ne ressentait

pas le besoin de recevoir un traitement médical et un tiers des patients ressentait un besoin « considérable » ou « extrême ».

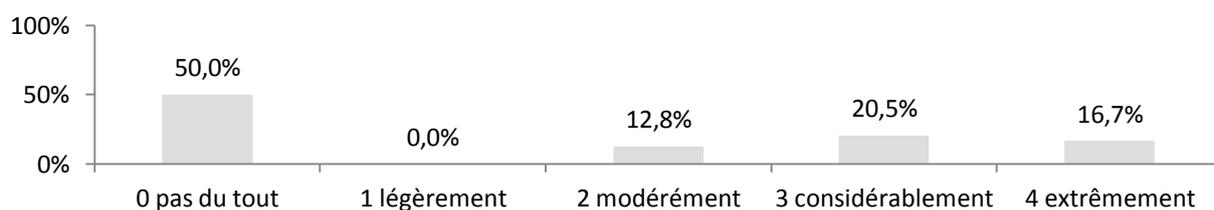


Figure 70 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement médical ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	49.2%	53.3%	0.0%	47.8%	55.6%	42.9%
<b>1 légèrement</b>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>2 modérément</b>	14.3%	6.7%	0.0%	26.1%	8.9%	0.0%
<b>3 considérablement</b>	19%	26.7%	100%	21.7%	15.6%	14.3%
<b>4 extrêmement</b>	17.5%	13.3%	0.0%	4.3%	20.0%	42.9%

Tableau 33 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement médical ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement médical du patient à M6:*

L'interviewer évaluait la moitié des patients à « pas de problème, traitement non nécessaire » et un tiers des patients à « problème considérable » ou « problème extrême ».

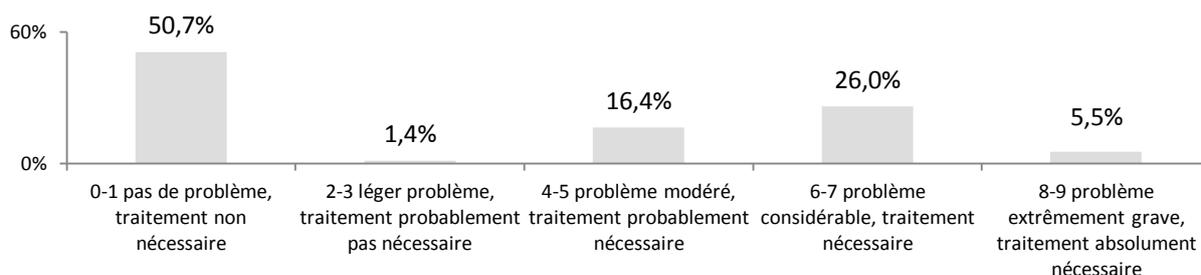


Figure 71 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement médical du patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
0-1 pas de problème	50.0%	53.3%	0.0%	50.0%	54.8%	50.0%
2-3 léger problème	1.7%	0.0%	0.0%	4.5%	0.0%	0.0%
4-5 problème modéré	19.0%	6.7%	33.3%	27.3%	11.9%	0.0%
6-7 problème considérable	24.1%	33.3%	66.7%	13.6%	26.2%	50.0%
8-9 problème extrêmement grave	5.2%	6.7%	0.0%	4.5%	7.1%	0.0%

Tableau 34 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement médical du patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les ressentis des problèmes médicaux des patients et de leurs besoins de traitement ( $p < 0.001$ ).

Entre le ressenti de besoin de traitement du patient et l'évaluation de l'interviewer, la concordance était significative pour les besoins « aucun besoin » à « besoins modérés » puis l'interviewer a évalué plus souvent le besoin de traitement médical comme « considérable » ou « modéré » alors que le patient l'évaluait à « extrême » ( $p = 0.015$ ).

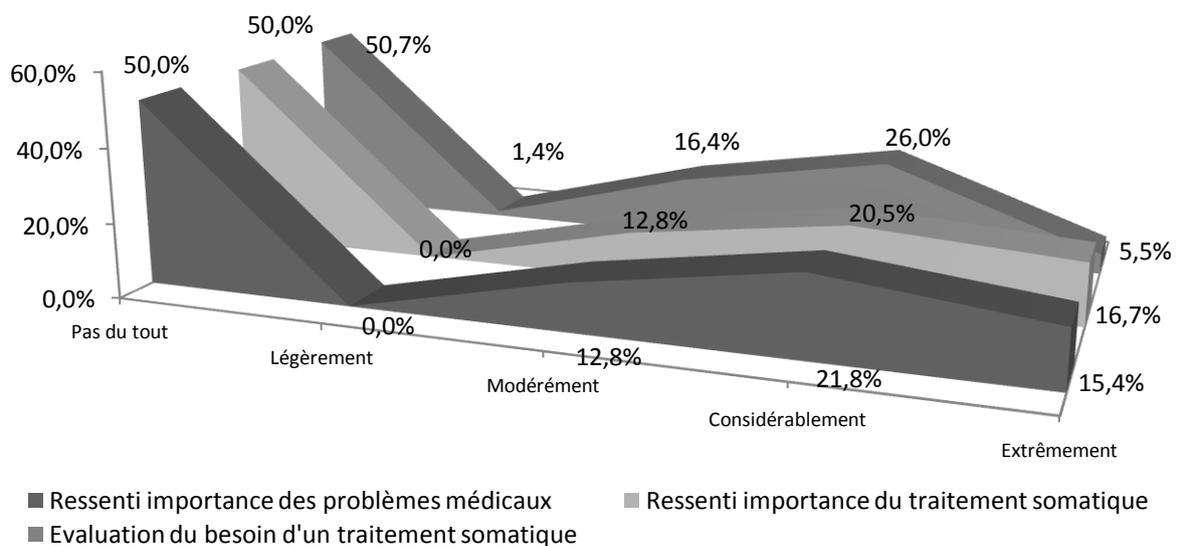


Figure 72 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

## 2.2) L'évaluation à M12 :

### *a) La gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient à M12:*

65.2% des patients ne ressentait pas de gravité à leurs problèmes médicaux au cours des 30 derniers jours et 14.5% jugeaient leurs problèmes comme « extrêmes ».

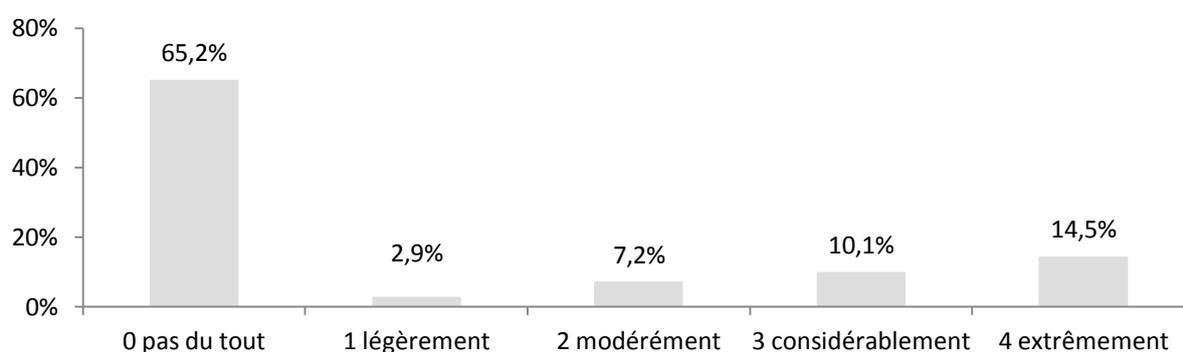


Figure 73 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	70.7%	36.3%	66.7%	68.2%	61.5%	80.0%
<b>1 légèrement</b>	1.7%	9.0%	0.0%	4.5%	2.6%	0.0%
<b>2 modérément</b>	6.9%	9.0%	33.3%	13.6%	2.6%	0.0%
<b>3 considérablement</b>	10.3%	9.0%	0.0%	9.1%	10.3%	20.0%
<b>4 extrêmement</b>	10.3%	36.3%	0.0%	4.5%	23.1%	0.0%

Tableau 35 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

### *b) Le besoin de traitement médical ressenti par le patient à M12:*

Au cours des 30 derniers jours, 63.8% des patients ne ressentait pas de besoin de traitement médical et 17.4% ressentait un besoin « extrême ».

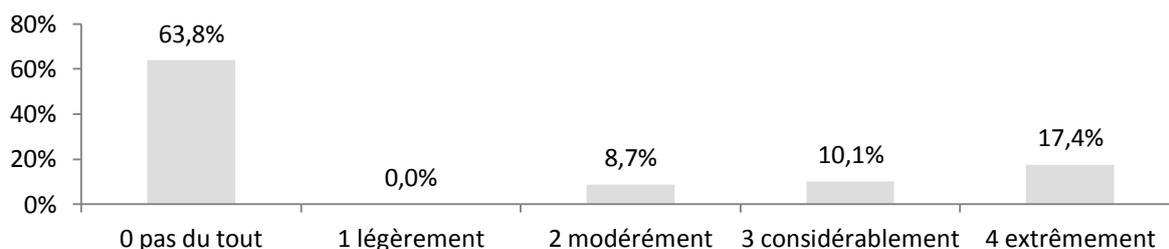


Figure 74 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement médical ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	70,7%	27,2%	66,7%	68,2%	59,0%	80,0%
<b>1 légèrement</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>2 modérément</b>	8,6%	9,0%	33,3%	18,2%	2,6%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	8,6%	18,1%	0,0%	4,5%	12,8%	20,0%
<b>4 extrêmement</b>	12,0%	45,5%	0,0%	9,1%	25,6%	0,0%

Tableau 36 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement médical ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement médical du patient à M12 :*

L'interviewer avait estimé 62.9% des patients comme n'ayant « pas de besoin », 22.6% comme ayant un besoin « considérable » et aucun comme ayant un « besoin extrême » de traitement médical au cours des 30 derniers jours.

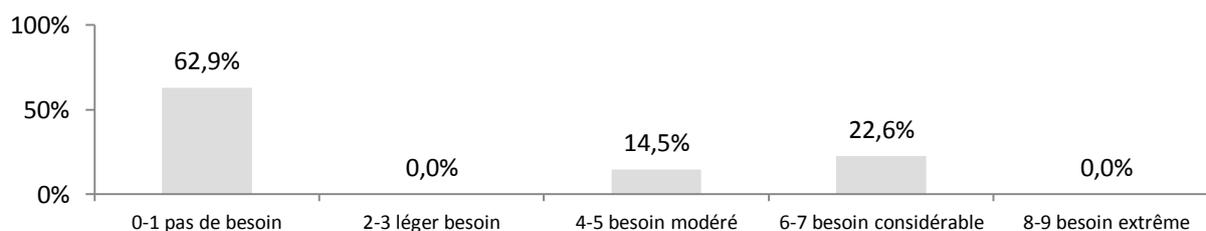


Figure 75 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement médical du patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
0-1 pas de problème	71,2%	20,0%	66,7%	61,9%	61,8%	75,0%
2-3 léger problème	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4-5 problème modéré	11,5%	30,0%	33,3%	23,8%	8,8%	0,0%
6-7 problème considérable	17,3%	50,0%	0,0%	14,3%	29,4%	25,0%
8-9 problème extrêmement grave	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tableau 37 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement médical du patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les besoins de traitement ressentis par les patients et l'importance de leurs problèmes médicaux ( $p < 0.001$ ).

Entre le besoin de traitement des patients et l'évaluation de ce besoin par l'interviewer, la concordance était significative pour « besoin léger » et « pas de besoin » puis l'interviewer évaluait plus souvent ce besoin comme « considérable » ou « modéré » alors que le patient l'évaluait comme « extrême » ( $p < 0.001$ ).

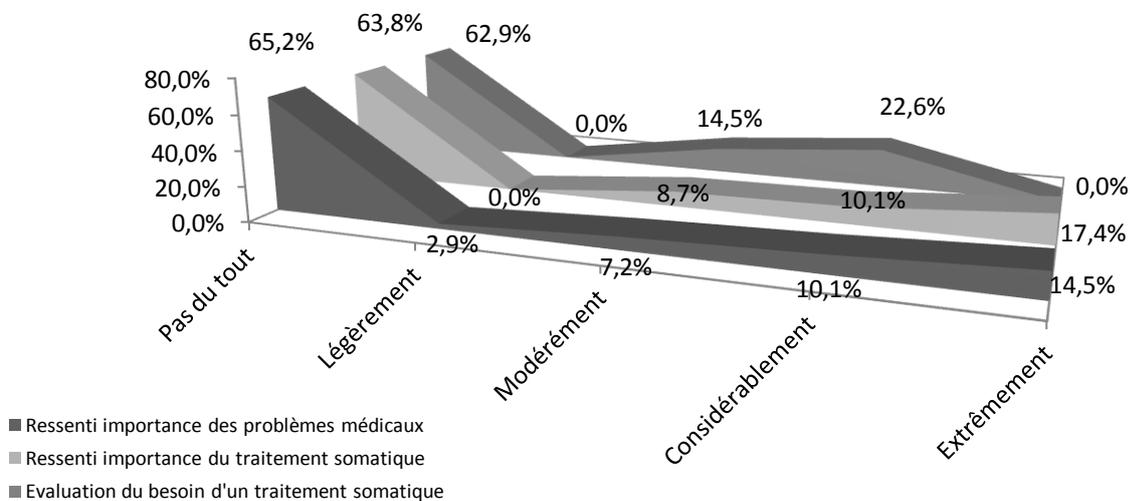


Figure 76 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

### 2.3) L'évolution de l'état médical :

#### *a) La gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient :*

Entre M0 et M6, on mettait en évidence une faible significativité de l'amélioration du ressenti des problèmes médicaux par les patients avec une augmentation des problèmes « modérés » et une diminution des problèmes « extrêmes » ( $p=0.055$ ).

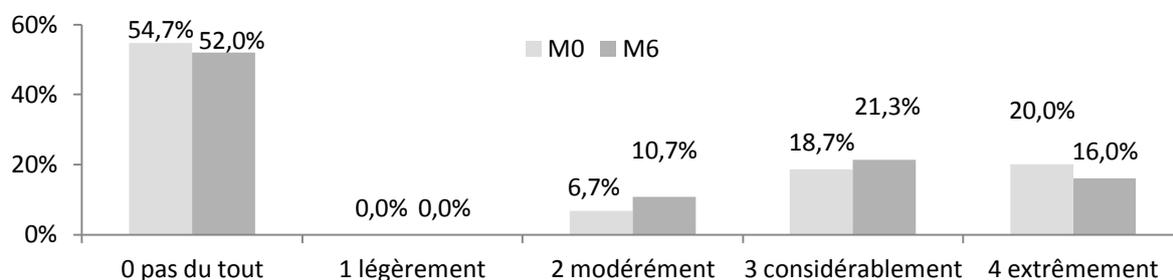


Figure 77 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=75)

Entre M6 et M12, l'amélioration significative des problèmes médicaux ressentis par les patients évoluait vers une augmentation des problèmes « non ressentis » et une diminution des problèmes « modérés » et « considérables » ( $p<0.001$ ).

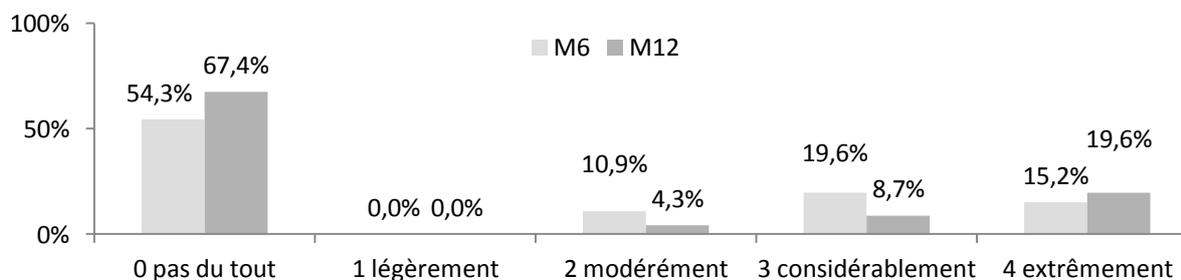
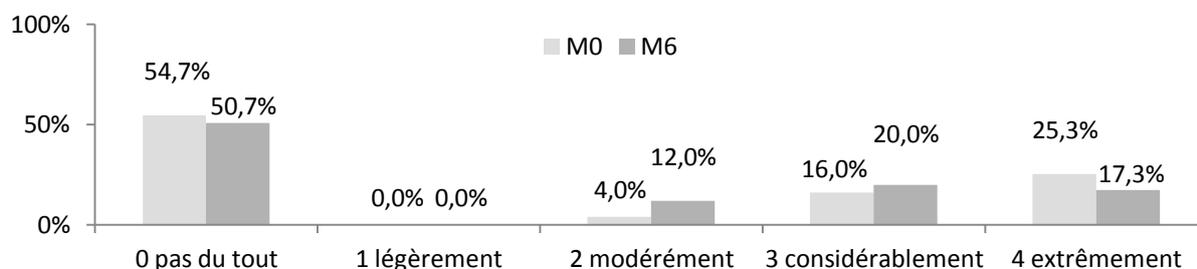


Figure 78 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes médicaux ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=46)

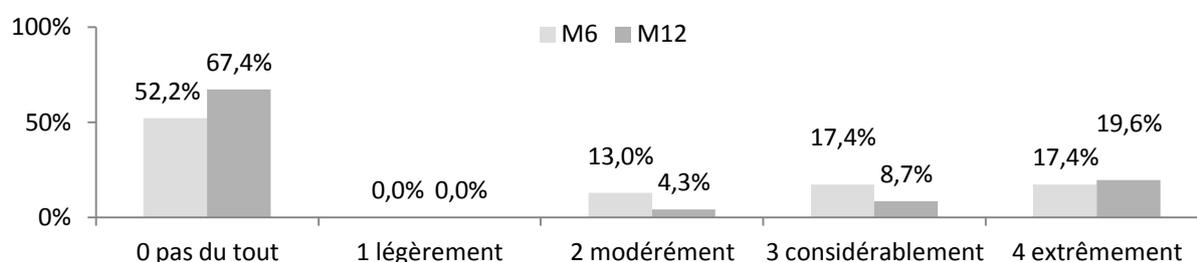
*b) Le besoin de traitement médical ressenti par le patient :*

Entre M0 et M6, les besoins « extrêmes » diminuaient significativement au profit de l'augmentation de besoins « modérés » (p=0.009).



**Figure 79 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des besoins de traitements médicaux ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=75)**

Entre M6 et M12, cette amélioration se poursuivait avec une diminution significative des besoins « modérés » et « considérables » au profit de besoins « non ressentis » (p=0.001).



**Figure 80 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des besoins de traitements médicaux ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=46)**

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement médical du patient:*

Entre M0 et M6, l'évaluation de l'interviewer était significativement améliorée avec une diminution des besoins estimés comme « considérables » ou « extrêmes » au profit de besoins « inexistants » ou « modérés » (p=0.001).

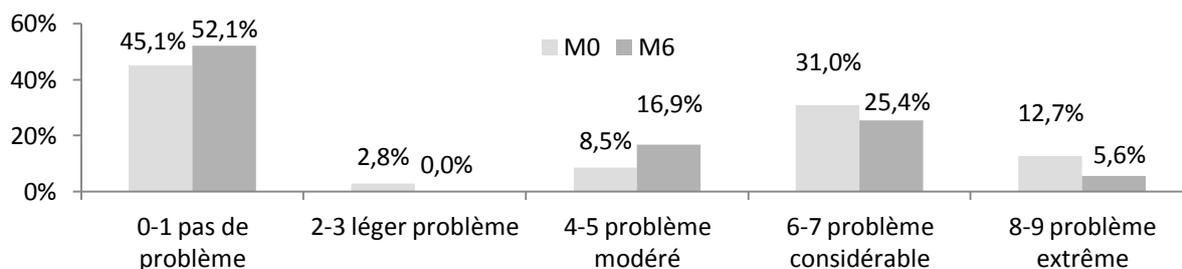


Figure 81 : répartition des patients selon l'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement médical du patient » entre M0 et M6 (n=71)

Entre M6 et M12, cette amélioration se confirmait avec une disparition des besoins de traitement médical estimés comme « extrêmes » et une diminution des besoins « modérés » au profits de besoins « inexistants » ( $p=0.004$ ).

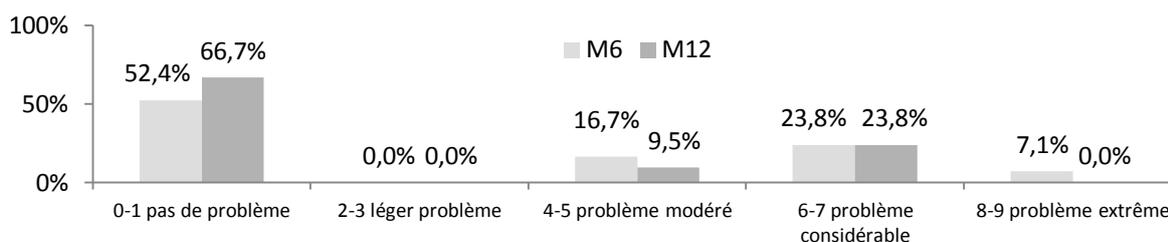


Figure 82 : répartition des patients selon l'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement médical du patient » entre M6 et M12 (n=42)

### 3 – L'évaluation de l'état psychiatrique au cours des 30 derniers jours :

#### 3.1) L'évaluation à M6 :

##### *a) La gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient à M6 :*

Au cours des 30 derniers jours, 62.8% des patients évaluaient à « considérables » ou « extrêmes » leurs problèmes psychiatriques et 21.8% n'en ressentaient « pas du tout » de gravité.

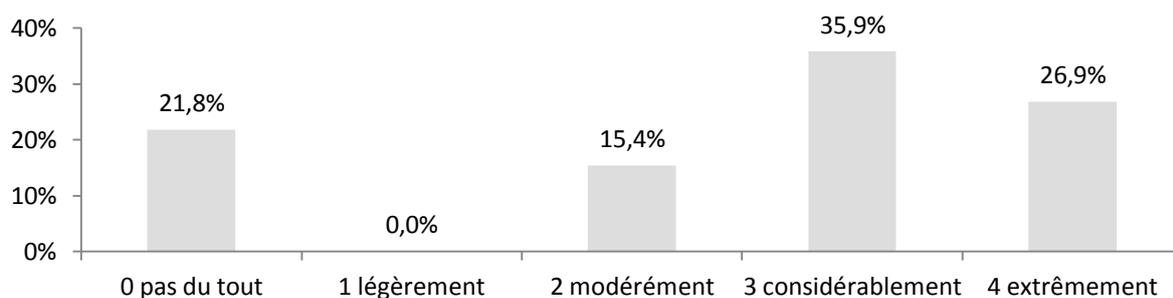


Figure 83 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	23,8%	13,3%	0,0%	30,4%	20,0%	14,3%
<b>1 légèrement</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>2 modérément</b>	19,0%	0,0%	0,0%	21,7%	11,1%	28,6%
<b>3 considérablement</b>	31,7%	53,3%	66,7%	26,1%	40,0%	28,6%
<b>4 extrêmement</b>	25,4%	33,3%	33,3%	21,7%	28,9%	28,6%

Tableau 38 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

*b) Le besoin de traitement psychiatrique ressenti par le patient à M6 :*

La répartition du ressenti par les patients de leurs besoins d'un traitement psychiatrique était sensiblement identique à celle du ressenti des problèmes psychiatriques.

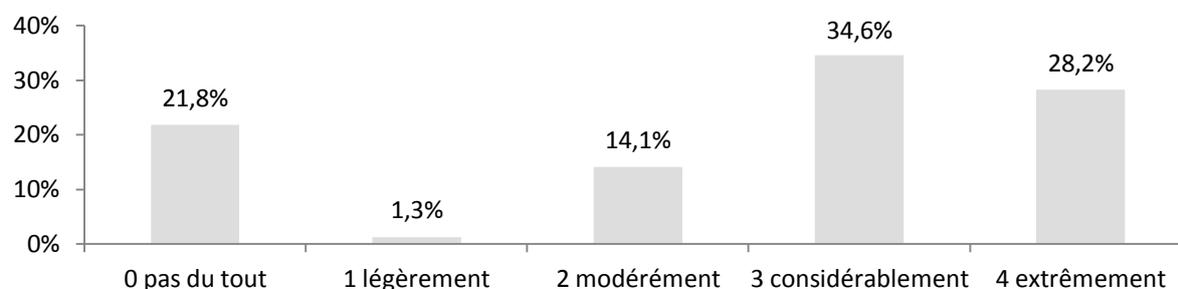


Figure 84 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'un traitement psychiatrique ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	23,8%	13,3%	0,0%	30,4%	20,0%	14,3%
<b>1 légèrement</b>	1,6%	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%
<b>2 modérément</b>	17,5%	0,0%	0,0%	17,4%	11,0%	28,6%
<b>3 considérablement</b>	30,2%	53,3%	66,7%	26,1%	40,0%	14,3%
<b>4 extrêmement</b>	28,6%	33,3%	33,3%	21,7%	28,9%	42,9%

Tableau 39 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin d'un traitement psychiatrique ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement psychiatrique du patient à M6 :*

Au cours des 30 derniers jours, l'interviewer évaluait 55,4% des patients comme ayant un besoin de traitement psychiatrique « considérable ».

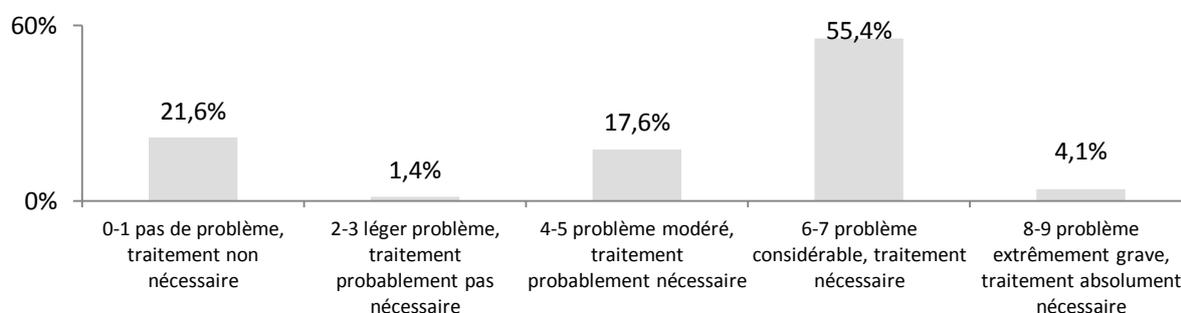


Figure 85 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement psychiatrique du patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0-1 pas de problème</b>	23,7%	13,3%	0,0%	31,8%	18,6%	16,7%
<b>2-3 léger problème</b>	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%
<b>4-5 problème modéré</b>	20,3%	6,7%	0,0%	27,3%	14,0%	16,7%
<b>6-7 problème considérable</b>	50,8%	73,3%	100,0%	36,4%	62,8%	50,0%
<b>8-9 problème extrêmement grave</b>	3,4%	6,7%	0,0%	4,5%	4,7%	0,0%

Tableau 40 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement psychiatrique du patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les problèmes psychiatriques ressentis par les patients et leurs besoins de traitement ( $p < 0.001$ ).

Entre les besoins de traitement ressentis par les patients et l'évaluation de l'interviewer, on mettait en évidence une concordance significative pour les évaluations « pas de besoin » à « besoins modérés » puis l'interviewer évaluait à « besoins considérables » ce que les patients évaluait à « besoins extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

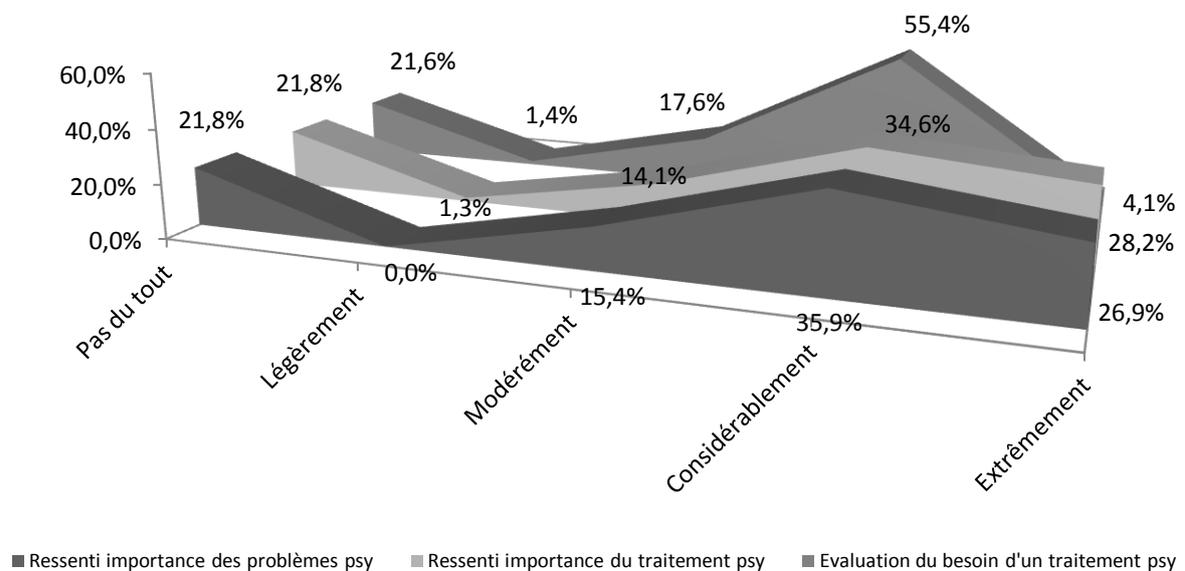


Figure 86 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

3.2) L'évaluation à M12 :

a) La gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient à

M12 :

32.4% des patients évaluait leurs problèmes psychiatriques à « pas de

problème » alors que 44.2% estimaient avoir un problème « considérable » ou « extrême ».

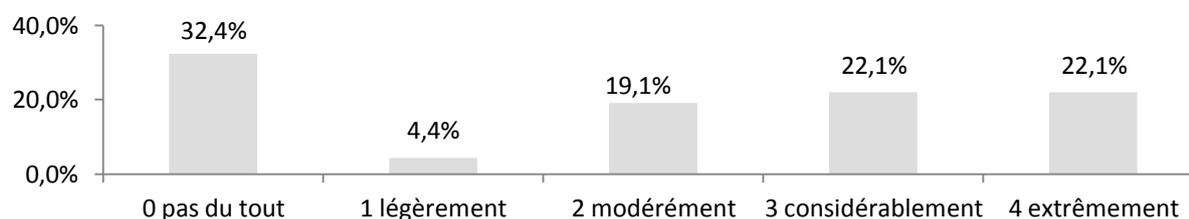


Figure 87 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	29,8%	45,4%	0,0%	33,3%	33,3%	40,0%
<b>1 légèrement</b>	5,3%	0,0%	0,0%	9,5%	2,6%	0,0%
<b>2 modérément</b>	22,8%	0,0%	66,7%	19,0%	15,4%	20,0%
<b>3 considérablement</b>	21,1%	27,3%	33,3%	28,6%	20,5%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	21,1%	27,30%	0,0%	9,5%	28,2%	40,0%

Tableau 41 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

*b) Le besoin de traitement psychiatrique ressenti par le patient à M12 :*

La répartition du ressenti de besoin de traitement psychiatrique était sensiblement identique au ressenti des problèmes psychiatriques.

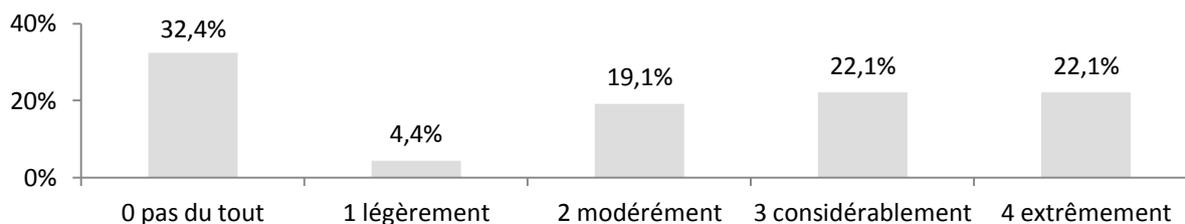


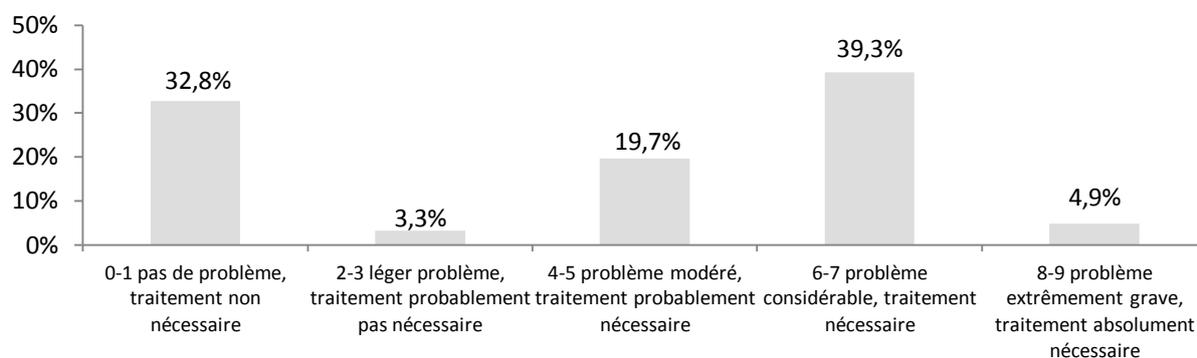
Figure 88 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'un traitement psychiatrique ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	29,8%	45,4%	0,0%	33,3%	33,3%	40,0%
<b>1 légèrement</b>	5,3%	0,0%	0,0%	9,5%	2,6%	0,0%
<b>2 modérément</b>	22,8%	0,0%	66,7%	19,0%	15,4%	20,0%
<b>3 considérablement</b>	21,1%	27,3%	33,3%	28,6%	20,5%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	21,1%	27,3%	0,0%	9,5%	28,2%	40,0%

**Tableau 42 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin d'un traitement psychiatrique ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12**

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement psychiatrique du patient à M12 :*

L'interviewer évaluait ce besoin de traitement comme « considérable » pour 39.3% des patients et comme « non nécessaire » pour 32.8% d'entre eux.



**Figure 89 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement psychiatrique du patient » au cours des 30 derniers jours, à M12**

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0-1 pas de problème</b>	31,4%	40,0%	33,3%	35,0%	29,4%	50,0%
<b>2-3 léger problème</b>	3,9%	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%
<b>4-5 problème modéré</b>	21,6%	10,0%	66,7%	15,0%	20,6%	0,0%
<b>6-7 problème considérable</b>	39,2%	40,0%	0,0%	40,0%	41,2%	50,0%
<b>8-9 problème extrêmement grave</b>	3,4%	10,0%	0,0%	0,0%	8,8%	0,0%

**Tableau 43 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement psychiatrique du patient » au cours des 30 derniers jours, à M12**

#### d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les besoins de traitement et les problèmes psychiatriques ressentis par les patients ( $p < 0.001$ ).

Entre le besoin de traitement ressenti par le patient et l'évaluation de l'interviewer, la concordance était significative pour les besoins « non ressentis » à « modérés », puis l'interviewer évaluait comme « besoins considérables » ce que le patient évaluait comme « besoins extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

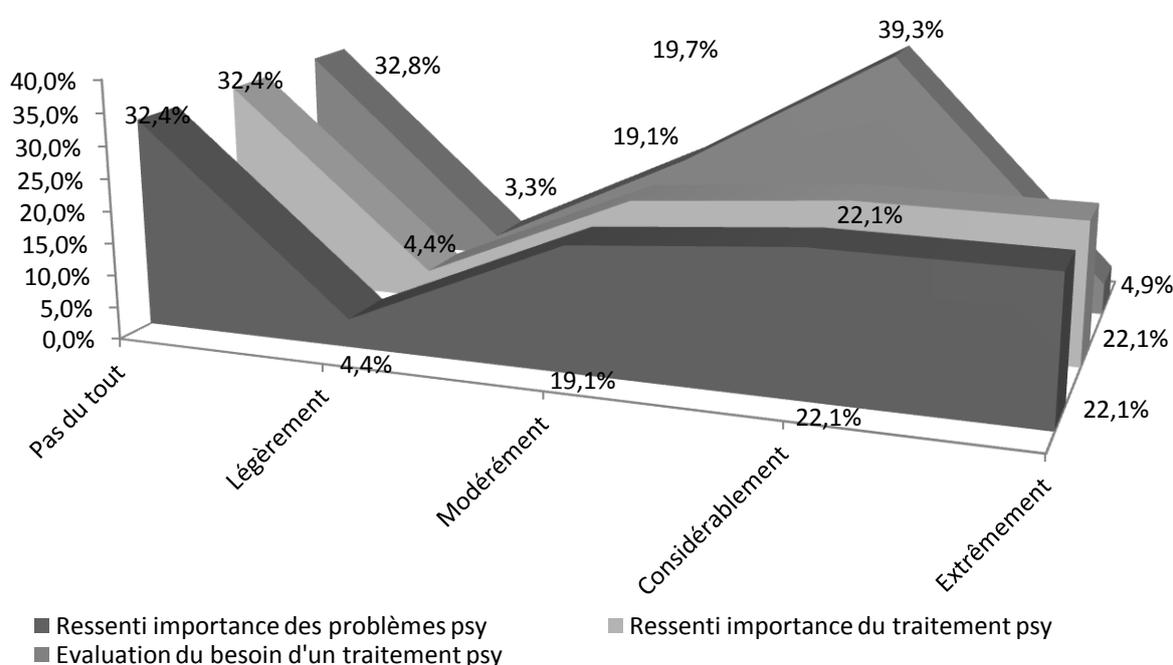


Figure 90 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

### 3.3) L'évolution de l'état psychiatrique :

#### a) La gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient :

Entre M0 et M6, les problèmes psychiatriques ressentis par les patients

évoluaient vers une diminution significative des problèmes « modérés » et « considérables » mais au profit d'une augmentation des problèmes « extrêmes » et peu des problèmes « non ressentis » ( $p=0.041$ ).

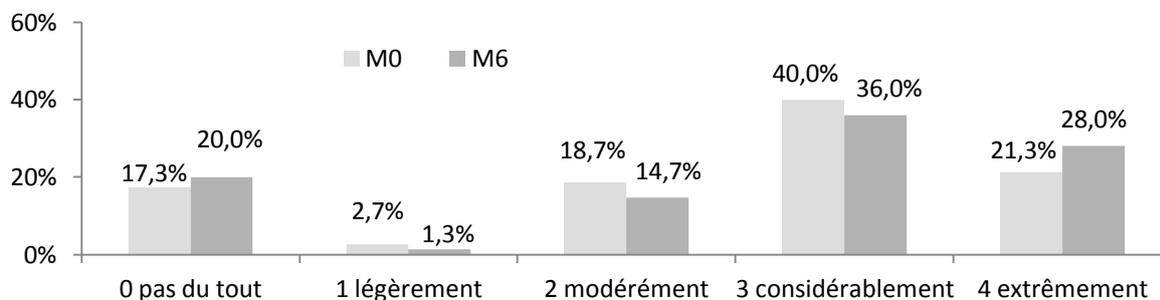


Figure 91 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=75)

Entre M6 et M12, on observait une franche amélioration de ces problèmes qui évoluaient de « extrêmes » et « considérables » vers des problèmes « non ressentis » et « modérés » mais avec une significativité faible ( $p=0.061$ ).

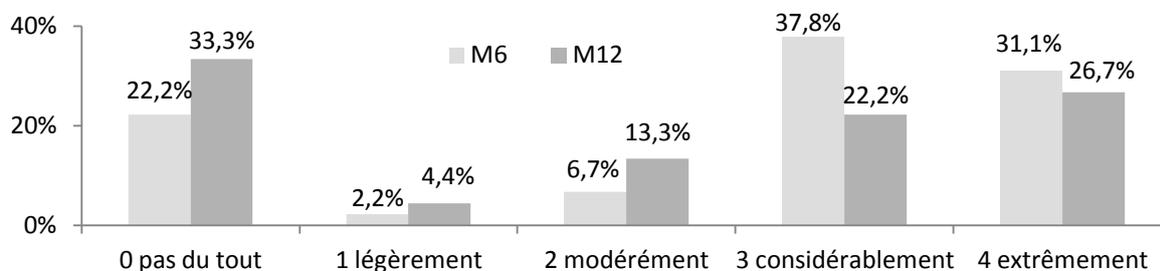


Figure 92 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes psychiatriques ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=45)

*b) Le besoin de traitement psychiatrique ressenti par le patient :*

Entre M0 et M6, les patients ressentaient une aggravation significative de leur besoin de traitement psychiatrique qui passaient de « considérables » à « extrêmes » ( $p=0.033$ ).

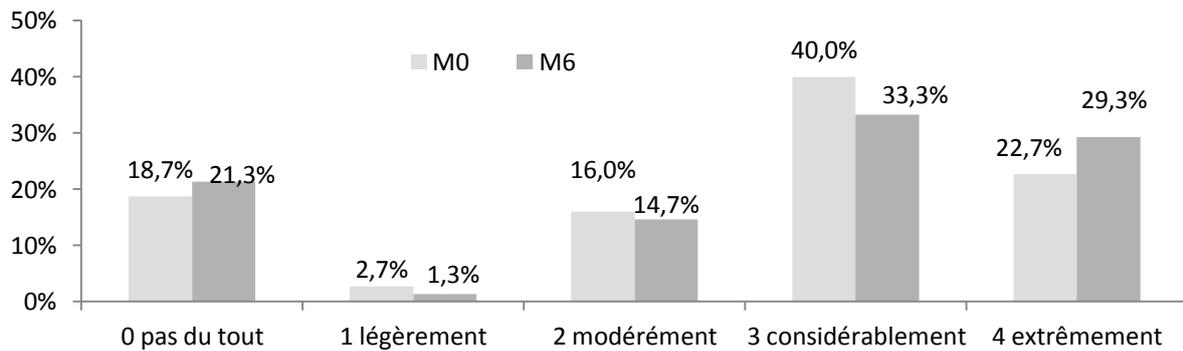


Figure 93 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des besoins de traitements psychiatriques ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=75)

C'est entre M6 et M12 que l'amélioration du besoin de traitement psychiatrique du patient a été mise en évidence avec une diminution significative des besoins « considérables » et « extrêmes » au profit de besoins « légers » ou « modérés » mais surtout de besoins « non ressentis » ( $p=0.039$ ).

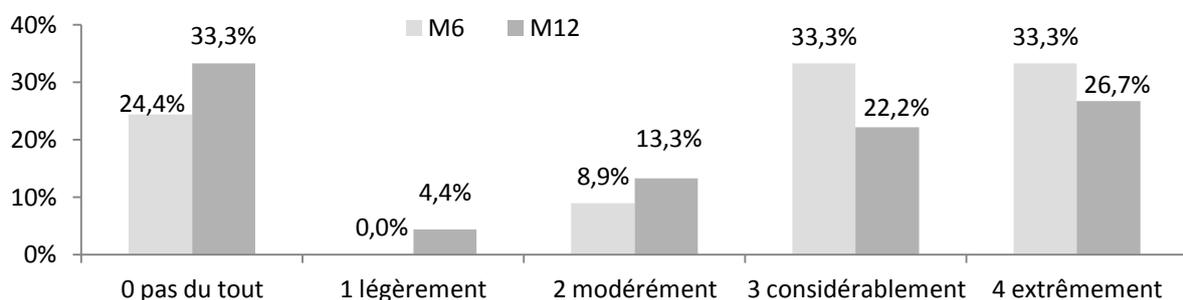


Figure 94 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des besoins de traitements psychiatriques ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=45)

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement psychiatrique du patient :*

Il n'était pas mis en évidence d'évolution significative de cette évaluation entre M0 et M6 ( $p=0.15$ ) mais en répartition de fréquence, on observait une diminution des besoins évalués comme « modérés » pour une augmentation des besoins « non ressentis » et « considérables ».

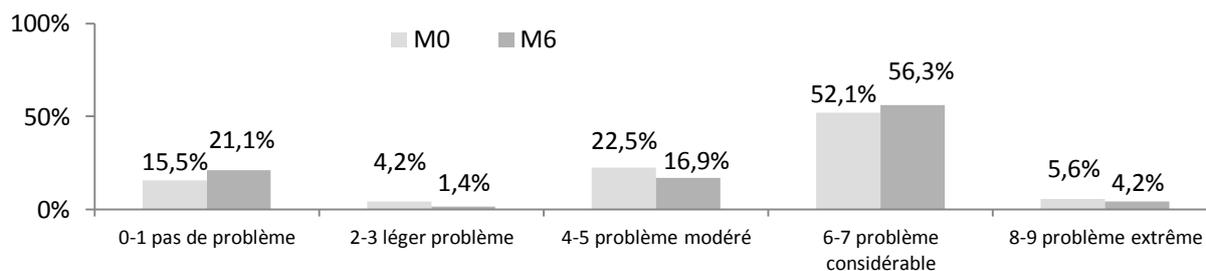


Figure 95 : répartition des patients selon l'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement psychiatrique du patient » entre M0 et M6 (n=71)

Par contre, entre M6 et M12, cette évaluation avait significativement évolué vers une amélioration du besoin de traitement avec une diminution des besoins « considérables » au profit de besoins « non ressentis » ( $p < 0.001$ ).

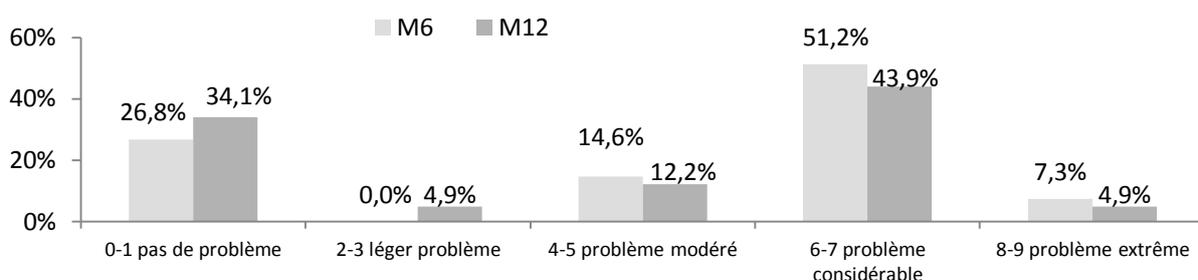


Figure 96 : répartition des patients selon l'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement psychiatrique du patient » entre M6 et M12 (n=41)

#### 4 – L'évaluation de l'état addictologique au cours des 30 derniers jours :

##### 4.1) L'évaluation à M6 :

##### 4.1.1) La dépendance aux substances à M6 :

*a) La gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient à M6 :*

Au cours des 30 derniers jours, 21,8% des patients déclaraient ne ressentir

aucune gravité à leurs problèmes de dépendance aux substances et 62.8% ressentait un problème « considérable » ou « extrême ».

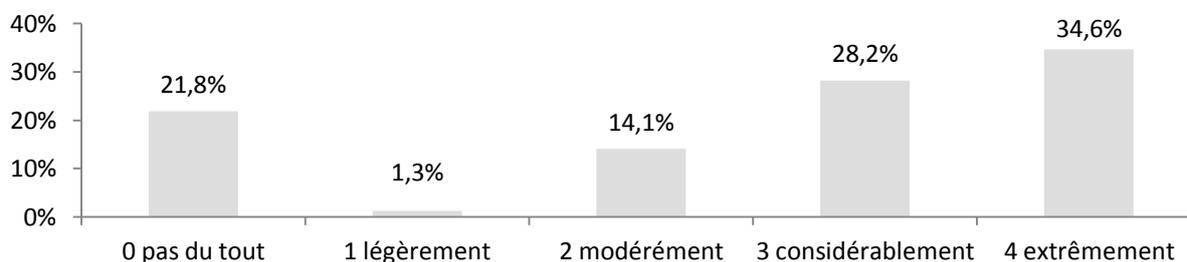


Figure 97 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	25,4%	6,7%	0,0%	21,7%	22,2%	28,6%
<b>1 légèrement</b>	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
<b>2 modérément</b>	14,3%	13,3%	0,0%	13,0%	13,3%	28,6%
<b>3 considérablement</b>	28,6%	26,7%	66,7%	21,7%	33,3%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	30,2%	53,3%	33,3%	43,5%	31,1%	28,6%

Tableau 44 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

*b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance aux substances à M6:*

Au cours des 30 derniers jours, 55.1% des patients ressentait un besoin « extrême » de traitement pour ces problèmes de dépendance aux substances.

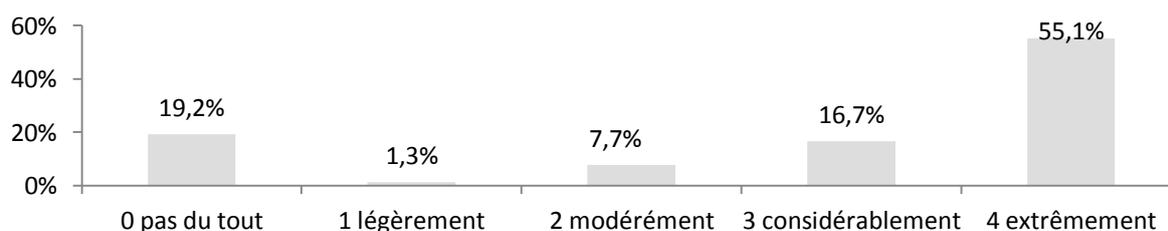


Figure 98 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'un traitement ressenti par le patient pour sa dépendance aux substances » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans
<b>0 pas du tout</b>	22,2%	6,7%	0,0%	21,7%	20,0%	14,3%
<b>1 légèrement</b>	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
<b>2 modérément</b>	9,5%	0,0%	0,0%	8,7%	4,4%	28,6%
<b>3 considérablement</b>	17,5%	13,3%	0,0%	8,7%	24,4%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	49,2%	80,0%	100,0%	60,9%	51,1%	42,9%

Tableau 45 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité ressentie par le patient du besoin d'un traitement pour la dépendance aux substances » au cours des 30 derniers jours, à M6

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance aux substances à M6 :*

L'interviewer évaluait qu'aucun patient n'avait de besoin « extrême » de traitement pour ces problèmes de dépendance aux substances et que 53,4% avaient un besoin « modéré ».

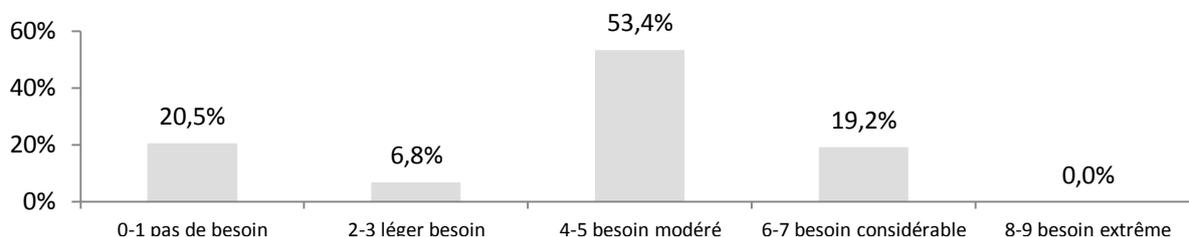


Figure 99 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance aux substances » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0-1 pas de problème</b>	24,1%	6,7%	0,0%	18,2%	23,8%	16,7%
<b>2-3 léger problème</b>	8,6%	0,0%	0,0%	4,5%	2,4%	50,0%
<b>4-5 problème modéré</b>	50,0%	66,7%	66,7%	54,5%	54,8%	33,3%
<b>6-7 problème considérable</b>	17,2%	26,7%	33,3%	22,7%	19,0%	0,0%
<b>8-9 problème extrêmement grave</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tableau 46 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance aux substances » au cours des 30 derniers jours, à M6

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les besoins de traitement et les problèmes ressentis par les patients pour la dépendance aux substances pour les évaluations « pas du tout » et « légèrement » puis quelque soit le ressenti de leurs problèmes, les patients évaluaient plus souvent leurs besoins de traitement comme « extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

Entre le besoin de traitement ressenti par les patients et l'évaluation de l'interviewer, la concordance était significative pour les catégories « pas du tout » et « légèrement » puis l'interviewer évaluait comme « modéré » ce que les patients évaluaient comme « considérable » ; et comme « modéré » ou « considérable » ce que les patients évaluaient comme « extrême » ( $p < 0.001$ ).

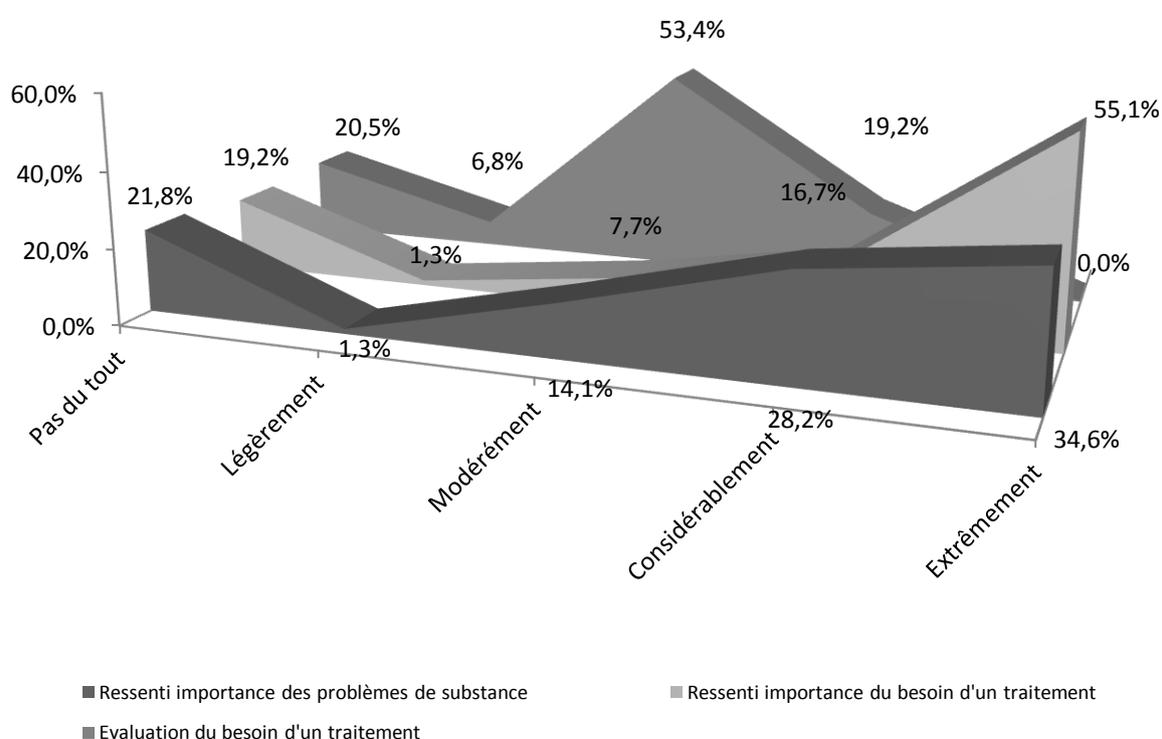


Figure 100 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

#### 4.1.2) La dépendance à l'alcool à M6:

##### a) La gravité de la dépendance à l'alcool ressentie par le patient à M6 :

79.5% des patients déclaraient ne ressentir aucune gravité à leurs problèmes de dépendance à l'alcool et 10.3% ressentaient des problèmes « extrêmes ».

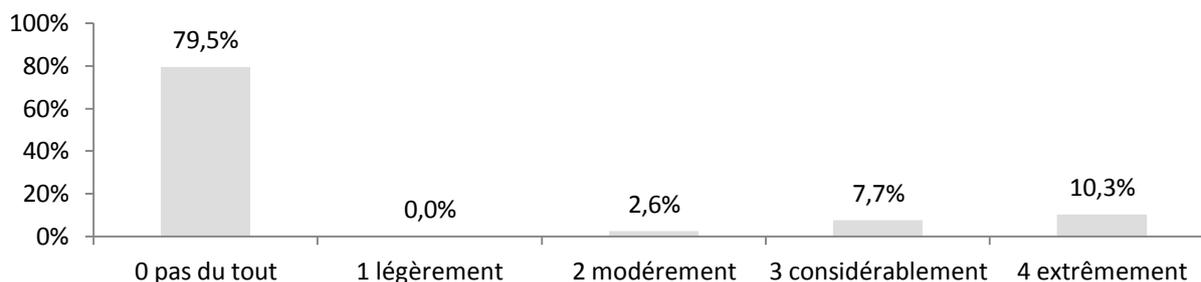


Figure 101 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes de dépendance à l'alcool ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	74,6%	100,0%	33,3%	91,3%	73,3%	100,0%
<b>1 légèrement</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>2 modérément</b>	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	9,5%	0,0%	33,3%	8,7%	6,7%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	12,7%	0,0%	33,3%	0,0%	15,6%	0,0%

Tableau 47 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes de dépendance à l'alcool ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

##### b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool à M6 :

79.5% des patients déclaraient ne pas avoir besoin de traitement pour ces problèmes de dépendance et 15.4% ressentaient un besoin « extrême ».

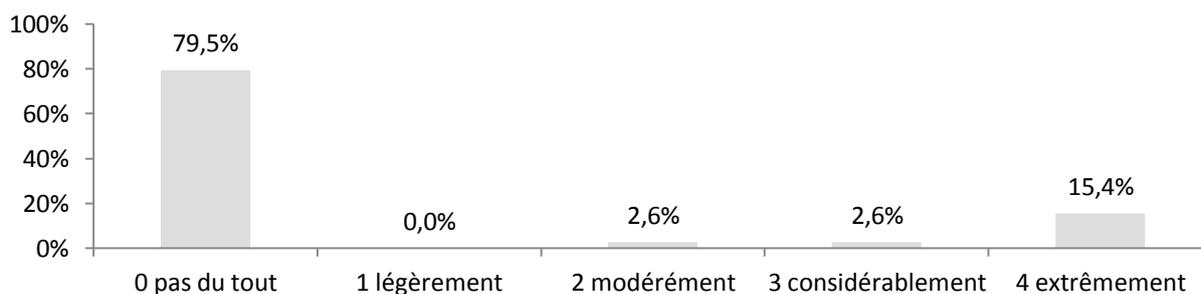


Figure 102 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement ressentie par le patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	74,6%	100,0%	33,3%	91,3%	73,3%	100,0%
<b>1 légèrement</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>2 modérément</b>	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	19,0%	0,0%	66,7%	8,7%	17,8%	0,0%

Tableau 48 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement ressentie par le patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours, à M6

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool à M6 :*

L'interviewer évaluait que 74.0% des patients n'avaient pas besoin de traitement pour les problèmes de dépendance à l'alcool.

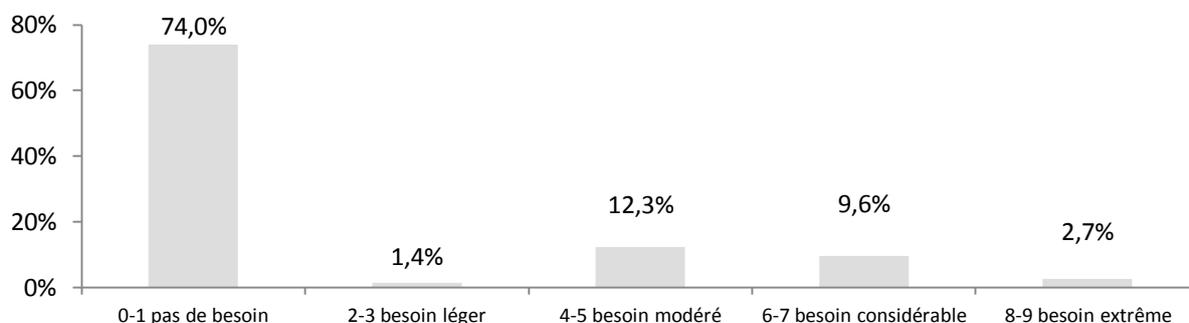


Figure 103 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans
0-1 pas de problème	69,0%	93,3%	33,3%	90,9%	64,3%	100,0%
2-3 léger problème	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%
4-5 problème modéré	13,8%	6,7%	33,3%	0,0%	19,0%	0,0%
6-7 problème considérable	12,1%	0,0%	33,3%	4,5%	11,9%	0,0%
8-9 problème extrêmement grave	3,4%	0,0%	0,0%	4,5%	2,4%	0,0%

Tableau 49 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours, à M6

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les besoins de traitement et les problèmes ressentis par les patients pour ces problèmes de dépendance à l'alcool pour les évaluations « pas du tout » à « modérées » puis les patients évaluaient leurs problèmes à « considérables » mais leurs besoins de traitement à « extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

Entre les besoins de traitement ressentis par les patients et l'évaluation de l'interviewer, une concordance significative était mise en évidence pour les « besoins légers » et « aucun besoin », puis l'interviewer évaluait plus souvent ce besoin de traitement comme « modéré » ou « considérable » alors que les patients le ressentaient comme « extrême » ( $p < 0.001$ ).

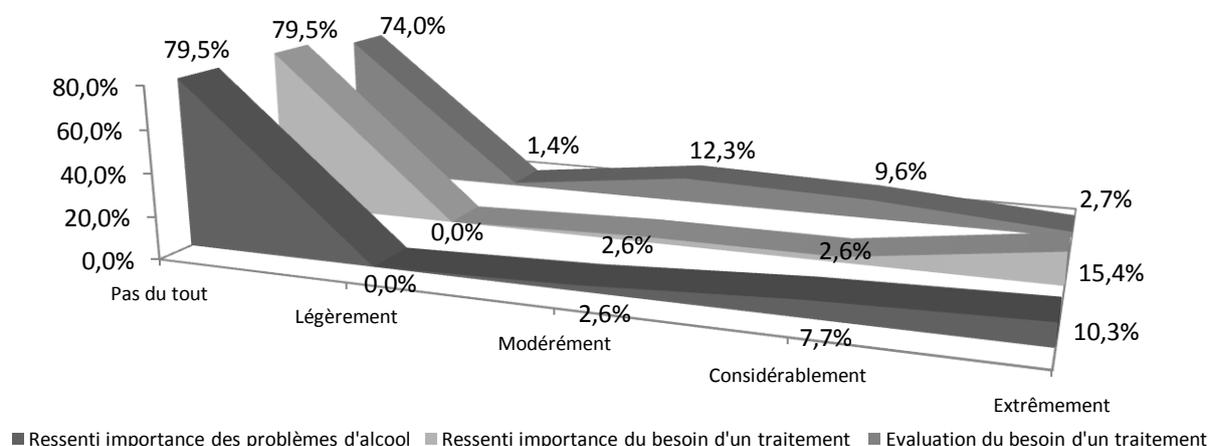


Figure 104 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

## 4.2) L'évaluation à M12 :

### 4.2.1) La dépendance aux substances à M12:

#### *a) La gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient à M12 :*

Au cours des 30 derniers jours, 40.6% des patients évaluaient leur dépendance aux substances comme « considérable » et 26.1% comme « extrême ».

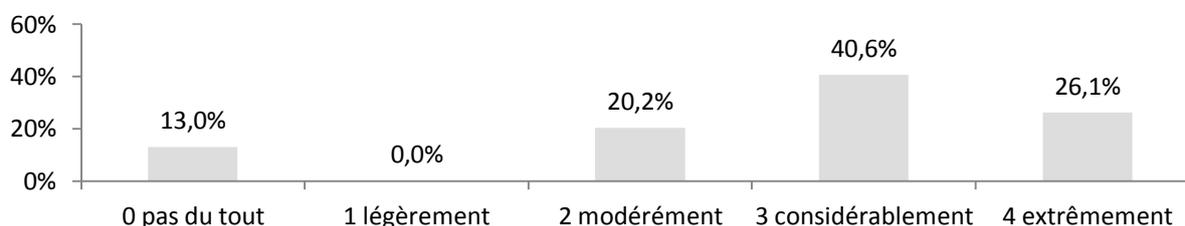


Figure 105 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans
<b>0 pas du tout</b>	13,8%	9,0%	0,0%	18,2%	10,3%	20,0%
<b>1 légèrement</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>2 modérément</b>	24,1%	0,0%	0,0%	22,7%	17,9%	40,0%
<b>3 considérablement</b>	39,7%	45,4%	100,0%	40,9%	41,0%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	22,4%	45,4%	0,0%	18,2%	30,8%	40,0%

Tableau 50 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

#### *b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance aux substances à M12 :*

Au cours des 30 derniers jours, 52.2% des patients ressentait un besoin « extrême » de traitement pour ces problèmes de dépendance aux substances et 10.1% ne ressentait « aucun besoin ».

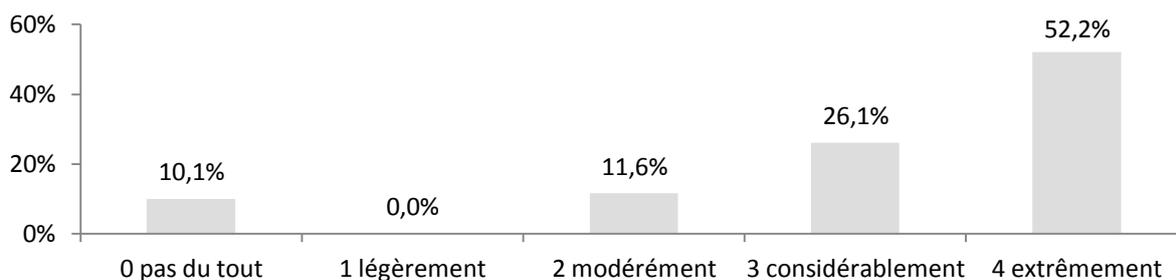


Figure 106 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité ressentie par le patient du besoin d'un traitement pour la dépendance aux substances » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	10,3%	9,1%	0,0%	13,6%	10,3%	0,0%
<b>1 légèrement</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>2 modérément</b>	13,8%	0,0%	0,0%	18,2%	7,7%	20,0%
<b>3 considérablement</b>	3,1%	0,0%	66,7%	18,2%	25,6%	40,0%
<b>4 extrêmement</b>	44,8%	90,9%	33,3%	50,0%	56,4%	40,0%

Tableau 51 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité ressentie par le patient du besoin d'un traitement pour la dépendance aux substances » au cours des 30 derniers jours, à M12

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendances aux substances à M12 :*

Au cours des 30 derniers jours, l'interviewer estimait que 58.1% des patients avaient un besoin « modéré » de traitement pour ces problèmes de dépendance aux substances et qu'aucun n'avait de besoin « extrême ».

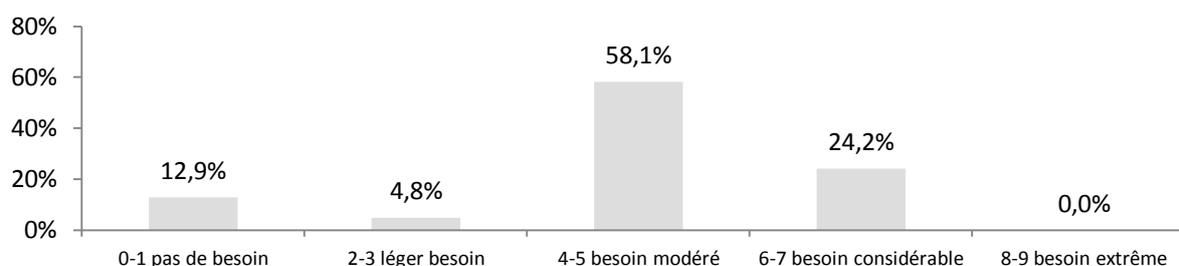


Figure 107 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance aux substances » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	< 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans
0-1 pas de problème	13,5%	10,0%	0,0%	5,0%	20,0%	0,0%
2-3 léger problème	5,8%	0,0%	0,0%	15,0%	0,0%	0,0%
4-5 problème modéré	61,5%	40,0%	66,7%	65,0%	48,6%	100,0%
6-7 problème considérable	19,2%	50,0%	33,3%	15,0%	31,4%	0,0%
8-9 problème extrêmement grave	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tableau 52 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance aux substances » au cours des 30 derniers jours, à M12

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les besoins de traitement et les problèmes ressentis par les patients pour leur dépendance aux substances pour les évaluations « pas du tout » et « légèrement » puis quelque soit le ressenti de leurs problèmes, les patients évaluaient plus souvent leurs besoins de traitement comme « extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

Entre le besoin de traitement ressenti par les patients et l'évaluation de l'interviewer, la concordance était significative pour les catégories « pas du tout » et « légèrement » puis l'interviewer évaluait comme « modéré » ce que les patients évaluaient comme « considérable » ; et comme « modéré » ou « considérable » ce que les patients évaluaient comme « extrême » ( $p < 0.001$ ).

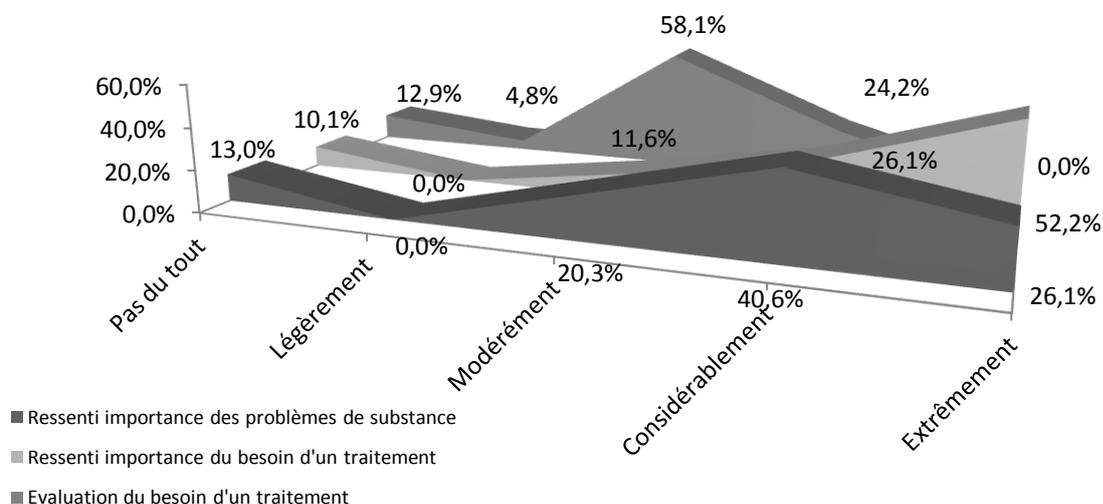


Figure 108 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

#### 4.2.2) La dépendance à l'alcool à M12:

##### a) La gravité de la dépendance à l'alcool ressentie par le patient à

M12 :

Au cours des 30 derniers jours, 72.4% des patients ne ressentait pas de gravité à leurs problèmes de dépendance à l'alcool et 15.9% ressentait des problèmes « extrêmes ».

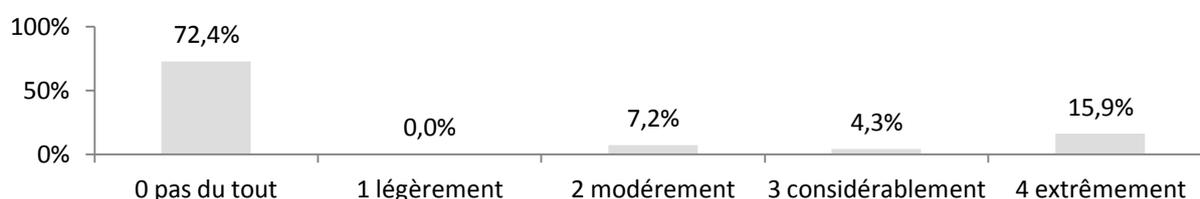


Figure 109 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes de dépendance à l'alcool ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	67,2%	100,0%	66,7%	77,3%	69,2%	80,0%
<b>1 légèrement</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>2 modérément</b>	8,6%	0,0%	0,0%	4,5%	10,3%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	5,2%	0,0%	0,0%	4,5%	5,1%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	19,0%	0,0%	33,3%	13,6%	15,4%	20,0%

Tableau 53 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes de dépendance à l'alcool ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

##### b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes

de dépendance à l'alcool à M12 :

73.1% des patients ne ressentait pas de besoin de traitement pour ces problèmes de dépendance à l'alcool et 14.5% ressentait un besoin « extrême ».

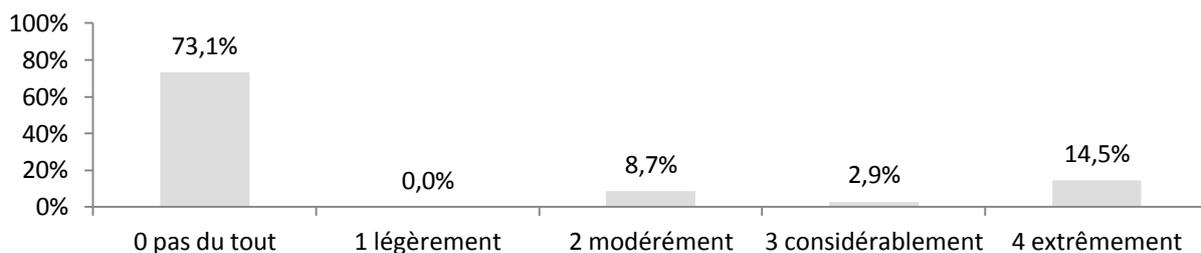


Figure 110 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement ressentie par le patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
0 pas du tout	68,9%	100,0%	66,7%	77,3%	71,8%	80,0%
1 légèrement	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2 modérément	10,3%	0,0%	0,0%	4,5%	12,8%	0,0%
3 considérablement	3,4%	0,0%	0,0%	4,5%	2,6%	0,0%
4 extrêmement	17,2%	0,0%	33,3%	13,6%	12,8%	20,0%

Tableau 54 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement ressentie par le patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours, à M12

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool à M12:*

Au cours des 30 derniers jours, l'interviewer évaluait que 67.7% des patients n'avaient pas besoin de traitement pour ces problèmes de dépendance à l'alcool, 27.4% avaient des besoins « modérés » ou « considérables » et aucun des besoins « extrêmes ».

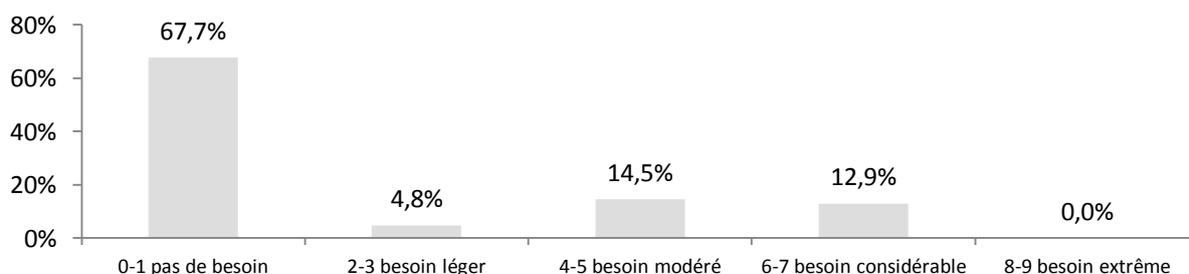


Figure 111 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0-1 pas de problème</b>	63,5%	90,0%	66,7%	70,0%	65,7%	75,0%
<b>2-3 léger problème</b>	3,8%	10,0%	0,0%	0,0%	8,6%	0,0%
<b>4-5 problème modéré</b>	17,3%	0,0%	0,0%	15,0%	17,1%	0,0%
<b>6-7 problème considérable</b>	15,4%	0,0%	33,3%	15,0%	8,6%	25,0%
<b>8-9 problème extrêmement grave</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tableau 55 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » au cours des 30 derniers jours, à M12

*d) La comparaison des échelles de gravité :*

Une concordance significative a été mise en évidence entre les besoins de traitement et les problèmes ressentis par les patients pour ces problèmes de dépendance à l'alcool ( $p < 0.001$ ).

Entre le besoin de traitement et l'évaluation de l'interviewer, la concordance était significative pour les évaluations « pas du tout » à « modérément ». Puis l'interviewer évaluait les besoins des patients comme « considérables » alors que les patients les évaluèrent comme « extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

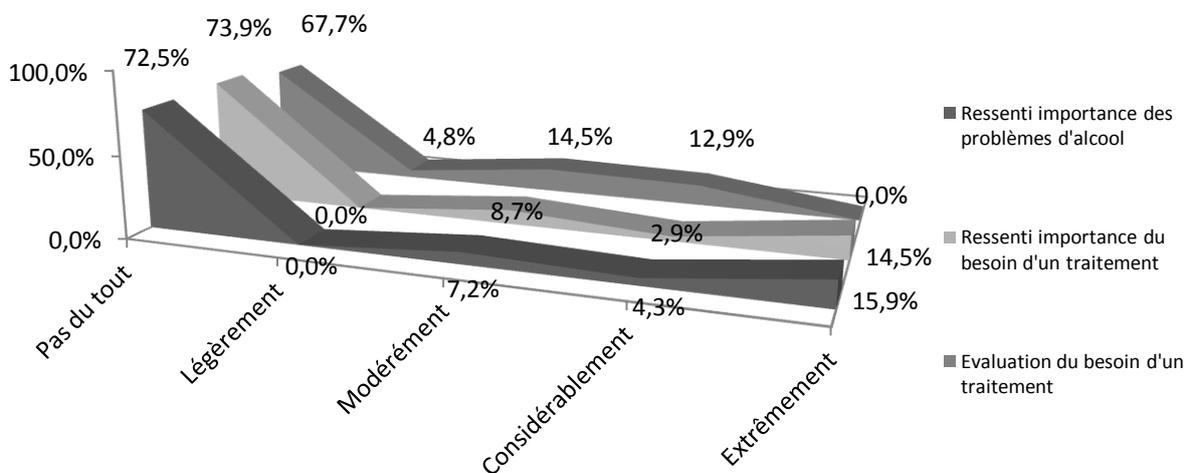


Figure 112 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et l'évaluation de l'interviewer

### 4.3) L'évolution de l'état addictologique :

#### 4.3.1) La dépendance aux substances :

##### a) La gravité de la dépendance aux substances ressentie par le patient :

Entre M0 et M6, le ressenti des problèmes de dépendance aux substances des patients s'était significativement amélioré avec une baisse des problèmes « considérables » et « extrêmes » au profit de problèmes « modérés » et surtout « non ressentis » ( $p < 0.001$ ).

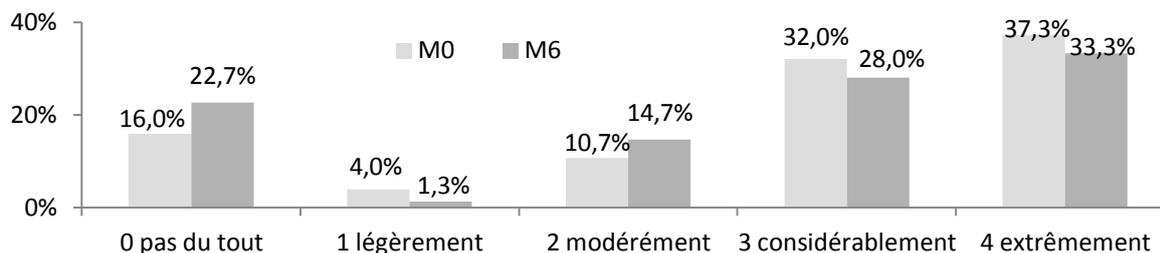


Figure 113 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes de dépendance aux substances ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=75)

Puis entre M6 et M12, ces problèmes s'aggravaient significativement avec une diminution des problèmes « non ressentis », mais pour des problèmes moins graves, « modérés » ou « considérables » ( $p = 0.005$ ).

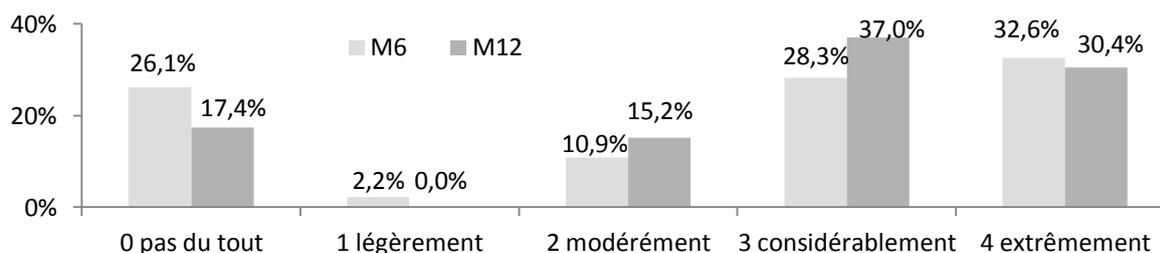
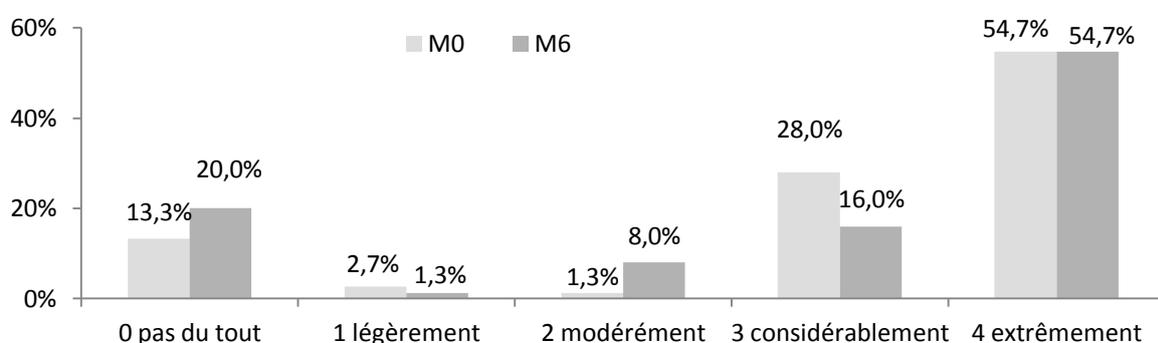


Figure 114 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes de dépendance aux substances ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=46)

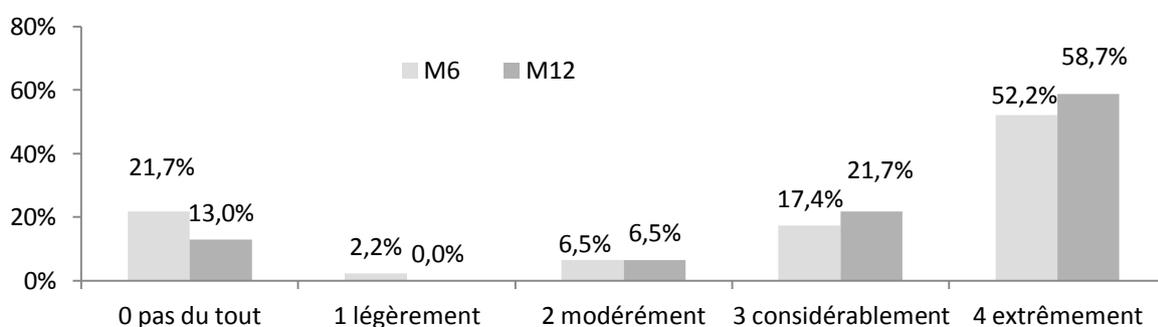
*b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance aux substances :*

Entre M0 et M6, une amélioration significative du besoin de traitement pour ces problèmes de dépendance aux substances était mise en évidence avec une diminution des besoins « considérables » au profit de besoins « modérés » et « non ressentis » ( $p < 0.001$ ).



**Figure 115 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement pour ces problèmes de dépendance aux substances ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=75)**

Puis entre M6 et M12, les patients ressentaient une aggravation de ce besoin de traitement avec une augmentation des besoins « extrêmes » et « considérables » au détriment de besoins « non ressentis » ( $p < 0.001$ ).



**Figure 116 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement pour ces problèmes de dépendance aux substances ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=46)**

c) L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance aux substances :

Entre M0 et M6, l'évaluation de l'interviewer avait significativement évolué vers une amélioration du besoin de traitement estimé du patient avec une diminution des besoins « considérables » au profit de besoins « modérés » ou « non ressentis » ( $p < 0.001$ ).

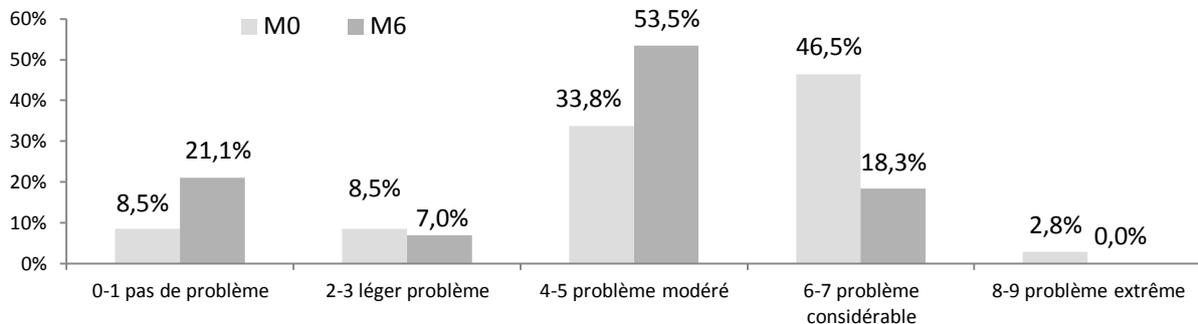


Figure 117 : répartition des patients selon l'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance aux substances » entre M0 et M6 (n=71)

Entre M6 et M12, cette évaluation s'aggravait avec une augmentation des besoins « considérables » au détriment de besoins « non ressentis » ( $p = 0.001$ ).

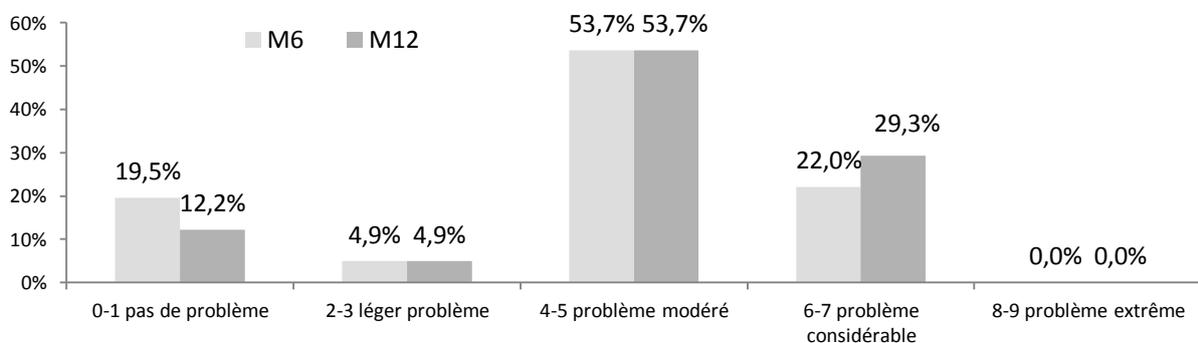


Figure 118 : répartition des patients selon l'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance aux substances » entre M6 et M12 (n=41)

#### 4.3.2) La dépendance à l'alcool :

##### a) La gravité de la dépendance à l'alcool ressentie par le patient :

Entre M0 et M6, une stabilité significative des problèmes de dépendance à l'alcool était mise en évidence ( $p < 0.001$ ).

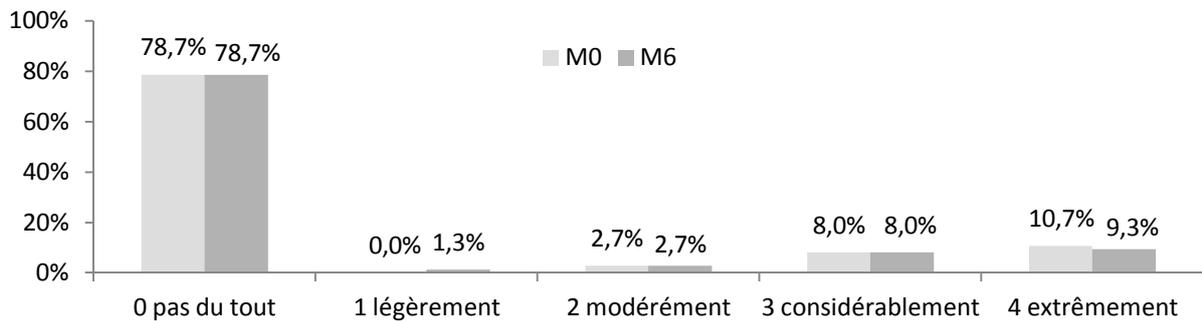


Figure 119 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes de dépendance à l'alcool ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=75)

Entre M6 et M12, les problèmes de dépendance à l'alcool s'aggravaient avec une majoration des problèmes « extrêmes » et « modérés » au détriment des problèmes « non ressentis » et « considérables » ( $p = 0.003$ ).

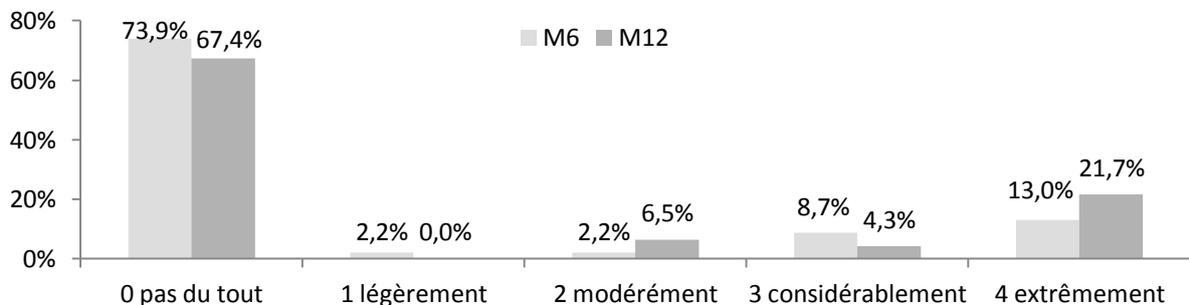
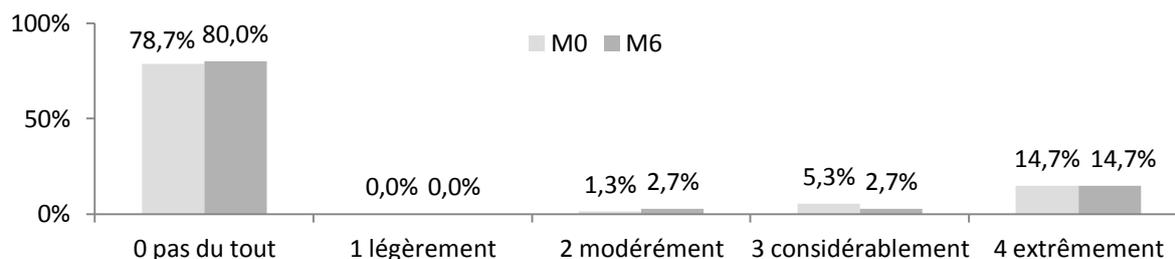


Figure 120 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes de dépendance à l'alcool ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=46)

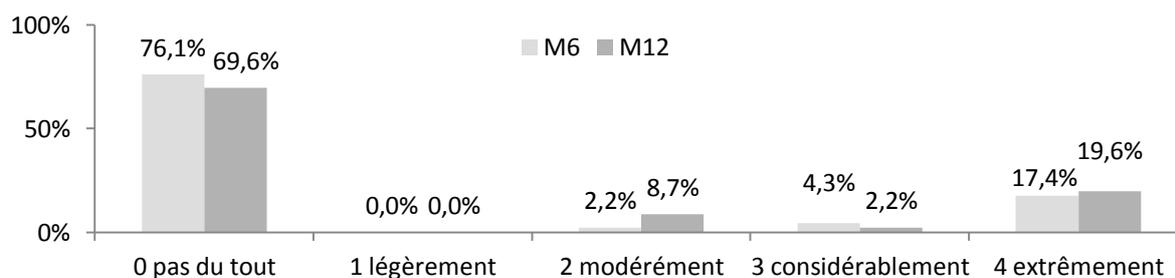
*b) Le besoin de traitement ressenti par le patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool :*

Entre M0 et M6, une stabilité significative de ces besoins de traitement ressentis par les patients était mise en évidence ( $p < 0.001$ ).



**Figure 121 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement pour ces problèmes de dépendance à l'alcool ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=75)**

Entre M6 et M12, les besoins de traitement des patients pour ces problèmes se majorait significativement avec une augmentation des besoins « modérés » au détriment de besoins « non ressentis » ( $p = 0.001$ ).



**Figure 122 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin de traitement pour ces problèmes de dépendance à l'alcool ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=46)**

*c) L'évaluation de l'interviewer du besoin de traitement du patient pour ces problèmes de dépendance à l'alcool :*

Entre M0 et M6, une amélioration de cette évaluation était mise en évidence

avec une majoration des besoins « non nécessaires » ( $p < 0.001$ ).

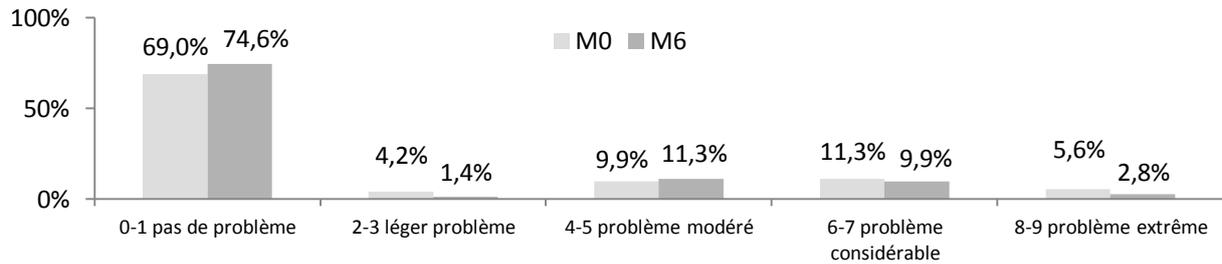


Figure 123 : répartition des patients selon l'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » entre M0 et M6 (n=71)

Entre M6 et M12, l'évolution de cette évaluation était significativement marquée par une majoration des besoins évalués comme « légers », « modérés » et « considérables » au détriment de besoins « non nécessaires » mais avec une disparition des besoins « extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

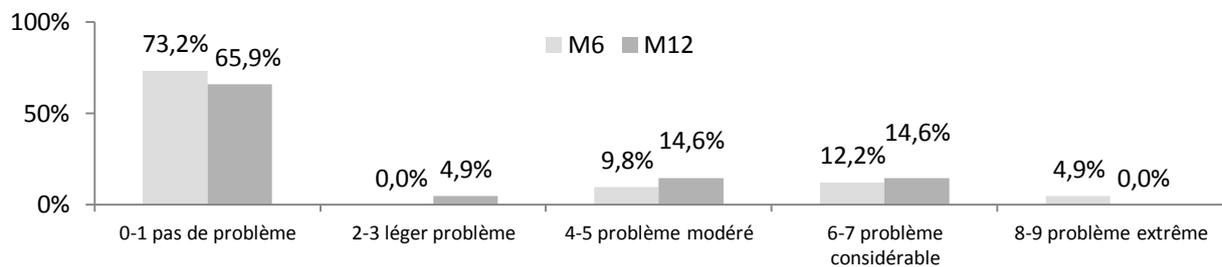


Figure 124 : répartition des patients selon l'évaluation par l'interviewer du « besoin de traitement du patient pour les problèmes de dépendance à l'alcool » entre M6 et M12 (n=41)

## 5 – L'évaluation de l'état social au cours des 30 derniers jours:

### 5.1) L'évaluation à M6 :

#### *a) La gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient à M6 :*

Au cours des 30 derniers jours, 46.2% des patients ne ressentaient pas de gravité à leurs problèmes d'emploi et 21.8% en ressentaient « extrêmement ».

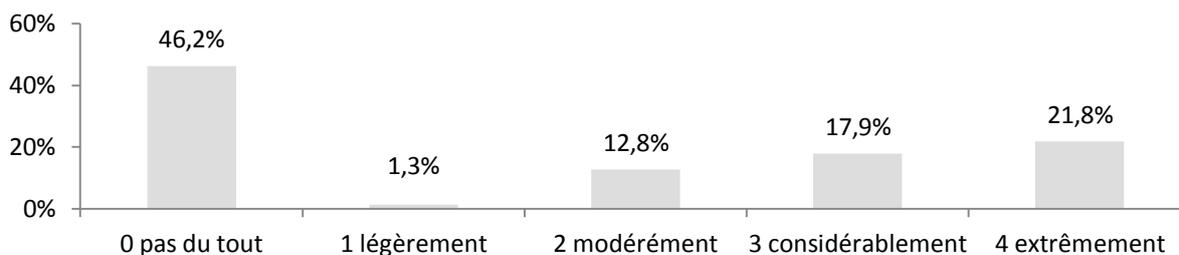


Figure 125 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	44,4%	53,3%	66,7%	34,8%	51,1%	42,9%
<b>1 légèrement</b>	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%
<b>2 modérément</b>	11,1%	20,0%	0,0%	17,4%	13,3%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	20,6%	6,7%	0,0%	21,7%	15,6%	28,6%
<b>4 extrêmement</b>	22,2%	20,0%	33,3%	26,1%	17,8%	28,6%

Tableau 56 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

*b) Le besoin d'aide à l'emploi ressenti par le patient à M6 :*

Au cours des 30 derniers jours, la répartition des besoins d'aide à l'emploi ressentis par les patients était sensiblement identique à celle de leurs problèmes d'emploi ressentis.

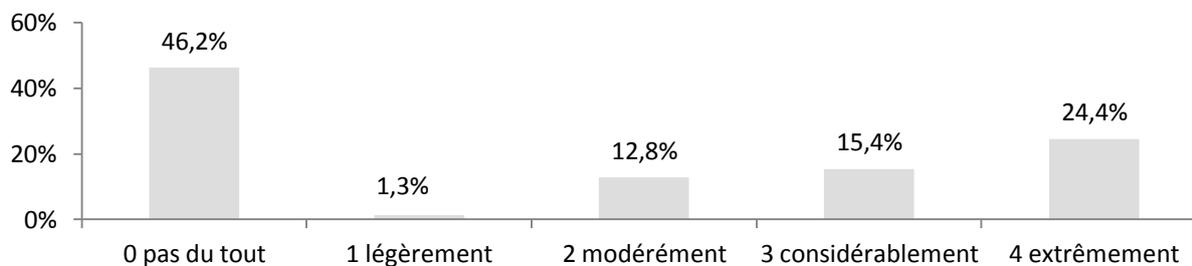


Figure 126 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide à l'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	44,4%	53,3%	66,7%	34,8%	51,1%	42,9%
<b>1 légèrement</b>	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%
<b>2 modérément</b>	11,1%	20,0%	0,0%	17,4%	13,3%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	17,5%	6,7%	0,0%	17,4%	13,3%	28,6%
<b>4 extrêmement</b>	25,4%	20,0%	33,3%	30,4%	20,0%	28,6%

Tableau 57 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide à l'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide sociale du patient à M6 :*

Au cours des 30 derniers jours, l'interviewer évaluait 43.2% des patients comme n'ayant pas de besoin d'aide sociale et 33.8% comme ayant un besoin « considérable ».

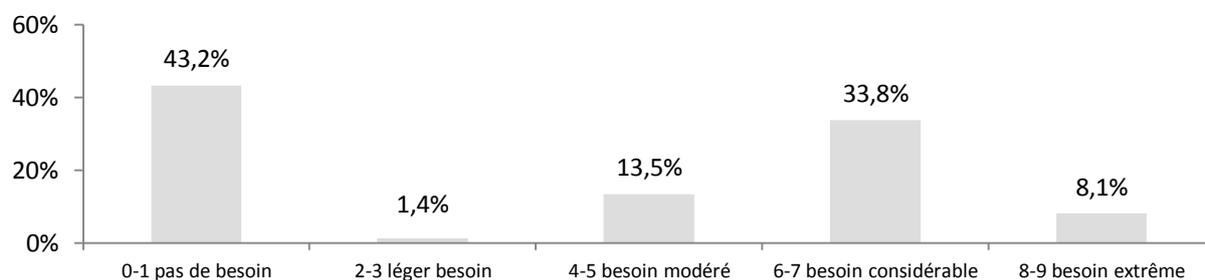


Figure 127 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide à l'emploi du patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0-1 pas de problème</b>	40,7%	53,3%	66,7%	31,8%	46,5%	50,0%
<b>2-3 léger problème</b>	1,7%	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%
<b>4-5 problème modéré</b>	4,9%	20,0%	0,0%	9,1%	18,6%	0,0%
<b>6-7 problème considérable</b>	39,0%	13,3%	33,3%	45,5%	25,6%	50,0%
<b>8-9 problème extrêmement grave</b>	6,8%	13,3%	0,0%	9,1%	9,3%	0,0%

Tableau 58 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide à l'emploi du patient » au cours des 30 derniers jours, à M6

#### d) La comparaison des échelles :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les besoins d'aide sociale et les problèmes d'emploi ressentis par les patients ( $p < 0.001$ ).

Entre les besoins d'aide sociale des patients et l'évaluation de l'interviewer, on mettait en évidence une concordance significative pour les besoins « non nécessaires » à « besoins modérés », puis l'interviewer évaluait plus souvent ces besoins comme « considérables » et moins souvent comme « extrêmes » que les patients ( $p < 0.001$ ).

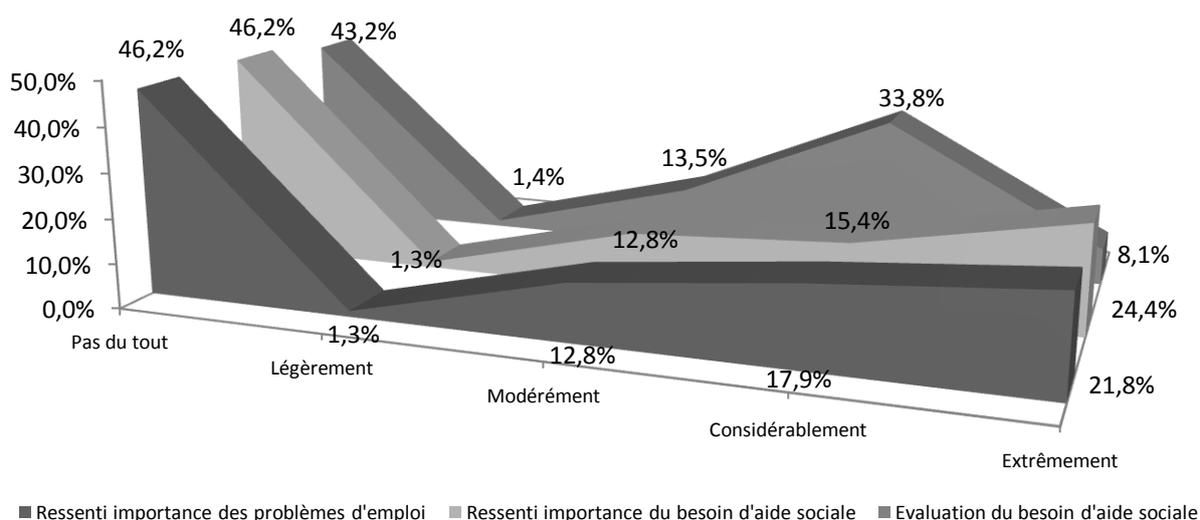


Figure 128 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

### 5.2) L'évaluation à M12 :

#### a) La gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient à M12 :

Au cours des 30 derniers jours, un quart des patients déclarait ressentir ces problèmes d'emploi comme « considérables » ou « extrêmes ».

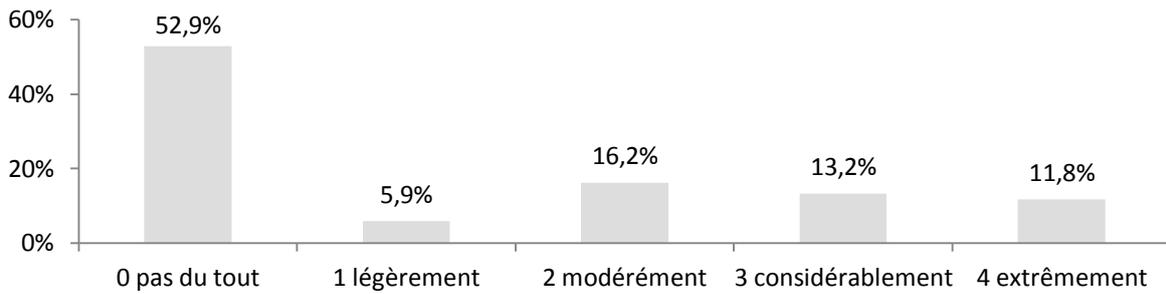


Figure 129 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	48,3%	80,0%	33,3%	45,5%	55,3%	80,0%
<b>1 légèrement</b>	6,9%	0,0%	0,0%	4,5%	7,9%	0,0%
<b>2 modérément</b>	17,2%	10,0%	66,7%	13,6%	15,8%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	13,8%	10,0%	0,0%	18,2%	13,2%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	13,8%	0,0%	0,0%	18,2%	7,9%	20,0%

Tableau 59 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

*b) Le besoin d'aide à l'emploi ressenti par le patient à M12 :*

Au cours des 30 derniers jours, un quart des patients ressentait un besoin « considérable » ou « extrême » d'aide dans ses démarches d'emploi ou de formation.

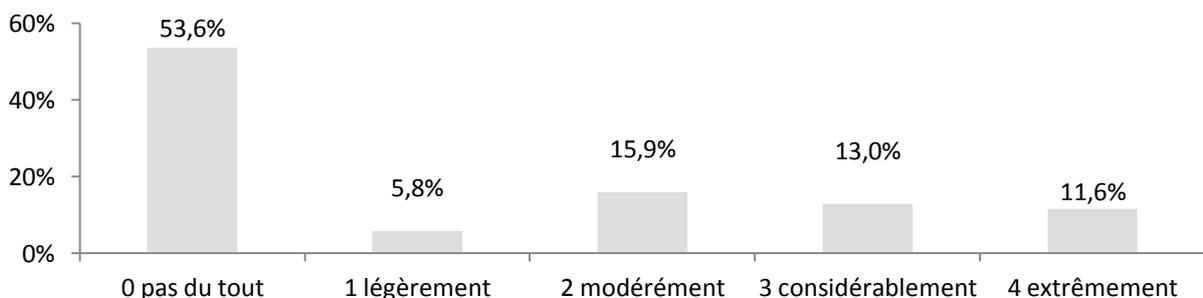


Figure 130 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide à l'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	48,3%	81,8%	33,3%	45,5%	56,4%	80,0%
<b>1 légèrement</b>	6,9%	0,0%	0,0%	4,5%	7,7%	0,0%
<b>2 modérément</b>	17,2%	9,1%	66,7%	13,6%	15,4%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	13,8%	9,1%	0,0%	18,2%	12,8%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	13,8%	0,0%	0,0%	18,2%	7,7%	20,0%

Tableau 60 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide à l'emploi ressentie par le patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide sociale du patient à M12 :

Au cours des 30 derniers jours, l'interviewer évaluait que 1.6% des patients avaient un besoin « extrême » d'aide sociale et 21.3% un besoin « considérable ».

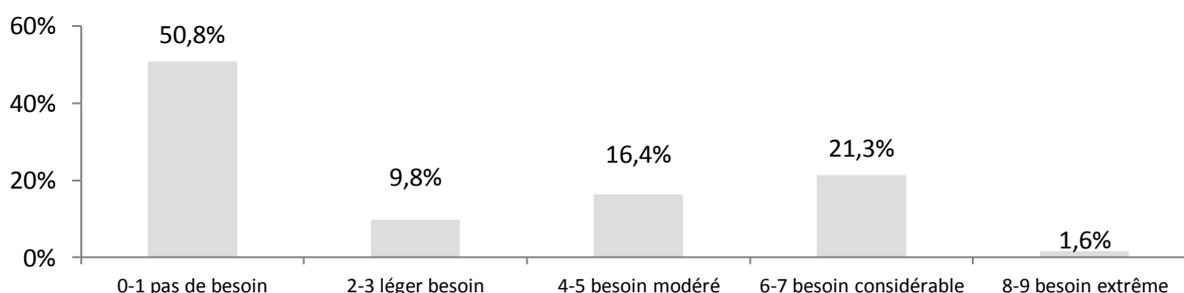


Figure 131 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide à l'emploi du patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0-1 pas de problème</b>	47,1%	70,0%	33,3%	45,0%	50,0%	100,0%
<b>2-3 léger problème</b>	9,8%	10,0%	0,0%	5,0%	14,7%	0,0%
<b>4-5 problème modéré</b>	17,6%	10,0%	66,7%	15,0%	14,7%	0,0%
<b>6-7 problème considérable</b>	23,5%	10,0%	0,0%	35,0%	17,6%	0,0%
<b>8-9 problème extrêmement grave</b>	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%

Tableau 61 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide à l'emploi du patient » au cours des 30 derniers jours, à M12

#### d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les besoins d'aide sociale et les problèmes d'emploi ressentis par les patients ( $p < 0.001$ ).

Entre les besoins d'aide sociale des patients et l'évaluation de l'interviewer, la concordance était significative pour les besoins « non nécessaires » à « modérés » puis l'interviewer évaluait plus souvent ces besoins d'aide comme « considérables » alors que les patients les évaluait comme « extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

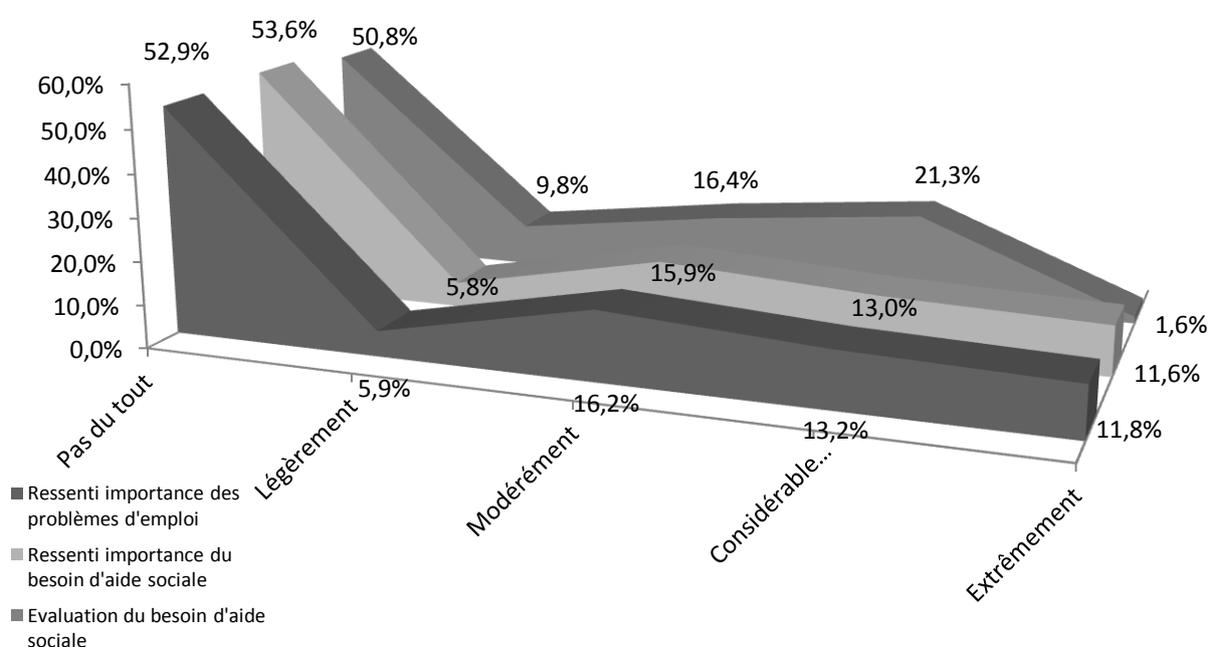


Figure 132 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

### 5.3) L'évolution de l'état social :

#### a) La gravité des problèmes d'emploi ressentie par le patient :

Entre M0 et M6, les problèmes d'emploi « modérés » ressentis par les patients avaient significativement augmentés au détriment de certains problèmes « non

ressentis » et « légers ». Mais les problèmes « considérables » avaient diminué ( $p=0.003$ ).

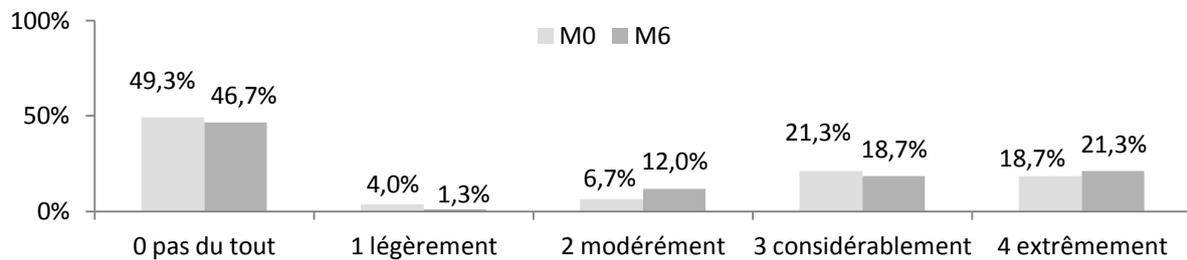


Figure 133 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes sociaux ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=75)

Entre M6 et M12, une amélioration significative des problèmes d'emploi ressentis par les patients était mise en évidence avec une augmentation des problèmes « non ressentis » et une diminution des problèmes « considérables » et « extrêmes » ( $p<0.001$ ).

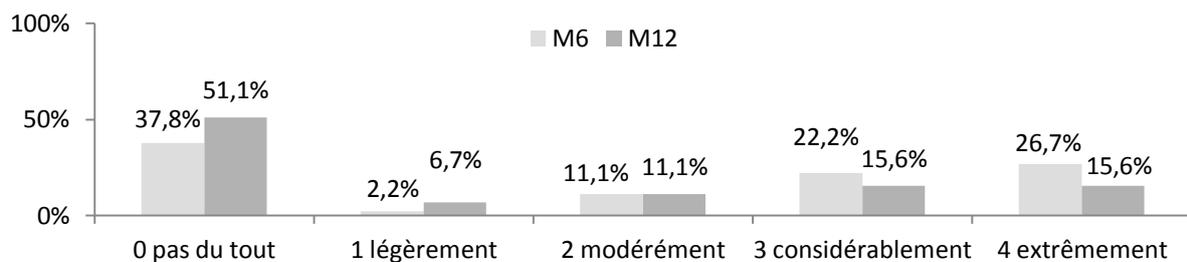


Figure 134 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes sociaux ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=45)

*b) Le besoin d'aide à l'emploi ressenti par le patient :*

Entre M0 et M6, les besoins d'aide à l'emploi ressentis par les patients étaient significativement plus « modérés » au détriment de besoins « légers » ( $p=0.018$ ).

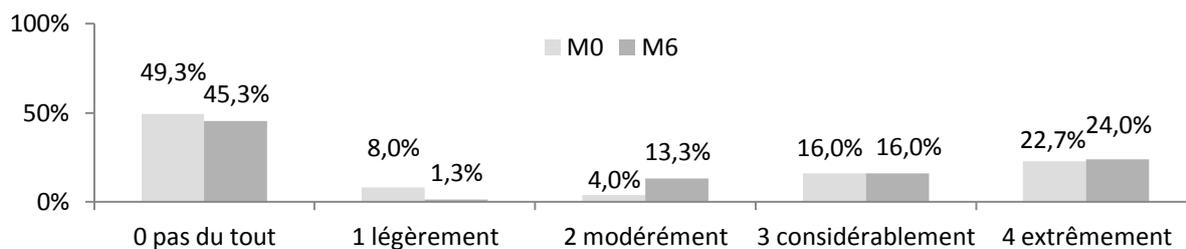


Figure 135 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des besoins d'aide sociale ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=75)

C'est entre M6 et M12 que l'amélioration des besoins d'aide sociale était mise en évidence avec nette augmentation des besoins « non ressentis » et une nette diminution des besoins « extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

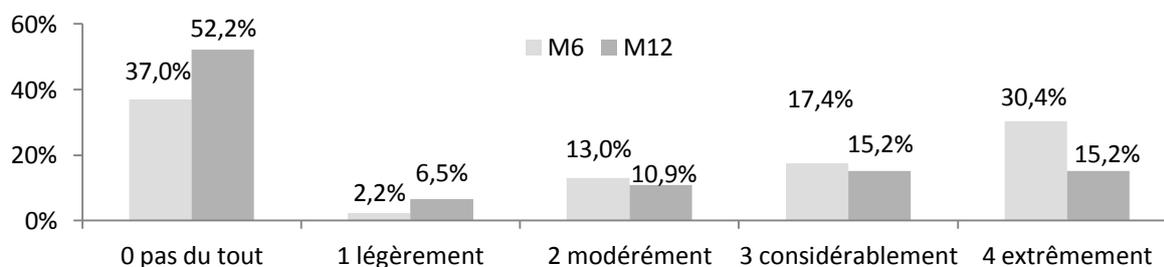


Figure 136 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des besoins d'aide sociale ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=46)

### c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide à l'emploi du patient:

Entre M0 et M6, l'évaluation de l'interviewer évoluait significativement vers une augmentation des besoins « considérables » au détriment de besoins « légers » ( $p = 0.049$ ).

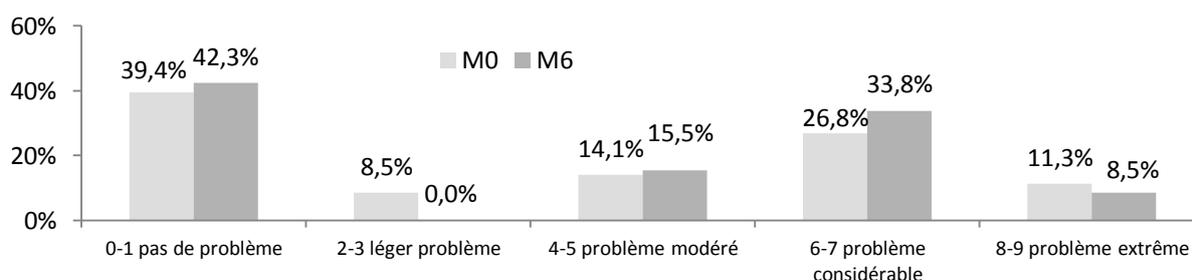


Figure 137 : répartition des patients selon l'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide sociale du patient » entre M0 et M6 (n=71)

C'est entre M6 et M12 qu'une amélioration de cette évaluation était mise en évidence avec une augmentation des besoins évalués comme « non nécessaires » et « légers » au détriment des besoins « modérés », « considérables » et « extrêmes » (p=0.001).

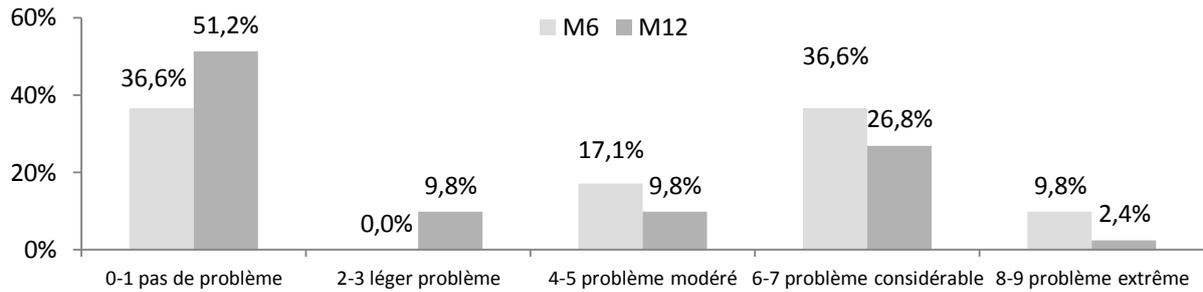


Figure 138 : répartition des patients selon l'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide sociale du patient » entre M6 et M12 (n=41)

## 6 – L'évaluation de l'état judiciaire au cours des 30 derniers jours :

### 6.1) L'évaluation à M6 :

#### *a) La gravité des problèmes légaux ressentie par le patient à M6 :*

Au cours des 30 derniers jours, 87.3% des patients estimaient n'avoir aucun problème légal et 2.8% des problèmes « extrêmes ».

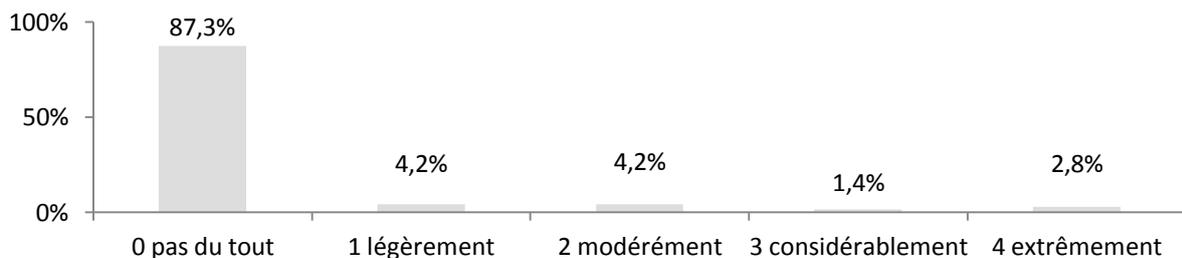


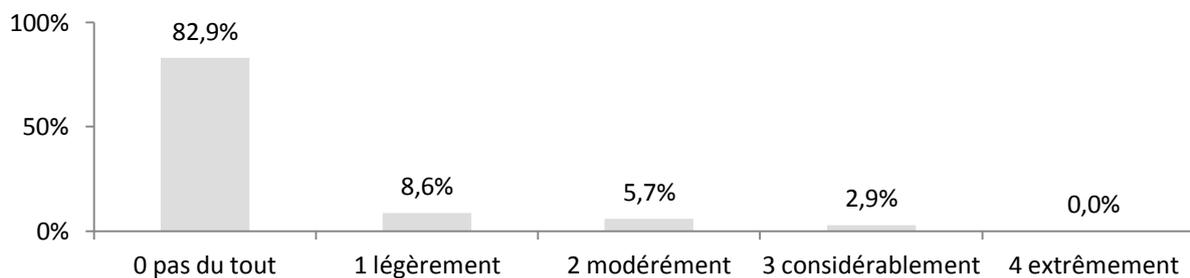
Figure 139 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes légaux ressentie par le patient », au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	89,5%	78,6%	100,0%	81,8%	90,0%	83,3%
<b>1 légèrement</b>	3,5%	7,1%	0,0%	9,1%	2,5%	0,0%
<b>2 modérément</b>	3,5%	7,1%	0,0%	4,5%	5,0%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	0,0%	7,1%	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	3,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	16,7%

**Tableau 62 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité des problèmes légaux ressentie par le patient », au cours des 30 derniers jours, à M6**

*b) Le besoin d'aide juridique ressentie par le patient à M6 :*

Au cours des 30 derniers jours, 82.9% des patients estimaient n'avoir aucun besoin d'aide juridique et 8.6% un besoin « léger ».



**Figure 140 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide ressentie par le patient pour les problèmes légaux » au cours des 30 derniers jours, à M6**

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	89,5%	78,6%	100,0%	81,8%	90,0%	83,3%
<b>1 légèrement</b>	3,5%	7,1%	0,0%	9,1%	2,5%	0,0%
<b>2 modérément</b>	3,5%	7,1%	0,0%	4,5%	5,0%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	0,0%	7,1%	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	3,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	16,7%

**Tableau 63 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide ressentie par le patient pour les problèmes légaux » au cours des 30 derniers jours, à M6**

c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide juridique du patient à

M6 :

Au cours des 30 derniers jours, l'interviewer estimait que 87.3% des patients n'avaient pas besoin d'aide juridique et 8.4% un besoin « léger » ou « modéré ».

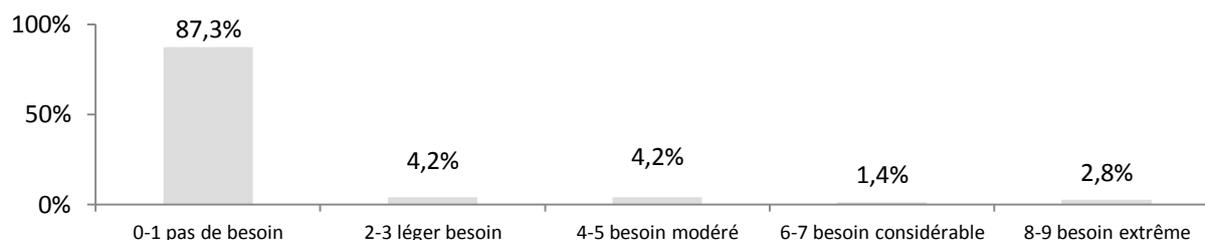


Figure 141 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide du patient pour les problèmes judiciaires », au cours des 30 derniers jours, à M6

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0-1 pas de problème</b>	85,7%	71,4%	66,7%	77,3%	87,2%	83,3%
<b>2-3 léger problème</b>	7,1%	14,3%	33,3%	13,6%	5,1%	0,0%
<b>4-5 problème modéré</b>	3,6%	14,3%	0,0%	9,1%	5,1%	0,0%
<b>6-7 problème considérable</b>	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	16,7%
<b>8-9 problème extrêmement grave</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tableau 64 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide du patient pour les problèmes judiciaires », au cours des 30 derniers jours, à M6

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les besoins d'aide juridique et les problèmes légaux ressentis par les patients ( $p < 0.001$ ).

Entre le besoin d'aide juridique des patients et l'évaluation de l'interviewer, ce dernier évaluait moins ces besoins comme « non nécessaires » ou « extrêmes » et davantage comme « léger » que les patients ( $p < 0.001$ ).

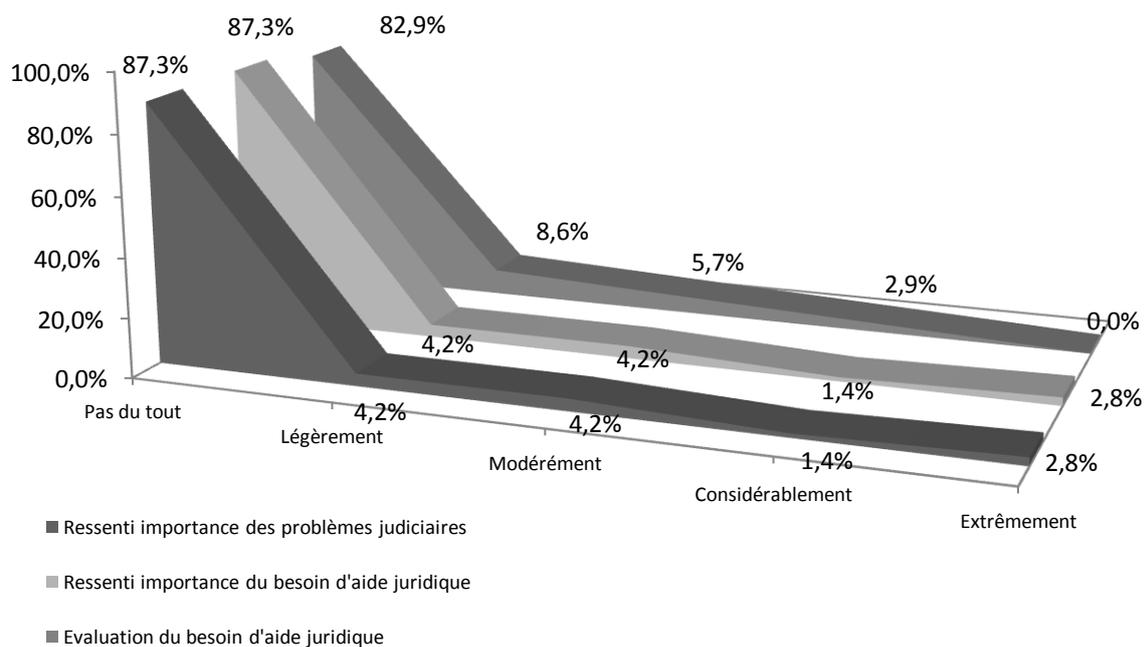


Figure 142 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

## 6.2) L'évaluation à M12 :

### a) La gravité des problèmes judiciaires ressentie par le patient à M12 :

Au cours des 30 derniers jours, 83.6% des patients ne ressentaient aucune gravité à leurs problèmes judiciaires et 6.6% avaient des problèmes « extrêmes ».

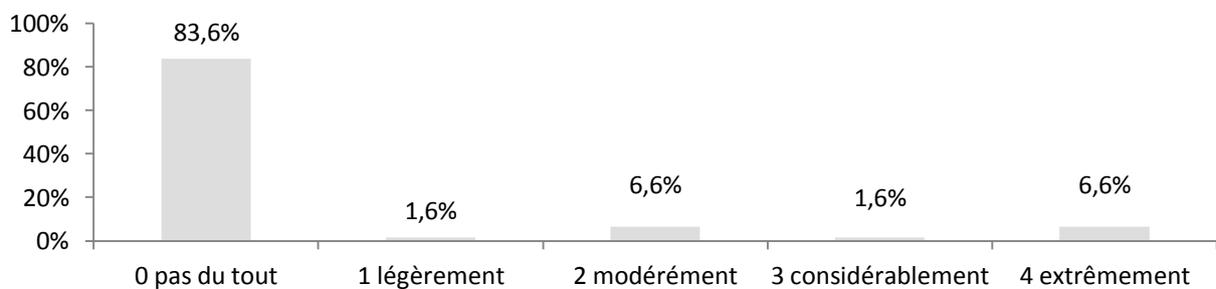


Figure 143 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes légaux ressentie par le patient », au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	84,3%	80,0%	100,0%	75,0%	85,3%	100,0%
<b>1 légèrement</b>	2,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%
<b>2 modérément</b>	5,9%	10,0%	0,0%	5,0%	8,8%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	2,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	5,9%	10,0%	0,0%	10,0%	5,9%	0,0%

Tableau 65 : répartition des patients en fonction du sexe et de l'âge selon l'échelle de « gravité des problèmes légaux ressentie par le patient », au cours des 30 derniers jours, à M12

*b) Le besoin d'aide juridique ressentie par le patient à M12 :*

Au cours des 30 derniers jours, 83.6% des patients ne ressentait aucune gravité à leur besoin d'aide juridique et 6.6% des patients ressentait un besoin « extrême ».

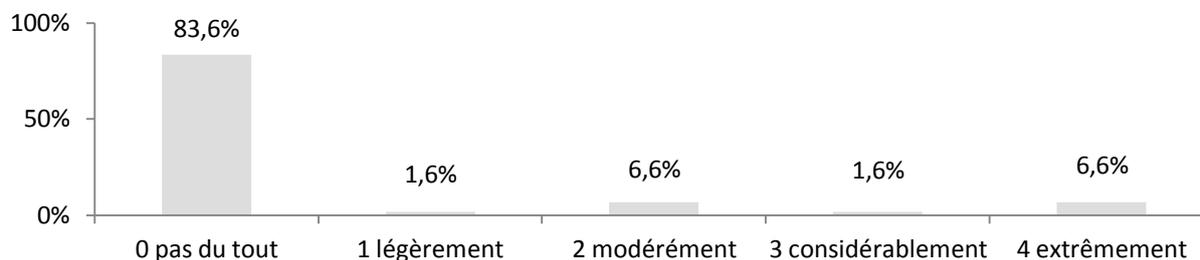


Figure 144 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide ressentie par le patient pour les problèmes légaux » au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0 pas du tout</b>	84,3%	80,0%	100,0%	75,0%	85,3%	100,0%
<b>1 légèrement</b>	2,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%
<b>2 modérément</b>	5,9%	10,0%	0,0%	5,0%	8,8%	0,0%
<b>3 considérablement</b>	2,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%
<b>4 extrêmement</b>	5,9%	10,0%	0,0%	10,0%	5,9%	0,0%

Tableau 66 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle de « gravité du besoin d'aide ressentie par le patient pour les problèmes légaux » au cours des 30 derniers jours, à M12

c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide juridique du patient à

M12 :

Au cours des 30 derniers jours, l'interviewer évaluait que 84.7% des patients n'avaient pas besoin d'aide, 6.8% avaient des besoins « considérables » et aucun des besoins « extrêmes ».

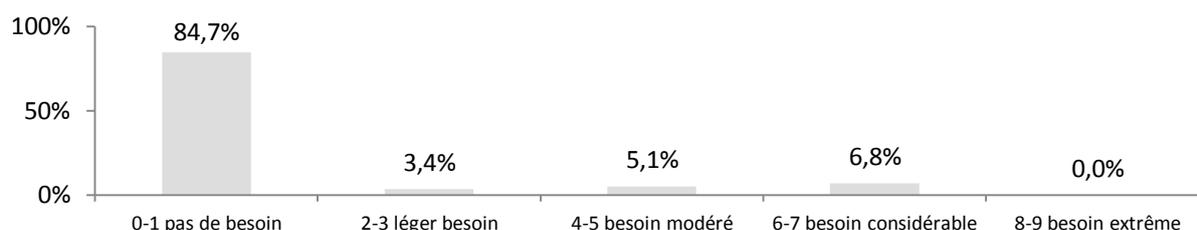


Figure 145 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide du patient pour les problèmes judiciaires », au cours des 30 derniers jours, à M12

	Homme	Femme	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus
<b>0-1 pas de problème</b>	85,7%	80,0%	100,0%	75,0%	90,6%	75,0%
<b>2-3 léger problème</b>	4,1%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	25,0%
<b>4-5 problème modéré</b>	4,1%	10,0%	0,0%	5,0%	6,3%	0,0%
<b>6-7 problème considérable</b>	6,1%	10,0%	0,0%	15,0%	3,1%	0,0%
<b>8-9 problème extrêmement grave</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tableau 67 : répartition des patients, en fonction du sexe et de l'âge, selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide du patient pour les problèmes judiciaires », au cours des 30 derniers jours, à M12

d) La comparaison des échelles de gravité :

Une concordance significative a été mise en évidence entre les besoins d'aide juridique et les problèmes judiciaires ressentis par les patients ( $p < 0.001$ ).

Entre les besoins d'aide juridique des patients et l'évaluation de l'interviewer, la concordance était significative pour les besoins « non nécessaires » à

« modérés », puis l'interviewer évaluait ces besoins à « considérables » alors que les patients les évaluait à « extrêmes » ( $p < 0.001$ ).

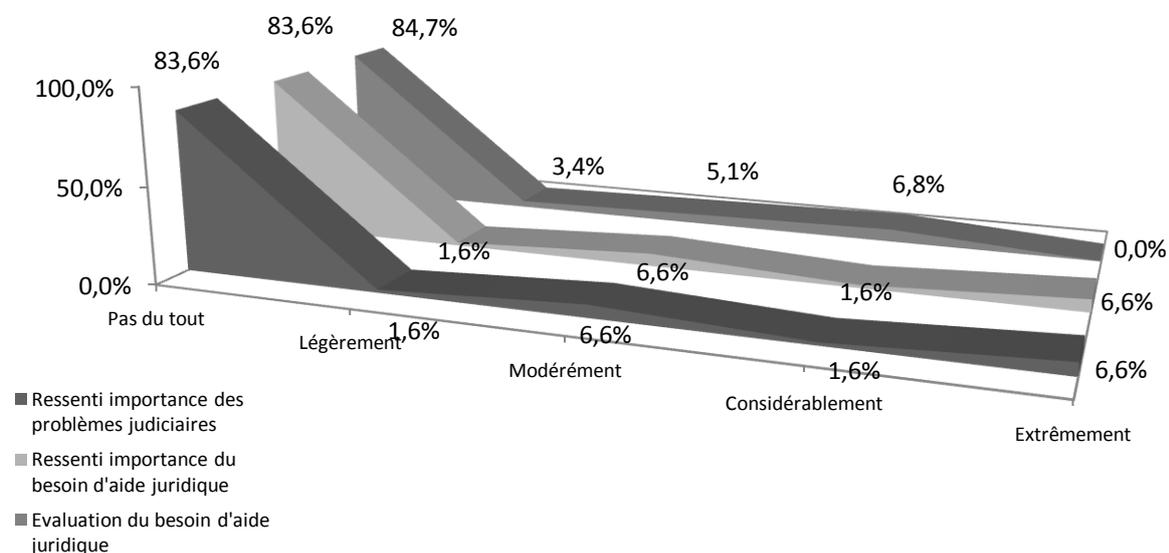


Figure 146 : comparaison des échelles de gravité ressentie par les patients et de l'évaluation de l'interviewer

### 6.3) L'évolution de l'état judiciaire :

#### a) La gravité des problèmes légaux ressentie par le patient :

Entre M0 et M6, puis entre M6 et M12, une stabilité significative du ressenti par les patients de leurs problèmes judiciaires était mise en évidence ( $p = 0.001$  et  $p < 0.001$ ).

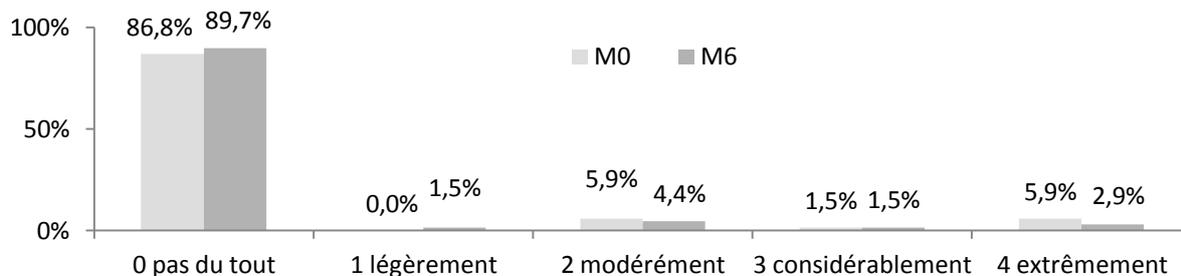


Figure 147 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes judiciaires ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=68)

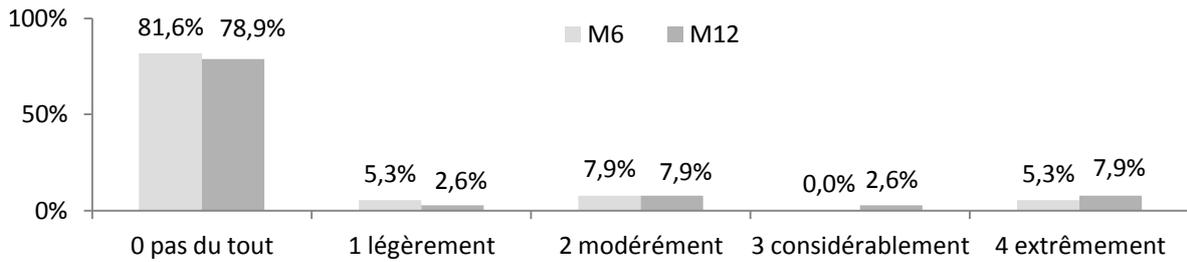


Figure 148 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des problèmes judiciaires ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=38)

*b) Le besoin d'aide juridique ressenti par le patient :*

Entre M0 et M6, puis entre M6 et M12, une stabilité significative du ressenti de besoin d'aide juridique des patients était mise en évidence ( $p=0.001$  et  $p<0.001$ ).

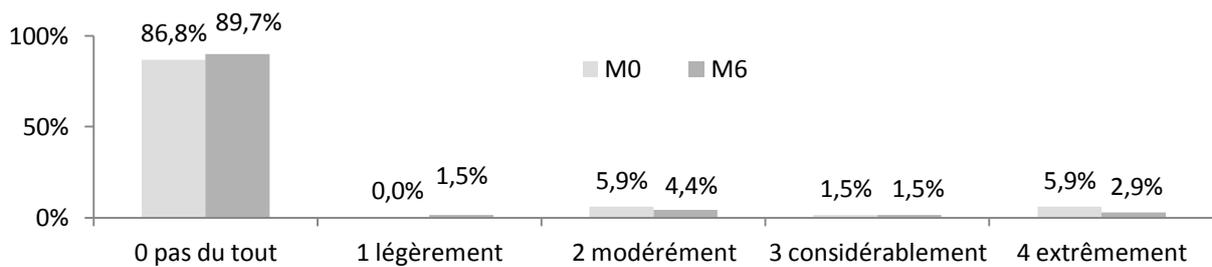


Figure 149 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des besoins d'aide juridique ressentie par le patient » entre M0 et M6 (n=68)

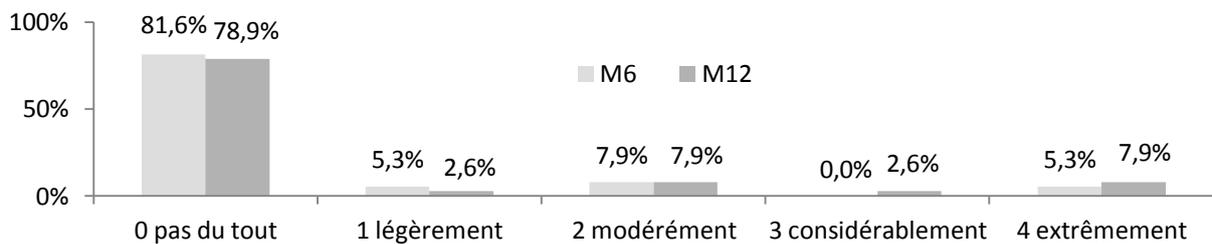
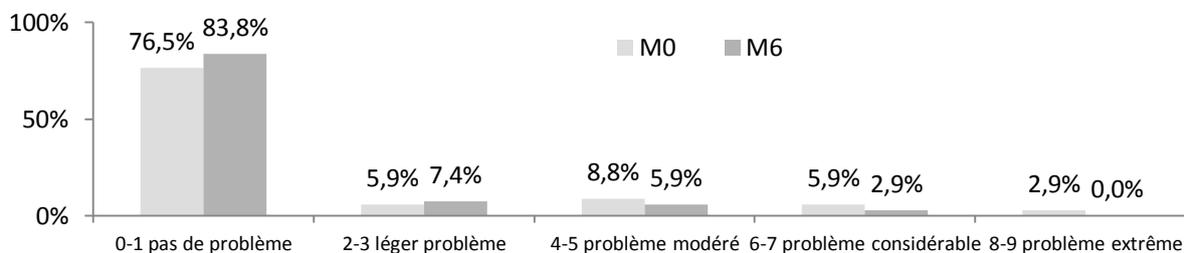


Figure 150 : répartition des patients selon l'échelle de « gravité des besoins d'aide juridique ressentie par le patient » entre M6 et M12 (n=38)

*c) L'évaluation par l'interviewer du besoin d'aide juridique du patient:*

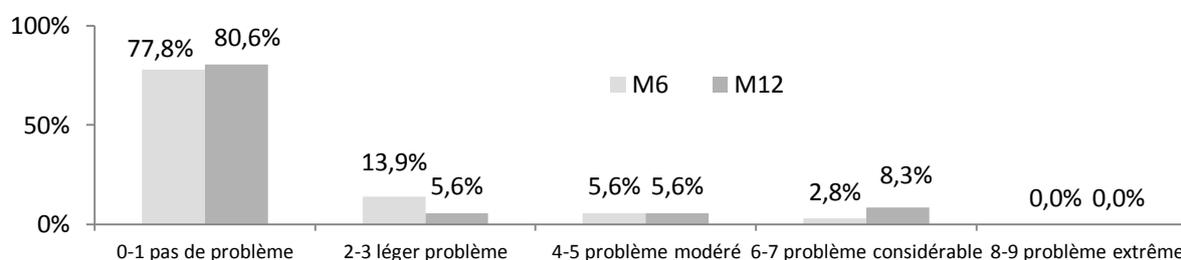
Entre M0 et M6, cette évaluation évoluait vers une amélioration des besoins

d'aide juridique estimés par l'interviewer avec une majoration des besoins « non nécessaires » au détriment des besoins « modérés », « considérables » et « extrêmes » ( $p=0.023$ )



**Figure 151 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide juridique du patient » entre M0 et M6 (n=68)**

Entre M6 et M12, cette évaluation évoluait vers une diminution des besoins estimés comme « légers » pour une augmentation des besoins « considérables » ( $p<0.01$ ).



**Figure 152 : répartition des patients selon l'échelle d'évaluation par l'interviewer du « besoin d'aide juridique du patient » entre M6 et M12 (n=36)**

## **IV – Discussion :**

### **1 – Les limites de cette étude :**

#### *a) L'interviewer :*

L'interviewer était unique, ce qui assurait une reproductibilité des évaluations mais limitait également l'objectivité de celles-ci. Des interviewers multiples auraient peut-être pu garantir, par la réalisation de moyenne de leurs évaluations, une meilleure description des besoins des patients.

#### *b) L'échantillon de patients :*

L'échantillon des patients inclus dans cette étude pose plusieurs problématiques.

Tout d'abord, il s'agit de patients suivis en CSAPA et substitués par méthadone ce qui implique que cette population peut être plus précaire et plus dépendante que des usagers de drogues suivis en ville et substitués par BHD [33].

La deuxième problématique a été la perte d'effectif entre M0, M6 et M12. Sur les 169 patients inclus, 78 patients avaient bénéficié d'un entretien de suivi à 6 mois et 69 à 1 an. Cette perte d'effectif s'explique par le relais vers une prise en charge de ville des patients équilibrés, par des incarcérations possibles, et éventuellement par des décès... (Les causes d'arrêt du suivi n'étant pas mentionnées dans les dossiers). La perspective de n'inclure que les patients ayant remplis les trois questionnaires aurait ajouté un biais de sélection en n'incluant que des patients non

relayés en ville et donc probablement plus précaires et plus difficiles à équilibrer.

Enfin la taille des sous groupes a été un frein aux comparaisons statistiques dans cette étude. A M0, la population féminine était suffisante pour la réalisation de tests statistiques significatifs (n=35) mais les « moins de 25 ans » et « 45 ans et plus » étaient trop peu nombreux (n<30) et ne pouvaient donc mettre en évidence que des tendances. A M6 et M12, les sous-groupes « femmes », « moins de 25 ans », « 25-34 ans », et « 45ans et plus » étaient devenus trop peu représentatifs pour parler de tendance. Ce biais vient du choix d'inclusion des patients qui ont été tirés au sort sans distinction d'âge ou de sexe. Il pourrait être intéressant de comparer ces résultats avec des échantillons significatifs.

*c) Le questionnaire :*

L'ASI est une échelle de mesure de la sévérité de l'addiction. L'objectif de cette étude n'était pas de mesurer le profil de sévérité de l'addiction de ces patients mais d'évaluer leur état de santé, leurs besoins, à partir des données médico-psycho-sociales répertoriées dans les suivis ASI effectués au centre Boris Vian. Il n'a donc pas été inclus tous les items de chaque volet de l'ASI mais choisi subjectivement ceux qui semblaient répondre à cet objectif.

De même, il a été choisi d'exclure les volets « histoire de la famille » et « relations familiales et sociales ».

Le volet « histoire de la famille » ne répondait pas à l'objectif d'évaluation de l'état de santé mais à la question de l'héritabilité des addictions. En effet, une relation entre un polymorphisme génique de marqueurs sérotoninergiques et

l'alcoolodépendance existe et l'héritabilité de l'alcoolodépendance se situe entre 40 et 70% [34]. Ainsi la fréquence de l'alcoolisme dans la population générale est estimée à 5% alors qu'elle se situe entre 10 et 50% dans la fratrie d'un patient dépendant à l'alcool [35]. De même, des études d'association du génome montrent une association de 5 gènes dans le développement des addictions à l'héroïne et les polymorphismes de certains gènes de la régulation de la dopamine sont impliqués dans le développement des addictions aux opiacés mais aussi dans la réponse au traitement par méthadone [29].

Le volet « relations familiales et sociales » concerne l'état civil des patients, leur parentalité, les conflits familiaux existants et leurs retentissements. Le médecin de famille est au cœur de ces interactions familiales et les négliger serait une erreur dans la prise en charge globale des patients mais il a été choisi de ne pas inclure ce volet dans l'évaluation de leur état de santé en considérant que le retentissement des conflits familiaux serait inclus dans le retentissement psychologique et émotionnel du volet « psychiatrique ».

## 2 – Quels étaient les besoins des patients et ont-ils été bien évalués ?

Les besoins des patients ont été hiérarchisés en fonction des pourcentages de problèmes ressentis comme « extrêmes » et « considérables ».

Les patients avaient donc accordé beaucoup d'importance à leurs problèmes de dépendance aux substances et les avaient plus souvent ressentis comme « extrêmes » que leurs autres problèmes à M0, à M6 et à M12. Cette gravité explique probablement leur prise en charge en CSAPA et non en ville. Plus de la moitié des patients déclaraient un besoin « extrême » de traitement pour cette

dépendance aux trois questionnaires également, en faisant le besoin ressenti majeur de cette étude.

A M0 mais surtout à M6 et M12, les patients exprimaient un besoin de traitement plus important que leurs problèmes de dépendance aux substances ; traduisant probablement l'amélioration de la qualité de vie sous substitution et donc l'importance ressentie de ce traitement.

L'interviewer avait tendance à évaluer à « modéré » ou « considérable » des besoins que les patients évaluait à « extrême » aux trois questionnaires.

Venaient ensuite les problèmes psychiatriques. Les patients leurs avaient accordés une gravité plus importante qu'à leurs problèmes médicaux et la moitié les ressentait comme « considérables » ou « extrêmes » à M0, à M6 et à M12.

Quelque soit le questionnaire, les patients attribuaient une gravité équivalente à leurs problèmes psychiatriques et à leurs besoins de traitement psychiatrique.

Les besoins de traitement psychiatrique étaient significativement correctement évalués par l'interviewer pour les besoins « inexistant », « légers » et « modérés » puis l'interviewer évaluait à « considérable » ce que les patients évaluait à « extrême », aux trois questionnaires.

En troisième position, les patients avaient accordé de la gravité à leurs problèmes d'emploi avec environ 20% de problèmes « extrêmes » à M0 et M6. A M12, ils repassaient derrière les problèmes médicaux et de dépendance à l'alcool. Le besoin « extrême » d'aide sociale ressenti était quasi équivalent au besoin « extrême » de traitement psychiatrique pour les questionnaires M0 et M6 (24.3% et 24.4% des patients contre 22.2% et 28.2% des patients). A M12, il chutait à 11.6%.

Si à M0, les patients estimaient leurs besoins d'aide sociale plus importants que leurs problèmes d'emploi, à M6 et à M12, leurs gravités ressenties étaient

équivalentes.

A M0, l'interviewer évaluait moins souvent ces besoins à « non nécessaires » et « extrêmes » au profit de besoins « légers » à « modérés ». A M6 et M12, l'interviewer évaluait à « considérables » ce que les patients évaluait à « extrêmes ».

La gravité ressentie des problèmes médicaux n'arrivait qu'en quatrième position mais restait fréquente. Un peu plus d'un tiers des patients accordaient une importance « considérable » ou « extrême » à ces problèmes et à leurs besoins de traitement à M0 et à M6 puis un quart à M12. Cette moindre gravité ressentie des problèmes médicaux est-elle la conséquence d'une absence de problème, d'un déni ou d'une meilleure prise en charge des pathologies médicales que des autres pathologies ?

Si à M0 les patients accordaient plus de gravité à leurs besoins de traitement qu'à leurs problèmes médicaux, à M6 et M12, ces gravités ressenties étaient équivalentes.

Les besoins de traitement médical étaient significativement correctement évalués par l'interviewer pour les besoins « inexistantes » et « légers », puis l'interviewer évaluait à « considérable » ou « modéré » ce que les patients évaluait à « extrême », aux trois questionnaires.

Malgré le bilan des consommations, la dépendance à l'alcool n'était ressentie comme « extrême » que par 8.3% des patients à M0, 10.3% à M6 et 15.9% à M12.

Ce moindre ressenti de la gravité des problèmes de dépendance à l'alcool peut venir d'une comparaison par le patient avec les difficultés qu'il éprouve quant aux substances illicites. Le patient peut également banaliser ces consommations qui restent moins stigmatisées par l'opinion publique que des consommations de

substances illicites et ressentir moins de pression sociale. Enfin, un déni de ces problèmes de dépendance à l'alcool est à rechercher.

A M0 et à M12, les patients accordaient autant d'importance à leur dépendance qu'à leur besoin de traitement. A M6, leurs besoins de traitement leur apparaissaient plus « extrêmes » que les problèmes de dépendance ressentis.

A M0, l'interviewer sous estimait les besoins « non ressentis » et « extrêmes » des patients. A M6, il évaluait à « modéré » ou « considérable » ce que les patients évaluèrent à « extrême » ; et à « considérable » ce que les patients évaluèrent à « extrême » à M12.

Peu de patients accordaient d'importance à leurs problèmes judiciaires mais 6.0% les jugeaient « extrêmes » à M0 et à M12 et 2.8% à M6. De même, peu de patients accordaient d'importance à leurs besoins d'aide juridique et ceux qui en ressentaient les jugeaient plus souvent « extrêmes » à M0, « légers » à M6 et « modérés » ou « extrêmes » à M12.

Les patients accordaient une gravité équivalente à leurs problèmes judiciaires et à leurs besoins d'aide juridique aux 3 questionnaires.

A M0 et à M6, l'interviewer sous évaluait les besoins « non ressentis » et « extrêmes » des patients en les jugeant plutôt « légers » et « modérés ». A M12, l'interviewer évaluait à « considérable » ce que les patients évaluèrent à « extrême ».

### 3 – Une amélioration de l'état de santé à 6 mois et à 1 an a-t-elle été mise en évidence?

Une amélioration globale de l'état de santé ressenti par les patients a été mise en évidence, grâce à une prise en charge pluridisciplinaire, au centre Boris

Vian, à 6 mois et à 1 an.

Les problèmes médicaux et les besoins de traitement pour ces problèmes ressentis par les patients évoluaient vers une amélioration significative de leurs gravités respectives entre M0 et M6 et entre M6 et M12. L'évaluation par l'interviewer du besoin de traitement médical des patients suivait cette amélioration avec une disparition des besoins évalués comme « extrêmes » entre M6 et M12.

Sur le plan psychiatrique, l'évolution s'est faite en deux temps. Entre M0 et M6, les problèmes psychiatriques et les besoins de traitement ressentis par les patients s'aggravaient en passant de « considérables » à « extrêmes », car dévoilés par l'absence de consommations des patients. Entre M6 et M12, on mettait en évidence une amélioration significative des problèmes et besoins qui évoluaient de « extrêmes » et « considérables » vers « aucun problème, aucun besoin ». Pour l'interviewer, cette amélioration de l'évaluation des besoins de traitement psychiatrique des patients s'observait déjà entre M0 et M6 et se poursuivait entre M6 et M12.

Pour les problèmes de dépendance aux substances, l'amélioration constatée entre M0 et M6 s'était inversée entre M6 et M12 mais avec une évolution vers des problèmes jugés moins graves (« modérés » et « considérables ») qu'initialement. Après une amélioration initiale de ces problèmes, que les patients pourraient qualifier de « lune de miel », on observait donc une recrudescence de difficultés peut être liée à la fréquence des rechutes. En effet, 40 à 90% des patients dépendants rechutent au moins une fois au cours de leur vie [36] ; et il est établi que le risque de rechute est maximum dans les douze premiers mois suivant une rémission [37].

Les besoins de traitement ressentis par les patients évoluaient également vers une

amélioration entre M0 et M6 suivi d'une aggravation entre M6 et M12. Les besoins « extrêmes » restaient identiques en fréquence entre M0 et M6 et augmentaient entre M6 et M12, témoignant de l'importance du traitement substitutif pour ces patients.

L'évaluation de l'interviewer suivait la même évolution que les ressentis des patients avec une amélioration des estimations de besoins entre M0 et M6 puis une tendance à l'aggravation entre M6 et M12 mais sur des besoins évalués « considérables » et non « extrêmes ».

Entre M0 et M6, les problèmes de dépendance à l'alcool et leurs besoins de traitement ressentis par les patients étaient significativement restés stables. Puis entre M6 et M12, une aggravation était constatée, témoignant peut être du report de la dépendance aux opiacés vers une dépendance à l'alcool.

L'évaluation de l'interviewer s'améliorait entre M0 et M6 puis s'aggravait également entre M6 et M12 mais pour des besoins jugés moins graves (« légers » et « modérés ») avec une disparition des besoins « extrêmes ».

Les problèmes d'emploi et les besoins d'aide sociale ressentis par les patients évoluaient vers une augmentation du « modéré » entre M0 et M6. Par contre, entre M6 et M12, une amélioration significative était mise en évidence, témoignant de la prise en charge sociale réalisée. Cette prise en charge est d'autant plus à mettre en avant qu'elle est souvent difficile à mettre en place pour les patients suivis en médecine de ville [9], difficulté directement liée à l'accessibilité. La prise en charge pluridisciplinaire centralisée en un lieu géographique unique apparaît nécessaire en palliant aux carences d'organisation et à l'incapacité de recours aux aides de ces patients.

L'évolution de l'évaluation de l'interviewer était sensiblement identique avec une

amélioration mise en évidence entre M6 et M12.

Pour le volet judiciaire, une stabilité significative des problèmes judiciaires et des besoins d'aide judiciaire ressentis par les patients était mise en évidence entre M0 et M6 et entre M6 et M12. L'évaluation de l'interviewer évoluait quant à elle vers une amélioration entre M0 et M6 suivi d'une aggravation entre M6 et M12. Les patients avaient-ils caché certains de leurs problèmes à l'interviewer à M0 et M6 par peur de représailles judiciaires ?

#### 4 – La précarité sanitaire et le recours aux soins:

Co-morbidités psychiatriques et dépendance aux opiacés sont souvent liées et ceci est démontré par de nombreuses études [38] mais les fréquences mises en évidence dans cette étude rappellent l'importance de la prise en charge psychiatrique de ces patients. Si les troubles de l'humeur touchaient 23.2% de la population majeure de l'agglomération lilloise en 2010 [39], 89.8% des patients de cette étude déclaraient avoir présenté un épisode dépressif majeur au cours de leur vie. Les troubles anxieux concernaient 88.0% des patients au cours de leur vie alors qu'ils touchaient 15.3% de la population lilloise [39]. Même les troubles psychotiques étaient surreprésentés et 9.6% des patients déclaraient avoir eu des épisodes d'hallucinations contre 1.8% de patients psychotiques dans la population métropolitaine [39].

La fragilité psychiatrique de ces patients n'est donc plus à démontrer et les trois quart des patients déclaraient avoir souffert de difficultés psychiatriques au cours des 30 derniers jours, dont plus d'un tiers pendant 25 jours et plus. Cette étude met en évidence la carence de recours aux soins des patients pour leurs problèmes

psychiatriques. Au cours de leur vie, un quart des patients avaient déjà été hospitalisés en service de psychiatrie et la moitié bénéficiait d'un traitement. Pourtant seulement 4.2% déclaraient avoir bénéficié de consultations ambulatoires avant leur suivi en centre. L'hospitalisation n'est pas un remède aux pathologies psychiatriques mais plutôt une réponse transitoire à une problématique aiguë. Au centre Boris Vian, l'évaluation du patient par l'ASI est complétée par une évaluation par le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Créé en 1997, le MINI est un outil diagnostique qui permet le dépistage des pathologies psychiatriques suivantes : épisode dépressif majeur, dysthymie, risque suicidaire, épisode maniaque/trouble bipolaire, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel et compulsif, état de stress post traumatique, dépendance et abus d'alcool, dépendance et abus de substances, troubles psychotiques, anorexie/boulimie mentale, anxiété généralisée, troubles de la personnalité antisociale [40]. La prise en charge psychiatrique ambulatoire et le suivi psychologique mis à leur disposition dans ce CSAPA a permis une amélioration de l'état psychiatrique ressenti par les patients. Les passages à l'acte suicidaire (pouvant même être masqués derrière une OD) qu'un quart des patients avaient déjà commis au cours de leurs vies pourraient ainsi être limités.

Ces patients sont d'autant plus difficiles à soigner qu'ils présentent une susceptibilité à devenir dépendants de traitements à visée sédatrice et hypnotique. En 2012, la prévalence de la dépendance à des traitements psychotropes était évaluée à 30 à 75% chez les patients dépendants aux opiacés. L'association entre la dépendance aux médicaments psychotropes prescrits et la sévérité soit de l'addiction aux opiacés soit des troubles psychiatriques est retrouvée de façon consensuelle dans les études [29].

Le constat est sensiblement identique pour les problèmes médicaux. La moitié des patients déclaraient avoir un problème médical chronique qui perturbait leur vie et moins d'un quart bénéficiaient d'un traitement. Il est difficile de mesurer la fréquence des problèmes médicaux de la population générale mais à titre comparatif, 1.8% des habitants du Nord-Pas-de-Calais bénéficiaient d'une ALD (affection longue durée) en 2009 [41], protocole de prise en charge mis en place pour les principaux problèmes médicaux et psychiatriques chroniques. Le recours aux soins était insuffisant et si 43.8% des patients déclaraient avoir ressenti un problème médical au cours des 30 derniers jours dont 18.3% pendant 25 jours et plus, seulement 29.8% avaient consulté. Cette carence de recours aux soins somatiques est directement liée à la complexité de la prise en charge de ces patients en médecine générale libérale, dépendante de l'interaction entre le patient et le médecin généraliste.

Le patient, obnubilé par ses problèmes de consommations de substances peut aisément relayer ses problèmes somatiques à un second plan et ne pas consulter. Il peut éprouver des difficultés à consulter dans une structure de « ville ». Bénéficie-t-il d'un médecin traitant ?

La prise en charge du médecin généraliste dépend également de sa propre représentation de l'addictologie et des patients dépendants. Serait-il plus enclin à diagnostiquer et suivre des patients dépendants du tabac ou de l'alcool que dépendants des opiacés ? [42] Le médecin généraliste pourrait pâtir d'un défaut de formation à la prise en charge de ces patients.

Plusieurs pistes s'ouvrent alors : développer des campagnes d'informations et de formations auprès des médecins généralistes ; s'assurer de la présence d'un médecin traitant déclaré et mettre en place une correspondance médicalisée pour qu'il supervise le suivi médical au sens strict ; ou instaurer une permanence de soins

médicaux dans les CSAPA pour prendre en charge tout problème médical et pas uniquement la prévention et le traitement des complications infectieuses liées aux consommations de substances.

#### 5 – Les profils de consommation :

Plusieurs problématiques ressortent des profils de consommation exposés dans cette étude.

Tout d'abord, les polyconsommations entraînaient un risque d'overdose majeur. Un quart des patients avaient déjà fait une overdose et 99.4% avaient consommé plus d'une substance par jour au cours des 30 derniers jours dont la moitié pendant 25 jours et plus. La moitié des patients avaient consommé de l'héroïne et de l'alcool dont pratiquement un quart pendant 25 jours et plus. Malgré cette consommation importante d'héroïne, les trois quart des patients déclaraient prendre leur traitement méthadone pendant 25 jours et plus et seulement 1.2% des patients ne l'avaient pas pris. De plus, un tiers des patients avaient pris des sédatifs et hypnotiques pendant 25 jours et plus. Un renforcement de l'information et de la prévention des overdoses pourrait être un axe de l'amélioration de la prise en charge de ces patients.

Deuxièmement, comme exposé par l'OFDT, un mésusage de la buprénorphine a été mis en évidence mais dans des proportions minimales. 8.8% des patients déclaraient avoir déjà injecté la buprénorphine contre 35% selon l'OFDT et 2.9% la « sniffaient » contre 24% [14].

Pour limiter ce mésusage galénique de la BHD, une nouvelle spécialité a obtenu l'AMM en janvier 2012 : le suboxone®, association de BHD et de naloxone.

Antagoniste des récepteurs opioïdes  $\mu$ , la naloxone prise par voie orale subit un métabolisme quasi complet lors de l'effet de premier passage hépatique. Par contre, si elle est injectée, elle provoquera un syndrome de sevrage aux opioïdes brutal. Utilisée jusqu'alors comme antidote aux opioïdes dans les cas de surdosage avec dépression respiratoire, elle joue également aujourd'hui un rôle dissuasif dans le mésusage intraveineux de la BHD [18].

Cette spécialité n'était pas disponible de 2007 à 2011, époque à laquelle a été réalisée l'étude de cette thèse.

Le marché parallèle était aussi représenté. 4.1% des prescriptions de buprénorphine n'étaient pas prises par les patients et possiblement redirigées vers un marché parallèle et 2.4% des prises de sédatifs et hypnotiques avaient lieu sans prescription, donc d'origine parallèle envisageable ; loin des 25% de prescription de TSO détournés recensés par l'OFDT [14]. Mais les fréquences mises en évidence dans cette étude sont probablement biaisées par le recrutement des patients, suivis en CSAPA. Chez des patients suivis en ville, le nomadisme médical et les multiples prescriptions sont plus aisés.

Il pourrait néanmoins être intéressant de limiter les prescriptions médicales de psychotropes et de TSO de ces patients suivis en CSAPA aux seuls prescripteurs du centre. Ainsi, les patients sous traitement méthadone ne pourraient se procurer de la BHD et les consommations d'hypnotiques et sédatifs seraient connues et négociées. Les risques d'overdose et de dépendances médicamenteuses seraient mieux cernés. Cela implique une collaboration étroite entre les médecins du centre, le médecin traitant et la CPAM afin d'exclure également le nomadisme médical.

Troisièmement, les fréquences de recours à l'injection étaient proches des données de l'OFDT (30.9% pour l'héroïne et 29.8% pour la cocaïne chez les patients

contre 23% et 18.5% selon l'OFDT) mais les fréquences de consommations nasales étaient nettement inférieures (16.0% pour l'héroïne et 11.5% pour la cocaïne chez les patients contre 69.0% et 67.7% selon l'OFDT) [14]. Ces voies d'administrations restaient des voies à risques de contamination infectieuse et notamment de contamination par le VHC. En 2000, une étude de l'incidence de l'hépatite C réalisée sur plusieurs centres de prise en charge de patients dépendants aux opiacés, dans le nord et l'est de la France, dont le centre Boris Vian, faisait état de 38% de patients partageant leurs seringues ou matériels d'injection et d'un taux de séroconversion de 33.2% personnes/année chez les patients injecteurs [43].

Le centre Boris Vian couple la réalisation du dépistage sérologique des hépatites virales et du VIH à un suivi de l'élasticité hépatique par fibroscan ou élastographie impulsionnelle à vibration contrôlée (non invasif), qui permet donc une surveillance de l'apparition de fibrose hépatique dans ces contextes de contaminations virales associées à des consommations d'alcool. La découverte d'une nouvelle génération de traitement antiviral à action directe dans la prise en charge des hépatites C va également permettre une amélioration de la morbi-mortalité. Analogues nucléosidiques du VHC, ces nouvelles molécules ont une activité pan-génomique avec une efficacité allant de 89 à 99% de guérison selon le génotype du VHC, l'existence d'une cirrhose associée et l'antécédent de traitement. De plus, elles présentent un meilleur profil de tolérance que les anciennes thérapies [44].

Ces modes de consommation posent également la question du recours irréprouvable à l'usage intraveineux et de la non-satisfaction du patient par une substitution orale. Dans plusieurs pays européens, le traitement de la dépendance aux opiacés par l'« héroïne médicalisée » est expérimentée pour des patients réfractaires aux traitements classiques. Les résultats d'études randomisées ont mis en évidence une

diminution des consommations d'héroïne de rue, une amélioration de l'état de santé et une meilleure réponse aux besoins du patient par la durée d'action et les effets de pics sériques de ce mode d'administration [38].

La quatrième problématique mise en évidence dans cette étude est la dérive des consommations d'opiacés vers des consommations d'alcool et de cannabis. Plus de la moitié des patients avaient consommé de l'alcool et du cannabis au cours des 30 derniers jours dont un quart pendant 25 jours et plus. Un quart des patients les déclaraient comme des substances principales posant des problèmes de dépendance. Pourtant, seulement 18.5% d'entre eux avaient ressenti des problèmes d'alcool au cours des 30 derniers jours, dont 15.5% pendant 25 jours et plus et seulement 17.9% d'entre eux leur accordaient une importance dont 8.3% une gravité « extrême ». Entre polyconsommations et polydépendances, la prise en charge de la dépendance aux opiacés doit faire rechercher une dépendance à l'alcool ou au cannabis associée.

Enfin, 1.2% des patients avaient cité la méthadone comme substance posant un problème principal de dépendance. Les études montrent que les TSO ont permis une amélioration de la qualité de vie des patients dépendants aux opiacés, une amélioration de leur état de santé et une réduction des risques [38]. En 2012, l'OFDT faisait paraître un article sur « les TSO vu par les patients » [45]. L'ambivalence de ces traitements résidait dans la perspective d'arrêt du traitement de substitution. Si pendant la durée du traitement le patient compose avec les effets secondaires (sédation, baisse de la libido, hypersudation...) ou les effets de manque s'il est sous-dosé (rhinite, crampes, douleurs abdominales, accélération du transit...); la perspective d'un possible traitement à vie doit être discutée dès l'initiation de celui-ci. Certains patients seront en effet dans l'incapacité de se sevrer du TSO sans perdre

le fragile équilibre qu'il leur apportait et sans rechuter ; les amenant à continuer de bénéficier d'une petite dose au long cours. Discuter de cette option thérapeutique en début de prise en charge permet de renforcer le lien thérapeutique qui doit se créer entre le patient et son médecin et de ne pas arriver à une situation de conflit où le patient souhaite une décroissance rapide alors que le médecin préconise une stabilisation voire la ré-augmentation du traitement [45] [46] ; ou l'inverse avec un médecin souhaitant réduire trop vite les posologies de son patient.

#### 6 – La précarité sociale, financière et le recours aux aides sociales:

En 1996, plus de 60% d'une génération obtenait le baccalauréat en France [47]. En 2008-2009, l'espérance de scolarisation était de 222 mois (18.5 ans) [48]. Dans cette étude, 77.9% des patients n'avaient pas le niveau baccalauréat et la durée moyenne de leurs études était de 127.3 mois.

Ce faible niveau de formation explique la précarité de l'emploi de cette population. Au cours des trois années précédant cette étude, 39.3% des patients étaient habituellement sans activité alors que le taux de chômage en 2010 était de 9.3% en France métropolitaine [49]. Le revenu moyen des patients ayant une activité professionnelle était de 1142€ +/- 705.4 par mois alors que le salaire net moyen de la population générale était de 1893€ par mois dans le Nord-Pas-de-Calais en 2010 [50]. De plus, 10.7% des patients (migrants, marginaux...) déclaraient ne percevoir aucune source de revenu, aide sociale, chômage...

Un tiers des patients déclaraient avoir ressenti des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours. Un peu moins de la moitié estimait que leurs problèmes d'emploi étaient « considérables » ou « extrêmes ». Et un quart déclarait avoir un

besoin d'aide à l'emploi « extrême ». Pourtant seulement 8.8% avaient fait des démarches pour rechercher une formation ou un nouvel emploi et 3.1% avaient fait des démarches de demande d'aide sociale (démarches plus souvent réalisées par les femmes et les « 25-34 ans »). Ce faible recours aux aides était probablement lié à un désinvestissement socioprofessionnel du patient et à des difficultés d'organisation du recours puisque le suivi au centre Boris Vian a démontré une amélioration cet état social.

Si au total les patients percevaient en moyenne 917€ +/- 615 toutes ressources légales confondues (emploi, chômage, aides sociales...), 66.6% avaient dépensé en moyenne 402€ +/- 972.3 pour des substances (hors alcool et tabac) dont 22.2% entre 150 et 499€ et 13.2% entre 500 et 1499€. Les disparités de dépense étaient importantes avec une médiane à 160€ et un maximum de 9000€. Le retentissement financier de ces consommations aggrave la précarité sociale et entraîne des difficultés financières (logement, factures impayées et endettement, retentissement sur les activités familiales et les loisirs...) Le risque est le recours aux sources d'argent illégales et ses conséquences judiciaires.

#### 7 – La précarité judiciaire et le recours aux aides juridiques:

Les patients de cette étude présentaient une fréquence de détention très supérieure à la moyenne nationale. En 2012, le taux de détention était de 103 pour 100 000 habitants soit 0.1% de la population française alors que 42.8% des patients avaient déjà été détenus au moins une fois au cours de leur vie. De même, leur durée moyenne de détention représentait le double de la moyenne nationale : 22.3 mois +/- 45 pour les patients contre 11 mois en 2010 [51]. La proportion de femmes

était plus importante : 28.6% des patientes avaient été détenues au moins une fois au cours de leur vie alors que les femmes ne représentaient que 3.6% de la population carcérale en 2013 [52].

En 2010, les interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) concernaient 0.2% de la population française. Dans cette étude, 7.1% des patients avaient été inculpés pour « usage et trafic de stupéfiants ». La région frontalière du Nord-Pas-de-Calais fait partie des régions clés du trafic de drogues où les quantités saisies sont des plus importantes en France [14].

L'« usage et le trafic des stupéfiants » n'était que le quatrième motif d'inculpation des patients. Les premiers motifs de « vol avec effraction » (29.5%), « vol à l'étalage » (14.4%) et « agression » (8.4%) s'inscrivent toutefois dans une dynamique de recherche d'argent rapide et facile, peut-être sous l'emprise de stupéfiants.

Dans le domaine judiciaire, le recours aux aides a encore une fois été mineur et seulement 2.5% des patients avaient eu recours à une instance juridique pour ces problèmes légaux alors que 6.0% d'entre eux jugeaient ces problèmes comme « extrêmes » et 22.0% déclaraient ressentir une importance à leur besoin d'aide juridique.

Si 42.8% des patients avaient été incarcérés, 61.4% avaient déjà été condamnés au moins une fois au cours de leur vie. Les alternatives à l'incarcération (amendes, travaux d'intérêts généraux...) sont de plus en plus fréquentes. En matière d'usage de stupéfiants, le rappel à la loi, l'orientation vers une structure médico-sociale, l'injonction thérapeutique et les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de drogues sont des alternatives intéressantes qui évitent de

briser les situations médico-psycho-sociales, familiales et professionnelles déjà fragiles de ces patients et évitent les difficultés de réinsertion post-incarcération.

## **V – Conclusion :**

Les patients de cette étude présentaient une grande précarité médico-psychosociale et des besoins de prise en charge pluridisciplinaire centralisée, inscrite dans le temps et coordonnée par un unique intervenant, qui pourrait être le médecin traitant, préparant ainsi au mieux le relais en ville.

L'organisation de cette prise en charge doit passer par un contrat de soin qui pourrait définir le cadre des prescriptions médicamenteuses (TSO et autres psychotropes), les objectifs médicaux, psychiatriques mais aussi socioprofessionnels que le patient souhaiterait atteindre et dans quels délais.

Ceci implique donc une réunion de concertation et d'évaluation pluridisciplinaire incluant le patient et son médecin traitant pour discuter des objectifs atteints, des objectifs non atteints et des raisons de ces « échecs » afin de définir de nouveaux objectifs.

Depuis juillet 2013, l'HAS propose un plan personnalisé de santé (PPS), qui initialement organisait la prise en charge médico-psychosociale des personnes âgées en perte d'autonomie [53]. Il a ensuite été repris pour organiser les prises en charge de patients complexes souffrant de maladies chroniques avec plus ou moins de perte d'autonomie, mais nécessitant une évaluation et un suivi pluridisciplinaire (diabète [54], maladie de parkinson [55]...).

Le patient dépendant souffre d'une maladie chronique et invalidante. Sa perte d'autonomie est la conséquence d'un désinvestissement médico-psychosocial et d'une incapacité à remplir des obligations.

Le PPS serait donc adapté à la prise en charge du patient dépendant et s'articule

autour de 10 points clés [53] :

- 1) désigner un coordinateur
- 2) identifier les situations à problèmes sur la base d'une évaluation globale médico-psychosociale du patient
- 3) prioriser les situations à risques, les interventions nécessaires et réalisables
- 4) recueillir les attentes et objectifs du patient
- 5) négocier des objectifs avec le patient et réaliser un contrat de soin
- 6) planifier les interventions pour atteindre ces objectifs
- 7) désigner les intervenants
- 8) déterminer des critères d'évaluation de suivi
- 9) fixer des dates de révision des objectifs et résultats
- 10) organiser des procédures d'alerte en cas de problématique aiguë intercurrente

## **BIBLIOGRAPHIE :**

[1] : Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006.

[2] : J.L. VALLEJO. Approche psychosociale des addictions. Limoges, Institut Limousin de Formation et Communication (ILFC), 2011, 37 p.

[3] : Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Prise en charge de l'abus de substances psychoactives, syndrome de dépendance. Disponible sur : [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/fr/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/)

[4] : American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.

[5] : American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (5e éd.), Arlington, American Psychiatric Publishing.

[6] : MAKOUALA M., PLANCKE L., HARBONNIER J., MALICE W. Le suivi des usagers de drogue est-il possible ? *Psychotropes*, 2004, 10, p.19-46.

[7] : BRISSEAU S., AURIACOMBE M., FRANQUES P., DAULOUEDE J., TIGNOL J. L'Addiction Severity Index. *Le courrier des addictions*, 1999, 5, p.200-203.

[8] : Loi n°70-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses. 31 décembre 1970.

[9] : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Substitution aux opiacés, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France. Paris, OFDT, juin 2003, 80 p.

[10] : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Drogues et

toxicomanies, indicateurs et tendances. Paris, OFDT, 1999, 137 p.

[11] : Décret n°89-560 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. 11 août 1989.

[12] : Décret n°72-200 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. 13 mars 1972.

[13] : BOYER L. Projet de loi de finances pour 1998 adopté par l'assemblée nationale – Santé. Commission des affaires sociales, Avis n°89, Tome II, 1997/1998.

[14] : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Drogues et addictions, données essentielles. Saint Denis, OFDT, 2013, 399 p.

[15] : BRISACIER A.C., COLLIN C. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés, analyse des données de remboursement concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2011. Saint-Denis, OFDT, novembre 2013, 45 p.

[16] : Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. Circulaire DGS/SP3/95 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendant aux opiacés. 31 mars 1995.

[17] : L'Assurance Maladie. METHADONE : des règles de prescription très strictes à respecter ! Disponible sur : [http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-marne/vous-informer/methadone-regles-de-prescription\\_marne.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-marne/vous-informer/methadone-regles-de-prescription_marne.php).

[18] : Dictionnaire Vidal. 90<sup>e</sup> éd. Paris : Ed. du Vidal, 2014, 2919 p.

[19] : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. Juin 2004, 16 p.

[20] : Code de santé publique. Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 N°2007-203 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. 16 mai 2007.

[21] : Addictions drogues alcool info service. Le dispositif spécialisé. Disponible sur : <http://www.drogues-info-service.fr>.

[22] : Code de santé publique. Circulaire N°DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie. 2 janvier 2006.

[23] : Code de santé publique. Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. 28 février 2008.

[24] : PALLE C., RATTANATRAY M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), juin 2013, 89p.

[25] : PERDRIAU J.F., BÄCLE F., LALANDE M., FONTAINE A. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), avril 2001, 89p.

[26] : Code de santé publique. Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. 26 septembre 2008.

[27] : Code de santé publique. Circulaire N°DGS/MILDT/SD6B/2006/462 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques. 24 octobre 2006.

[28] : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Drogues, chiffres

clés. 5<sup>e</sup> Ed., Paris, OFDT, juin 2013, 8 p.

[29] : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. INSERM, Expertise Collective, 2012, 601 p.

[30] : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) : Résultats de l'enquête 2011. ANSM, 2013, 4 p.

[31] : KOPP P., FENOGLIO P. Le coût social des drogues en 2003, les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003. Saint-Denis, OFDT, avril 2006, 59 p.

[32] : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Rapport national 2012 (données 2011) à l'OEDT par le point focal français du réseau REITOX. Paris, OFDT, 2012, 273 p.

[33] : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Conférence de consensus, stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Lyon, Juin 2004, 40 p.

[34] : P. GORWOOD, L. LANFUMEY, M. HAMON. Polymorphismes géniques de marqueurs sérotoninergiques et alcoolodépendance. Société de la revue médecine/science, 2004, Volume 20, Numéro 12, p. 1132-1138.

[35] : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. INSERM, Expertise Collective, 2003, 537 p.

[36] : GORMLEY A., LAVENTURE M. Intervenir auprès d'adultes dépendants en rechute : point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant. Drogues, Santé et Société, décembre 2012, 11, 2, p. 72-93.

[37] : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Conférence de consensus, modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés. Sénat-Palais du Luxembourg, avril 1998, p.18-20.

[38] : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Réduction des risques chez les usagers de drogues, synthèse et recommandations. Juin 2010, 62 p.

[39] : Fédération Régionale Nord-Pas-de-Calais de Recherche en Santé Mentale. Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord-Pas-de-Calais1. Avril 2010, p. 56-57.

[40] : Y. LECRUBIER, D.V. SHEEHAN, E. WEILLER et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. European Psychiatry, 1997, Volume 12, Issue 5, p. 224-231.

[41] : Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais. L'atlas régional et territorial de santé du Nord-Pas-de-Calais 2011. Mars 2011, 64 p.

[42] : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Baromètre santé, médecins généralistes 2009, prise en charge des addictions par les médecins généralistes. Disponible sur :

<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prise-en-charge-addictions.pdf>.

[43] : LUCIDARME D. Etude de l'incidence et des facteurs de risque de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les toxicomanes injecteurs du nord et de l'est de la France. Disponible sur : <http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-publique/epidemiologie/hepatite.htm>

[44] : Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge de l'hépatite C par les

médicaments antiviraux à action directe (AAD). HAS, 2014, 17p.

[45] : LANGLOIS E., MILHET M. Les traitements de substitution aux opiacés vus par les patients. Tendances, OFDT, novembre 2012, n°83, 4 p.

[46] : LALANDE A., GRELET S. Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville, suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, approche qualitative. Paris, OFDT, avril 2001, 154 p.

[47] : ESTRADE M.A., MINI C. La hausse du niveau de formation, la durée des études a doublé en cinquante ans. INSEE PREMIERE, septembre 1996, 488.

[48] : Ministère de l'éducation nationale. L'état de l'école, 2010, 20, p.30-31.

[49] : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Stabilité du taux de chômage au troisième trimestre 2010. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14&date=20101202>.

[50] : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Salaires nets annuels moyens selon la région en 2010. Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=99&ref\\_id=CMRSEF04124](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=CMRSEF04124).

[51] : Ministère de la justice et des libertés. Les peines privatives de liberté. In : Conférence de consensus sur la prévention de la récidive. Disponible sur : <http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/01/fiche-6-peines-privatives-de-liberte.pdf>.

[52] : Ministère de la justice et des libertés. Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Disponible sur : [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/mensuelle\\_inTErnet\\_janvier\\_2013.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_inTErnet_janvier_2013.pdf)

[53] : Haute Autorité de Santé. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa).

[54] : Diabhainaut. Définition du Plan Personnalisé de Santé (PPS). Disponible sur : [http://www.diabhainaut.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=342:definition-du-pps&catid=43:pps&Itemid=71](http://www.diabhainaut.com/index.php?option=com_content&view=article&id=342:definition-du-pps&catid=43:pps&Itemid=71).

[55] : Haute Autorité de Santé. Programme Personnalisé de Soins (PPS). Février 2012, 9 p.



ETAT MEDICAL

<p>* 1- Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux ?                  (Y compris surdosage et delirium tremens ; excepté désintoxication) <span style="float: right;">□□</span></p> <p>2 – Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique ? <span style="float: right;">□□ □□</span>                  ans mois</p> <p>3 – Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie (Sérologie hépatite et VIH) ? <span style="float: right;">□</span>                  0 – Non 1 - Oui                  Précisez : .....</p> <p>4 – Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique ? <span style="float: right;">□</span>                  0 – Non 1 - Oui</p>	<p>5- Recevez-vous une pension pour une incapacité physique ? (hors d'une incapacité psychiatrique) <span style="float: right;">□</span>                  0 – Non 1 - Oui                  Précisez : .....</p> <p>6- Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ? <span style="float: right;">□□</span></p> <p style="text-align: center;"><i>Question 7 et 8 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</i></p> <p>7- Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours ? <span style="float: right;">□</span></p>	<p>8- Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux ? <span style="float: right;">□</span></p> <p style="text-align: center;"><i>Évaluation de sévérité par l'interviewer</i></p> <p>9- Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical ? <span style="float: right;">□</span></p> <p style="text-align: center;"><i>Évaluation de confiance</i></p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :</p> <p>10- volontairement par le patient <span style="float: right;">□</span>                  0 – Non 1 – Oui</p> <p>11- par son incapacité à comprendre <span style="float: right;">□</span>                  0 – Non 1 – Oui</p>
--	--	--

COMMENTAIRES

3 – Sérologie hépatite et VIH ?

**TSR – PROBLEMES DE SANTE**

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
4. Avez-vous vu un médecin pour obtenir des soins ?	_   _	_   _
5. Avez-vous vu une infirmière ou un professionnel de la santé pour obtenir des soins ?	_   _	_   _
6. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes de santé :		
En consultation individuelle ?	_   _	_   _
En session de groupe ?	_   _	_   _

EMPLOI / RESSOURCES

\* 1 - Nombre d'années d'études (BAC = 12 ans)   ans   mois

\* 2 - Formation ou études techniques   ans   mois

3 - Avez-vous un métier, une profession, une compétence ?  
0 - Non   
1 - Oui (préciser) : .....

4 - Avez-vous un permis de conduire valide ?  
0 - Non 1 - Oui

5 - Pouvez-vous disposer d'une automobile ? (sans permis de conduire valide répondez Non)  
0 - Non 1 - Oui

6 - Quelle a été la durée de votre plus long emploi plein temps ?   mois   ans

7 - Occupation actuelle (ou dernière occupation)  
Précisez : .....

8 - Quelqu'un contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre ?  
0 - Non 1 - Oui

9 - (Si oui à la question 8) Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières ?  
0 - Non 1 - Oui

10 - Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années

- 1 - Temps plein (32 heures/semaine)
- 2 - Temps partiel (heures régulières)
- 3 - Temps partiel (heures irrégulières, travail à la journée)
- 4 - Etudiant
- 5 - Service militaire
- 6 - Retraité / Invalidité
- 7 - Sans emploi
- 8 - Environnement contrôlé

11 - Combien de journées de travail avez-vous été payé au cours des 30 derniers jours (y compris travail au noir) ?

Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours ?

12 - Emploi (revenu net)

13 - Chômage

14 - Aide sociale

15 - Pension

16 - Conjoint, famille, amis ou gains

17 - Illégal

18 - Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins ? (nourriture, logement, etc)

19 - Combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ?

**Question 20 et 21 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective**

20 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ?

21 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes d'emploi ?

**Évaluation de sévérité par l'interviewer**

22 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil professionnel ?

**Évaluation de confiance**

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

23 - volontairement par le patient  
0 - Non 1 - Oui

24 - par son incapacité à comprendre  
0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

**TSR – PROBLEMES D'EMPLOI ET DE RESSOURCES FINANCIERES**

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous fait des démarches pour un emploi, des études ou une formation ?		
Directement auprès d'une ANPE ?	— —	— —
Par l'intermédiaire d'une autre personne	— —	— —
4. Avez-vous fait des démarches auprès de l'assurance-chômage, de l'aide sociale, ou d'un autre organisme de ce type :		
Directement auprès de cet organisme ?	— —	— —
Par l'intermédiaire d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	— —	— —
5. Avez-vous eu un échange significatif (important) quant à vos problèmes d'emploi ou de ressources financières :		
En consultation individuelle ?	— —	— —
En session de groupe ?	— —	— —

Les items soulignés sont les items à poser en base et en suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de \*.

**SUBSTANCES / ALCOOL / TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE**

	30 derniers jours	Nb de prises par jour	Prescription 30 der jours	Toute la vie années	Voie
* <u>1</u> - alcool toute utilisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>2</u> - alcool intoxicant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>3</u> - héroïne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>4a</u> - méthadone	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>4b</u> - buprénorphine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>5</u> - autres opiacés/analgsésiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>6</u> - barbituriques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>7</u> - autres sédatifs/hyp/tranq	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>8</u> - cocaïne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>9</u> - amphétamines	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>10</u> - cannabis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>11</u> - hallucinogènes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* <u>12</u> - inhalants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

\* 13- plus d'une substance par jour

\* 12b- tabac

\* 12c- Autre addiction sans substance posant problème : \_\_\_\_\_ (précisez)

0= non ; 1= oui

Si oui, 30 derniers jours

Toute la vie (en années)

14- Quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal ?

(Veuillez coder comme précédemment ou : 15-polysubstances; 17-tabac ; 19 :autre addiction sans substance)

Si O4, préciser si cette substance est M= Méthadone, B= Buprénorphine

Si plusieurs substances, veuillez entourer les substances déclarées comme problématiques

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----

15- Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette (ces) substance(s) principale(s) ou d'une autre addiction sans substance

- en mois - (00-jamais abstinent)

16- Depuis combien de mois, cette abstinence a-t-elle cessé ?

(00- encore abstinent)

**Voie d'administration:** 1 = orale, 2 = nasale, 3= fumée, 4 = inj. non IV, 5 = IV  
**Prescription :** 0 = non ; 1 = oui

- \*17-** Combien de fois avez-vous eu :
- un delirium tremens (alcool)
  - une overdose (drogue)
- |  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

- \*18-** Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour :
- problème d'alcool
  - problème de substance (hors alcool et tabac)
  - problème de tabac
  - autre addiction sans substance
- |  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**\*19-** Parmi ces traitements, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) seulement pour:

- problème d'alcool
  - problème de substance (hors alcool et tabac)
  - problème de tabac
  - autre addiction sans substance
- |  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**20-** Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour :

- alcool
  - substances (hors alcool et tabac)
  - tabac
  - autre addiction sans substance
- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**21-** Combien de journées avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool, de substances, de tabac ou pour une autre addiction sans substance au cours des 30 derniers jours ? (y compris AA, NA)

--	--

**22-** Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :

- problèmes d'alcool
  - problèmes de substances (hors alcool et tabac)
  - problèmes de tabac
  - autre addiction sans substance
- |  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Question 23 et 24 : demander au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective :**

**23-** Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des :

- problèmes d'alcool
  - problèmes de substances (hors alcool et tabac)
  - problèmes de tabac
  - autre addiction sans substance
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**24-** Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces:

- problèmes d'alcool
  - problèmes de substances (hors alcool et tabac)
  - problèmes de tabac
  - autre addiction sans substance
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**Evaluation de sévérité par l'interviewer**

**25b-** Selon vous, quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal? (Entourez le(s) numéros correspondant)

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----

**25-** Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour :

- problème d'alcool
  - problème de substances (hors alcool et tabac)
  - problème de tabac
  - autre addiction sans substance
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**Evaluation de confiance**

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

**26-** Volontairement par le patient

- 0- Non
  - 1- Oui
- 

**27-** Par son incapacité à comprendre

- 0- Non
  - 1- Oui
-

### TSR – PROBLEMES LIES AUX DROGUES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les drogues ?	__ __	__ __
8. Avez-vous participé à une réunion de type NA ou CA ?	__ __	__ __
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	__ __	__ __
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à la drogue :		
En consultation individuelle ?	__ __	__ __
En session de groupe ?	__ __	__ __

### TSR – PROBLEMES LIES A L'ALCOOL

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur l'alcool ?	__ __	__ __
8. Avez-vous participé à une réunion de type AA ou Programme 12 étapes ?	__ __	__ __
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	__ __	__ __
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alcool :		
En consultation individuelle ?	__ __	__ __
En session de groupe ?	__ __	__ __

SITUATION LEGALE

1 - Cette admission a-t-elle été provoquée ou suggérée par le système judiciaire (juge, policier, etc) ?  
0 - Non 1 - Oui

2 - Etes-vous en période de probation, de liberté conditionnelle ou dans un établissement pénal ?  
0 - Non 1 - Oui

Combien de fois dans votre vie avez-vous été arrêté et inculqué des délits et crimes suivants :

* 3	Vol à l'étagère, vandalisme		
* 4	Résistance à l'autorité (violation de probation)		
* 5	Usage et trafic de stupéfiants		
* 6	Escroquerie, faux et usage de faux		
* 7	Arme et explosif		
* 8	Vol avec effraction (cambriolage)		
* 9	Vol à main armée		
* 10	Aggression		
* 11	Incendiaire		
* 12	Viol		
* 13	Homicide, meurtre		
* 14	A - Prostitution		
* 14	B - Outrage à magistrat		
* 14	C - Autre (préciser) : .....		

\* 15 - Combien de ces inculpations ont entraîné une condamnation ?

Combien de fois dans votre vie avez-vous fait l'objet d'une des inculpations suivantes ?

\* 16 - Désordre, vagabondage, ivresse publique.

\* 17 - Conduite en état d'ivresse (ou sous l'effet d'une substance)

\* 18 - Autre infraction majeure au code de la route (conduite dangereuse, excès de vitesse, défaut de permis, etc.)

\* 19 - Combien de mois avez-vous été détenus dans votre vie ?

20 - Combien de temps a duré votre dernière détention ?

21 - Pour quelle raison étiez-vous détenu ? (7-20 et 22-24, en cas d'inculpations multiples, codez la plus grave)

\* 22 - Etes-vous en instance d'inculpation de procès ou d'une sentence ?  
0 - Non 1 - Oui

\* 23 - Pour quel motif ? (Si plusieurs motifs, codez le plus grave)

\* 24 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été détenu ?

\* 25 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous eu des activités illégales ?

**Question 26 et 27 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective**

26 - Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes légaux actuels sont graves ? (exclure les problèmes civils)

27 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes légaux ?

**Évaluation de sévérité par l'interviewer**

28 - Comment évaluez-vous son besoin de conseil juridique ?

**Évaluation de confiance**

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

29 - volontairement par le patient  
0 - Non 1 - Oui

30 - par son incapacité à comprendre  
0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

TSR - PROBLEMES JUDICIAIRES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
3. A-t-on (soit vous, soit un organisme) pris contact avec une instance judiciaire (tribunaux, services de détention, de probation ou de libération conditionnelle) par rapport à vos problèmes judiciaires ?	_   _	_   _
4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes judiciaires :		
En consultation individuelle ?	_   _	_   _
En session de groupe ?	_   _	_   _

**HISTOIRE DE LA FAMILLE**

Certaines personnes de votre famille, ont-elles ou ont-elles eu des difficultés que vous qualifieriez d'alcoolisme, de toxicomanie ou psychologiques, qui ont ou auraient dû nécessiter un traitement ?

	<b>Côté Maternel</b>			<b>Côté Paternel</b>			<b>Fratric</b>				
	Alc	Drog	Psych		Alc	Drog	Psych		Alc	Drog	Psych
Gd Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gd Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gd Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gd Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sœur 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sœur 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Consigne : Noter « 0 » dans la catégorie familiale quand la réponse est clairement négative pour toute les personnes de cette catégorie ; « 1 » quand la réponse est clairement oui pour un membre de la catégorie familiale ; « X » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « N » lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degrés de parenté. Coder le parent le plus gravement atteint en cas de plusieurs individus pour une catégorie

**TSR – PROBLEMES FAMILLIAUX**

\* Combien de fois

	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en présence de votre famille :		
Avec un thérapeute familial ?	_   _	_   _
Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?	_   _	_   _
4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en l'absence de votre famille :		
Avec un thérapeute familial ?	_   _	_   _
Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?	_   _	_   _



ETAT PSYCHOLOGIQUE

<p>* ① Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels :</p> <p>Dans un hôpital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>En externe ou dans le privé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>② Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique ? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de substances) au cours de laquelle vous avez : 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>③ Eu une dépression grave</p> <p>④ Souffert d'une anxiété ou d'une tension grave</p> <p>⑤ Connus des hallucinations</p> <p>⑥ Eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous souvenir</p> <p>⑦ Epruvé des difficultés à réprimer un comportement violent</p> <p>⑧ Eu des sérieuses idées de suicide</p> <p>⑨ Tenté de vous suicider</p> <p>⑩ Un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ?</p>	<p>⑪ Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Question 12 et 13 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</i></p> <p>⑫ Au cours des 30 derniers jours dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? <input type="checkbox"/></p> <p>⑬ Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Les items suivants sont à compléter par l'interviewer</i></p> <p>Au moment de l'entretien, le patient est : 0 - Non 1 - Oui</p> <p>⑭ Manifestement déprimé/renfermé <input type="checkbox"/></p> <p>⑮ Manifestement hostile <input type="checkbox"/></p> <p>⑯ Manifestement anxieux/nerveux <input type="checkbox"/></p> <p>⑰ Le patient a des difficultés à évaluer objectivement la situation, il a des troubles de l'idéation, déni <input type="checkbox"/></p> <p>⑱ Il a des difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir <input type="checkbox"/></p> <p>⑲ Il a des pensées suicidaires <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Évaluation de sévérité par l'interviewer</i></p> <p>⑳ Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique/psychologique ? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Évaluation de confiance</i></p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :</p> <p>㉑ volontairement par le patient 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>㉒ par son incapacité à comprendre 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p>
---	---	---

COMMENTAIRES

TSR - PROBLEMES EMOTIONNELS OU PSYCHOLOGIQUES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
5. Avez-vous en consultation, pratiqué un forme de relaxation de biofeedback ou de méditation :		
En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine ?	_	_
En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	_	_
6. Avez-vous en consultation pris part à un jeu de rôles à un psychodrame, à un sociodrame ou à toute autre méthode de modification du comportement :		
En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine ?	_	_
En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	_	_
7. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes psychologiques ou émotionnels :		
Avec un psychothérapeute ?	_	_
Avec un intervenant ou un autre thérapeute		

**Annexe 2** : Questionnaire M0 : « évaluation de l'état de santé des patients

dépendants aux opiacés suivis au centre Boris Vian entre 2007 et 2011 ».

- 1 - Numéro de dossier
- 2 - Date de l'entretien
- 3 - Année de naissance
- 4 - sexe

**I/ volet médical :**

- 5 - Avez-vous un problème médical chronique qui perturbe votre vie ?
  - Oui
  - Non
- 6 - Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique ?
  - Oui
  - Non
- 7 - Recevez-vous une pension pour une incapacité physique ?
  - Oui
  - Non
- 8 - Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux ?
- 9 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ?
- 10 - Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous vu un médecin pour obtenir des soins ?
- 11 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours ?
  - 0 – pas du tout
  - 1 – légèrement
  - 2 – modérément
  - 3 – considérablement
  - 4 – extrêmement
- 12 - Dans quelle mesure est-il important pour vous de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux ?
  - 0 – pas du tout
  - 1 – légèrement
  - 2 – modérément
  - 3 – considérablement
  - 4 – extrêmement

**13 - Evaluation par l'interviewer :**

Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical ?

0 – 1 : pas de problème, traitement non nécessaire

2 – 3 : léger problème, traitement probablement pas nécessaire

4 – 5 : problème modéré, traitement probablement nécessaire

6 – 7 : problème considérable, traitement nécessaire

8 – 9 : problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire

**II/ volet psychiatrique :**

Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels ?

**14 - Dans un hôpital :** \_\_

**15 - En externe ou dans le privé :** \_\_

**16 - Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique ?**

- Oui

- Non

Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de substances) au cours de laquelle vous avez :

	30 derniers jours	Dans toute la vie
Eu une dépression grave	<b>17</b>	<b>25</b>
Souffert d'une anxiété ou tension grave	<b>18</b>	<b>26</b>
Connu des hallucinations	<b>19</b>	<b>27</b>
Eu des difficultés à comprendre, se concentrer, se souvenir	<b>20</b>	<b>28</b>
Eprouvé des difficultés à réprimé un comportement violent	<b>21</b>	<b>29</b>
Eu des idées de suicide	<b>22</b>	<b>30</b>
Tenté de vous suicider	<b>23</b>	<b>31</b>
Eu un traitement prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel	<b>24</b>	<b>32</b>

0 – non

1 – oui

**33 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?** \_\_

**34 - Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?**

0 – pas du tout

1 – légèrement

2 – modérément

3 – considérablement

4 – extrêmement

**35 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant, de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes ?**

- 0 – pas du tout
- 1 – légèrement
- 2 – modérément
- 3 – considérablement
- 4 – extrêmement

**36 - Evaluation par l'interviewer :**

Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique ?

- 0 – 1 : pas de problème, traitement non nécessaire
- 2 – 3 : léger problème, traitement probablement pas nécessaire
- 4 – 5 : problème modéré, traitement probablement nécessaire
- 6 – 7 : problème considérable, traitement nécessaire
- 8 – 9 : problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire

**III/ volet social :**

**37 -** Nombres d'années d'études : \_\_ ans \_\_ mois

**38 -** Quelle a été la durée de votre plus long emploi plein temps ? \_\_ ans \_\_ mois

**39 -** Occupation actuelle (précisez) :

**40 -** Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années :

- 1 – temps plein
- 2 – temps partiel (heures régulières)
- 3 – temps partiel (heures irrégulières)
- 4 – étudiant
- 5 – service militaire
- 6 – retraité / invalidité
- 7 – sans emploi
- 8 – environnement contrôlé

Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours ?

**41- Emploi :** \_\_\_\_\_

**42 - Chômage :** \_\_\_\_\_

**43 - Aide sociale :** \_\_\_\_\_

**44 - Pension :** \_\_\_\_\_

**45 - Conjoint, famille, amis ou gains :** \_\_\_\_\_

**46 - Illégal :** \_\_\_\_\_

**47 -** Combien de journée avez-vous éprouvé des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ? \_\_

**48 -** Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous fait des démarches pour un emploi, des études ou une formation ? \_\_

**49 -** Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous fait des démarches auprès de l'assurance chômage, de l'aide sociale ou d'un autre organisme de ce genre ? \_\_

**50 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ?**

- 0 – pas du tout
- 1 – légèrement
- 2 – modérément
- 3 – considérablement
- 4 – extrêmement

**51 - Dans quelle mesure est-il important pour vous de recevoir une aide pour ces problèmes d'emplois ? \_**

- 0 – pas du tout
- 1 – légèrement
- 2 – modérément
- 3 – considérablement
- 4 – extrêmement

**52- Evaluation par l'interviewer :**

Comment évaluez-vous son besoin en conseil professionnel ?

- 0 – 1 : pas de besoin
- 2 – 3 : léger besoin
- 4 – 5 : besoin modéré
- 6 – 7 : besoin considérable
- 8 – 9 : besoin extrême

#### **IV/ volet addictions :**

Substances consommées :

substance	30 derniers jours	Prescription 30 derniers jours	Voie
Alcool toute utilisation	<b>53</b> _ _ jrs		
Alcool intoxication	<b>54</b> _ _ jrs		
héroïne	<b>55</b> _ _ jrs		<b>71</b>
méthadone	<b>56</b> _ _ jrs	<b>66</b>	<b>72</b>
buprénorphine	<b>57</b> _ _ jrs	<b>67</b>	<b>73</b>
Autres opiacés, analgésiques	<b>58</b> _ _ jrs	<b>68</b>	<b>74</b>
barbituriques	<b>59</b> _ _ jrs	<b>69</b>	<b>75</b>
Autres sédatifs, hypnotiques, tranquillisants	<b>60</b> _ _ jrs	<b>70</b>	<b>76</b>
cocaïne	<b>61</b> _ _ jrs		<b>77</b>
amphétamines	<b>62</b> _ _ jrs		<b>78</b>
cannabis	<b>63</b> _ _ jrs		<b>79</b>
hallucinogènes	<b>64</b> _ _ jrs		<b>80</b>
inhalants	<b>65</b> _ _ jrs		<b>81</b>

Prescription :

- 0 – non
- 1 – oui

Voie d'administration :

- 1- Orale
- 2- Nasale

- 3- Fumée
- 4- Injection non IV
- 5- IV

**82** - Consommation de plus d'une substance par jour au cours des 30 derniers jours :  
\_\_ \_\_ jours

**83** - Quelles substances posent le problème principal ?

- 1- alcool
- 2- héroïne
- 3- méthadone
- 4- buprénorphine
- 5- opiacés
- 6- barbituriques
- 7- sédatifs
- 8- cocaïne
- 9- amphétamines
- 10- cannabis
- 11- hallucinogènes

**84** - Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire en mois?  
\_\_ \_\_

Combien de fois avez-vous eu :

**85** - Un délirium trémens : \_\_ \_\_

**86** - Une overdose : \_\_ \_\_

Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour des problèmes :

**87** - D'alcool : \_\_ \_\_

**88** - De substances (hors tabac et alcool) : \_\_ \_\_

Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez vous avoir dépensé pour :

**89** - L'alcool : \_ \_ \_ \_ \_

**90** - Les substances : \_ \_ \_ \_ \_

**91** - Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'addiction ? \_\_ \_\_

Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :

**92** - Problèmes d'alcool : \_\_ \_\_

**93** - Problèmes de substances : \_\_ \_\_

Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des :

**94** - Problèmes d'alcool : \_\_

**95** - Problèmes de substances : \_\_

0 – pas du tout

1 – légèrement

2 – modérément

3 – considérablement

4 – extrêmement

Dans quelle mesure est-il important pour vous de recevoir un traitement pour ces problèmes :

**96** - D'alcool : \_

**97** - De substances : \_

0 – pas du tout

1 – légèrement

2 – modérément

3 – considérablement

4 – extrêmement

Evaluation par l'interviewer :

Comment évaluez vous son besoin de traitement pour :

**98** - Problème d'alcool : \_

**99** - Problème de substances : \_

0 – 1 : pas de besoin

2 – 3 : léger besoin

4 – 5 : besoin modéré

6 – 7 : besoin considérable

8 – 9 : besoin extrême

### **VI/ volet judiciaire :**

**100** - Etes vous en période de probation, de liberté conditionnelle, ou dans un établissement pénal ?

- Oui
- Non

Combien de fois dans votre vie avez-vous été arrêté et inculpé pour les délits et crimes suivants :

**101** - Vol à l'étalage, vandalisme

**102** - Résistance à l'autorité

**103** - Usage et trafic de stupéfiants

**104** - Escroquerie, faux et usage de faux

**105** - Arme et explosifs

**106** - Vol avec effraction

**107** - Vol à mains armées

**108** - Agression

**109** - Incendiaire

**110** - Viol

**111** - Homicide, meurtre

**112** - Prostitution

**113** - Outrage à magistrat

**114** - Combien de fois ces inculpations ont entraîné une condamnation ?

Combien de fois dans votre vie avez-vous fait l'objet d'une des inculpations suivantes :

**115** - Désordre, vagabondage, ivresse publique : \_ \_

**116** - Conduite en état d'ivresse : \_\_ \_

**117** - Autre infraction majeure au code de la route : \_\_ \_

**118** - Combien de mois dans votre vie avez-vous été détenu ? \_\_ \_

**119** - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous eu des activités illégales en vue d'en tirer profit ? \_\_ \_

**120** - Au cours des 30 derniers jours, combien de fois a-t-on pris contact avec une instance judiciaire par rapport à vos problèmes judiciaires ?

**121** - Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes légaux actuels sont graves ? \_

0 – pas du tout

1 – légèrement

2 – modérément

3 – considérablement

4 – extrêmement

**122** - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes légaux ? \_

0 – pas du tout

1 – légèrement

2 – modérément

3 – considérablement

4 – extrêmement

**123** - Evaluation par l'interviewer :

Comment évaluez-vous son besoin de conseil juridique ?

0 – 1 : pas de besoin

2 – 3 : léger besoin

4 – 5 : besoin modéré

6 – 7 : besoin considérable

8 – 9 : besoin extrême

**Annexe 3** : Questionnaire à M6 et à M12 : « évolution de l'état de santé à 6 mois (M6) et à 1 an (M12) ».

- 1 - Numéro de dossier
- 2 - Catégorie d'entretien :
  - M6
  - M12
- 3 - Date de l'entretien

**I/ volet médical :**

4 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours ?

- 0 – pas du tout
- 1 – légèrement
- 2 – modérément
- 3 – considérablement
- 4 – extrêmement

5 - Dans quelle mesure est-il important pour vous de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux ?

- 0 – pas du tout
- 1 – légèrement
- 2 – modérément
- 3 – considérablement
- 4 – extrêmement

6 - Evaluation par l'interviewer :

Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical ?

- 0 – 1 : pas de problème, traitement non nécessaire
- 2 – 3 : léger problème, traitement probablement pas nécessaire
- 4 – 5 : problème modéré, traitement probablement nécessaire
- 6 – 7 : problème considérable, traitement nécessaire
- 8 – 9 : problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire

**II/ volet psychiatrique :**

7 - Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

- 0 – pas du tout
- 1 – légèrement
- 2 – modérément
- 3 – considérablement
- 4 – extrêmement

8 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant, de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes ?

- 0 – pas du tout
- 1 – légèrement

- 2 – modérément
- 3 – considérablement
- 4 – extrêmement

**9 - Evaluation par l'interviewer :**

Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique ?

- 0 – 1 : pas de problème, traitement non nécessaire
- 2 – 3 : léger problème, traitement probablement pas nécessaire
- 4 – 5 : problème modéré, traitement probablement nécessaire
- 6 – 7 : problème considérable, traitement nécessaire
- 8 – 9 : problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire

**III/ volet social :**

**10 -** Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ? \_

- 0 – pas du tout
- 1 – légèrement
- 2 – modérément
- 3 – considérablement
- 4 – extrêmement

**11 -** Dans quelle mesure est-il important pour vous de recevoir une aide pour ces problèmes d'emplois ?

- 0 – pas du tout
- 1 – légèrement
- 2 – modérément
- 3 – considérablement
- 4 – extrêmement

**12 - Evaluation par l'interviewer :**

Comment évaluez-vous son besoin en conseil professionnel ?

- 0 – 1 : pas de besoin
- 2 – 3 : léger besoin
- 4 – 5 : besoin modéré
- 6 – 7 : besoin considérable
- 8 – 9 : besoin extrême

**IV/ volet addictions :**

Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des :

**13 -** Problèmes d'alcool : \_

**14 -** Problèmes de substances : \_

- 0 – pas du tout
- 1 – légèrement
- 2 – modérément
- 3 – considérablement
- 4 – extrêmement

Dans quelle mesure est-il important pour vous de recevoir un traitement pour ces problèmes :

**15** - D'alcool : \_

**16** - De substances : \_

0 – pas du tout

1 – légèrement

2 – modérément

3 – considérablement

4 – extrêmement

Evaluation par l'interviewer :

Comment évaluez vous son besoin de traitement pour :

**17**- Problème d'alcool : \_

**18**- Problème de substances : \_

0 – 1 : pas de besoin

2 – 3 : léger besoin

4 – 5 : besoin modéré

6 – 7 : besoin considérable

8 – 9 : besoin extrême

#### **VI/ volet judiciaire :**

**19** - Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes légaux actuels sont graves ? \_

0 – pas du tout

1 – légèrement

2 – modérément

3 – considérablement

4 – extrêmement

**20** - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes légaux ? \_

0 – pas du tout

1 – légèrement

2 – modérément

3 – considérablement

4 – extrêmement

**21** - Evaluation par l'interviewer :

Comment évaluez-vous son besoin de conseil juridique ?

0 – 1 : pas de besoin

2 – 3 : léger besoin

4 – 5 : besoin modéré

6 – 7 : besoin considérable

8 – 9 : besoin extrême



**AUTEUR :** VINCK Julie

**Date de Soutenance :** jeudi 11 septembre 2014

**Titre de la Thèse :** Evaluation de l'état de santé des patients dépendants aux opiacés suivis au centre Boris Vian entre 2007 et 2011.

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement :** Addictologie

**DES + spécialité :** DES Médecine Générale

**Mots-clés :** évaluation, état de santé, patients dépendants aux opiacés, médico-psychosocial, prise en charge pluridisciplinaire

**Résumé :**

**Contexte :** La prise en charge des patients dépendants aux opiacés est un défi socio sanitaire et un enjeu de santé publique qui touche 7.5 personnes pour 1000 habitants en France. Cette étude avait pour objectifs d'évaluer l'état de santé de cette population et de définir ses besoins pour améliorer sa prise en charge.

**Méthode :** Cette étude rétrospective évaluait l'état de santé des patients dépendants aux opiacés suivis au centre Boris Vian, CSAPA de niveau II, entre 2007 et 2011. Le recueil des données était basé sur le suivi ASI de ces patients et comportait cinq volets : médical, psychiatrique, addictologique, social et judiciaire. Une réévaluation du ressenti des problèmes de santé et des besoins des patients avait été réalisée 6 mois et 1 an après l'entretien initial. Les résultats ont été traités à l'aide du logiciel Sphinx.

**Résultats :** L'état de santé des patients était précaire dans tous les domaines évalués avec une prédominance de problèmes de dépendance aux substances et de problèmes psychiatriques. Les patients exprimaient des besoins de prise en charge corrélés aux problèmes qu'ils ressentaient. Les profils de consommation mettaient en évidence des conduites à risque d'overdoses et de contamination infectieuse. La prise en charge pluridisciplinaire proposée au centre Boris Vian a permis une amélioration globale de l'état de santé de ces patients à 6 mois et à 1an.

**Conclusion :** Les patients dépendants aux opiacés sont des patients complexes nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée, personnalisée et inscrite dans la durée. Une collaboration entre les intervenants des CSAPA et les médecins traitants est à développer pour répondre à leurs besoins médico-psychosociaux.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur O. COTTENCIN

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur P. THOMAS

Monsieur le Professeur J.M. LEFEBVRE

Monsieur le Docteur J. HARBONNIER