



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Connaissance du dispositif de soins d'addictologie auprès des  
médecins généralistes dans le versant Nord-Est de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 30 novembre 2015 à 18h00

Au Pôle Formation

**Par Djamel El fahsi**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier Cottencin**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva**

**Monsieur le Docteur Pierre Marie Danze**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Laurent Urso Baiardo**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

ANPAA :	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
APA :	Association Américaine de Psychiatrie
API :	Alcoolisation ponctuelle importante
ARH :	Agence Régionale d'Hospitalisation
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CAST :	Cannabis Abuse Screening Test
CSAPA :	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DGS :	Direction Générale de la Santé
DNDR :	Dotation Nationale de Développement des Réseaux de santé
DSM :	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie
ELSA :	Equipe de Liaison de Soins en Addictologie
ESPAD :	European School Project on Alcohol and other Drugs
HDJ :	Hôpital De Jour
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MILDT :	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
NSPP :	Ne Se Prononce Pas
ODICER :	Observatoire de Drogues pour l'Information sur les Comportements En Région
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RDR :	Réduction Des Risques

## Table des matières

<b>1. Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Introduction .....</b>	<b>2</b>
I.  DEFINITIONS .....	4
A.  Drogue : .....	4
B.  Substance psychoactive et classification .....	5
C.  Usages et Troubles .....	6
1.  Usage .....	6
2.  Usage à risque .....	7
3.  Abus (ou usage nocif) .....	7
D.  Dépendance .....	7
E.  Trouble lié à l'usage de substance .....	8
F.  Concept d'addiction .....	9
G.  L'addictologie .....	10
II.  Impact des substances au sein de notre société (chiffres clés) .....	11
A.  Alcool .....	12
1.  Impact de l'alcool sur la santé au niveau national .....	12
2.  Impact de l'alcool sur la santé au niveau régional .....	12
3.  Consommation de l'alcool .....	13
4.  Modes de consommation de l'alcool en France .....	14
a.  Chez les adultes de 18-75 ans : .....	14
b.  Chez les adolescents de 17 ans : .....	15
5.  Evolution du mode de consommation .....	15
6.  Soins liés aux conséquences de l'alcool .....	16
7.  L'alcool au niveau régional .....	17
B.  Tabac .....	18
1.  Impact du tabac sur la santé au niveau national .....	18
2.  Impact du tabac sur la santé au niveau régional .....	19
3.  Consommations de tabac en France .....	19
4.  Consommation de tabac au niveau régional .....	20
5.  Soins liés aux conséquences du tabac .....	20
6.  Usage de la cigarette électronique .....	21
C.  Cannabis .....	22
1.  Impact du cannabis sur la santé .....	22
2.  Consommations du cannabis .....	22
3.  Soins liés aux conséquences du cannabis .....	24
D.  Autres substances .....	24
1.  Héroïne .....	24
a.  Impact de l'héroïne sur la santé .....	24
b.  Consommations d'héroïne .....	25
c.  Soins liés aux conséquences de l'héroïne .....	25
2.  Cocaïne .....	25
a.  Impact de la cocaïne sur la santé .....	25
b.  Consommation de cocaïne .....	26
3.  Impact de l'héroïne et la Cocaïne sur la santé au niveau régional .....	26

E.	Médicaments Psychotropes .....	27
F.	Jeux de hasard et d'argent .....	27
III.	Dispositif et système de soins.....	28
A.	L'organisation en réseaux .....	28
1.	Structures d'information, d'orientation et d'écoute.....	29
2.	Structure d'accompagnement et de prise en charge .....	30
a.	Médecins généralistes.....	30
b.	L'offre médico-sociale.....	30
i.	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie .....	30
ii.	Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) .....	31
c.	L'offre hospitalière .....	31
i.	Les niveaux de sevrage .....	31
ii.	Les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).....	32
B.	État des lieux du dispositif de soins d'addictologie dans le versant Nord-Est de la métropole Lilloise .....	33
1.	Service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix .....	33
a.	Présentation du service d'addictologie de Roubaix .....	33
b.	Fonctionnement du service d'addictologie.....	33
c.	Activités du service d'addictologie du CH Roubaix.....	34
2.	Les centres de soins du versant Nord-Est lillois .....	35
a.	CSAPA « La Trame ».....	35
b.	CSAPA « La Sauvegarde »(Le Relais) .....	37
IV.	Addictologie et médecine générale.....	38
A.	Rôle capital du médecin généraliste.....	38
B.	Investissement des médecins généralistes dans la prise en charge de l'addiction en France.....	38
V.	Présentation de Roubaix .....	39
A.	Situation géographique .....	39
C.	Population de Roubaix .....	40
D.	Inégalité sociale face à l'addiction .....	40
	<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>42</b>
I.	Type d'étude .....	42
II.	Critères de jugement .....	42
III.	Population cible.....	43
IV.	Description du questionnaire .....	43
V.	Le déroulement pratique.....	44
A.	L'envoi des questionnaires .....	44
B.	Le recueil des données .....	45
VI.	L'analyse des données .....	45
	<b>3. Résultats .....</b>	<b>46</b>
I.	Taux de réponse .....	46
II.	Données démographiques des médecins.....	46
A.	L'âge.....	46
B.	Le sexe.....	47
C.	Lieu d'installation.....	47
D.	Durée d'installation .....	48
E.	Mode d'exercice .....	48
III.	Connaissance et utilisation du dispositif de soins en addictologie .....	48
IV.	Prise en charge des patients au cabinet.....	50
A.	Nombre de patients suivis dans le cadre d'une addiction.....	50

B.	Recherche systématique d'une addiction .....	51
C.	Outils de repérage.....	51
D.	Représentations des addictions dans la prise en charge .....	51
V.	Difficultés ressenties par les médecins généralistes.....	52
A.	Classement des difficultés de prise en charge .....	52
B.	Difficultés de prise en charge selon le patient .....	53
E.	Difficultés dans la prescription des médicaments.....	53
F.	Difficultés à maintenir un suivi .....	54
VI.	Formations des généralistes.....	54
VII.	Informations.....	55
A.	Sources d'informations.....	55
B.	Origines des informations concernant les actions menées des réseaux ...	55
C.	Outils pour mieux connaître le réseau d'addictologie .....	56
D.	Répartition des médecins selon la connaissance ou non du dispositif de soins .....	57
<b>4.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>60</b>
I.	Les raisons de cette étude.....	60
II.	Les limites de l'étude .....	60
III.	Les points positifs de l'étude.....	61
IV.	Analyse des données .....	62
A.	Caractéristiques des médecins de Roubaix et Wattrelos .....	62
B.	Connaissance du dispositif de soins en addictologie (critère principal de l'étude).....	63
C.	Prise en charge des addictions .....	64
D.	Participation à des réseaux de santé .....	65
E.	Utilisation du dispositif de soins d'addictologie.....	65
F.	Manque de formation .....	66
G.	Difficultés de prise en charge .....	67
V.	Outils de repérage précoce à développer.....	69
VI.	Ouvertures et perspectives .....	70
<b>5.</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>71</b>
<b>6.</b>	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>72</b>
<b>7.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>77</b>
Annexe 1 :	Dépendance à une substance selon le DSM IV .....	77
Annexe 2 :	Rapport d'activité GT 59/62 dans le versant Nord est de Lille (2014) .	78
Annexe 3 :	Lettre de présentation du questionnaire.....	79
Annexe 4 :	Questionnaire.....	80
Annexe 5 :	Déclaration de l'étude auprès de la CNIL.....	83

## 1.RESUME

**Contexte :** Véritable enjeu de santé publique en France, les consommations de substances psychoactives sont en France à l'origine de nombreuses complications bio-psycho-sociales. Le médecin traitant joue un rôle primordial dans la prise en charge. Dans ce contexte, l'objectif principal de l'étude est d'évaluer les connaissances du dispositif de soins d'addictologie auprès des médecins généralistes du versant Nord-Est de Lille. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les difficultés rencontrées, la formation des médecins et les sources d'informations.

**Méthode :** Une enquête quantitative descriptive durant la période de Février à Mars 2015 a été menée auprès de l'ensemble des médecins généralistes installés à Roubaix et Wattrelos.

**Résultats :** Sur 214 médecins contactés, 78 ont renvoyé un questionnaire exploitable soit un taux de participation de 36,4%. 49% des médecins connaissent les dispositifs de soins d'addictologie, parmi eux 71% les sollicitent. 97% des médecins les jugent utiles. Les difficultés de prise en charge concernent le patient toxicomane ou poly-toxicomane pour 78% des médecins. Les sources principales d'information sont la presse médicale pour 46% des médecins, les réseaux de soins d'addictologie (45%) et Internet (42%). 83% des médecins se déclarent pas assez formés et 62% trouvent qu'ils sont mal informés des actions menées par les réseaux de soins. Enfin, 63% des médecins pensent qu'il est utile de créer un annuaire détaillant les structures et personnes ressources.

**Conclusion :** L'étude met en évidence une connaissance insuffisante des réseaux de soins d'addictologie dans le versant Nord-est de Lille. La connaissance de ces réseaux est un critère nécessaire voir suffisant pour sensibiliser des médecins et favoriser ainsi leur implication.

## 2.INTRODUCTION

Les addictions de substances psychoactives sont responsables chaque année en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et maladies. Elles sont également à l'origine de handicaps, de nombreux problèmes familiaux et professionnels, d'actes de violence et de précarité qui génèrent une souffrance et un coût social majeur. De ce fait, les addictions constituent un véritable enjeu de santé publique. (1)

Si les concepts de pratiques addictives et d'addictions sont désormais admis par la communauté scientifique et globalement acceptés par notre société, différents travaux ont mis en évidence l'insuffisance du repérage précoce de l'usage nocif des substances psychoactives et la prise en compte trop tardive par le système sanitaire ou social de ces patients, le plus souvent au stade de la dépendance ou des complications (2).

Le médecin généraliste, est en règle générale en première ligne pour repérer les troubles liés à l'utilisation de substances (usages nocifs ou usage à risque) et par conséquent devrait parfaitement connaître la conduite à tenir. Il doit savoir conseiller, manier la thérapie brève ou la prise en charge psychologique. Dans la pratique, le médecin généraliste joue un rôle qui peut aller bien au-delà du repérage et de l'intervention brève. Il permet une prise en charge globale et individuelle tout en proposant un suivi au long cours, éventuellement dans un partenariat avec les spécialistes ou dans le cadre d'un réseau.

Par manque de formation ou parce que l'addictologie nécessite une grande implication, elle est parfois délaissée par certains médecins généralistes. La prise en charge des patients souffrant d'addiction ne peut donc dans certains cas se concevoir sans les dispositifs de soins médico-sociaux. Ceux-ci permettent un accompagnement sur la durée, associée à une prise en charge multidisciplinaire organisée en structures médico-psycho-sociales. Ces structures spécialisées ont une connaissance plus pointue de la maladie alors que les médecins généralistes connaissent mieux le patient dans son milieu de vie, avec ses contraintes et ses logiques propres.

L'objectif premier de notre travail est donc d'évaluer le lien qui existe entre les dispositifs de soins en addictologie et les médecins généralistes, un lien qui passe



avant tout par la connaissance des réseaux à travers les différents établissements dans le versant Nord-Est de la métropole lilloise.

Après avoir défini certains termes, nous évaluerons les conséquences des principales substances psychoactives et détaillerons l'organisation actuelle des soins en France avec ses représentants dans le versant Nord-Est de la métropole lilloise. Par la suite, nous verrons la place de l'addictologie en médecine générale et nous présenterons les caractéristiques socio-économiques de la commune de Roubaix.

Dans la seconde partie, nous exposerons la méthodologie et les résultats de l'enquête, dressant ainsi un état des lieux des pratiques des professionnels de santé en ville en matière d'addiction. Enfin, nous nous attacherons à repérer les difficultés et à proposer des solutions afin d'améliorer la communication entre les différents acteurs que sont les médecins généralistes et les structures spécialisées dans la lutte contre l'addiction.

Cette étude s'inscrit dans la continuité du travail réalisé par le Dr Florent Perdriel-Vaissière en 2013.

## I. DEFINITIONS

C'est parce que l'addictologie est à la fois un vaste et complexe sujet évoluant sans cesse et à la fois peu détaillé durant les études de médecine qu'il est nécessaire de rappeler quelques concepts en matière d'addiction.

### A. Drogue :

Le mot « drogue » peut prêter à confusion car il a plusieurs sens. Autrefois, il désignait un médicament, une préparation des apothicaires (ancêtres des pharmaciens) destinée à soulager une maladie. Ensuite, il a été utilisé pour désigner exclusivement les substances illicites. Aujourd'hui, pour nommer l'ensemble des produits qui agissent sur le cerveau, on utilise le terme plus neutre et plus précis de substance psychoactive (3).

Selon le Professeur BINET Jacques-Louis et adopté à l'unanimité par l'académie nationale de médecine lors de la séance du 28 novembre 2006 « Une drogue est une substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif qui conduit à instaurer la permanence de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (dépendance psychique), voire même physiques (dépendance physique), survenant à l'arrêt de cette consommation qui, de ce fait, s'est muée en besoin. A un certain degré de ce besoin correspond un asservissement (une addiction) à la substance. La personne droguée ou toxicomane concentre alors sur elle ses préoccupations, en négligeant les conséquences sanitaires et sociales de sa consommation compulsive. En aucun cas, ce terme ne doit être utilisé au sens de médicament ou substance pharmacologique active » (4).

Ce terme offre l'avantage d'inclure l'intentionnalité du sujet dans la recherche de l'effet psychoactif du produit. Une substance psychoactive renvoie à un champ bien plus large que le terme de drogue, comme par exemple le sucre, mais n'inclut pas la notion d'intentionnalité.

## **B. Substance psychoactive et classification**

En 1957, un psychiatre français, Jean Delay et son associé Pierre Deniker, définissent les substances psychoactives comme étant des « substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle ayant un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui sont susceptibles de modifier l'activité mentale sans préjuger du type de cette modification » (5). Elle agit en y modifiant le fonctionnement des neurotransmetteurs. Elle peut engendrer des perturbations au niveau des perceptions, de l'humeur, de la conscience ou du comportement. Cette action sur le cerveau est à l'origine de troubles liés à l'usage (ou phénomène de dépendance). Il en existe un grand nombre qui peuvent être regroupées selon différents critères.

La classification des psychotropes n'a cessé d'évoluer dans le temps en raison d'une multitude de facteurs pris en compte. Ils peuvent être classés selon l'effet, la nature, le dosage, la toxicité, l'impact social ou bien encore selon l'aspect juridique. La classification de l'allemand Louis Lewin, en 1924, déterminait par exemple cinq grandes catégories de psychotropes selon leurs effets (euphorisants, hallucinogènes, déprimants, stimulants, somnifères). Elle manquait toutefois de précision face à la classification de Delay et Deniker en 1957. D'autres ont tenté de classer les psychotropes sur leur niveau de dangerosité et leur risque de dépendance. C'est le cas de la classification de l'OMS en 1971.

En 1998, le Pr Roques Bernard, a présenté un rapport sur la dangerosité des produits pour le Secrétaire d'État à la Santé de l'époque, M. Kouchner, à l'issue des Rencontres Nationales sur l'Abus de drogues et la toxicomanie. Cette classification a l'avantage d'aborder une approche globale considérant à la fois les propriétés pharmacologiques des produits psychotropes, les problèmes et risques sanitaires et sociaux liés à la consommation de ces produits.

Extrait du tableau publié à la page 182 du rapport de dangerosité des produits (6)

	<u>Opioides</u>	<u>Alcool</u>	<u>Tabac</u>	<u>Cocaïne</u>	<u>Psychostimulants</u>	<u>Benzodiazépines</u>	<u>Cannabis</u>
<u>Dépendance physique</u>	très forte	très forte	Forte	Faible	Faible	moyenne	0
<u>Dépendance psychique</u>	très forte	très forte	très forte	forte mais intermittente	Moyenne	Forte	0
<u>Neurotoxicité</u>	Faible	très forte	0	Forte	Forte	0	0
<u>Toxicité générale</u>	forte (nulle pour <a href="#">méthadone</a> et <a href="#">morphine</a> en usage thérapeutique)	Forte	très forte	Forte	Forte	très faible	très faible
<u>Dangerosité sociale</u>	très forte	Forte	(cancer)	très forte	faible (exceptions possibles)	Faible	faible

## C. Usages et Troubles

Jusqu'en 2013, les usages de substances psychoactives étaient classés de la manière suivante par les professionnels spécialisés de l'Association Américaine de psychiatrie (APA) :

### 1. Usage

L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages. Une telle définition veut donc dire que l'usage ne saurait être considéré comme relevant d'une problématique pathologique nécessitant des soins, (alors que l'abus et la dépendance sont obligatoirement inscrits dans des problématiques de prise en charge sanitaire et sociale). Le caractère illicite de la substance consommée ne saurait être pris comme critère de pathologie. Les seules complications de l'usage simple de substances illicites sont d'ordre pénal ou social (7).

## 2. Usage à risque

L'usage à risque est une consommation de substances psychoactives n'entraînant pas forcément de dommages immédiats pour le consommateur ou pour autrui mais comportant cependant des risques dans certaines situations (grossesse, conduite de véhicule ou de machine, association avec d'autres substances) ou chez des personnes physiquement ou psychologiquement vulnérables (3).

## 3. Abus (ou usage nocif)

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV), l'abus est caractérisé par une consommation répétée qui conduit à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. Le diagnostic nécessite la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

- Utilisation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison) ;
- Utilisation répétée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- Problèmes judiciaires récurrents liés à l'utilisation d'une substance ;
- Consommation maintenue malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (8).

Les dommages d'ordres sanitaires (somatiques, psychiatriques ou psychologiques), ou sociaux avec un retentissement familial, scolaire ou professionnel peuvent entraîner bien souvent une marginalisation. Cet état s'accompagne le plus souvent de plaintes concernant les modalités de consommation et les dommages qui peuvent être émises soit par l'entourage ou soit par le sujet lui-même .

## D. Dépendance

Les critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV correspondent à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du

fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) de manifestations détaillées en annexe 1, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois.

## **E. Trouble lié à l'usage de substance**

En mai 2013 lors du congrès de l'APA à San Francisco, la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) apporte les modifications suivantes :

1. Elle supprime les notions d'usage nocif (abus) et de dépendance pour les regrouper en un seul diagnostic de « troubles liés à l'usage d'une substance ».

2. Les critères diagnostiques de ces troubles sont quasi identiques à ceux de l'usage nocif (abus) et de la dépendance des classifications antérieures combinés en une seule liste, à deux exceptions près : le critère de « problèmes judiciaires récurrents » a été retiré et le critère « craving » rajouté.

3. Il y a « trouble lié à l'usage d'une substance » quand au moins deux des onze critères suivants se manifestent au cours d'une période de douze mois :

- Besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Le trouble est qualifié de faible si 2 à 3 critères sont présents, modéré pour 4 à 5 critères et sévère pour 6 critères et plus.

Le passage de l'usage au trouble n'est pas systématique. Il n'est souvent pas perçu par l'utilisateur qui pense maîtriser sa consommation. Pour les acteurs de prévention et en premier lieu les médecins généralistes, cela justifie une action le plus en amont possible, d'abord pour éviter si possible l'entrée en consommation, puis, si cette consommation n'a pu être évitée, pour empêcher l'apparition d'un trouble ou réduire sa sévérité. Aujourd'hui, on parle de conduites addictives pour désigner l'ensemble des usages susceptibles d'entraîner un trouble (3).

## F. Concept d'addiction

Afin de mieux comprendre le processus addictif, Claude Olievenstein, a élaboré un modèle trivarié, expliquant la toxicomanie comme "la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel". Cette approche montre l'importance des interactions entre la personne, le produit et l'environnement.

### L'addiction : modèle trivarié de Claude Olievenstein



Cette définition peut s'inscrire dans une conception de l'addiction que proposent les psychiatres tels que Aviel Goodman en 1990, Stanton Peele en 1985 et Norman Zinberg en 1984 où l'addiction ne doit pas être réduite strictement au rapport addictif





La personne qui présente un problème d'addiction est alors replacée, non plus uniquement dans son rapport au produit, mais au cœur d'un environnement plus complexe où le champ médical, social, et psychologique ont chacun une implication. De même, le patient se situe dans un parcours de soin, non pas linéaire et arrêté dans un espace-temps, mais évolutif au sein d'un large dispositif en fonction de ses besoins à un instant donné, allant de la réduction des risques à des soins spécialisés (12).

## II. Impact des substances au sein de notre société (chiffres clés)

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2014 (13)

	Produits Illicites					Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Médicaments psychotropes	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	16 M	46,9 M	38,2 M
Usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	11 M	42,8 M	16,0 M
Usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	3,8 M	8,7 M	13,3 M
Usagers quotidiens	700 000	//	//	//		4,6 M	13,3 M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse)

// : Non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

Les tendances d'évolution relatives aux usages de produits psychoactifs diffèrent selon les substances mais aussi selon l'âge des personnes interrogées. C'est pourquoi il est intéressant de distinguer pour chaque addiction étudiée la consommation des adultes et des jeunes de 17 ans.

## **A. Alcool**

### **1. Impact de l'alcool sur la santé au niveau national**

Les experts nationaux (Bourgain Catherine, Addiction 2012) et internationaux (Nutt David John, Lancet 2010) s'accordent sur le fait que l'alcool est le produit le plus dangereux entraînant des dommages sanitaires et sociaux majeurs devant l'héroïne et la cocaïne. Arrivent ensuite le tabac, responsable surtout des dommages sur la santé puis le cannabis, causant prioritairement des dommages sociétaux (14). Selon le Dr Rigaud Alain, président de l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), l'alcool est la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité en France en 2009 avec 49 000 décès imputables par « cancers, pathologies cardio-vasculaires, cirrhose du foie, troubles psychiatriques, sans parler des accidents et suicides qu'il entraîne », dont 40 % avant 65 ans (15) . Il est retrouvé dans 20 % des délits et 50 % des crimes.

Il est la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité prématurée et évitable en France après le tabac avec 22 % des décès des 15-34 ans, 15 % des décès des 35-64 ans et 3 victimes sur 4 sont des hommes en 2009 (15). D'après le biostatisticien Arnaud Gautier, la surmortalité masculine en France liée à l'alcool est de 30 % supérieure à la moyenne européenne (16). C'est la 1<sup>ère</sup> cause non génétique de handicap mental par l'alcoolisation foetale pendant la grossesse (15). L'économiste Kopp Pierre a évalué en 2015, un coût social pour la France de 120 Milliards d'euros (17). Ce chiffre illustre bien l'enjeu de santé publique que représente l'alcool à l'échelle nationale.

### **2. Impact de l'alcool sur la santé au niveau régional**

Le constat est alarmant dans notre région. Le tableau ci-dessous nous révèle que, globalement, la surmortalité régionale liée aux comportements à risque, c'est-à-dire pour l'essentiel les pathologies reprises dans le tableau suivant, est significativement supérieure à la mortalité française. Elle excède même de 50% chez les moins de 65 ans.

Comparatif des taux de mortalité nationaux et régionaux standardisés, pour les principales pathologies liées à l'alcool selon l'INSERM durant 2008-2010 (18).

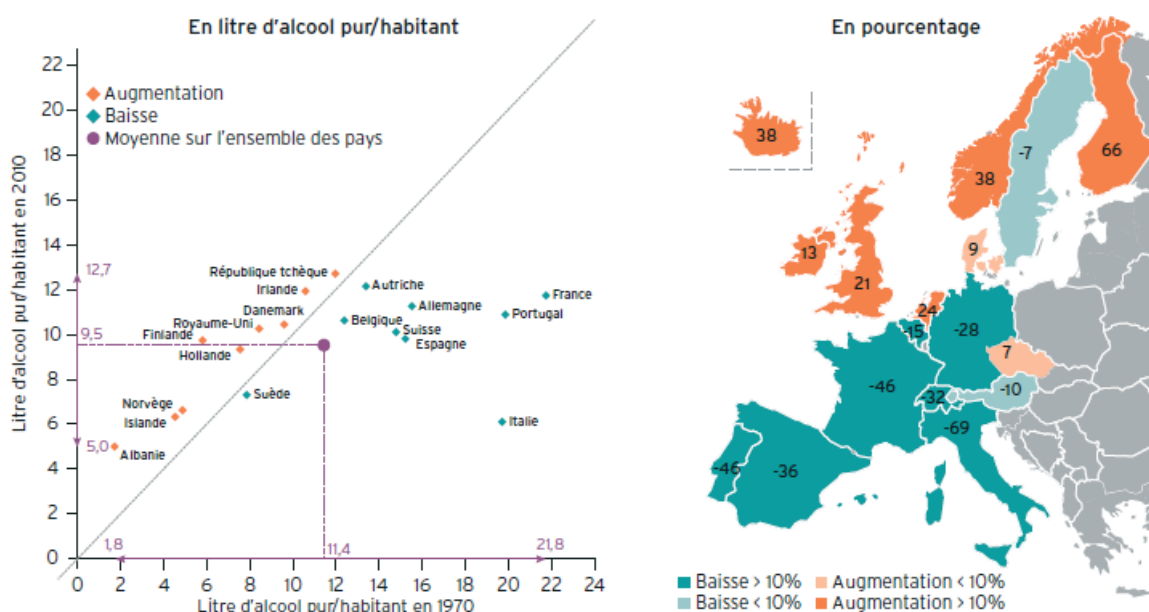
Pathologies	Produits	France Taux / 100000 habitants	Nord Pas-de Calais*
Cirrhose hépatique	Alcool	11,4	24,7
Psychose alcoolique	Alcool	4,5	7,7
Cancers broncho-pulmonaires	Tabac, alcool, cannabis	47	55,8
Cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS)	Tabac, alcool, cannabis	6,1	10,6
Maladies cardiovasculaires	Tabac, alcool	215,5	272,5

\*Nombre de décès pour 100 000 que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure d'âge que la population de référence

### 3. Consommation de l'alcool

Au début des années 1960, la consommation d'alcool en France était très largement supérieure à celle observée dans les autres pays européens.

Comparaison des consommations européennes des volumes d'alcool (1970,2010) selon l'INPES(19)



Source: Global Health Observatory Data Repository (<http://apps.who.int/gho/data/node.main>)

La consommation d'alcool en France diminue régulièrement depuis 50 ans. Entre 1961 et 2010, elle a baissé de moitié, passant de 26 à 11,6 litres d'alcool pur par an et

par habitant ce qui représente en 2010 en moyenne 2,6 verres « standard » ou unités standard d'alcool (1 verre standard contenant environ 10 g d'alcool pur) (20). La France ne constitue plus désormais une exception même si elle conserve un des plus forts niveaux de consommation d'alcool au monde.

Cette baisse qui s'est notablement ralentie depuis 2008 est principalement imputable à la diminution de la consommation de vin, même si elle reste néanmoins la boisson alcoolique la plus consommée (21).

Cette moyenne de 2,6 verres « standard » reflète mal la réalité sur le terrain puisque si l'on s'intéresse à la distribution du nombre de verres consommés dans la population, on constate alors que la moitié des quantités d'alcool est absorbée par 8 % de la population (22).

#### **4. Modes de consommation de l'alcool en France**

Selon les baromètres santé INPES, les enquêtes sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) et l'European School Project on Alcohol and other Drugs qui est une enquête quadriennale en milieu scolaire (ESPAD), en 2014 (20) :

##### **a. Chez les adultes de 18-75 ans :**

- 10 % ont déclaré consommer des boissons alcoolisées tous les jours.
- 8 % soit 3,4 millions sont considérés comme des consommateurs à risque. Cette consommation à risque a diminué en 4 ans (9 % en 2010).
- 17 % ont déclaré pour le mois écoulé une alcoolisation ponctuelle importante (API) évaluée à au moins six verres lors d'une même occasion, ce qui reste stable par rapport à 2010.
- 7 % n'en ont jamais bu
- 92 000 personnes consultent chaque semaine pour un problème lié à l'alcool selon l'ANPAA (23).

### **b. Chez les adolescents de 17 ans :**

- 11 % déclarent une consommation régulière d'alcool (24). Cette proportion est en hausse depuis 2008 (10,5 % en 2011 et 8,9 % en 2008) après une période discontinue de baisse depuis 2003.

- 49 % ont déclaré une API au cours du mois écoulé. Ce niveau, après une hausse entre 2005 et 2011, apparaît en baisse (53 % en 2011).

Chez les adultes comme chez les jeunes, les hommes boivent en général plus que les femmes. Ces chiffres restent probablement sous-évalués car une partie des populations les plus précaires peuvent échapper aux enquêtes.

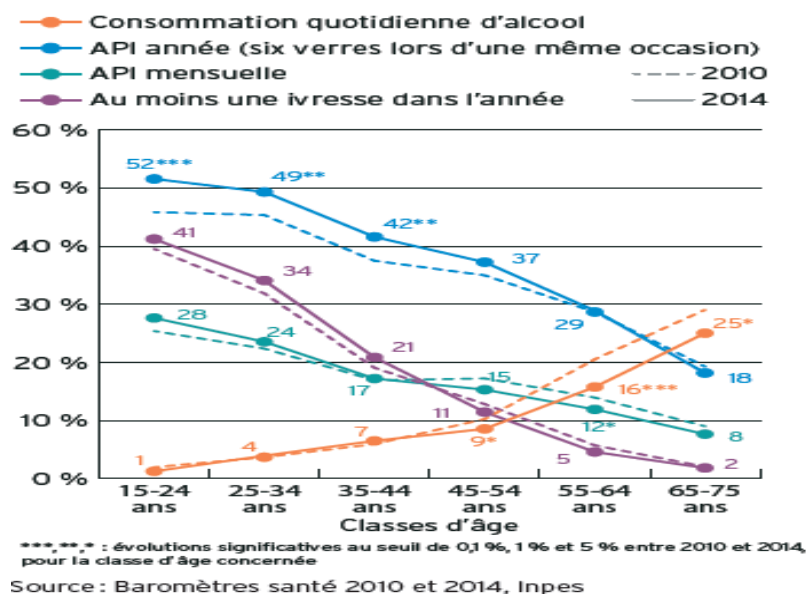
## **5. Evolution du mode de consommation**

Nous avons vu dans les chapitres précédents qu'en matière de quantité, le volume d'alcool consommé en moyenne avait considérablement diminué ces dernières décennies. Aussi, les jeunes consomment plus l'alcool de manière ponctuelle.

Le tableau qui suit révèle que le mode de consommation par alcoolisation ponctuelle importante (API), chez les jeunes, a tendance à s'amplifier avec le temps. En parallèle, ils n'ont pas diminué leurs modes de consommation régulières durant cette même période contrairement aux générations plus âgées et notamment les plus de 40 ans.

Le mode de consommation de l'alcool en France évolue d'une consommation quotidienne de type « vin à table » vers une consommation ponctuelle importante de type plutôt festive. En résumé, la consommation chez les plus de 40 ans s'améliore (diminution de la consommation régulière) quand celle des jeunes s'aggrave (augmentation des API).

Evolution des différents modes de consommation d'alcool selon l'âge, en 2010 et 2014



## 6. Soins liés aux conséquences de l'alcool

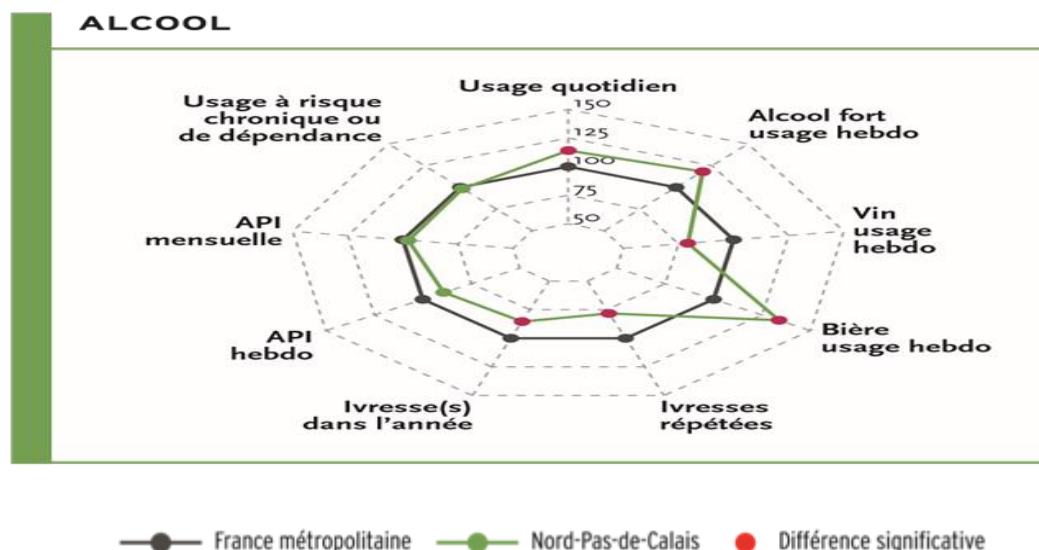
Les prises en charge ne cessent d'augmenter au fil des années. En 2010, selon l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), 133 000 personnes ayant un problème avec l'alcool ont été accueillies en ambulatoire dans les Centres de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré plus de 142 000 séjours en lien avec les complications de l'alcool en 2013 contre 139 000 en 2010. Les deux tiers sont liés à des intoxications aiguës (ivresses) et sont de très courte durée (en moyenne une journée). Il y a également eu en 2013 environ 52 000 séjours pour sevrage de l'alcool contre 44 000 en 2010 (12). En revanche, ces données hospitalières disponibles sont cependant partielles. Ce chiffre ne prend pas en compte les hospitalisations pour cancer ou pour maladies cardiovasculaires attribuables à la consommation d'alcool. Elles ne recensent pas non plus le nombre de patients vus par les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et dans les consultations hospitalières en addictologie (25).

Les médecins de ville ont vu, quant à eux, environ 50 000 patients chaque semaine en 2009 pour un sevrage (16).

## 7. L'alcool au niveau régional

Comparaison en 2010 de la consommation d'alcool entre le Nord pas de Calais et la France selon l'atlas des usages de substances psychoactives de 2013 (24).



Ce graphique radar met en évidence les différences significatives des modes de consommation d'alcool entre la région et la France. La consommation quotidienne d'alcool dans le Nord-pas de Calais est environ 20% plus élevée qu'en France. Comparativement à l'échelle nationale, la consommation hebdomadaire de bière et d'alcool fort à l'échelle régionale est respectivement environ 37% et 25% plus importante. Celle du vin est par contre 25% plus faible. Le nombre d'ivresses déclarées est significativement plus faible dans la région.

Selon l'atlas des usages de substances psychoactives se référant des résultats du questionnaire Audit-C en 2010, 13% des 15-75 ans boivent quotidiennement dans le Nord-Pas-de-Calais, contre 11% dans le reste de la France. C'est une des quatre régions où la part de buveurs quotidiens d'alcool est la plus forte mais aussi là où l'ivresse au cours de l'année est la plus faible avec 16 % contre 19% dans le reste de la France. Le taux de consommateurs à risque n'y est pas plus élevé qu'ailleurs.

D'un point de vue sanitaire, la région continue à payer les conséquences de l'alcoolisation des dernières décennies, avec notamment des niveaux de mortalité prématurée par cirrhose ou par un alcoolisme deux fois plus élevé que dans le reste de la France (le Nord-Pas de Calais est la 1<sup>ère</sup> région sur cet indicateur). Les nouvelles générations apparaissent plutôt moins consommatrices qu'ailleurs en France avec un usage régulier d'alcool à 17ans de 8 % en Nord-Pas de Calais, contre 11% dans le reste de la France (24).

Il faut néanmoins rester prudent devant ces chiffres issus de déclarations car les interpellations pour ivresse sur la voie publique restent plus importantes qu'ailleurs en France (3 ‰ contre 2,2 ‰ habitants) même si un tel indicateur dépend des stratégies et des moyens mis en œuvre dans la région par les services de police et de gendarmerie (26).

## **B. Tabac**

### **1. Impact du tabac sur la santé au niveau national**

En France, Le tabac demeure un fléau inégalé de santé publique qui tue un fumeur régulier sur deux et fait perdre 20 à 25 ans d'espérance de vie (27). En d'autre terme un fumeur sur deux meurt avant l'âge de la retraite. C'est la première cause de mortalité prématurée et évitable en France (27) avec plus de 70 000 décès par an et 1 100 décès liés au tabagisme passif d'après l'institut contre le cancer (28). La part des décès féminins est en progression du fait du développement du tabagisme des françaises au cours des quarante dernières années (29). Le coût social selon Kopp Pierre s'élève comme pour l'alcool à 120 milliards d'euros (17).



## 2. Impact du tabac sur la santé au niveau régional

Le tableau qui suit traduit les conséquences régionales d'une consommation tabagique autrefois plus importante dans le Nord pas de Calais.

Comparatif des taux de mortalité nationaux et régionaux standardisés sur la population française, pour les principales pathologies concernées par le tabac selon l'INSERM durant la période 2008-2010 (18)

Pathologies	Produits	France Taux / 100000 habitants	Nord Pas-de Calais*
Bronchopathies chroniques	Tabac	12,2	16,5
Cancers broncho-pulmonaires	Tabac, alcool, cannabis	47	55,8
Cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS)	Tabac, alcool, cannabis	6,1	10,6
Maladies cardiovasculaires	Tabac, alcool	215,5	272,5

\*Nombre de décès pour 100 000 que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure d'âge que la population de référence

En proportion, la région est plus sujette aux pathologies liées au tabac que la France.

## 3. Consommations de tabac en France

Parmi les 11-75 ans, le nombre de fumeurs quotidiens est estimé à 13,4 millions en 2011. En 2014, les hommes sont plus souvent consommateurs de tabac que les femmes (29,30).

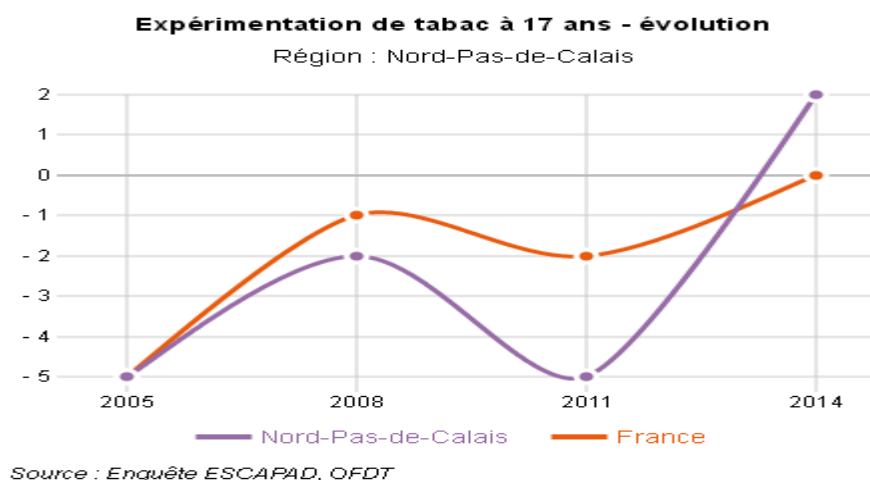
Chez les adultes, la consommation quotidienne de tabac en 2014 est en légère baisse par rapport à 2010, passant de 29 % à 28 % (31). Nous restons dans tous les cas bien loin des recommandations de l'OMS qui préconisent une baisse du taux de fumeurs sous le seuil de 20 %. Cette baisse se retrouve uniquement parmi les femmes (26 % en 2010 et 24 % en 2014), les hommes étant toujours 33 % à se déclarer fumeurs quotidiens (32).

Chez les 17 ans, la tendance à la baisse du tabagisme quotidien observée entre 2000 et 2008 s'inverse sur la période 2008-2014 avec 10 % de hausse entre 2008 et 2011. L'usage quotidien de tabac concerne 32 % des adolescents, 33 % des garçons

et 32 % des filles. En 2011, les jeunes Français âgés de 15-16 ans se situaient au 6<sup>ème</sup> rang européen concernant l'usage de tabac dans le mois.

#### 4. Consommation de tabac au niveau régional

Selon l'Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions (ODICER), l'expérimentation du tabac dans la région chez les 15-75 ans est de 75,6% contre 80% au niveau national (31). Chez les 17 ans, l'expérimentation du tabac a augmenté dans la région Nord-Pas de Calais depuis 2011 (33) et d'après le graphique ci-dessous, il dépasse même en proportion l'expérimentation à l'échelle nationale.



#### 5. Soins liés aux conséquences du tabac

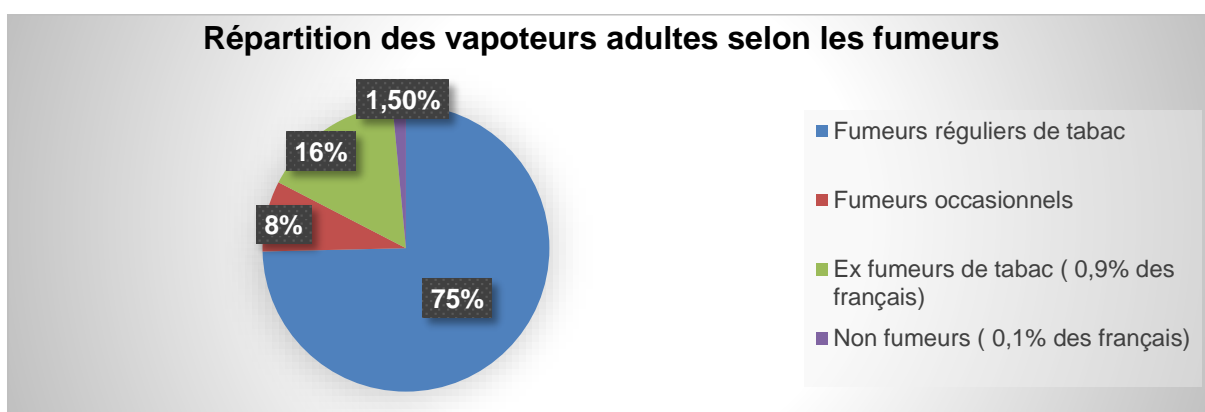
Contrairement à l'alcool, les prises en charge ont diminué. Les consultations de tabacologie en 2014 ont accueilli en moyenne 12,8 nouveaux patients par mois, en baisse depuis 2012 et dont 58 % sont adressés par un professionnel de santé. La vente de traitement pour l'arrêt du tabac a diminué de 24,5 % par rapport à 2013, soit la plus forte baisse enregistrée depuis 2005.

## 6. Usage de la cigarette électronique

En 2014, pour la première fois, le Baromètre santé a étudié le phénomène de la cigarette électronique en France. Elle ne traite pas de son évolution probablement en raison d'un manque de recul. L'étude révèle chez les adultes que :

- un français sur quatre a déjà essayé la cigarette électronique.
- dont 57 % de fumeurs et 4 % de non-fumeurs ou n'ayant fait qu'essayer.
- 3 % fument quotidiennement (4 % parmi les hommes et 3 % parmi les femmes).

Comme l'indique le graphique ci-dessous, les trois quarts des vapoteurs (75 %) sont aussi fumeurs réguliers de tabac, 8 % sont des fumeurs occasionnels, 16 % des ex-fumeurs, tandis que 1,5 % d'entre eux n'ont jamais fumé. Sur l'ensemble de la population adulte française, 0,9 % sont des vapoteurs ex-fumeurs de tabac et 0,1 % vapotent sans avoir jamais fumé.



Chez les jeunes de 17 ans :

- plus d'un sur deux (53 %) a déjà expérimenté la cigarette électronique
- dont 56 % de garçons et 50 % de filles.
- 2,5 % sont des usagers quotidiens (34).

Cette étude met en évidence une plus importante expérimentation et consommation régulière proportionnellement chez les jeunes de 17 ans que dans le reste de la population. Aussi, 16% des vapoteurs quotidiens adultes étaient d'anciens fumeurs. Près de 88% des fumeurs estiment qu'elle leur permet de réduire le nombre de cigarettes ordinaires fumées et 82% qu'elle pourrait les aider à arrêter de fumer. Malgré le manque de recul. L'e-cigarette reste préférable à la cigarette en raison d'une nocivité 95 % moindre que le tabac selon le rapport d'août 2015 de l'agence

dépendante du ministère de la Santé britannique la Public Health England qui est l'équivalent de la Haute Autorité de Santé (35) . L'enjeu de la cigarette électronique est l'aide au sevrage tabagique. Cependant, le risque est qu'elle constitue une porte d'entrée dans la consommation du tabac. Lors du processus de sevrage, la cigarette électronique doit être présentée comme un substitut au tabac provisoire.

## **C. Cannabis**

### **1. Impact du cannabis sur la santé**

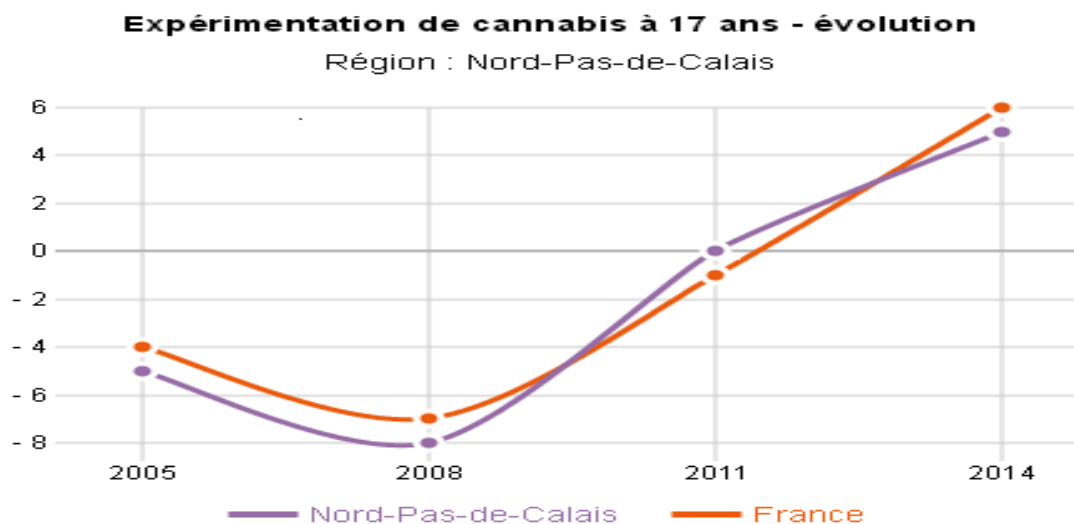
Le nombre annuel de décès à la suite d'un accident de la route imputable au cannabis est estimé, à la fin des années 2000, entre 175 et 190. Le risque de mortalité est 15 fois plus important en cas de consommation conjointe d'alcool et de cannabis (36).

Des études font apparaître une surmortalité des usagers de cannabis relative par rapport aux non usagers avec une trentaine de décès liés à la toxicité aiguë cardiovasculaire du cannabis signalés en 2013 (37). La consommation chronique de cette substance favorise aussi la survenue de certains cancers, notamment du poumon, dont le risque est multiplié par 3 (38).

### **2. Consommations du cannabis**

La consommation du cannabis est en augmentation en 2014. Chez les adultes de 18 à 64 ans, l'expérimentation du cannabis concerne 42 % d'entre eux contre 32,8% en 2010. La consommation régulière est nettement moins fréquente et s'élève à 3 %, en hausse par rapport à 2010 (2,2 %). L'âge moyen de l'expérimentation du cannabis en 2011 est d'environ 15,2 ans et un peu plus de quatre jeunes sur dix (41,5%) disent avoir eu l'occasion de consommer du cannabis (39). La proportion des usagers réguliers est deux fois plus importante chez les jeunes de 17 à 25 ans que chez les personnes âgées de 26 à 44 ans et devient quasiment inexistante parmi les personnes de 45 à 64 ans (40).

Au vu des réponses au test CAST, Cannabis Abuse Screening Test, permettant le repérage des usages problématiques de cannabis, 2% des adultes sont concernés par la dépendance ou l'usage problématique en 2014 (20). Cette proportion reste stable par rapport à 2010.



Source : Enquête ESCAPAD, OFDT

Chez les jeunes de 17 ans, après une période de baisse entamée en 2002, l'expérimentation du cannabis à 17 ans est nettement en hausse entre 2011 et 2014, passant de 41 à 48 %. De même, après avoir connu une longue période de baisse, l'usage régulier remonte fortement et concerne 9 % des jeunes de 17 ans contre 6 % en 2011, les garçons étant plus concernés que les filles (12 % contre 6%).

Selon le Test CAST, l'usage problématique a augmenté entre 2011 et 2014, passant de 18 à 22 % des usagers actuels, soit une proportion de 8 % sur l'ensemble des jeunes de 17 ans contre 5 % en 2011 (20). A l'échelle européenne et selon l'ESPAD en 2011, les Français âgés de 16 ans avec un taux de 15 % d'usagers sont en première position sur 36 pays européens pour l'usage mensuel de cannabis (41).

Il est important de dépister les usagers de cannabis de manière à leur proposer une prise en charge adaptée d'autant plus que ceux-ci sont souvent jeunes et que la précocité et la répétition des prises contribuent à perturber les acquisitions des apprentissages à l'adolescence.

### **3. Soins liés aux conséquences du cannabis**

En 2014, plus de 38 000 personnes (dont 80% d'hommes) ont été prises en charge en raison de leur consommation intensive ou occasionnelle de cannabis dans les structures spécialisées en addictologie dont 18 000 par les Consultations Jeunes Consommateurs, dépendantes des CSAPA.

Plus de la moitié des personnes ont été adressées par la justice à la suite d'une interpellation pour usage. Le nombre estimé d'usagers de cannabis pris en charge dans les CSAPA a doublé dans la première moitié des années 2000, pour ensuite augmenter d'environ 20 % entre 2005 et 2010. Le développement de cette prise en charge s'explique par l'essor des CJC et l'augmentation de la population concernée (20).

## **D. Autres substances**

### **1. Héroïne**

#### **a. Impact de l'héroïne sur la santé**

Les conséquences problématiques des usages de drogues illicites restent largement dominées par la consommation d'héroïne car cette substance est responsable d'une précarité et d'une forte morbidité psychiatrique.

D'après les usagers des CAARUD, 27 % ne disposent d'aucun revenu et vivent de mendicité, de prostitution ou de petit deal et 57 % n'ont que le revenu social (42).

Selon le registre national des causes de décès, le nombre de décès par surdose de substances illicites et médicaments opiacés détournés en 2010 était de 365 (43). Le mode de consommation par injection expose à des infections locales et au risque de contamination par le VIH et l'hépatite C. Parmi les usagers de drogues injecteurs, 7,2 % sont touchés par le virus du SIDA et de 36,4 à 47% par celui de l'hépatite C en 2010. Pour finir, trente-neuf décès par SIDA ont été répertoriés chez les usagers de drogues par voie intraveineuse en 2009 (43).

## **b. Consommations d'héroïne**

En 2014, parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 1,5 % ont expérimenté l'héroïne. La consommation au cours de l'année reste stable par rapport à 2010 et concerne 0,2 % des 18 à 64 ans. L'expérimentation de l'héroïne chez les jeunes était en hausse entre 2005 et 2008, puis en baisse continue jusqu'en 2011. Depuis, elle reste stable à 1,0%. Elle concerne autant les garçons que les filles.

## **c. Soins liés aux conséquences de l'héroïne**

Les personnes prises en charge en raison de leur consommation d'opiacés au cours de l'année 2014 dans les CSAPA est de 54 000 d'après les derniers chiffres de l'OFDT 2015 (20). En 2012, les CAARUD ont estimé à environ 70 000 le nombre de personnes prises en charge. Hormis les centres spécialisés, les personnes consommant des opiacés peuvent être soignées également à l'hôpital et en médecine de ville. En 2013, les statistiques hospitalières en dehors des services de psychiatrie et d'addictologie ont enregistré près de 3 900 séjours pour sevrage lié principalement aux opiacés. Ce chiffre est en hausse par rapport à 2010 (3 200). En ville, on constate à travers la prescription du traitement de substitution aux opiacés qu'un très grand nombre d'usagers (135 000), est pris en charge par les médecins généralistes. Cela représente en moyenne 3,6 patients par praticien (43). Un médecin généraliste sur deux en 2009 déclarait avoir vu au moins un patient dépendant à ces substances illicites par mois (20).

## **2. Cocaïne**

### **a. Impact de la cocaïne sur la santé**

Les consommations d'alcool et de cannabis sont quatre à cinq fois plus élevées chez les usagers de cocaïne que parmi l'ensemble des 18-34 ans (44). Ils ont un risque global de décès cinq fois plus élevé que dans le reste de la population. Pour les femmes, ce risque est multiplié par neuf (43).

## b. Consommation de cocaïne

Il existe une grande diversité de consommateurs de cocaïne. Certains sont des consommateurs intégrés socialement, qui consomment occasionnellement, en général le week-end, en milieu festif et d'autres sont plutôt des consommateurs intensifs de cocaïne et de crack socialement défavorisés ou marginalisés et peut inclure des consommateurs actuels d'opiacés, qui prennent du crack ou s'injectent de la cocaïne. En 2014, l'expérimentation de la cocaïne a progressé puisque 5,6 % des français ont consommé de la cocaïne contre 3,8 en 2010. Elle concerne surtout les jeunes adultes : 8 % des 26-44 ans, 6 % des 18-25 ans et 2,2 % des 45-64 ans. La consommation au cours de l'année concerne 1,1 % des personnes âgées de 18 à 64 ans et touche plus les hommes que les femmes. Cette consommation apparaît stable par rapport à 2010. On estime à 200 000 le nombre d'usagers au cours de cette même année 2010 (45). La cocaïne reste la deuxième drogue illicite la plus consommée en Europe (46). Concernant les soins, en 2010, les établissements médico-sociaux tels que les CSAPA ont pris en charge près de 7 000 cocaïnomanes (40).

## 3. Impact de l'héroïne et la Cocaïne sur la santé au niveau régional

Le Tableau qui suit nous montre une exception notable des pathologies infectieuses (VIH et hépatites) dans la région par rapport à l'ensemble du territoire français en rapport probablement à une pratique d'injection moindre.

Comparatif des taux de mortalité nationaux et régionaux standardisés sur la population française, pour les principales pathologies liées à l'héroïne et la cocaïne selon l'INSERM durant la période 2008-2010 (18).

<b>Pathologies</b>	<b>Produits</b>	<b>France Taux / 100000 habitants</b>	<b>Nord Pas-de Calais*</b>
Pharmaco dépendance (overdose)	Héroïne, cocaïne	0,4	0,8
VIH	Héroïne, cocaïne	0,8	0,4
Hépatites virales	Héroïne, cocaïne	1,1	0,8

\*Nombre de décès pour 100 000 que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure d'âge que la population de référence



## **E. Médicaments Psychotropes**

Au cours de l'année 2014, 8,9 millions des français sont des consommateurs occasionnels et 3,8 millions sont des consommateurs réguliers. Cela touche plus les femmes (24%) que les hommes (14%). Un Français sur dix déclare avoir pris des anxiolytiques, 6 % des somnifères et 6 % des antidépresseurs durant l'année 2010 (20). Ce problème touche également les adolescents puisqu'en 2014, 16 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir pris des anxiolytiques au cours de leur vie, 13% des hypnotiques et 6 % des antidépresseurs (20). Les filles avec 11,8% sont là aussi plus touchées que les garçons 3,7%.

Les usagers de drogues consomment fréquemment des médicaments psychotropes non opiacés. Il s'agit en premier lieu des benzodiazépines qui constituent le principe actif de la plupart des anxiolytiques et des somnifères. Près de trois usagers des CAARUD sur dix en ont pris au cours du mois, souvent dans le cadre d'un traitement. Ces substances donnent autant lieu à un mésusage que l'utilisateur est jeune, de sexe masculin, de degré d'abus élevé (polyusage important, injection), qu'il souffre de pathologie(s) psychiatrique(s) et qu'il est dans une situation de précarité sociale importante (42).

La prise en charge médicale des consommateurs français de médicaments psychotropes est un enjeu primordial de sante publique puisque les français sont parmi les plus gros consommateurs de médicaments psychotropes dans le monde (47).

## **F. Jeux de hasard et d'argent**

Les joueurs pathologiques sont en majorité des quadragénaires, souvent pères de famille qui pratiquent des jeux de hasard pur (roulette, machines à sous) ou de jeux mêlant hasard et stratégie (paris sportifs, poker). Le point de départ est toujours un gain initial qui génère une émotion très positive et les pousse à rejouer mais les pertes se suivent les incitant donc à « se refaire ». Les raisonnements deviennent erronés et vont à l'encontre des lois de probabilité que les joueurs connaissent pourtant bien. Il s'écoule généralement plusieurs années entre le début du jeu et le moment où l'addiction est constituée. Le pourcentage de joueurs « pathologiques » dans la population générale est estimé à 1% (48).

En 2012, près d'un Français sur deux déclarait avoir joué de l'argent et un joueur sur cinq a joué au moins 52 fois et/ou a misé au moins 500 euros. Il s'agissait six fois sur dix d'hommes. Les jeux de tirage et de grattage, c'est-à-dire ceux qui nécessitent le moins d'apprentissage, sont les plus pratiqués (40).

Estimée pour la première fois en 2010, la prévalence du jeu excessif en France s'établit à 0,4% de la population des 18-75 ans ce qui représente environ 200 000 personnes. Celle des joueurs à risque modéré s'élèverait à 0,9% (soit environ 400 000), pour un total de 1,3% de joueurs problématiques. Ces joueurs sont en moyenne plus jeunes, plus précaires et moins diplômés que la moyenne (40).

### **III. Dispositif et système de soins**

#### **A. L'organisation en réseaux**

La haute autorité de santé reprend la définition de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » (49).

La loi du 2 janvier 2002 a permis la mise en place du plan 2004-2008 concernant la lutte contre les drogues licites et illicites et la naissance des CSAPA pour obtenir une prise en charge bio-psycho-sociale.

Les échanges entre le pôle hôpital et le pôle ville sont ainsi facilités ce qui permet une prise en charge plus adaptée. Cela se traduit par un repérage des substances psychoactives plus systématique, lié à la facilité à aborder ces problèmes et à la perception du rôle du médecin généraliste dans ces domaines (50). Concrètement, une personne souffrant de conduites addictives doit pouvoir recevoir une aide variée selon son degré de dépendance :

- sevrage de ville par le biais de CSAPA ou de médecins généralistes ;

- sevrage hospitalier lors de cas plus complexes ;
- aide au long cours pour reprendre pied (CSAPA, consultations hospitalière).

## 1. Structures d'information, d'orientation et d'écoute

C'est parce que l'écoute, l'information et l'orientation sont le début du traitement qu'il semble nécessaire d'énumérer ces structures :

- Drogues Info Service
- Alcool Info Service
- Ecoute Cannabis
- Tabac Info Service
- Fil Santé Jeunes
- Les professionnels de santé de proximité avec :
  - En ville : les médecins, les infirmiers, les pharmaciens ;
  - Etablissements scolaires: médecins, infirmières du collège/lycée ou à l'université via les Services universitaires de médecins préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) ;
  - Au travail : médecins et infirmières du travail ou de prévention.
- Les structures d'accueil et d'écoute pour les jeunes

### **Maisons des adolescents (MDA)**

Mise en place en 2004 et présentes dans près de 60 départements, les MDA ont pour mission d'informer, de conseiller, d'accompagner et d'orienter les adolescents en difficultés et ce quel que soit le motif (addiction, troubles alimentaires, mal-être).

### **Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ)**

Les PAEJ sont des lieux d'accueil, d'écoute et d'échange confidentiel ouvert à tous les jeunes et dont l'une de leurs missions est la prévention des conduites à risques.

## **2. Structure d'accompagnement et de prise en charge**

### **a. Médecins généralistes**

L'association GT 59-62 (GT pour Généralistes et Toxicomanies), fondée en 1991 par 3 médecins généralistes, regroupe des professionnels de santé pour des prises en charge dites «de ville» coordonnées. Ce réseau regroupe 400 cabinets, et développe des partenariats avec les structures hospitalières et médico-sociales concernées par la prise en charge des comportements addictifs. Il s'appuie essentiellement sur le dispositif des Intervisions dont la fonction est de permettre à l'ensemble des professionnels publics ou privés, médicaux, psycho ou sociaux concernés de se retrouver pour échanger devant des interrogations et ainsi faire face à des cas complexes rencontrés. Il permet de former de façon interactive les participants aux divers domaines concernés tels que la santé, la justice ou l'hébergement par exemple et aussi de générer des interconnexions. Les domaines de prédilection sont ceux à la marge des parcours standards: précarité, addictologie et psychiatrie.

### **b. L'offre médico-sociale**

L'offre médico-sociale permet de conduire des sevrages simples et de servir de relais de ville aussi bien pour les hôpitaux après sevrage complexe que pour les généralistes en difficultés. Le but est d'aider à une réinsertion de la personne dans sa vie quotidienne. Les CSAPA sont particulièrement impliqués dans cette démarche. Toutes les addictions sont concernées: alcool, tabac, toxicomanie aux opiacés et de plus en plus, les addictions comportementales comme par exemple les troubles des conduites alimentaires ou les jeux.

#### **i. Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie**

Le développement d'une approche centrée sur les comportements plutôt que sur les produits s'est traduit par la mise en place de CSAPA, qui remplacent désormais les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et les centres de cure

ambulatoire en alcoologie (CCAA) (51). Un noyau commun de missions incombe à tout CSAPA avec la possibilité de se spécialiser. D'après le décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des CSAPA (52), tous doivent assurer, pour les personnes souffrant d'addiction ainsi que pour leur entourage : accueil, information, orientation, évaluation, prise en charge médicale, psychologique et sociale. Depuis 2005, des consultations spécialisées anonymes et gratuites destinées aux jeunes (mineurs ou majeurs) et à leur famille ont été mises en place. Il en existe aujourd'hui plus de 400 sur l'ensemble du territoire (53).

## **ii. Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)**

Ce dispositif de soins accueille sans préalable et sans jugement, de manière anonyme et gratuite, des usagers de drogues actifs, qui ne sont pas engagés dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs (18). La circulaire du 2 janvier 2006 relative à la structuration et à la mise en place des CAARUD (54) définit les objectifs:

- Accueil, information et conseil personnalisés pour usagers de drogues;
- Soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle ;
- Mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- Intervention de proximité à l'extérieur du centre, pour établir un contact avec les usagers (travail de rue).

## **c. L'offre hospitalière**

### **i. Les niveaux de sevrage**

Les sevrages simples en cours d'hospitalisation complète (une dizaine de jours) ou en hospitalisation de jour sont les niveaux I dits «de proximité». Ils sont concernés par tous les centres hospitaliers dotés d'une structure d'accueil des urgences.

Le niveau II dit «de recours » est réservé aux sevrages complexes (poly-consommations, troubles psychiatriques associés) et nécessite des hospitalisations

complètes de 21 à 28 jours. A ce jour et au niveau régional, chaque zone de proximité dispose d'au moins un service de recours hormis les zones de proximité de Calais et de Berck Montreuil. Ces deux niveaux hospitaliers de prise en charge permettent l'accession à des consultations spécialisées en addictologie (18).

Le niveau III de référence est constitué par des pôles hospitalo-universitaires d'addictologie qui proposent les prestations médicotechniques similaires aux structures de niveau II. Il est chargé en plus de l'enseignement, de la recherche en addictologie et coordonne les différents réseaux d'addictologie de proximité.

Cette organisation des structures sanitaires en 3 niveaux a pour objectif de proposer une offre de soins au plus près de la population et de s'ajuster à la complexité des soins parfois requis avec un meilleur maillage territorial.

## **ii. Les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)**

Ces équipes ont été créées pour favoriser l'accueil et la prise en charge des personnes présentant une conduite d'usage nocif ou un comportement de dépendance, en milieu hospitalier. Elles regroupent les équipes qui travaillaient dans les domaines de l'alcoologie, de la toxicomanie et de la tabacologie. La Circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives définit les principales missions des ELSA. Le personnel pluridisciplinaire des ELSA (praticien hospitalier, interne, infirmière, psychologue, travailleur social, diététicienne...) forme et assiste les équipes soignantes de l'hôpital, élabore des protocoles de soins et de prise en charge et intervient autant que de besoin auprès des personnes hospitalisées et aux urgences. L'ELSA développe ainsi les liens avec les différents dispositifs de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients (services hospitaliers, CSAPA, réseaux de santé...) (55).

## **B. État des lieux du dispositif de soins d'addictologie dans le versant Nord-Est de la métropole Lilloise**

### **1. Service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix**

#### **a. Présentation du service d'addictologie de Roubaix**

Le service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix classé niveau II, joue un rôle important dans la prise en charge des patients dépendants. Il comprend plusieurs secteurs d'activités :

- le centre méthadone permettant d'accueillir jusqu'à 90 patients par jour ;
- les consultations sur rendez-vous avec un psychologue, un médecin, ou un travailleur social ;
- l'hôpital de jour (HDJ) dotés de 10 lits et qui propose cinq types de soins: un bilan d'orientation, un sevrage en ambulatoire, une aide au maintien de l'abstinence, une prévention de la rechute et une réalisation de bilans neuropsychologiques en rapport avec la pathologie addictive ;
- L'hospitalisation conventionnelle dotée de 19 lits ;
- Une équipe ELSA qui se déplace systématiquement aux urgences et à la maternité, et à la demande des équipes, du patient, de l'entourage sur les différents sites de l'hôpital.
- La maison Vauban propose 11 places pour prendre en charge des patients atteints du syndrome de Korsakoff.

Le responsable du service d'addictologie est le Dr Laurent Urso Baiardo.

#### **b. Fonctionnement du service d'addictologie**

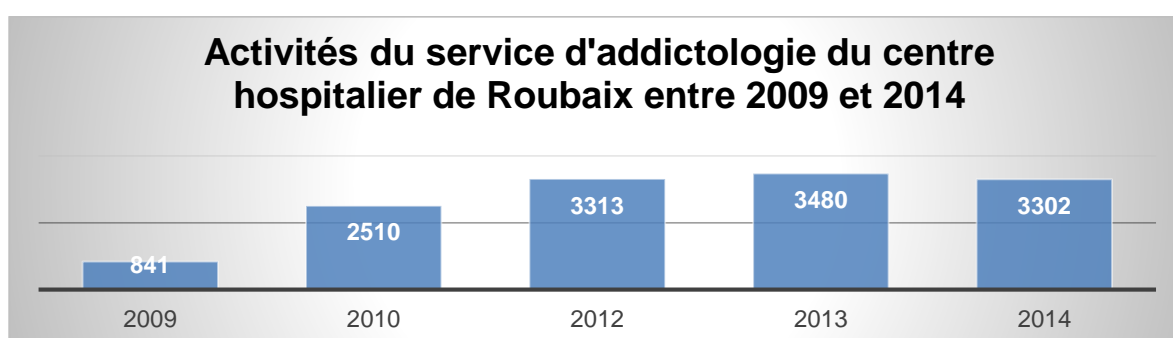
Un patient qui intègre le service d'addictologie le fait via un hôpital de jour dit d'orientation où son projet de soin est établi par un médecin, une infirmière et une aide-soignante. Si l'hospitalisation est retenue, plusieurs dates lui sont proposées pour intégrer le service d'hospitalisation conventionnelle.

D'une durée moyenne de 11 jours, le séjour se décompose en 3 parties : le sevrage physique, la découverte et la sensibilisation au travail psychologique, la préparation à la sortie. Un programme du sevrage proposé aux patients comprend : groupes de paroles et de réflexions, esthétique, séances audio-visuelles, jeux et réflexions, travail sur les émotions, expression, remise en forme, diététique, information sur la dépendance, rencontres avec des partenaires extérieurs tels que le CSAPA « La Trame », les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) type VISA (Vivre l'Insertion Sans Alcool) et les groupes d'entraide tels que les alcooliques anonymes, alcool entraide du nord, vie libre, horizon.

Suite à cette hospitalisation, diverses orientations sont envisagées. Il est possible aux patients d'intégrer l'HDJ qui comprend 10 lits afin d'aider à la prévention des rechutes et maintenir l'abstinence. Lors de cet accompagnement, un tiers du temps est consacré au volet psychologique, un tiers du temps à la réadaptation des activités du quotidien via les conseillers socio-économiques et familiaux. Le dernier tiers est consacré à la prise en charge médicale et notamment somatique. Après l'HDJ, le patient bénéficie d'un suivi en consultation d'addictologie associé si nécessaire à un traitement délivré au centre méthadone. Enfin, une prise en charge basée sur la thérapie cognitivo-comportementale permet de soigner les personnes souffrant des addictions comportementales telles que le jeu, le sexe ou autres.

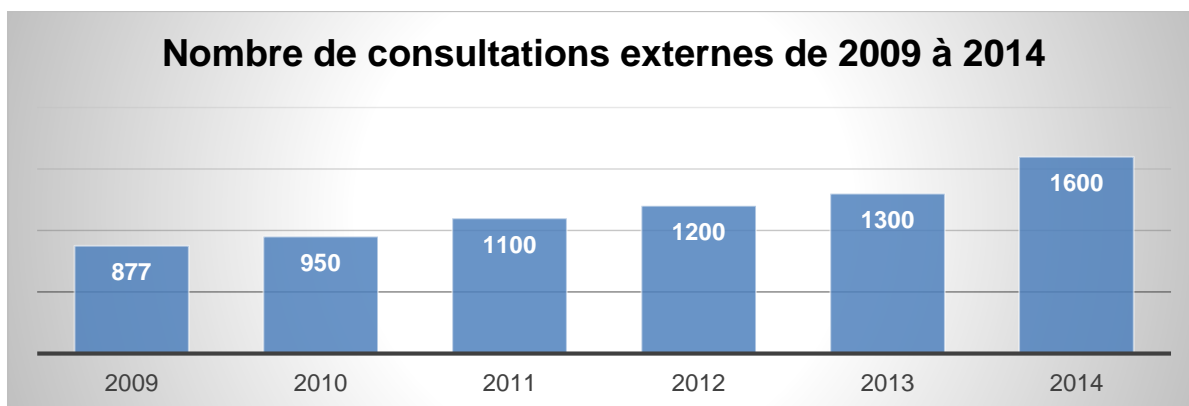
### c. Activités du service d'addictologie du CH Roubaix

L'activité d'un service peut être mesurée à travers le Résumé d'Unité Médicale ou RUM à chaque sortie d'hospitalisation des patients. On constate que celle-ci a fortement augmenté en 2010 en raison de l'ouverture de l'hôpital de jour la même année, pour se maintenir aux alentours de 3330. L'activité en terme hospitalisation a légèrement régressé entre 2013 et 2014.





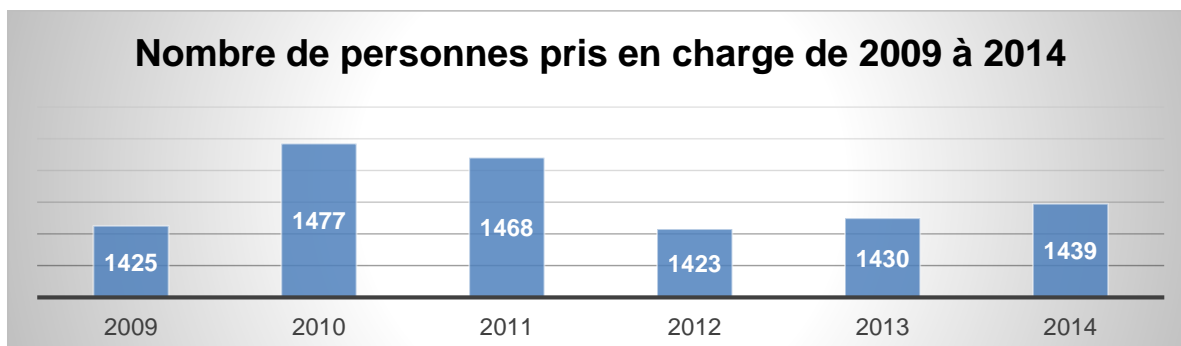
Les consultations externes ont depuis 2009 connu une croissance régulière (100 consultation par an en moyenne) hormis l'année 2014 qui a vu une augmentation de 300 consultations.



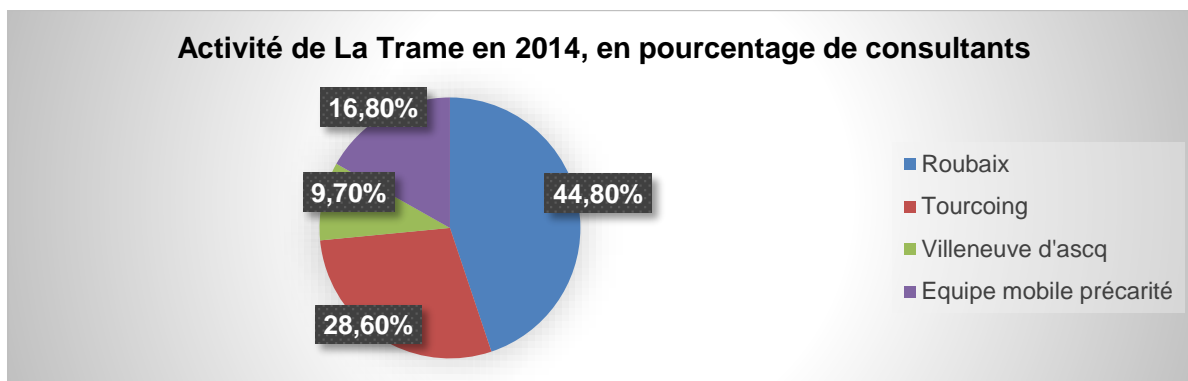
## 2. Les centres de soins du versant Nord-Est lillois

### a. CSAPA « La Trame »

Ce centre de soins d'addictologie est un lieu d'accueil encadré par une équipe pluridisciplinaire qui permet d'accompagner les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool, de tabac ou de dépendance sans produit. Il est issu de la fusion en 2010 de 3 sites distincts (Roubaix, Villeneuve d'Ascq, Tourcoing) et d'une équipe mobile précarité. Il est intéressant de se pencher sur l'origine des demandes de prise en charge afin d'en apprécier la part d'implication des médecins généralistes.



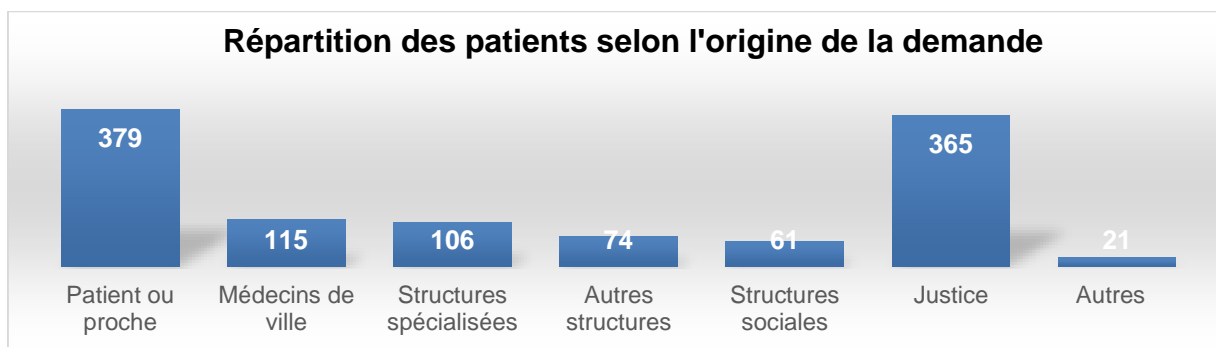
L'activité est globalement stable depuis 2009, avec en moyenne 1440 personnes prises en charge annuellement. En 2014, ces trois sites ont accueilli 1439 personnes sans compter les consultations familiales qui ne sont pas comptabilisées dans la file active.



Le public est en majorité masculin (1036 soit 72% contre 403 femmes en 2014). Il est globalement âgé, notamment les femmes dont 53% ont plus de 50 ans contre 28% pour les hommes. Cette population accueillie à La Trame réside à 81,5% sur le versant Nord-Est de Lille. Néanmoins, pour des raisons de discrétion, certains patients expriment la nécessité de consulter dans un lieu où ils ne sont pas connus et apprécient l'absence de sectorisation pour les soins en addictologie. Le site de Roubaix a reçu le plus de consultants avec 44,8% de l'activité globale. Les nouveaux consultants représentent 45,2% de la file active globale (650 personnes). En 2014, sur l'ensemble des sites, l'alcool reste très majoritairement le produit consommé à l'origine de la prise en charge pour les patients (85,8%). Il ne cesse de baisser depuis 2011 (94,6%) à l'inverse des addictions suivantes :

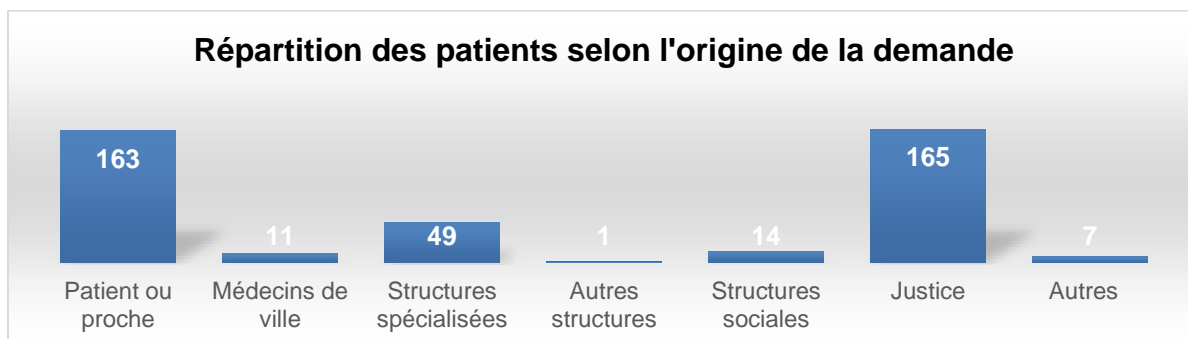
- le tabac (3,0% contre 0,95% en 2011) reste en 2<sup>ème</sup> position
- le cannabis (5,1% par rapport à 1,31% en 2011), en 3<sup>ème</sup> position
- les troubles du comportement alimentaire (3,0% contre 1,8% en 2011)

Les autres addictions sans substance, les opiacés et autres produits illicites, les médicaments et produits détournés de leur usage sont plus rarement prises en charge. La part des patients adressés par les médecins généralistes en 2014 ne représente que 7,99% des patients des sites de la Trame. Ce chiffre est en baisse en comparaison à 2011 (10,59%).



### b. CSAPA « La Sauvegarde » (Le Relais)

Le relais situé à Roubaix est un centre de soins ambulatoires spécialisé pour les dépendances aux opiacés et cannabis, mais également cocaïne et benzodiazépines. Ce centre de soins a reçu 362 patients en 2011 et 452 en 2014, soit une augmentation de 25% en 2 ans, consommant majoritairement des opiacés ou un traitement de substitution. La grande majorité des patients est originaire du département (98,9%) et 83% sont des hommes. La tranche d'âge la plus importante est celle des moins de 20 ans avec 28,3% suivie de près par les 40-49 ans avec 27,4.



Seulement 11 des 452 demandes de consultation au CSAPA le Relais l'ont été par leurs médecins généralistes soit 2,4% des patients reçus en 2014. La grande majorité des demandes provient des patients eux-mêmes (36%) ou alors sous contrainte judiciaire (36,5%) et enfin 11% adressés par des structures hospitalières spécialisées en addictologie. A travers l'analyse des différentes structures dans le versant nord-est de Lille, on constate que l'activité globale a tendance à augmenter au fil du temps. Ces structures prennent en charge en grande majorité des patients adressés par la justice ou venant de leur propre chef (ou sous pression familiale).

## **IV. Addictologie et médecine générale**

### **A. Rôle capital du médecin généraliste**

Michael C. Fiore, William C. Bailey et Stuart J. Cohen ont montré en 2000 que les médecins généralistes peuvent jouer un rôle fondamental, sous réserve d'avoir reçu une bonne formation et d'être impliqués dans une démarche complète de soins (56). L'exemple de l'Intervention Ultra Brève chez le tabagique démontre qu'une simple série de deux questions, en fin de consultation, de type : « Est-ce que vous fumez ?, Voulez-vous arrêter de fumer ? » s'est révélée efficace (57). Des études montrent qu'une telle intervention permet d'obtenir 2 à 4% d'arrêt soutenu, ce qui représente environ 200 000 fumeurs chaque année. Par ailleurs, d'autres études ont démontré que les conseils délivrés par le soignant sont fructueux pour un patient sur huit concernant l'addiction à l'alcool et un sur vingt pour le tabac. Ce rapport s'améliore à un sur dix (pour le tabac) lorsque le conseil s'accompagne d'une prescription médicamenteuse (57). Cela démontre que par leur proximité, leur écoute, et leur rôle d'accompagnement dans la durée, les médecins généralistes ont une place stratégique dans la détection, la prise en charge et le suivi des problèmes d'addiction.

### **B. Investissement des médecins généralistes dans la prise en charge de l'addiction en France**

Une majorité de médecins généralistes en 2003 (84,5%) déclarait être concernée par la prise en charge de patients victimes d'addiction (50) mais seulement 5,9 % des médecins déclaraient appartenir à un réseau de soins en addictologie. Cette proportion n'évolue pas non plus (5,3% en 2009 et 5,7 % en 1998) (51). D'après le tableau ci-dessous, l'implication des médecins généralistes en 2009 dans la prise en charge des addictions au cours du mois demeure insuffisante :

- Plus d'un tiers n'ont pas vu d'usager dépendant aux opiacés ;
- 41% n'ont pas reçu d'usager de cannabis en consultation ;

O seul un médecin généraliste sur cinq déclare avoir vu au moins un patient pour un produit stimulant tel que l'ecstasy, cocaïne ou les amphétamines (16).

Tableau : Répartition des médecins selon le nombre de personnes vues par mois (en pourcentage)

	Aucune	Moins de 1	De 1 à 2	De 3 à 4	De 5 à 9	10 ou plus
... dépendantes aux opiacés	35,7	15,1	24,8	12,6	7,1	4,7
... pour leur consommation de cocaïne, d'amphétamine ou d'ecstasy	78,2	10,3	7,8	1,9	0,9	0,9
... pour leur consommation de cannabis	40,7	23,1	23,1	8,5	3,0	1,6

Si environ deux tiers des médecins traitants déclarent aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois à chacun de leurs patients, l'alcool (23%) mais plus encore le cannabis (8%), sont moins systématiquement recherchés. La recherche de ces substances n'est réalisée que pour une certaine population jugée «à risque» pour environ 70% des généralistes (16).

Le recours à des outils d'aide au repérage d'une addiction a lui aussi progressé notamment pour le tabac puisqu'ils sont 34% à les utiliser contre 6% en 2003. Ils sont 13 % (contre 1,4 en 1998 et 2% en 2003) à recourir à des questionnaires standardisés sur les consommations d'alcool et 2% pour le cannabis. L'utilisation de questionnaire est plus fréquente chez les médecins appartenant à un réseau d'addictologie.

## V. Présentation de Roubaix

Les chapitres qui suivent ont pour but de présenter d'un point de vu socio-économique les particularités de la ville de Roubaix.

### A. Situation géographique

Roubaix avec ses 94 636 habitants en 2012 (58) fait partie de la Métropole Lilloise avec d'autres villes dont les principales sont Lille (233 000 habitants), Tourcoing (93 000) et Villeneuve d'Ascq (64 600). Plus largement, cette métropole

densément peuplée frontalière de la Belgique, appartient à une vaste conurbation avec les villes belges (Mouscron, Courtrai, Tournai, Menin). Cet ensemble a donné naissance en janvier 2008 au premier groupement européen de coopération territoriale, l'Eurométropole Lille-Courtrai-Tournai, qui totalise près de deux millions d'habitants. Aussi, Roubaix se situe à l'intersection de grands axes de circulation de capitales européennes telles que Paris, Londres, Bruxelles et Amsterdam mais aussi, à proximité des ports de Rotterdam et d'Anvers qui sont respectivement 4<sup>ème</sup> et 21<sup>ème</sup> port du monde en termes de trafic. Roubaix est par conséquent le théâtre d'une circulation intense de biens et de personnes, liée à l'économie, au commerce et au tourisme.

### **C. Population de Roubaix**

Entre 2012 et 2030, le versant Nord-Est de Lille et plus précisément Roubaix et Tourcoing serait, selon l'Insee, le territoire régional qui connaîtrait la plus forte croissance de la population active. Elle augmenterait de +2,8 ‰ en moyenne par an contre + 0,1 ‰ pour la région Nord-Pas-de-Calais, c'est près du double par rapport au 2<sup>ème</sup> territoire le plus dynamique en France. La principale raison de cet accroissement sera l'augmentation de la population en âge de travailler. L'afflux de nouveaux entrants sur le marché du travail restera durablement supérieur aux sorties et par conséquent, cette situation peut concourir en cas de faible croissance de l'emploi à entretenir un chômage de masse persistant (59).

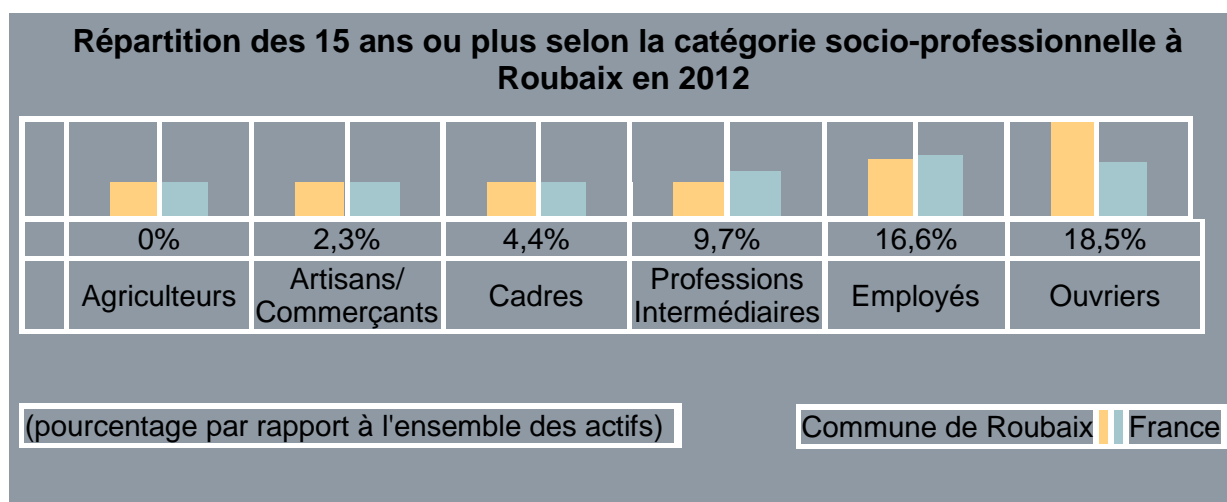
### **D. Inégalité sociale face à l'addiction**

D'après le programme de réduction du tabagisme, les données attestent d'un creusement des inégalités sociales en matière de tabagisme. En effet, les fumeurs issus des catégories les moins favorisées souhaitent tout autant que les autres arrêter de fumer, mais sont beaucoup moins nombreux à y parvenir. Ainsi entre 2005 et 2010, 10% des ouvriers ont arrêté de fumer contre 24% des cadres supérieurs (30). Si le tabagisme recule chez les plus diplômés (20,2%) et les personnes aux revenus les plus élevés (22,2%), il reste cependant élevé chez les personnes au chômage (48,2%) et chez les personnes ayant un revenu bas (36%) (30). Le tableau ci-dessous permet

de comparer Roubaix à plusieurs villes voisines selon des critères socio-économiques. On constate que c'est la population la plus jeune avec un taux de chômage le plus élevé et un revenu annuel le plus faible. Le nombre d'étranger y est 3 à 4,5 fois plus important que dans les villes voisines (60).

Lieu	Salaire net horaire en 2012 (€)	Taux (%) d'activité	Age moyen	Taux (%) de pauvreté	Part de (%) célibataires	Part d' (%) étrangers
Roubaix	11,7	63	32	42	45	15
Wattrelos	11,2	71,2	36	18,9	36,8	6,2
Croix	14,2	72,4	38	13,5	41,7	5
Wasquehal	15,6	74,7	38	8,5	36,3	2,9
Hem	14,8	70,6	37	17	34,3	4,6
Mouvaux	17	73,8	40	7,4	31,1	2,7

Le graphique suivant issu des données de l'INSEE de 2012 (58) permet de comparer les différents secteurs d'activité entre la commune de Roubaix et le reste du territoire français. Le secteur ouvrier représente la plus grande part (18,5%) alors que les autres secteurs d'activité sont sous représentés par rapport à la moyenne française.



## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude déclarative, exhaustive, prospective et descriptive. Le questionnaire est construit dans l'optique de recueillir les difficultés des médecins sur le plan de l'addictologie dans un premier temps puis d'évaluer les connaissances du dispositif de soins dans le versant Nord-Est de Lille.

Il s'agissait donc de mener une étude quantitative au moyen d'un questionnaire auprès de l'ensemble des médecins généralistes de Roubaix et Wattrelos. Jointe au questionnaire, une lettre de présentation (annexe 3) présente le cadre de l'étude et précise les modalités de réponse. Le recueil des données est réalisé en respectant l'anonymat des praticiens.

### **II. Critères de jugement**

L'objectif principal est de déterminer la connaissance du réseau de soins d'addictologie et son utilisation par les médecins généralistes dans la commune de Roubaix. Ainsi, le critère de jugement principal est la proportion de médecins généralistes connaissant au moins une structure au sein du réseau d'addictologie.

Les objectifs secondaires sont de connaître le niveau de formation des médecins, leurs sources d'information sur le sujet et les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces patients. De ce fait, les critères de jugement secondaires seront respectivement :

- La proportion de médecins se déclarant suffisamment formés ;
- La proportion de médecins ayant au moins une difficulté rencontrée dans la prise en charge.



### III. Population cible

La population cible est représentée par l'ensemble des médecins généralistes de Roubaix et Wattrelos. Concernant les critères d'inclusion, il a été choisi d'interroger tous les médecins généralistes de ce secteur afin d'inscrire l'enquête dans une dynamique de recherche locale. Ce choix est axé délibérément sur un échantillon donné et ne représente donc pas la population française. Il permet plutôt d'établir un état des lieux exhaustif. Concernant les critères d'exclusion, ont été écartés tous les médecins déclarant ne plus pratiquer la médecine générale comme principale activité, exemple: acupuncture, homéopathie par exemple ainsi que les médecins généralistes spécialisés tels que les angiologues. L'adresse postale de chaque médecin sollicité a été obtenue en passant par le service d'addictologie de Roubaix, le conseil de l'ordre départemental du nord directement accessible sur le site internet et enfin l'annuaire téléphonique en ligne Les Pages Jaunes de France Télécom dans la rubrique "Médecin Généraliste". L'outil a été testé préalablement auprès de médecins pour en évaluer la compréhension et la pertinence.

### IV. Description du questionnaire

Le questionnaire a été conçu en collaboration étroite avec le Docteur Urso, directeur de cette thèse et validé par le Pr Cottencin. Il reprend en partie le questionnaire du Dr Florent Perdriel-Vaissière de 2013. En préambule, il a été demandé aux médecins des données démographiques telles que l'âge, le sexe, l'année d'installation, les formations acquises, le mode d'exercice et l'appartenance à un réseau de soins. L'âge mais aussi la date d'installation permettent à la fois d'avoir une idée sur l'expérience professionnelle de la médecine libérale, mais aussi sur les dernières connaissances initiales acquises. Des études sur la prise en charge addictologique mettent en évidence des décalages entre les sujets masculins et féminins, justifiant de préciser le sexe. Les catégories de questions ont été définies pour répondre à l'hypothèse de départ afin de cerner les attentes des médecins généralistes : connaissances et évaluation du besoin du dispositif de soins en addictologie, les difficultés rencontrées en addictologie. Le questionnaire débute par

cinq questions communes. Le critère de jugement principal est représenté par la question quatorze qui interrogeait la connaissance auprès des médecins généralistes de réseaux spécialisés dans le champ des addictions.

Toutes les questions sont fermées dont vingt-huit propositions admettent un choix binaire entre la réponse oui et non. Huit questions permettent une éventuelle justification avec un champ libre. Neuf questions proposent un choix multiple avec plusieurs réponses possibles dont trois sous la forme d'un tableau.

En l'absence d'outil standardisé en la matière, un questionnaire anonyme a été rédigé sous une forme papier constituée de deux pages, envoyé par courrier et une forme électronique mis en ligne avec le lien URL internet suivant :

<https://goo.gl/forms/YhTpH6DkgM> .

Malheureusement devant la difficulté à obtenir les adresses mails des médecins généralistes de Roubaix et Wattrelos, notamment auprès du conseil de l'ordre des médecins, la forme électronique mis en ligne n'a pu aboutir. Cette étude a été validée auprès de la CNIL dont le document figure en annexe 4.

## **V. Le déroulement pratique**

### **A. L'envoi des questionnaires**

Pour permettre un meilleur taux de réponses, l'envoi des questionnaires a été fait en dehors des vacances scolaires. 215 questionnaires anonymes ont été envoyés par voie postale le 3 avril 2015 à l'ensemble des médecins généralistes des deux communes. Les noms, prénoms et adresses des praticiens répertoriés dans la base de données ont été retranscrits à la main sur des enveloppes au format A5, dans lesquelles se trouvaient une lettre explicative (annexe 2), un exemplaire du questionnaire (annexe 3) ainsi qu'une enveloppe retour pré-timbrée avec les coordonnées imprimées sur des étiquettes collées (Secrétariat du Service Addictologie – 20 Avenue Julien Lagache – 59150 Roubaix). Afin de maximiser le taux de réponse,

une relance téléphonique des médecins généralistes a été réalisée environ un mois plus tard afin de leur soumettre une nouvelle fois le questionnaire toujours sous format papier. Le recueil de données s'est achevé au 01/08/2015. Les questionnaires et les lettres explicatives ont été gracieusement imprimés par le service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix une première fois puis par mes propres moyens lors de la relance. Le budget de l'étude se résume à l'achat des enveloppes timbrées ce qui représente environ 850 euros et a été alloué par le laboratoire INDIVIOR. Suite à la nouvelle politique du Département de Bio-statistiques du Pôle de Santé Publique du CHRU de Lille, les analyses statistiques ont été réalisées par moi-même en utilisant le logiciel Excel.

## B. Le recueil des données

Les courriers retour ont été recueillis par les secrétaires du Service d'Addictologie du CH Roubaix. Il s'est écoulé au total quatre mois entre le premier envoi et l'arrêt du recueil de données. Les questionnaires anonymes ont été numérotés par ordre chronologique de réception.

## VI. L'analyse des données

Les résultats ont été consignés dans un tableur Excel. Le nombre de sujets nécessaires, si on s'attend à un taux de réponse de 30% au risque  $\alpha = 0,05$ , est estimé de la façon suivante :

$$\text{Pour 214 sujets, le pourcentage estimé} = 0,3 \pm 1,96 \times \frac{\sqrt{0,3(1-0,3)}}{214}.$$

Nous avons donc avec un intervalle de confiance à 95%, 30%  $\pm$  4,17% soit 64,5 +/- 9 sujets c'est-à-dire entre 55 à 74 sujets.

## **3.RESULTATS**

Parmi les 78 médecins ayant répondu, certains questionnaires nous sont parvenus incomplets. Ces données manquantes expliquent que le total des réponses à certaines questions soit un chiffre inférieur à 78. Par ailleurs, les pourcentages s'appliquent sur le total des médecins ayant répondu à chaque question séparément et non sur le nombre total des 78 médecins.

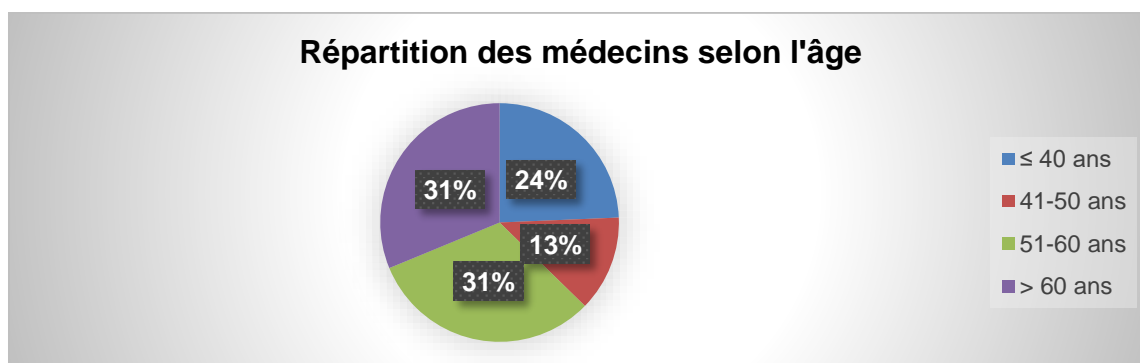
### **I. Taux de réponse**

Un premier envoi avait permis de réceptionner 57 réponses et la relance 26 sur les 214 médecins généralistes contactés dans la commune de Roubaix et Wattrelos, soit un total de 83 réponses dont 5 réponses inexploitable. Les 78 questionnaires utilisables représentent un taux de réponse exploitable de 36,44 %. Par ailleurs, 7 formulaires avaient des données manquantes (ne se prononce pas : NSPP) ou erronées avec plusieurs cases cochées au lieu d'une ou des réponses rajoutées telles que « oui et non » ou « pourquoi pas ? ». Les questionnaires reçus après la date limite de recueil, soit le 1 Aout 2015, ont été exclus de l'analyse.

### **II. Données démographiques des médecins**

#### **A. L'âge**

La moyenne d'âge de la population étudiée est de 53 ans avec une médiane de 54 ans. L'âge des médecins ayant répondu s'étale de 30 à 68 ans. Un médecin n'a pas répondu à cette question.



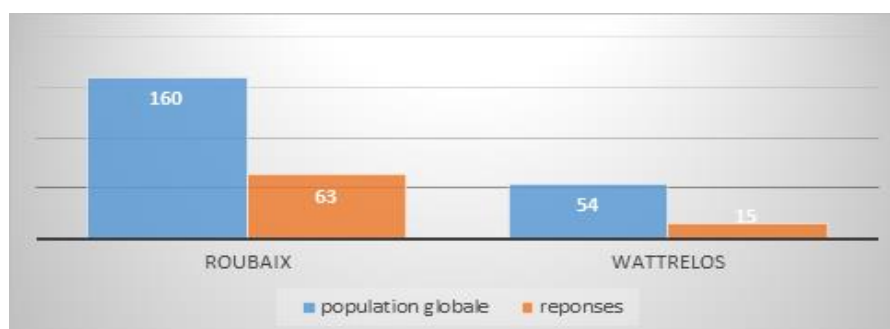
Plus de 62% de la population étudiée appartient donc à la tranche d'âge 41-60 ans.

## B. Le sexe

Parmi notre population de 78 médecins, les hommes ayant répondu sont au nombre de 57 soit 74% contre 20 pour les femmes soit 26%, ce qui donne un sexe ratio de 2,85. Un médecin n'a pas répondu à la question.

## C. Lieu d'installation

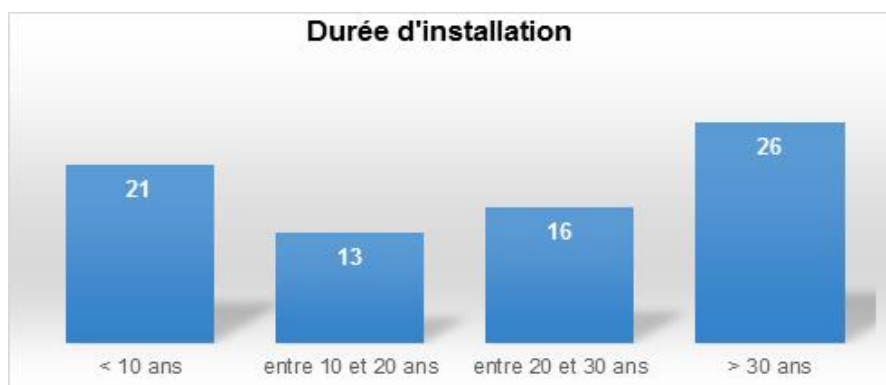
Si l'on considère la population globale des médecins de Roubaix et Wattrelos soit 214 médecins, la proportion des médecins de Wattrelos représente 25% et celle de Roubaix 75%. Concernant l'ensemble des médecins ayant répondu au questionnaire, 64 médecins sont installés à Roubaix soit 80,7%, contre 15 médecins installés à Wattrelos soit environs 19,2%. Les médecins généralistes de Roubaix ont été 39,3 % à répondre au questionnaire contre 27,8% des médecins généralistes de Wattrelos. En termes de valeur absolue et de proportionnalité, les médecins de Roubaix ont été plus nombreux à répondre au questionnaire.



Répartition des médecins selon les deux communes

## D. Durée d'installation

La durée moyenne d'installation des médecins est de 21,5 ans avec une médiane de 23 ans. Il y a 2 NSPP. Après un déclin progressif de médecin pendant au moins 20 ans, on constate que ces communes attirent de nouveau des médecins généralistes.



## E. Mode d'exercice

Concernant la répartition des médecins au sujet de l'exercice: 31/77 soit 40% des médecins ayant répondu, exercent seuls et 46/77 soit 59% de la population étudiée, exercent en cabinet de groupe. Ces valeurs sont retrouvées à l'échelle du Nord-Pas de Calais. Seul 1 médecin ne s'est pas prononcé à ce sujet.

## III. Connaissance et utilisation du dispositif de soins en addictologie

Les médecins généralistes sont 38 soit la moitié (38/76) à déclarer ne pas connaître de structure appartenant au réseau d'addictologie. A cette question, deux médecins (2/78) n'ont pas répondu. Pour l'autre moitié de médecins ayant répondu oui (38/76), la question suivante leur demandait de citer une ou plusieurs structures appartenant au dispositif de soins d'addictologie. Quatre médecins ont déclaré connaître une structure appartenant aux réseaux spécialisés dans le champ des addictions mais n'ont pas donné de nom.

Les différentes réponses figurent dans le tableau suivant :

Citer une ou des structure(s) appartenant au réseau d'addictologie	Nombre de réponse
Addictologie CH Roubaix	10
Addictologie CH Roubaix-Centre bleu-Mitterie	1
Alcoologie Anonyme	2
Fraternité à Roubaix	2
G et T	2
Le Relais	2
CSAPA de Roubaix	1
CH Roubaix-Bonafé-Reseau-Réagir	1
CHRU Lille-CS Tabaco du CH Roubaix et CH Wattrelos	1
CH Roubaix-La Passerelle-Le Relais-G et T	1
CHRU Lille	1
Cs Addictologie au CH Roubaix	1
CSAPA Roubaix-Centre CCAA- CH Roubaix	1
CSAPA Roubaix-Passerelle	1
Dr URSO- St Antoine	1
CH Roubaix et CHRU Lille	1
La Passerelle	1
Pavillon 15	1
Pavillon 15-CMP	1
Rue St Thérèse	1
St Antoine	1
Médecins déclarant connaître le réseau mais n'ayant pas nommé de structure	4
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>

Seuls trois médecins soit 3,9% déclarent appartenir à un réseau d'addictologie et en l'occurrence, ils font tous partie du réseau GT 59-62. Un médecin généraliste peut connaître une structure du dispositif de soins mais ne pas l'utiliser, c'est pourquoi il est intéressant de rechercher la part de médecins qui connaissent et utilisent les réseaux. Les résultats révèlent que sur les 78 médecins généralistes, 97% jugent utile un dispositif de soins en addictologie et 27 parmi les 38 qui déclarent connaître le réseau les sollicitent soit 71,05%. Ainsi, 36,5% des 74 médecins (4 NSPP) sollicitent le réseau.

Le tableau ci-dessous énumère les fréquences d'utilisations des réseaux parmi les 27 médecins qui les sollicitent:

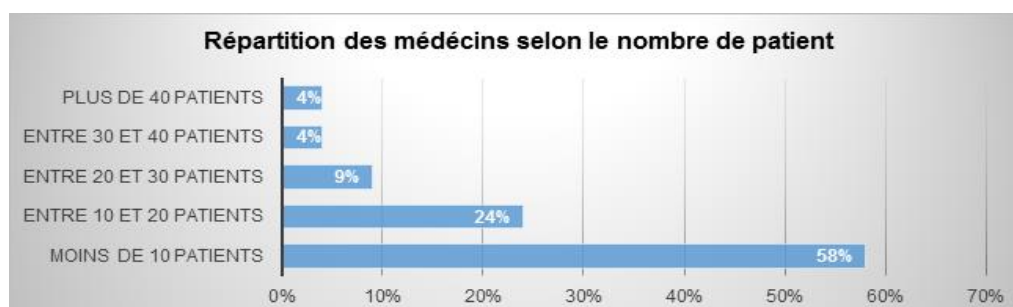
Utilisation des réseaux en termes de fréquence	Nombre de médecin
1 à 2 fois / mois	1
1 fois /mois	3
4 fois / an	3
3 fois / an	6
2 à 3 fois / an	1
2 fois /an	2
1 fois /an	1
Dès que nécessaire	1
Parfois/variable	2
Rarement	1
Sans précision	6
<b>Total</b>	<b>27</b>

13 médecins sur 27 font appel au réseau d'addictologie 1 à 4 fois par an, ce qui représente 17,6% des médecins répondant (13/74) ; tandis que 4 médecins sur 27 les sollicitent 1 à 2 fois par mois, soit 5,4% des répondants (4/74).

## IV. Prise en charge des patients au cabinet

### A. Nombre de patients suivis dans le cadre d'une addiction

D'après notre enquête, on constate une inégalité de répartition des patients pris en charge parmi les médecins généralistes. En effet, une minorité d'entre eux (13/77 soit 17%) prend en charge plus de 20 patients par mois chacun. Cela revient à voir un patient par jour en moyenne. Un médecin ne s'est pas prononcé à ce sujet.



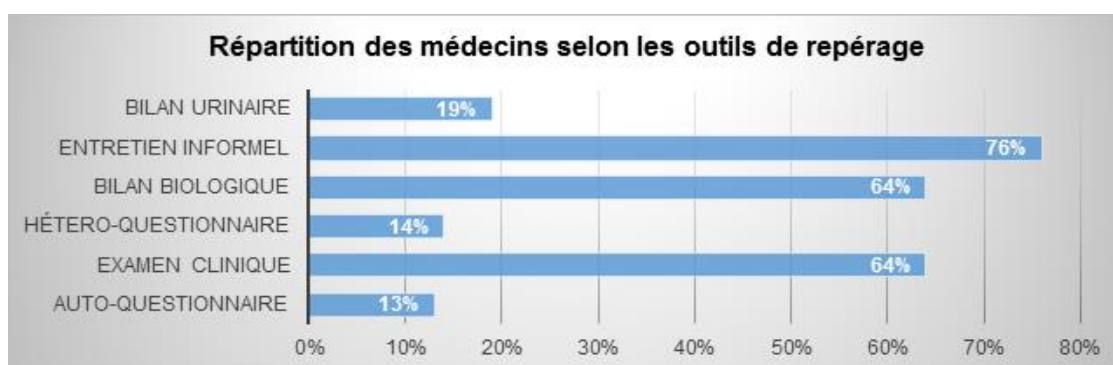


## B. Recherche systématique d'une addiction

L'enquête révèle une carence dans le dépistage systématique des addictions puisque 46 médecins sur les 78 au total soit 59% déclarent ne pas rechercher systématiquement une addiction.

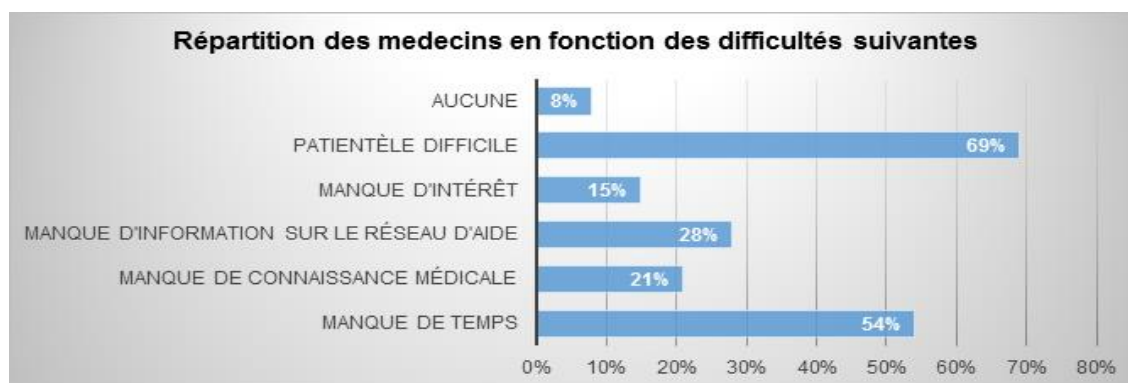
## C. Outils de repérage

Les moyens utilisés dans le repérage d'addiction sont clairement mis en avant d'après l'enquête. Il s'agit de l'entretien informel, du bilan biologique et de l'examen clinique. Les questionnaires sont sous utilisés.



## D. Représentations des addictions dans la prise en charge

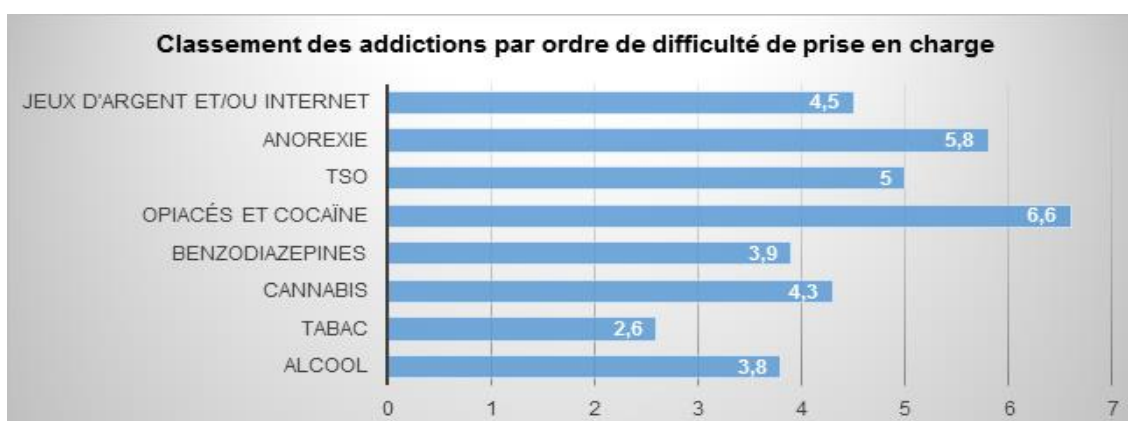
Une série de questions portent sur les difficultés que les médecins sont susceptibles de rencontrer dans leur exercice de prise en charge addictologique. Mieux cibler ces problèmes permettra d'y apporter éventuellement des propositions. Deux difficultés de prise en charge concernant les patients souffrant d'addiction se distinguent par rapport aux autres. Il s'agit du manque de temps (54%) ainsi que la notion de patientèle difficile (69%). Par ailleurs l'enquête révèle que 47 médecins soit 60% présentent au moins deux difficultés. La possibilité est donnée aux médecins d'ajouter une ou plusieurs réponses non proposées dans le questionnaire. Quatre sont données : « contact réseau difficile », « échecs et rechutes », « banalisation pour les patients » et « pression sociale sur les patients ».



## V. Difficultés ressenties par les médecins généralistes

### A. Classement des difficultés de prise en charge

Cette question permet de comparer directement les difficultés de prise en charge des addictions les unes par rapport aux autres d'un point vu général sur un classement de 1 le moins difficile à 8 le plus difficile.

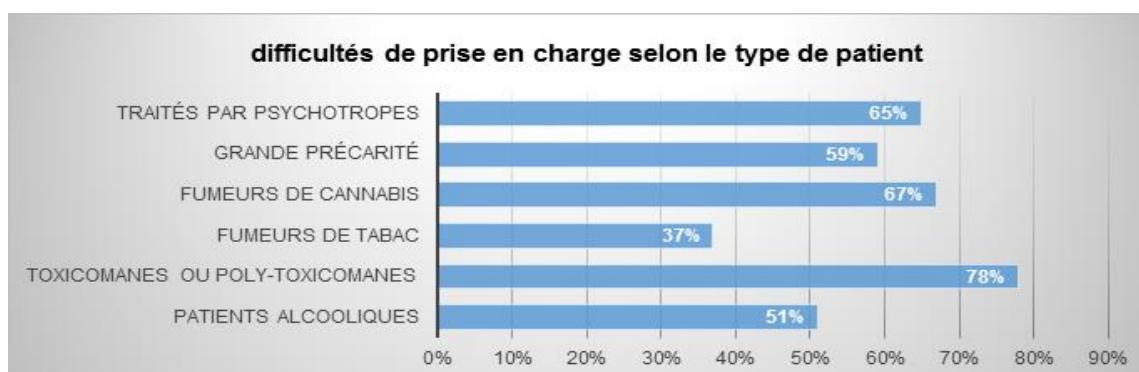


En comparaison aux sept autres addictions, ce sont celles aux opiacés et à la cocaïne qui présentent le plus de difficultés aux médecins interrogés. Elles obtiennent au classement une moyenne de 6,6 sur 8 puis apparaissent par ordre d'importance l'anorexie (5,8 /8), l'addiction aux TSO (5/8), les addictions sans produit (4,5/8), le cannabis (4,3/8), les benzodiazépines (3,9/8), l'alcool (3,8/8) et enfin le tabac (2,6/8).

L'addiction au tabac est donc celle qui pose le moins de problème. Les résultats qui suivent permettent de mieux caractériser les difficultés.

## B. Difficultés de prise en charge selon le patient

Cette question a pour but d'analyser les difficultés que pourraient rencontrer les médecins généralistes à travers non pas la substance mais bien l'individu dépendant à cette substance. Mise à part le patient fumeur qui met en difficulté 37 des 78 médecins soit 47%, l'ensemble des patients souffrant des autres addictions ainsi que la grande précarité représentent des difficultés pour plus de la moitié des généralistes. Le toxicomane ou poly-toxicomane met en difficultés la plus grande proportion de médecin (78%). En comparaison, on notera que les patients alcooliques figurent parmi les moins difficiles à prendre en charge.



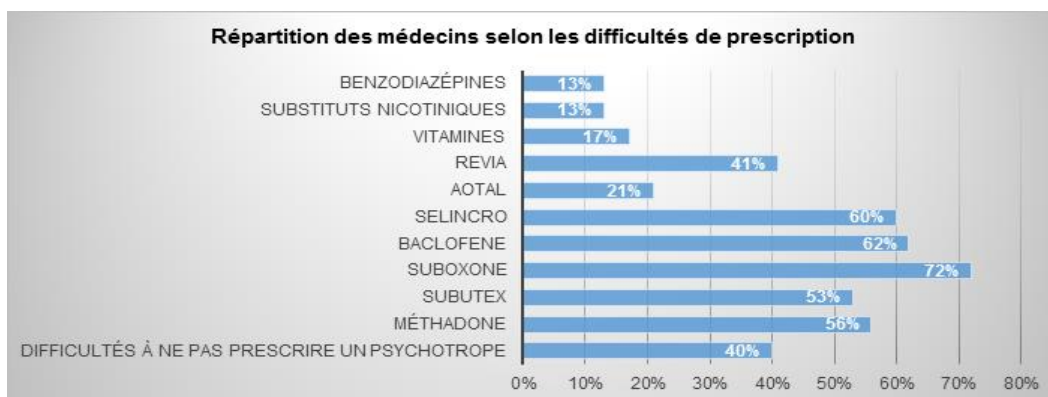
## E. Difficultés dans la prescription des médicaments

Nous pouvons distinguer 2 groupes de médicament en termes de difficultés de prescription selon les médecins:

O Le 1<sup>er</sup> groupe de médicament est difficile à prescrire pour la majorité des médecins et concerne le Soboxone\* avec 72% puis du Baclofene\* (62%), Selincro\* (60%), Methadone\* (56%) et le Subutex\* (53%).

O Le 2<sup>ème</sup> groupe de médicament pose des difficultés à 22% des médecins pour l'Aotal\* et 13% des médecins pour les vitamines, les substituts nicotiniques et les

benzodiazépines. Une forte minorité de médecins (41%) est concernée dans la difficulté à prescrire le Revia et 40% pour ne pas prescrire de médicament.



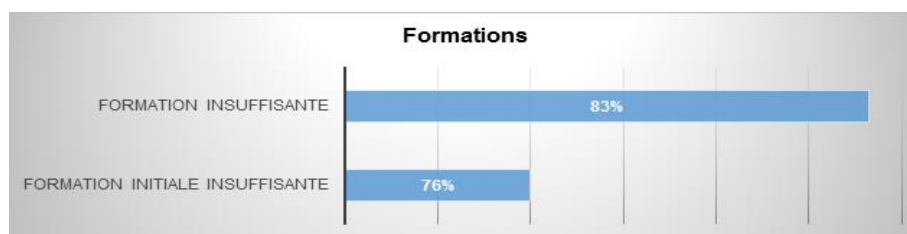
## F. Difficultés à maintenir un suivi

Le maintien d'un suivi dans le cadre de l'addiction en général est difficile chez 63% des médecins.

## VI. Formations des généralistes

Il est intéressant de savoir comment les médecins jugent leur formation médicale initiale et si celle-ci est insuffisante, essayent-ils d'y remédier par la formation continue ?

Les médecins généralistes déclarent à 83% n'être pas assez formés pour prendre en charge une addiction. De plus, ils sont 76% à penser ne pas avoir été assez formés durant leur cursus universitaire. Six médecins sur 78 déclarent avoir eu une formation initiale suffisante et n'être pas bien formés actuellement.

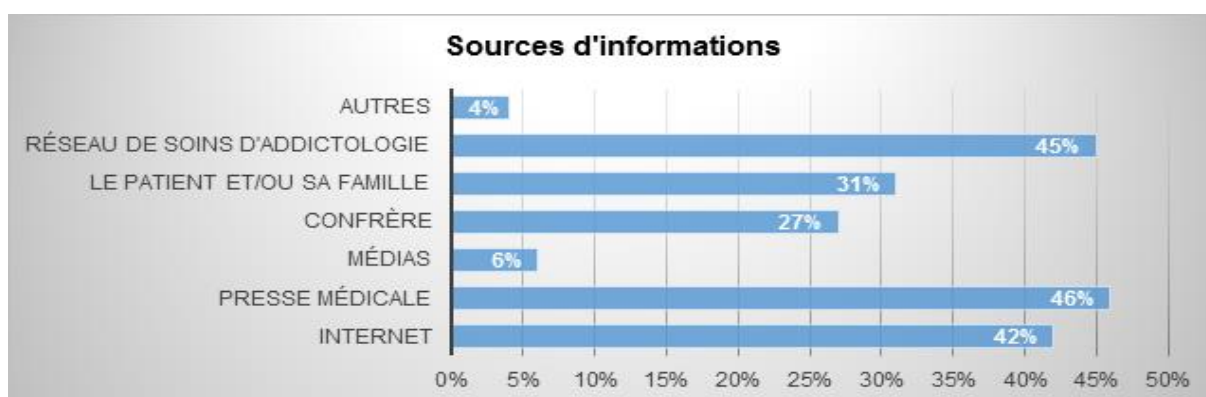


Concernant les formations délivrées par les réseaux d'addictions, 8 généralistes soit 10% déclarent en avoir bénéficié au moins une fois depuis leur installation. Les 78 médecins ont répondu à cette question. Cinq des huit médecins ayant pu bénéficier de formation auprès des réseaux les ont cités. Par ailleurs, ils sont 22 médecins soit 28,6% à avoir un diplôme universitaire dont 2 médecins (soit 2,56%) en addictologie.

## VII. Informations

### A. Sources d'informations

Plusieurs questions portent sur les moyens entrepris par les médecins pour pallier aux difficultés rencontrées. Les sources d'informations les plus utilisées sont la presse médicale (46%), les réseaux de soins d'addictologie (45%) et internet (42%) puis par ordre décroissant le patient et/ou sa famille (31%), les confrères (27%), puis très loin derrière les médias (6%) et autres (4%).



### B. Origines des informations concernant les actions menées des réseaux

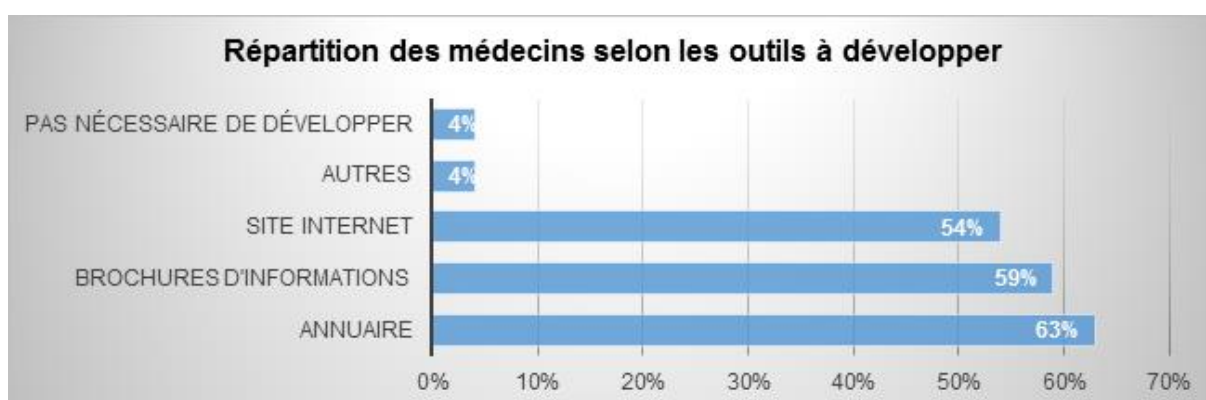
Cette question permet de connaître les moyens qu'utilisent les médecins généralistes pour s'informer des actions menées au sein du réseau. Il apparaît clairement qu'une majorité des médecins (62%) se déclare mal informée. De plus, très peu d'entre eux (5%) recherchent des informations sur Internet.



Sept médecins n'ont pas répondu à cette question.

## C. Outils pour mieux connaître le réseau d'addictologie

Afin de mieux faire connaître les réseaux, la majorité des médecins pense qu'il est nécessaire de développer la communication à travers un annuaire détaillant les structures et personnes ressources du versant Nord-Est de Lille (63%), des brochures d'informations (59%) ou la création d'un site Internet spécifiquement dédié aux réseaux.



Une forte majorité de médecins répondants (69%) déclare téléphoner en cas de difficultés dont 92% reçoivent une réponse adaptée. Il y a 1 NSPP pour l'aide téléphonique et 19 NSPP pour la réponse adaptée

Une dernière question soulève la nécessité de développer la prise en charge d'une addiction au niveau local. Cette question permet de cerner les attentes des médecins. La majorité d'entre eux (59%) n'estime pas nécessaire de développer au niveau local la prise en charge d'une addiction en particulier.

### D. Répartition des médecins selon la connaissance ou non du dispositif de soins

	<b>Médecins connaissant le dispositif (38/78)</b>	<b>Médecins ne connaissant pas le dispositif (38/78)</b>
<b>Sexe</b>	Hommes : 28/38 (73,68%) 28/78 (35,90%) Femmes : 11/38 (28,95%) 11/78 (14,10%)	Hommes : 29/38 (76,31%) 29/78 (37,18%) Femmes : 9/38 (23,68%) 9/78 (11,54%)
<b>Moyenne d'âge</b>	52,48 ans (1NSPP)	52,63 ans
<b>Installation</b>	Moyenne : 22 ans	Moyenne : 22 ans
<b>Mode d'exercice</b>	Seul : 14/38 (36,84%) 14/78 (17,95%) Groupe : 24/38 (63,16%) 24/78 (30,77%)	Seul : 16/38 (42,10%) 16/78 (20,51%) Groupe : 21/38 (55,26%) 21/78 (26,92%)
<b>Formation complémentaire en addictologie</b>	4 médecins connaissant le dispositif ont bénéficié de formation en addictologie	<b>1 médecin possédant un DU d'addictologie déclare ne pas connaître le dispositif</b>
<b>Appartenance à un réseau</b>	(1NSPP) Oui : 3/38 (7,89%) 3/78 (3,85%)	Aucun médecin
<b>Patients suivis</b>	<10 : 20/38 (52,63%) 20/78 (25,64%) 10-20 : 13/38 (34,21%) 13/78 (16,67%) 20-30 : 2/38 (5,3%) 2/78 (2,56%) 30-40 : 1/38 (2,63%) 1/78 (1,28%) >40 : 1/38 (2,63%) 1/78 (1,28%)	<10 : 24/38 (63,16%) 24/78 (30,77%) 10-20 : 7/38 (18,42%) 7/78 (8,97%) 20-30 : 4/38 (10,5%) 4/78 (5,13%) 30-40 : 2/38 (5,3%) 2/78 (2,56%) >40 : 2/38 (5,3%) 2/78 (2,56%)
<b>Recherche systématique d'une addiction</b>	Oui : 19/38 (50,00%) 19/78 (24,36%) Non : 19/38 (50,00%) 19/78 (24,36%)	Oui : 12/38 (31,58%) 12/78 (15,38%) Non : 26/38 (68,42%) 26/78 (33,33%)



	<b>Médecins connaissant le dispositif (38/78)</b>	<b>Médecins ne connaissant pas le dispositif (38/78)</b>
<b>Outils de repérage</b>	Questionnaire(s) : 12/38 (31,58%) 12/78 (15,38%) Autres : 26/38 (68,42%) 26/78 (33,33%)	Questionnaire(s) : 5/38(13,16%) 5/78 (6,41%) Autres : 33/38 (86,84%) 33/78 (42,31%)
<b>Manque d'information sur les réseaux</b>	Oui : 7/38 (18,42%) 7/78 (8,97%)	Oui : 15/38 (39,47%) 15/78 (19,23%)
<b>Difficulté(s) à gérer des patients dépendants</b>	Aucune difficulté : 4/38 (10,53%) 4/78 (5,13%) Grande difficulté : 7/38 (18,42%) 7/78 (8,97%)	Aucune difficulté : 2/38 (5,26%) 2/78 (2,56%) Grande difficulté : 7/38 (18,42%) 7/78 (8,97%)
<b>Difficultés à prescrire des médicaments</b>	Aucune difficulté : 7/38 (18,42%) 7/78 (8,97%) Grande difficulté : Aucun médecin	Aucune difficulté : 2/38 (5,26%) 2/78 (2,56%) Grande difficulté : 2/38 (5,26%) 2/78 (2,56%)
<b>Addiction la plus difficile à traiter</b>	Opiacés et cocaïne : 12/38 (31,58%) 12/78 (15,38%)	Opiacés et cocaïne : 14/38 (36,84%) 14/78 (17,95%)
<b>Addiction la plus facile à traiter</b>	Tabac : 18/38 (47,37%) 18/78 (23,07%)	Tabac : 17/38 (44,74%) 17/78 (21,79%)
<b>Difficultés du suivi</b>	Oui : 30/38 (78,95%) 30/78 (38,46%)	Oui : 31/38 (81,56%) 31/78 (39,74%)
<b>Formation initiale suffisante</b>	Non : 29/38 (76,31%) 29/78 (37,18%)	Non : 29/38 (76,31%) 29/78 (37,18%)
<b>Actuellement formé</b>	Non : 14/38 (36,84%) 14/78 (17,95%) Pas suffisamment : 16/38 (42,10%) 16/78 (20,51%)	Non : 19/38 (50,00%) 19/78 (24,36%) Pas suffisamment : 14/38 (36,84%) 14/78 (17,95%)



	<b>Médecins connaissant le dispositif (38/78)</b>	<b>Médecins ne connaissant pas le dispositif (38/78)</b>
<b>Sources d'informations en cas de difficultés</b>	<p>La plus utilisée : Réseau de soins d'addictologie :</p> <p>20/38 (52,63%) 20/78 (25,64%)</p> <p>Internet : 11/38 (28,95%) 11/78 (14,10%)</p>	<p>La plus utilisée : Internet 20/38 (52,63%) 20/78 (25,64%)</p> <p>Réseau de soins d'addictologie : 12/38 (31,58%) 12/78 (15,38%)</p>
<b>Utilité des réseaux</b>	Oui : 37/38 (97,37%)	Oui : 37/38 (97,37%)
<b>Informations des actions menées</b>	Pas bien informé ou n'ayant pas répondu : 29/38 (76,31%) 29/78 (37,18%)	Pas bien informé : 22/38 (57,89%) 22/78 (28,20%)
<b>Utilisation des réseaux</b>	Oui : 24/38 (63,16%) 24/78 (30,77%)	Oui : 2/38 (5,26%) 2/78 (2,56%)
<b>Outils pour mieux connaître les réseaux</b>	Annuaire : 21/38 (55,26%) 21/78 (26,92%)	Annuaire : 25/38 (65,79%) 25/78 (32,05%)
<b>Savoir qui appeler en cas de difficultés</b>	Non : 5/38 (13,16%) 5/78 (6,41%)	Non : 19/38 (50,00%) 19/78 (24,36%)
<b>Si oui, la réponse est-elle adaptée ?</b>	Oui : 29/38 (76,31%) 29/78 (37,18%) 1 NSPP	Oui : 18/38 (47,37%) 18/78 (23,07%) 9 NSPP
<b>Addiction dont la prise en charge serait utile à développer</b>	Oui : 14/38 (36,84%) 14/78 (17,95%) Essentiellement dépendances avec substances excepté une demande pour l'anorexie	Oui : 15/38 (39,47%) 15/78 (19,23%) Essentiellement des dépendances sans substances (Jeux hasard, argent, Anorexie, Internet, Sexe)

## 4.DISCUSSION

### I. Les raisons de cette étude

Cette étude a pour but d'établir un bilan de la représentation du dispositif addictologique auprès des médecins généralistes de Roubaix et Wattrelos en essayant d'évaluer les difficultés de prise en charge des patients, leur connaissance du dispositif et leurs attentes. Elle a servi à contribuer aux travaux de recherche clinique et complète le travail du Dr Florent Perdriel-Vaissière. En étant exhaustive, cette étude a permis à tous les médecins de Roubaix et Wattrelos de s'interroger sur le dispositif de soins en addictologie et donc de contribuer à le faire connaître.

### II. Les limites de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et quantitative, qui repose sur les ressentis des médecins généralistes. Il est regrettable de ne pas avoir été au-delà de l'analyse statistique descriptive. L'analyse de variables qualitatives ou quantitatives aurait fortement enrichie le sujet, par exemple, on aurait pu comparer des sous-groupes de population comme le sexe, l'âge avec les difficultés de prise de charge, de connaissance du dispositif.

Aussi, le taux de participation aurait été bien supérieur à celui que nous avons obtenu si le questionnaire avait pu être adressé sous format informatique.

Cette étude n'a pas pris en compte les opinions des patients ni des familles sur les connaissances des différentes structures du dispositif de soins d'addictologie. En effet, il serait intéressant d'évaluer les représentations en interrogeant par exemple les nouveaux patients dépendant sur leurs connaissances des réseaux lors de la 1<sup>ère</sup> consultation d'addictologie.

Les particularités socio-économiques de Roubaix font que les résultats de l'étude traitant de l'addiction ne peuvent pas être transposables à l'échelle nationale.

Au niveau du questionnaire, il aurait été nécessaire de proposer « 0 patient » comme modalité de réponse supplémentaire à la question suivante : « combien de

patients prenez-vous en charge dans le cadre de l'addiction ? ». Cela nous aurait permis de connaître la part de ces médecins ne voyant aucun patient pour en dégager des caractéristiques. Ces médecins qui ne prennent pas du tout de patient dépendant ont continué à répondre mais sont forcément moins concernés et peuvent biaiser le questionnaire car on pourrait s'attendre à moins de connaissances et plus de difficultés que les médecins qui ont parmi leur patientèle des patients souffrant d'addictologie. Cependant, l'étude se voulant exhaustive, aucun critère d'exclusion à ce niveau n'a été pris en compte.

### **III. Les points positifs de l'étude**

Le taux de participation des médecins de 36,4% est satisfaisant et de ce fait l'échantillon recueilli est représentatif de la population étudiée. Dans cette étude, nous avons peu de données manquantes. Ceci est du probablement au fait que le questionnaire était particulièrement rapide à remplir (5 minutes environ) et ne tenait que sur une feuille recto verso sans question ouverte.

L'étude a permis d'évaluer :

- Les connaissances du dispositif de soins et les moyens nécessaires pour les améliorer ;
- l'utilité du dispositif de soins ;
- les difficultés de prise en charge ;
- le niveau de formation en addictologie.

## IV. Analyse des données

### A. Caractéristiques des médecins de Roubaix et Wattrelos

L'âge moyen des médecins ayant répondu (53 ans) était quasiment le même qu'à l'échelle nationale à savoir 53,7 ans si l'on se réfère à l'Atlas de la démographie médicale en France 2014. Dans notre étude, cette moyenne de 53 ans est retrouvée aussi bien dans le groupe de médecin connaissant que dans le groupe ne connaissant pas le réseau. Les médecins âgés de moins de 40 ans de Roubaix et Wattrelos représentent 24% contre 8,6% des effectifs en France tandis que les médecins âgés de 60 ans et plus (susceptibles de prendre leur retraite à court terme) représentent 31% contre 29,2% des effectifs en France (61). Plus que dans le reste de la France, la population des médecins dans ces deux villes a tendance à fortement rajeunir. C'est là une occasion de sensibiliser davantage les jeunes médecins dans le champ de l'addiction.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le syndicat des médecins généralistes estimait en France la part d'hommes à 57% et celle des femmes à 43%. La répartition auprès des 214 médecins de Roubaix et Wattrelos était de 24,8% de femmes contre 75,23% d'hommes. Nous avons beaucoup moins de femmes médecins proportionnellement dans les deux communes que dans le reste de la France. Par ailleurs, le taux de réponse par sexe dans notre enquête est plus élevé chez les femmes (37,7%) que celui des hommes (35,4%). Contrairement aux hommes médecins (28/57), la majorité des femmes (11/20) connaissent le dispositif de soins en addictologie. Ce résultat soulève l'hypothèse que les femmes seraient plus impliquées dans le domaine ce qui concorderait avec les données de la littérature puisque selon le baromètre de santé 2009, de manière générale, les femmes recherchent plus les addictions que les hommes et ce quel que soit le produit (16).

## **B. Connaissance du dispositif de soins en addictologie (critère principal de l'étude)**

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la connaissance des réseaux de soins en addictologie dans le versant Nord-Est de Lille. On constate que près d'un médecin sur deux (38/78 soit 48,7%) déclare connaître le réseau, ce qui peut sembler moyennement satisfaisant. Aussi, lorsqu'on leur demande de citer une ou plusieurs structures appartenant aux réseaux, les réponses peuvent parfois sembler confuses. En effet, 34 médecins ont donné 48 réponses au total (possibilités de donner plusieurs noms de structure de soins), 20 ont fait référence au service d'addictologie du CH de Roubaix, 4 n'ont pas répondu et d'autres ont cité des noms de rue ou d'un médecin addictologue. Seuls les 3 médecins appartenant au réseau GT 59-62 ont cité cette association spécialisée dans l'addiction.

Même si l'échantillon n'est pas représentatif de la population française, il est intéressant de comparer nos résultats avec d'autres études. Une thèse réalisée par Dr Plouhinec Paul en 2014 évaluait la connaissance des consultations d'addictologie de l'hôpital de Montaigu auprès de 81 médecins généralistes. Son étude révélait que 72% des médecins connaissaient les consultations d'addictologie (62).

Anne Fillol Ghazy dans sa thèse de 2005 *Médecins généralistes et consommateurs excessifs d'alcool* montrait que 80% des médecins généralistes de son échantillon de la région parisienne connaissaient le réseau de soins d'alcoologie et que 55% d'entre eux avaient un correspondant habituel (63). Lorsque nous comparons les trois études, on s'aperçoit alors du faible niveau de connaissance des réseaux de soins d'addictologie par les médecins généralistes de Roubaix et Watrelos. Ceci est d'autant plus surprenant tant on sait que la ville de Roubaix est particulièrement touchée par les addictions.

En résumé, nous pouvons dire que de manière générale, les médecins traitants ont une connaissance superficielle des réseaux en addictologie et cela pourrait en expliquer la faible utilisation.

## C. Prise en charge des addictions

Dans notre enquête, 58% des médecins prennent en charge moins de 10 patients au sein de leur patientèle ce qui est très insuffisant. Le tableau ci-dessous extrait de la thèse du Dr Machin Julie de 2012 « état des lieux de la prise en charge du tabagisme des patients suivis en service d'addictologie du Nord-Pas de Calais » révèle un pourcentage d'actes des généralistes consacrés aux principales addictions en France là aussi bien insuffisant.

Tableau : «répartition en 2005 des motifs de consultation en fonction des produits en pourcentage des actes (64)»

Motif	Pourcentage des actes
Tabac	1.95 %
Alcool	1.6 %
Autres Drogues	0.45 %

La prévalence liée aux substances psychoactives en France est très élevée. 13,4 millions de personnes soit 29,1% fument quotidiennement selon le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, 4,6 millions consomment régulièrement de l'alcool et 700 000 fument du cannabis selon l'INPES et l'OFDT.

Ces chiffres mettent en évidence l'écart existant entre des consultations peu fréquentes et la prévalence des addictions très élevée. Il convient de se demander :

- Si les consommateurs dépendants ressentent la nécessité d'y remédier ;
- S'ils ressentent trop de difficultés à aborder le sujet ;
- Si le médecin généraliste représente le bon interlocuteur.

Alors que près de 90 % des patients trouvent normal que le médecin recherche une consommation d'alcool, de tabac ou de produits illicites, une enquête menée en 2003 auprès des patients par Dr Philippe Michaud (addictologue et président de l'institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie) à montrer que les patients sont largement dans l'attente d'être interrogés. Ce mode de communication passif peut induire pour le généraliste un manque de motivation pour la formation et la prise en charge addictologique. Néanmoins, l'attitude des généralistes en France évolue puisque l'évocation du tabac a augmenté de manière significative, passant de 60,1 % en 1998 à 67,1 % en 2003. De même pour la prise en charge des opiacés, les médecins généralistes voient en moyenne 1,8 usagers dépendant aux opiacés par mois en 2009 contre 1,6 en 2003 (51).L'addiction la plus recherchée est le tabac (50).

## **D. Participation à des réseaux de santé**

La participation à des réseaux de santé portant sur les addictions, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou, le plus souvent, des drogues illicites, concerne une minorité de médecins généralistes. Or cette participation est associée à une plus forte probabilité de pratiquer un repérage systématique des consommations de substances psychoactives chez les patients. En 2009, 5,3% des médecins en France déclarent appartenir à un réseau de prise en charge de la toxicomanie ou des addictions au sens large (16) contre 3,9% (3/78 médecins) constaté lors de notre enquête dans les communes de Roubaix et Wattrelos. Ces derniers font partis de l'association GT 59-62 ce qui concorde avec leur rapport d'activité 2014 puisque 3 médecins généralistes en moyenne interviennent lors des Intervisions (annexe 2). En 2015, le rapport d'activité de cette association indique que seulement 4 nouvelles personnes de profession libérale (médecins généralistes ou pharmaciens) ont assisté à une ou plusieurs des 18 interventions. Ce constat vient souligner la méconnaissance des réseaux.

## **E. Utilisation du dispositif de soins d'addictologie**

Les rapports d'activité des différentes structures du versant Nord-Est de Lille révèlent que la part des patients adressés par les médecins généralistes est faible. Lorsque la demande de consultation provient du patient lui-même, de sa famille ou de la justice, cela implique en général un stade avancé de dépendance ce qui est moins probable pour le patient adressé par le médecin généraliste. Développer l'investissement des médecins généralistes dans la recherche systématique et dans les réseaux d'addictologie permettrait d'éviter un retard de diagnostic, source de complication et de prise en charge plus difficile.

Notre enquête montre qu'à peine la moitié des médecins généralistes connaissent le dispositif d'aide (38 sur 78 médecins) dont 27 sur les 38 soit 71% le sollicitent. Sur l'ensemble de l'échantillon, le pourcentage tombe à 34,6%. La thèse du Dr Plouhinec Paul révèle que 80% des médecins connaissaient les consultations

d'addictologie de l'hôpital de Montaigu et y adressaient des patients (61% si l'on tient compte de l'ensemble des 81 médecins). Toujours dans cette étude, 62% des 81 médecins l'ont trouvé très utile contre 97% (76/78) dans la nôtre.

Ce constat souligne que les médecins qui connaissent les réseaux de soins d'addictologie l'utilisent d'où l'intérêt de les faire connaître.

L'ensemble des médecins connaissant et utilisant le dispositif le trouve utile. Par conséquent un lien fort est établi entre la connaissance, l'utilisation et l'utilité du réseau car il répond parfaitement aux besoins des médecins.

Parmi la population de médecins ne connaissant pas le dispositif (38/78), seulement un d'entre eux le juge inutile. Le fait que ces médecins qui jugent utile le dispositif mais qui ne le connaissent pas traduit la nécessité et le besoin d'aide dans le champ de l'addiction de ces mêmes médecins.

En ce qui concerne la recherche systématique d'une addiction, Le groupe connaissant le dispositif rechercherait plus systématiquement une addiction (50%), comparativement au groupe ne le connaissant pas (31,58%). Ces deux chiffres bas sont inférieurs à ceux connus à l'échelle nationale cités dans le chapitre IV-B : *Investissement des médecins généralistes dans la prise en charge de l'addiction en France*. Les médecins généralistes gèrent beaucoup d'addiction mais font peu de dépistage systématique (surtout quand on sait que l'entrée dans les addictions peut être difficile à déceler).

## F. Manque de formation

En termes de proportionnalité, les médecins généralistes de Roubaix disposent de plus de formations complémentaires avec 28,2% (22/78) contre 18,9% pour la région (61). En revanche, en ce qui concerne l'addictologie, ils ne sont que 5 sur 78 soit 6,41% à avoir bénéficié d'une formation. Devant une augmentation de la population souffrant d'addiction telle qu'on peut le voir à travers les différents rapports d'activité des structures comme les CSAPA Le Relais, La Trame ou le service d'addictologie de Roubaix, il est fortement souhaitable de sensibiliser les médecins généralistes à cette discipline.



On peut envisager qu'un élargissement de l'accès aux formations sur les addictions à un plus grand nombre de médecins généralistes pourrait améliorer sensiblement la visibilité des réseaux dans le cadre des addictions permettant ainsi une meilleure prise en charge. Ceci est d'autant plus pertinent qu'ils sont 97%, dans notre enquête, à déclarer l'utilité des réseaux en addictologie. Cela démontre la prise de conscience des médecins à pallier aux déficits de connaissances.

L'addictologie est une discipline qui reste encore peu approfondie au cours des études car un grand nombre de médecins généralistes (76%) estiment ne pas avoir été assez formés durant leur cursus universitaire. Cela n'explique peut-être pas le désinvestissement de beaucoup de médecins généralistes mais c'est peut être l'un des paramètres à prendre en compte pour une meilleure implication dans ce domaine.

Six médecins déclarent avoir eu une formation initiale suffisante et n'être pas bien formés actuellement. Surprenant, un médecin ayant un diplôme universitaire en addictologie a déclaré ne pas connaître le réseau. Ces résultats révèlent une absence d'initiative de la part de certains médecins à maintenir leur niveau à jour.

Ce constat ne semble pas être une spécificité dans notre enquête puisque l'étude de la thèse des Dr Joëlle Moy et Yann Vanlerbegerghe en 2013 révèle aussi un manque de formation, d'une méconnaissance et la perception d'une utilité au sujet des réseaux locaux d'addictologie, auprès des 24 médecins généralistes de Savoie interrogés (65).

Pour pallier au manque de formation, le groupe de médecin ne connaissant pas le réseau utilise en premier recours Internet contrairement à l'autre groupe qui lui sollicite essentiellement le réseau. Élément surprenant, douze médecins ne connaissant pas le réseau déclarent néanmoins le solliciter pour s'informer en cas de difficultés et deux déclarent l'utiliser.

## **G. Difficultés de prise en charge**

A l'exception du sevrage tabagique, les prises en charge de dépendance par les médecins généralistes sont perçues comme difficiles, probablement parce que les offres de médicaments d'aide au sevrage ne sont pas aussi performantes que dans le cas du sevrage tabagique, et parce que les conséquences sociales, et notamment professionnelles, des autres dépendances sont plus lourdes et plus visibles. Or les

études montrent que le tabac est la première cause de mortalité prématurée et évitable en France (27) avec plus de 70 000 décès par an. Par conséquent, même si le tabac est l'addiction la plus recherchée systématiquement, beaucoup d'efforts sont poursuivis dans le repérage précoce et la prise en charge.

Le manque de temps (54%) et la notion de patientèle difficile (69%) sont des éléments considérés comme compliqués à gérer parmi les médecins généralistes. Ces deux critères sont malheureusement des paramètres peu modifiables contrairement au manque de connaissance médicale (21%) ou au manque d'information sur le réseau d'aide (28%). De ce fait, les actions que l'on pourrait mener, dans le cadre de formation, pour diminuer les difficultés de prise en charge par les généralistes risqueraient d'avoir peu d'effet concrètement. C'est en raison de ces difficultés que la connaissance et l'utilisation du dispositif prend tout son sens.

Concernant la dépendance avec substance, le cannabis arrive en 2<sup>ème</sup> position dans la difficulté de prise en charge dans notre étude après celle aux opiacés et cocaïne. Cela s'explique en partie par l'analyse des représentations sociales associées au cannabis et à la perception des risques liés à cet usage dont l'«image» s'est dégradée entre 1998 et 2009. Le terme d'«addiction» correspond moins à une entité clinique stabilisée qu'à une variété de situations individuelles associées à des contextes sociaux de consommation (16).

Les addictions liées à l'alcool et le tabac ne sont pas perçues par les médecins comme très difficiles à prendre en charge. D'un point de vue santé publique, ces substances sont plus dangereuses selon les experts nationaux (Bourgain Catherine, *Addiction* 2012) et internationaux (Nutt David John, *Lancet* 2010) en raison des dommages sanitaires et sociaux majeurs que l'héroïne, la cocaïne et le cannabis (14). Ce constat peut s'expliquer en partie par les représentations socio-culturelles, la France étant culturellement attachée au vin.

Les médecins sont 59% à reconnaître des difficultés de traitement de patients en grande précarité et traduit une carence de prise en charge des médecins sur le plan social. Nous avons vu que Roubaix (plus que Wattrelos) est une ville qui accumule beaucoup de critères défavorables sur le plan socio-économique en comparaison à ses villes voisines. De ce fait, les médecins de Roubaix sont plus confrontés à ce genre

de difficultés que les autres médecins. Une meilleure formation sur ce volet social serait donc plus que souhaitable.

D'après notre étude, le patient consommant opiacés ou cocaïne est le plus difficile à gérer dans la prise en charge thérapeutique et notamment médicamenteuse. Ce résultat concorde avec ceux du baromètre des médecins généralistes 2009, en France, puisque près de 90% des médecins généralistes considèrent que les toxicomanes ne «se conforment pas aux prescriptions médicales». Néanmoins, l'appartenance à un réseau sur les addictions est liée à la représentation des toxicomanes comme étant avant tout des malades et ceux qui appartiennent à un réseau ont tendance à faire davantage confiance aux usagers de drogues quant à leur compliance (16). Ainsi, le lien des médecins à un réseau d'addictologie pourrait impacter positivement sur la perception du patient auprès du médecin. Cela ne peut qu'améliorer la relation médecin-malade et donc favoriser la compliance du patient.

Concernant la comparaison des deux groupes, la dernière question traitant de la nécessité de développer la prise en charge d'une addiction en particulierité révèle que le groupe connaissant le réseau sollicite la nécessité de développer des addictions moins bien connues telles que la dépendance à Internet, au sexe ou à l'argent. Ce groupe de médecin est plus à même de répondre à cette nouvelle demande auprès de leurs patients en raison du soutien du réseau d'addictologie pour des dépendances avec substances.

## **V. Outils de repérage précoce à développer**

Un grand nombre de médecins généralistes considèrent que les situations d'usage problématique de substances psychoactives doivent être repérées précocement afin d'analyser les motivations de l'usage et comprendre le sens qu'il revêt pour les usagers. La finalité est de mieux informer et prendre en charge le patient afin d'éviter une évolution vers la dépendance.

Il est intéressant de voir que l'examen clinique est un outil de repérage d'addiction utilisé chez 64% des médecins. Cependant, il faut savoir que l'examen clinique met en

évidence bien souvent les complications physiques et intervient donc trop tard pour un repérage précoce. Dans ce cas, le médecin traitant se trouve confronté à une addiction bien encrée chez le patient d'une part mais aussi à ses complications. Cette question a permis de mettre en évidence une erreur de prise en charge et permettra de proposer des aides aux médecins traitants en mettant l'accent sur le repérage précoce. L'enjeu est de positionner le médecin dans une logique de prévention.

Le questionnaire est moins utilisé (13% pour l'auto-questionnaire et 14% pour l'hétéro-questionnaire) qu'à l'échelle nationale. Par exemple en 2009, plus d'un tiers des médecins (34,0%) déclaraient utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation de tabac, comme des tests ou des échelles. Selon le baromètre de santé médecins généralistes 2009, les difficultés des médecins traitants à aborder les problèmes d'alcoolisation ont été soulignées par des travaux français et ont donné lieu à une abondante littérature qui encourage la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) (16). A l'échelle nationale, le fait d'appartenir à un réseau d'addictologie (tabac, alcool, drogues illicites) est très lié au repérage systématique des consommations de substances psychoactives (16).

## **VI. Ouvertures et perspectives**

De nombreux médecins généralistes appartenant aux communes de Roubaix ou Wattrelos doivent être informés de l'existence du dispositif d'addictologie. Afin d'en augmenter la visibilité et de sensibiliser ces médecins généralistes, il pourrait leur être profitable de leur communiquer les résultats de l'étude présentement décrite. Aussi, l'analyse de la population médicale permettrait de cibler les médecins plus réceptifs à l'information et à la formation en addictologie. Ce travail pourrait convenir pour une prochaine thèse.

## 5. CONCLUSION

Le cabinet de médecine générale est une structure qui offre beaucoup d'avantages comme la facilité d'accès, le contact fréquent, la connaissance du milieu, des outils de dépistage simple et des outils médicamenteux avec notamment les traitements de substitution. Cependant, dans le versant Nord-Est de Lille notamment à Roubaix et bien plus qu'ailleurs en France, la complexité des situations sociales dans lesquelles sont enfermés la plupart des patients, fait que la prise en charge isolée en médecine de ville est extrêmement difficile. Il apparaît donc nécessaire de développer des relations avec un ensemble de partenaires satellites.

L'enquête auprès des médecins généralistes du versant Nord-Est de Lille s'intéresse à leur connaissance du réseau, leur pratique et leur degré de formation liés à l'addiction. Elle a permis de mettre en évidence le lien précaire qui existe entre les généralistes et les réseaux.

Le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge précoce des addictions est capital alors que ces derniers dans l'enquête sont mal formés. Or, il a été établi que le fait de recevoir une formation augmente la proportion de patients dépistés, de même que l'appartenance aux réseaux d'addictologie et l'usage des outils associés. L'amélioration de la prise en charge des problèmes d'addiction doit passer par des démarches de formation régulières. Les représentations sociales associées aux différentes addictions et à la perception des risques liés ont un impact non négligeable dans la prise en charge au sein des médecins généralistes. Pour améliorer la collaboration entre les réseaux d'addictologie et les médecins généralistes, il est indispensable d'améliorer l'image des patients dépendants auprès des médecins et ce dès le début des études de médecine.

Comme le fait remarquer le Dr Philippe Binder : «Il ne s'agit pas de gémir sur la timidité des généralistes à s'engager dans la santé publique mais de s'adapter à eux pour leur faire aimer ces nouvelles possibilités valorisant particulièrement l'exercice de la médecine générale. »

## 6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie | Fédération Addiction | prévenir, réduire les risques, soigner [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.federationaddiction.fr/le-dispositif-de-prise-en-charge-et-de-soins-en-addictologie/>
2. Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives - Identification [Internet]. [cité 26 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000138.pdf>
3. Drogues et Conduites Addictives, INPES 2014 [Internet]. [cité 23 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1573.pdf>
4. Couteron J-P, Morel A. Drogues : faut-il interdire ? Dunod; 2011. 289 p.
5. Classification des médicaments pour l'étude toxicologique : Analytical Toxicology : <http://www.analyticaltoxicology.com> [Internet]. [cité 23 juill 2015]. Disponible sur: [http://www.analyticaltoxicology.com/classification-des-medicaments-pour-letude-toxicologique/?upm\\_export=print](http://www.analyticaltoxicology.com/classification-des-medicaments-pour-letude-toxicologique/?upm_export=print)
6. CABAL MC, LE DÉAUT MJ-Y. ASSEMBLÉE NATIONALE SÉNAT. [cité 23 juill 2015]; Disponible sur: <http://lesamisducscf.com/images/pdf/rapport-roques.pdf>
7. LES PRATIQUES ADDICTIVES - comportementconso.pdf [Internet]. [cité 26 mai 2015]. Disponible sur: <http://asp.lecrips-idf.net/cirdd/telechargement/comportementconso.pdf>
8. Annexe\_Critères DSM-IV\_Abus\_dépendance\_Sevrage - annexe\_criteres\_dsm-iv\_abus\_dependance\_sevrage.pdf [Internet]. [cité 23 juill 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe\\_criteres\\_dsm-iv\\_abus\\_dependance\\_sevrage.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf)
9. stage\_addictions.pdf [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: [http://www.ilfc.fr/fichiers/addictions/stage\\_addictions.pdf](http://www.ilfc.fr/fichiers/addictions/stage_addictions.pdf)
10. Les addictions comportementales | Institut Fédératif des Addictions Comportementales [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ifac-addictions.fr/les-addictions-comportementales.html>
11. Préface - Addictologie [Internet]. [cité 27 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/B9782294703164000278>

12. Microsoft Word - Page de garde - Mémoire DU Addictologie.pdf [Internet]. [cité 11 mai 2015]. Disponible sur:  
<http://www.resag.org/sites/resag.cpm.aquisante.priv/files/M%C3%A9moire%20DU%20Addictologie.pdf>
13. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - Tendances 99 - mars 2015 - OFDT [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur:  
<http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-niveaux-dusage-des-drogues-en-france-en-2014-tendances-99-mars-2015/>
14. SYNTHESE\_ok - Mildt\_MR\_DJM\_Synthese.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: [http://www.rehalto.com/fr/files/2014/01/Mildt\\_MR\\_DJM\\_Synthese.pdf](http://www.rehalto.com/fr/files/2014/01/Mildt_MR_DJM_Synthese.pdf)
15. Rigaud A. DSM-V, maladie unique liée à l'alcool et prévention-Société Française d'Alcoologie [Internet]. 2013 [cité 26 mai 2015]. Disponible sur:  
<http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA2013mars-Rigaud.pdf>
16. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - 1343.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
17. Kopp P. Le coût social des drogues en France [Internet]. ofdt. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
18. Microsoft Word - SOMMAIRE et Liste des participants.doc - dp\_comp18sept2012.pdf [Internet]. [cité 22 août 2015]. Disponible sur:  
[http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Actualites/Point\\_presse/18\\_septembre2012/dp\\_comp18sept2012.pdf](http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Actualites/Point_presse/18_septembre2012/dp_comp18sept2012.pdf)
19. La consommation d'alcool en France en 2014 - Évolutions n°33 - Avril 2015 - 1632.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2015]. Disponible sur:  
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>
20. Drogues, chiffres clés 2015.pdf [Internet]. [cité 2 juill 2015]. Disponible sur:  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf>
21. La consommation d'alcool en France en 2014 - Évolutions n°33 - Avril 2015 - 1632.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2015]. Disponible sur:  
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>
22. Consommation d'alcool en France - alcoolinfoservice - Alcool Info Service [Internet]. [cité 26 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/alcool-francais#.VWRPAPYHgM>
23. Alcool [Internet]. [cité 2 juin 2015]. Disponible sur:  
<http://www.anpaa.asso.fr/sinformer/addictions-lessentiel-sur/alcool>
24. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 -Cartographie des usages pour l'ensemble de la population - atlas-addictions-bs2010-cartographie-ensemble-population.pdf [Internet]. [cité 5 août 2015]. Disponible sur:  
<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/atlas-usages-substances-psychoactives-2010/pdf/atlas-addictions-bs2010-cartographie-ensemble-population.pdf>
25. Alcool - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 1 août 2015]. Disponible

- sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
26. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 -Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes - 1479.pdf [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1479.pdf>
  27. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours)
  28. Le tabac, premier facteur de risque évitable de cancers - Tabac | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Tabac/Le-premier-facteur-de-risque-evitable-de-cancers>
  29. Tabac [Internet]. [cité 2 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.anpaa.asso.fr/sinformer/addictions-lessentiel-sur/tabac>
  30. Programme National de Réduction du Tbagisme : Vers une France sans tabac - 150212\_PNRT-Complet-V\_DEF\_2\_.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/150212\\_PNRT-Complet-V\\_DEF\\_2\\_.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/150212_PNRT-Complet-V_DEF_2_.pdf)
  31. Inpes - Actualités 2015 - Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. [cité 10 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/013-tabac-donnees-barometre-2014.asp>
  32. INPES - Les profils des fumeurs en France [Internet]. 2014 [cité 10 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>
  33. ODICER - Drogues en régions – Cartographies, évolutions statistiques (OFDT) - version mobile [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: <http://odicer.ofdt.fr/mobile.php#themesdom>
  34. Tabac et cigarette électronique - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 5 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/#conso>
  35. Tabac et e-cig : les anglais nous montrent la voie | SOS ADDICTIONS [Internet]. [cité 7 nov 2015]. Disponible sur: <http://sos-addictions.org/actualite-des-addictions/tabac-et-e-cig-les-anglais-nous-montrent-la-voie>
  36. SAM-épidémio-OFDT - epfxblr4.pdf [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxblr4.pdf>
  37. DRAMES - Deces en relation avec l'abus de médicaments et de substances - Enquete 2011 - 4473fb6edabe70f675f8669550dae93f.pdf [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/4473fb6edabe70f675f8669550dae93f.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4473fb6edabe70f675f8669550dae93f.pdf)
  38. CDE modifi. apr.s parution.qxd - cdecomp.pdf [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible



- sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cdecomp.pdf>
39. Tend 70.qxd (Page 4) - eftsps2.pdf [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxsps2.pdf>
  40. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Pousset M. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013.
  41. Enquête ESPAD 2003,2007,2011 [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsss5.pdf>
  42. Tendances98ENaCaarud2012.pdf [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: <http://www.caarud-10ans.fr/files/3014/2141/0404/Tendances98ENaCaarud2012.pdf>
  43. Chiffres clés2010 -6 pages.qxd (Page 1) - dcc2013.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2013.pdf>
  44. Pousset M. Cocaine, données essentielles, OFDT [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/codescomp.pdf>
  45. anpaa-essentiel-cocaine.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.anpaa.asso.fr/images/stories/201207telechargements/anpaa-essentiel-cocaine.pdf>
  46. Etat du phénomène de la drogue en Europe- Observatoire européen des drogues et toxicomanies- Rapport annuel 2012 [Internet]. 2012 [cité 11 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/AR2012oedt.pdf>
  47. ANSM\_Rapport+Benzo\_09012014.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/content/download/57511/738785/version/2/file/ANSM\\_Rapport+Benzo\\_09012014.pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/57511/738785/version/2/file/ANSM_Rapport+Benzo_09012014.pdf)
  48. Addictions [Internet]. [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>
  49. Fiche EPP réseaux de santé.qxd - reseaux\_de\_sante.pdf [Internet]. [cité 21 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux\\_de\\_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf)
  50. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 -P157 [Internet]. [cité 2 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf>
  51. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - 1343.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
  52. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. 2007-877 mai 14, 2007.
  53. Consultations jeunes consommateurs - Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives [Internet]. [cité 1 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/lieux-daccueil/consultations-jeunes->

consommateurs/

54. Circulaire n°2006-01 CARRUD [Internet]. [cité 1 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020036.htm>
55. Circulaire n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives [Internet]. [cité 1 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-38/a0382676.htm>
56. USA treatment guidelines in English 2000.pdf [Internet]. [cité 1 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.treatobacco.net/fr/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/USA%20treatment%20guidelines%20in%20English%202000.pdf>
57. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves - 1146.pdf [Internet]. [cité 25 août 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
58. Insee - Chiffres clés : Commune de Roubaix (59512) [Internet]. [cité 4 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=com-59512>
59. Les\_Syntheses\_de\_la\_Direccte\_no\_32\_-\_Zone\_d\_emploi\_de\_Roubaix\_-\_Tourcoing.pdf [Internet]. [cité 22 août 2015]. Disponible sur: [http://www.nord-pas-de-calais.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_Syntheses\\_de\\_la\\_Direccte\\_no\\_32\\_-\\_Zone\\_d\\_emploi\\_de\\_Roubaix\\_-\\_Tourcoing.pdf](http://www.nord-pas-de-calais.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Les_Syntheses_de_la_Direccte_no_32_-_Zone_d_emploi_de_Roubaix_-_Tourcoing.pdf)
60. Institut national de la statistique et des études économiques : Accueil [Internet]. [cité 19 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/>
61. Microsoft Word - Atlas de la Démographie Médicale 2014 - atlas\_2014.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2015]. Disponible sur: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf)
62. Plouhinec P. Evaluation de la consultation d'addictologie de l'hôpital de Montaigu par les médecins généralistes du secteur- Thèse [Internet]. 2014 [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/fd28a3fb-fd63-441b-b4b0-5a6ffb06ec69>
63. Ghazi AF. Médecins généralistes et consommateurs excessifs d'alcool: étude des perceptions des médecins généralistes au moyen d'un questionnaire postal. 2005.
64. Thèse de médecine général - 0e4b98a9-7d9c-49d9-ab01-c5eb25e333a5 [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/0e4b98a9-7d9c-49d9-ab01-c5eb25e333a5>
65. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire. Enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie - document [Internet]. [cité 2 nov 2015]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00808911/document>

## 7.ANNEXES

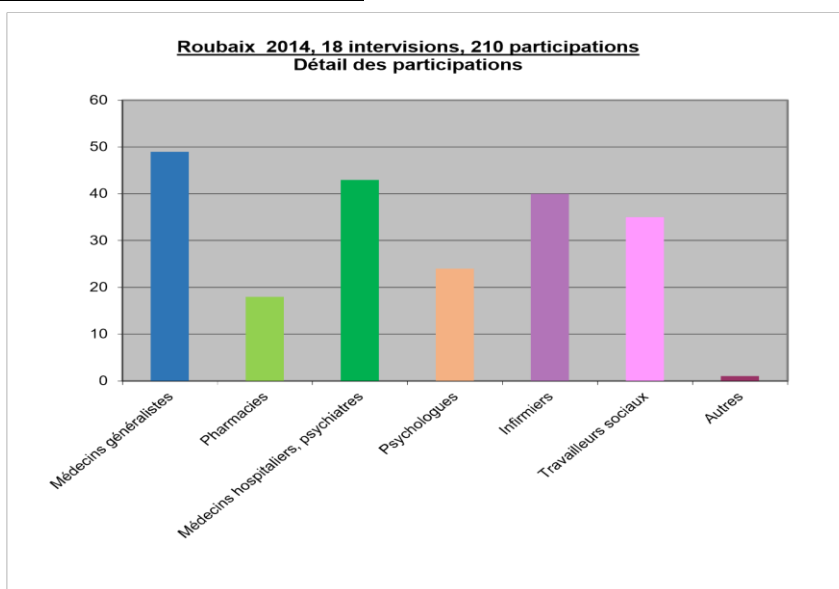
### Annexe 1 : Dépendance à une substance selon le DSM IV

La dépendance est liée un mode de consommation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, caractérisé par la présence d'au moins trois des sept manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
  - besoin de quantités toujours plus grandes pour obtenir l'effet désiré.
  - effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
2. Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des usages suivants :
  - apparition de symptômes, variables selon la substance.
  - substance consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
3. Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de substance.
5. Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
6. Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation du produit.
7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

## Annexe 2 : Rapport d'activité GT 59/62 dans le versant Nord est de Lille (2014)

<b>Nombre d'intervisions</b>	<b>18</b>	moyenne/ITV	12
<b>Nombre de participations :</b>	<b>210</b>		4
<b>libéraux</b>	<b>67</b>		3
<b>Médecins généralistes</b>	<b>49</b>		1
<b>Pharmacies</b>	<b>18</b>		2
<i>Médecins hospitaliers, psychiatres</i>	<b>43</b>		1
<i>Psychologues</i>	<b>24</b>		2
<i>Infirmiers</i>	<b>40</b>		2
<i>Travailleurs sociaux</i>	<b>35</b>		0
<i>Autres</i>	<b>1</b>		5
<b>Nombre de participants</b>	<b>88</b>		1
<b>Nombre de nouveaux participants</b>	<b>22</b>		0
<b>nouveaux libéraux</b>	<b>4</b>		1
<b>nouveaux non libéraux</b>	<b>18</b>		3
<b>Nombre de cas patients évoqués</b>	<b>52</b>		



### Structures représentées

Hôpital Lucien Bonnafé - Roubaix	Le Relais - Roubaix
SPS – Roubaix	UTPAS Roubaix/Hem
Association ARELI - Wattrelos	Association Réagir - Tourcoing
UTPAS Wattrelos Leers	ATI - Roubaix
Boris Vian - Lille	Centre Passerelle le Bois - Lille
CCAS des trois ponts - Roubaix	Centre Méthadone, Pavillon 15 - Roubaix
Centre Social St Exupéry - Hem	CH La Fraternité - Roubaix
CH Victor Prouvost - Roubaix	Clinique du Nouveau Monde - Roubaix
CMP Arthur Rimbaud - Tourcoing	CMP Erasme - Roubaix
CMP - Wattrelos	Hôpital de la Fraternité - Roubaix

## Annexe 3 : Lettre de présentation du questionnaire



Roubaix, le 05 janvier 2015

**SERVICED'ADDICTOLOGIE**  
Docteur L. URSO BAIARDO  
[laurent.urso@ch-roubaix.fr](mailto:laurent.urso@ch-roubaix.fr)  
Chef de service

Docteur A. BENARD  
Docteur F. GUILLEMOT  
Praticiens Hospitaliers

Docteur P. AUGUET-MANCINI  
Docteur L-H. ROUSSEAU  
Assistants

Docteur J.C. PIQUET  
Psychiatre

Madame A.LETENEUR  
Cadre de Santé

Monsieur V. LECONTE  
Madame M. WALLART  
Madame A. VANDERLENNE  
Psychologues

Madame A. LECOMBLE  
Assistante Sociale

Madame L. PETIT  
Educatrice Spécialisée

Madame M. MALYSA  
Madame M. PARISI  
Equipe Mobile

- Hospitalisation
- Hôpital de jour
- Consultations
- Equipe mobile
- PASBA
- Maison VAUBAN – Korsakoff

Tél : 03.20.99.32.23  
Fax : 03.20.99.30.15  
Mail : [secretariat.addictologie@ch-roubaix.fr](mailto:secretariat.addictologie@ch-roubaix.fr)

- Centre méthadone

Tél : 03.20.99.13.89

EL FAHSI Djamel,  
Interne de médecine  
générale  
Tél : 06.01.08.87.10  
[Djamel.el59@hotmail.fr](mailto:Djamel.el59@hotmail.fr)

Chère Consœur, Cher Confrère,

Dans le cadre de la préparation de ma thèse concluant mon cursus de Médecine Générale, je réalise une enquête auprès de médecins généralistes exerçant en cabinet dans le versant Nord-Est de Lille.

Cette thèse a pour objectif d'évaluer les difficultés de prise en charge des addictions, et de mettre en évidence des besoins concernant la prise en charge de cette pathologie.

Le recueil de données s'effectue sous forme de questionnaires « anonymisés » et ayant reçu l'accord de la CNIL, et je me suis donc permis de vous en joindre un exemplaire. Il se présente, majoritairement, sous forme de questions fermées, et ne prend que deux à trois minutes.

Et ces trois minutes que vous me consacrez me seront d'une aide précieuse.

Aussi, je vous joins une enveloppe timbrée, afin que vous puissiez me retourner le questionnaire complété.

Par avance, je vous remercie de votre collaboration et vous prie d'agréer, chère Consœur, cher Confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

Bien confraternellement.

Dr L. URSO BAIARDO

EL FAHSI Djamel,

N.B: Si vous me transmettez également votre adresse postale ou e-mail, je serai ravi de vous transmettre un compte-rendu de ma thèse achevée.

**Service d'addictologie**  
20, avenue Julien Lagache – BP 359 – 59056 ROUBAIX Cedex 1

## Annexe 4 : Questionnaire

### QUESTIONNAIRE RESEAU D'ADDICTOLOGIE

#### RENSEIGNEMENT NECESSAIRE A L'ENQUETE :

- Sexe :
- Age :
- Année d'installation :
- Exercice seul ou en groupe :
- Formation(s) complémentaire(s) en addictologie (DU, CAPA, FMC, autres) :
- Autre type de formation :
- Appartenance à un réseau de soins et type :

#### 1. Combien de patients suivez-vous dans le cadre d'une addiction ?

- Entre 0 et 10     entre 10 et 20     entre 20 et 30     entre 30 et 40     plus de 40

#### 2. Recherchez-vous systématiquement une addiction auprès de vos patients?

- Oui     Non

#### 3. Quel(s) outil(s) de repérage d'addiction utilisez-vous ?

- Auto-questionnaire     Examen clinique  
 Hétéro-questionnaire     Bilan biologique  
 Entretien informel     bilan urinaire

#### 4. Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous dans la prise en charge de ces patients ? (plusieurs réponses possibles) :

- Manque de temps     Manque de connaissance médicale     Manque d'information sur le réseau d'aide  
 Manque d'intérêt     Patientèle difficile     Aucune     Autres, précisez.....

#### 5. Avez-vous des difficultés à gérer des patients :

	alcooliques	Toxicomanes ou poly toxicomanes	Fumeurs de tabac	Fumeurs de cannabis	En grandes précarités	Traités par psychotropes
<b>oui</b>						
<b>non</b>						

#### 6. Ressentez-vous des difficultés pour prescrire les médicaments suivants ?

	Benzodiazépines	méthadone	subutex	aotal	Baclofene	substituts nicotiniques	Revia	vitamines	suboxone
<b>oui</b>									
<b>non</b>									

#### 7. Ressentez-vous des difficultés pour ne pas prescrire un traitement psychotrope à un patient?

- Oui     Non

8. Classez par ordre de difficulté de prise en charge, les addictions suivantes (1 moins difficile à 8 le plus difficile)

Alcool	Tabac	Cannabis	Benzodiazepines	Opiacés +cocaïne	Traitement de substitution aux opiacés	Anorexie	Jeux d'argent et/ou internet

Si autre, laquelle et à quel niveau la situez-vous ?

9. Etes-vous confronté à des difficultés pour maintenir un suivi ?

Oui  Non

10. En matière d'addiction, pensez-vous avoir une formation initiale suffisante ?

Oui  Non

11. Globalement, vous considérez-vous formé à la prise en charge des addictions ?

Oui  Non  Pas suffisamment

12. Quelles sont vos sources d'information en cas de difficultés de prise en charge ?

Internet  Presse médicale  Médias  Confrère  le patient et/ou sa famille  
 Réseau de soins d'addictologie  Autres, précisez.....

13. Un dispositif de soins en addictologie vous paraît-il utile pour faciliter l'orientation des patients ?

Oui  Non

14. Connaissez-vous l'existence de réseaux spécialisés dans le champ des addictions (Alcool, tabac, drogues), dans le versant Nord-Est de Lille ?

Oui, précisez le ou lesquels:.....  
 Non

15. Êtes-vous bien informé des actions menées de ces réseaux dans le champ des addictions via ?

Conférences ou formations  Internet  Confrère  Presse Médicale  
 brochures d'informations  pas bien informé

16. Sollicitez-vous ce/ces réseau(x) ?

Oui, précisez à quelle fréquence : .....  Non

17. Depuis que vous êtes installé, avez-vous suivi une ou des formations par les réseaux d'addictions ?

Oui, la ou lesquelles : .....  Non

18. Pensez-vous qu'il est utile pour mieux connaître les réseaux de soins d'addictologie de développer :

Un annuaire détaillant les structures et personnes ressources du versant Nord-Est de Lille ?  
 Des brochures d'informations destinées aux médecins généralistes ?  
 La création d'un site internet spécifiquement dédié à ces réseaux ?  
 Autres, précisez.....  
 Pas nécessaire de développer

**19. Savez-vous qui appeler en cas de difficulté importante addictologique ?**

Oui

Non

**20. Recevez-vous une réponse adaptée ?**

Oui

Non, pourquoi ?.....

**21. Y a-t-il une ou des addictions dont la prise en charge locale vous serait utile si elle était développée sur le versant Nord-Est de Lille ?**

Oui

Non

Si oui, la ou lesquelles ?

Remarque :



## Annexe 5 : Déclaration de l'étude auprès de la CNIL

 	
<b>Composante ou service concerné : Département de Médecine Générale</b>	
Interlocuteur(s) : Directeur du département de Médecine Générale	
Type de déclaration :	normale
N° de déclaration	
<b>Traitement n°2014-21</b>	<b>Médecins généralistes et addictologie</b>
Date de mise en œuvre :	01/05/14
Finalité principale	Thèse de Monsieur Djamel El Fahsi sous la direction du Docteur Urso (service d'addictologie) qui vise à connaître les difficultés que rencontrent les médecins généralistes dans la prise en charge des addictions et leur connaissance relative aux soins associés à cette pathologie.
Détail des finalités du traitement	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recueil des coordonnées des médecins généralistes (pages jaunes,...)</li> <li>2. envoi par courrier d'un questionnaire</li> <li>3. traitement des résultats anonymes dans un tableur.</li> </ol>
Service chargé de la mise en œuvre	Laboratoire de Médecine Générale de la Faculté de Médecine
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Directeur du département de Médecine Générale
Catégories de personnes concernées par le traitement	Médecins généralistes exerçant dans le versant Nord-Est de Lille.

<b>Données traitées</b>	<b>Catégories de données traitées</b>	<b>Détails des données traitées</b>
	Données nominatives du patient volontaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nom</li> <li>▪ Prénom</li> <li>▪ adresse des Médecins</li> </ul>
	Données techniques	Nom prénom du Médecin Évaluation du dossier patient
<b>Catégories de destinataires</b>	<b>Catégories de destinataires</b>	<b>Données concernées</b>
	Département de Médecine Générale	toutes
<b>Durée de conservation</b>	Jusqu'à soutenance de la thèse (novembre 2015)	
<b>Mise à jour (date et objet) :</b>		
<b>Documents annexes</b>	Courrier et questionnaire	

**AUTEUR : Nom : EL FAHSI**

**Prénom : Djamel**

**Date de Soutenance : 30 novembre 2015**

**Titre de la Thèse : Connaissance du dispositif de soins d'addictologie auprès des médecins généralistes dans le versant Nord-Est de Lille**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : DES Médecine Générale**

**Mots-clés : addiction, alcool, tabac, médecins généralistes, Roubaix**

**Contexte** : Véritable enjeu de santé publique en France, les consommations de substances psychoactives sont en France à l'origine de nombreuses complications bio-psycho-sociales. Le médecin traitant joue un rôle primordial dans la prise en charge. Dans ce contexte, l'objectif principal de l'étude est d'évaluer les connaissances du dispositif de soins d'addictologie auprès des médecins généralistes du versant Nord-Est de Lille. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les difficultés rencontrées, la formation des médecins et les sources d'informations.

**Méthode** : Une enquête quantitative descriptive durant la période de Février à Mars 2015 a été menée auprès de l'ensemble des médecins généralistes installés à Roubaix et Wattrelos.

**Résultats** : Sur 214 médecins contactés, 78 ont renvoyé un questionnaire exploitable soit un taux de participation de 36,4%. 49% des médecins connaissent les dispositifs de soins d'addictologie, parmi eux 71% les sollicitent. 97% des médecins les jugent utiles. Les difficultés de prise en charge concernent le patient toxicomane ou poly-toxicomane pour 78% des médecins. Les sources principales d'information sont la presse médicale pour 46% des médecins, les réseaux de soins d'addictologie (45%) et Internet (42%). 83% des médecins se déclarent pas assez formés et 62% trouvent qu'ils sont mal informés des actions menées par les réseaux de soins. Enfin, 63% des médecins pensent qu'il est utile de créer un annuaire détaillant les structures et personnes ressources.

**Conclusion** : L'étude met en évidence une connaissance insuffisante des réseaux de soins d'addictologie dans le versant Nord-est de Lille. La connaissance de ces réseaux est un critère nécessaire voir suffisant pour sensibiliser des médecins et favoriser ainsi leur implication.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva**

**: Monsieur le Docteur Pierre Marie Danze**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent Urso Baiardo**